



PODER EXECUTIVO  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E CULTURA NA AMAZÔNIA



## DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**AUTORITARISMO E SEUS EFEITOS NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE:  
Brasil e Amazonas em Perspectiva (1960-1970).**

**Manaus, 2023**



PODER EXECUTIVO  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E CULTURA NA AMAZÔNIA



**SABRINA ELLEN MENDONÇA PONTES**

**Bolsista FAPPEAM**

**AUTORITARISMO E SEUS EFEITOS NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: Brasil  
e Amazonas em Perspectiva (1960-1970).**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Sociedade e Cultura na Amazônia.

**Orientadora - Profa. Dra. Yoshiko Sasaki**

**Manaus, 2023**



PODER EXECUTIVO  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E CULTURA NA AMAZÔNIA



## Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

P814a Pontes, Sabrina Ellen Mendonça  
Autoritarismo e seus efeitos na Política Pública de Saúde : Brasil e Amazonas em Perspectiva (1960-1970) / Sabrina Ellen Mendonça Pontes . 2023  
133 f.: il. color; 31 cm.  
  
Orientadora: Yoshiko Sasaki  
Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.  
  
1. Autoritarismo. 2. Amazônia. 3. Política de Saúde. 4. Capitalismo. 5. Estado. I. Sasaki, Yoshiko. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título



PODER EXECUTIVO  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E CULTURA NA AMAZÔNIA



**SABRINA ELLEN MENDONÇA PONTES**

**AUTORITARISMO E SEUS EFEITOS NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: Brasil  
e Amazonas em Perspectiva (1960-1970).**

**Banca Examinadora**

---

Profa. Dra. Yoshiko Sasaki  
(Presidente da Banca)

---

Prof. Dr Michel Justamand  
(Membro da Banca)

---

Profa. Dra. Vera Lúcia Batista Gomes  
(Membro da Banca)

Dedico aos Pesquisadores e às Pesquisadoras que perderam a vida na Pandemia de Covid-19.

## **AGRADECIMENTOS**

A construção desta dissertação não seria possível sem a colaboração e participação de pessoas e instituições que direta e indiretamente foram o suporte e aqui se encontram alguns dos quais foram fundamentais para a realização deste trabalho.

Agradeço aos Anjos de luz que fizeram parte da minha jornada acadêmica.

À minha família pelo suporte nessa jornada, meus avós Regina e Sebastião, a Amália e França, à minha mãe Keith e minha irmã Carol – obrigada pelo seu companheirismo.

Às minhas tias e tios que carinhosamente sempre foi um suporte; à minha tia Cinthya Pontes quem admiro muito sua força e sabedoria, obrigada pelo seu carinho e tudo que fizeste por mim.

À minha Tia Keila Mendonça que foi sempre parte importante da minha vida; ao meu tio Reginaldo Mendonça que sempre se fez presente na minha vida, minha prima Marcela que sempre torceu pelas minhas conquistas.

À minha amiga Tatiane Mota pela presença nessa minha jornada e uma fonte de inspiração. Obrigada Família.

Aos colegas acadêmicos do PPGSCA que compartilharam essa jornada imersos numa pandemia, especialmente, Daniele, Simone e Felipe, sempre gentis, obrigada.

Agradeço a Yêda Sousa, minha supervisora de estágio e colega de profissão, além disso, foi importante como ser humano na minha vida, gratidão pelos incentivos e pelo suporte sempre que precisei.

Meu obrigada à Mazzarelo - Assistente Social que sempre me inspirou como profissional e a seguir essa pesquisa.

A Assistente Social Edilane Costa pelo apoio crucial no momento que mais precisei, muito obrigada! E às demais colegas da ASSERV/SUSAM, Antônia Neves, Cineli, Jessica e Ramona, gratidão.

À Universidade Federal do Amazonas e ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia, pela oportunidade viabilizada.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas (FAPEAM) pela concessão da bolsa de pesquisa.

Meus agradecimentos à minha orientadora Professora Yoshiko pelo apoio, confiança e compreensão no momento que mais precisei e pela liberdade concedida para que pudesse desenvolver a pesquisa, por ela registro minha admiração, inspiração profissional, respeito e carinho.

Aos Professores Michel Justamand e Vera Lúcia Batista Gomes por aceitarem o convite de contribuir com esta dissertação, meu muito obrigada.

Professora Carolina Cássia com quem realizei Estágio Docente meus sinceros agradecimentos pelo conhecimento compartilhado.

Minha eterna gratidão aos profissionais da saúde que atuaram na pandemia de COVID-19 no Brasil, em especial, para a equipe do Hospital da Mulher de Maceió-Alagoas, pelo acolhimento e tratamento de COVID-19, a qual fui acometida em janeiro de 2021.

À Dra. Paula médica humanista, à Médica Infectologista Dra. Sarah e toda equipe médica, à equipe Psicossocial, especialmente A. S. Evelyn Nascimento e Psi. Girlenne Albuquerque.

Aos trabalhadores de serviços gerais, alimentação e técnicas de enfermagem - que faziam companhia nas madrugadas - e Enfermeiras; Aos Fisioterapeutas, Karolyne Soares que me salvou na UTI, Fabiane Costa, Laryssa Cavalcante, Eveline Frota e

Cleverton e aos demais profissionais pelo carinho e tratamento. Todo meu carinho e muito obrigada!

À Psicóloga Ana Maria que foi fundamental para o ciclo de finalização deste projeto e então não poderia deixar de mencionar, sua importância e meu agradecimento.

Enfim, colegas, amigos (as) e profissionais que não citei aqui, mas que incentivaram e torceram pelo término deste trabalho, expresse meu carinho eterno e agradecimento.



Não é possível agir a favor da igualdade, do respeito aos outros, do direito à voz, da participação, da reinvenção do mundo, em um regime que negue a liberdade de trabalhar, de comer, de falar, de criticar, de ler, de discordar, de ir e vir, a liberdade de ser.

Paulo Freire

## RESUMO

Este estudo analisou a Política de Saúde Pública nos anos de 1960-1970 durante o Estado autoritário em Manaus - AM: Identificando os mecanismos de inclusão e exclusão de acesso à saúde pública em Manaus; verificou os serviços de saúde pública disponível em Manaus; e refletiu sobre a mercantilização e privatização da saúde em Manaus nas décadas referidas. Dessa forma foi elucidado a formação histórica do autoritarismo no Brasil e sua relação com o contexto do desenvolvimento na Amazônia. Nesse sentido, podemos dizer que é uma pesquisa histórico-documental que pode ser dividida em três momentos diferenciados. O primeiro momento, de pesquisa bibliográfica, onde realizou-se um levantamento e discussão das principais obras que explicam as características da ditadura militar e do processo de desenvolvimentismo e autocracia burguesa a nível do Brasil. O segundo momento, consistiu na pesquisa documental sobre o momento histórico vivido na Amazônia, especialmente em Manaus no Amazonas. Finalmente, no terceiro momento, se procederá à análise do material coletado, no intuito de atingir os objetivos propostos. De modo que o estudo foi dividido em três capítulos para melhor delinear o seu conteúdo processual, assim, em retratar as políticas públicas de saúde no dinamismo do capitalismo que adentrou na Amazônia através da diligência das relações sociais e políticas, desencadeando doenças e por conseguinte, captou o sistema de saúde abrindo o processo de mercantilização da saúde pública. O Estado ditatorial foi parte desse processo que perpassam pelo autoritarismo, e que vão além de uma política pública, e sim na construção de uma legitimação de governo. E no final analisou-se as ações do governo autoritário de Bolsonaro durante a pandemia do covid19 apontando que necropolítica da saúde. e que mesmo numa democracia fraca, ainda ela é melhor porque há debate político e social e de divulgação dos atos do Estado, tendo de certo modo controle sobre o mesmo pela sociedade, o que não acontece na ditadura.

**PALAVRAS-CHAVE:** Autoritarismo; Amazônia; Política de Saúde; Capitalismo; Estado.

## **ABSTRACT**

This study aims to describe the Public Health Policy in the years 1960-1970 during the authoritarian state in Manaus - AM: Identifying the mechanisms of inclusion and exclusion of access to public health in Manaus; Check the public health services available in Manaus in the 1960s and 1970s; and Reflect on the commodification and privatization of health in Manaus in the aforementioned decades. Thus, it is necessary to elucidate the historical formation of authoritarianism in Brazil and its relationship with the context of development in the Amazon. In this sense, we can say that it is a historical-documentary research that can be divided into three different moments. The first moment will be a bibliographical research, where a survey and discussion of the main works that explain the characteristics of the military dictatorship and the process of developmentalism and bourgeois autocracy in Brazil will be carried out. The second moment consists of documentary research on the historical moment lived in the Amazon, especially in Manaus in the Amazon. Finally, in the third moment, the collected material will be analyzed, in order to achieve the proposed objectives. So that the study is divided into three chapters to better outline its procedural content, thus, in portraying public health policies in the dynamism of capitalism that entered the Amazon through the diligence of social and political relations, triggering diseases and, therefore, captured the health system opening up the process of commodification of public health. The dictatorial State was part of this process that permeates authoritarianism, and that goes beyond public policy, but in the construction of a government legitimacy.

**Keywords:** Authoritarianism; Amazon; Health Policy; Capitalism; State.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>ESTADO: ASPECTOS SOCIAIS E POLÍTICOS .....</b>	<b>20</b>
2.1	Teoria do Estado brasileiro e capitalismo na América Latina.....	20
2.2	O Governo Autoritário Militar e Autocracia Burguesa .....	34
2.3	A Constituição de um Estado Ditatorial.....	48
2.4	Patrimonialismo e Política Pública.....	59
<b>3</b>	<b>O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>65</b>
3.1	Saúde: história, conceitos e sanitarismo .....	65
3.2	Políticas de Saúde e o Estado Autoritário (1960 - 1970) .....	73
3.3	Conferência Nacional de Saúde: Política Pública ou Estratégia de Estado? .....	79
<b>4</b>	<b>DESENVOLVIMENTO CAPITALISTA NA AMAZÔNIA E QUESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA .....</b>	<b>88</b>
4.1	Faces do Capitalismo na Amazônia.....	88
4.2	Processo Social e Implantação Política de Saúde .....	94
4.3	EPIDEMIAS: uma abertura para Mercantilização da Saúde Pública .....	98
4.4	Pandemia e Negativismo da Saúde no Governo Bolsonaro .....	106
4.5	Mecanismos de Saúde Pública e Autoritarismo Militar .....	111
4.6	A histórica crise sanitária de 2021 na experiência.....	116
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>121</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>123</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>126</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O estudo analisou a política de saúde nos anos de 1960 a 1970 sob o Estado autoritário e a mercantilização e privatização da saúde, voltado aos trabalhadores formais e atenção residual à população geral, portanto diferente do Sistema Único de Saúde – SUS, instituída conforme assegurada na Constituição de 1988.

A princípio, teve como pano de fundo o processo histórico de constituição social, econômica e política do Estado ditatorial brasileiro. Em seguida, visou desvelar a persistência ou não de ações patrimonialistas, bem como a adoção de mercantilização no Setor de Saúde. Por fim é compreendeu como se desenvolve as ações implementadas para a política de saúde em Manaus durante a década aludida.

Para os autores Ianni (1981) e Vieira (2015) o Brasil das décadas de 1960 e 1970 apresentava-se sob um complexo de ações nas variadas áreas. Na política estava dividido com conflitos acentuados nos diferentes posicionamentos e estratégias. Os programas econômicos formulavam-se na busca por acelerar o desenvolvimento e conter a inflação econômica do país e concomitantemente trazer investimentos do capital estrangeiro.

Por conseguinte, na área social houve uma transformação carregada de problemáticas devido ao crescimento urbano-industrial, sem que houvesse uma preparação e auxílio aos trabalhadores que aglomeravam nas periferias ou perto das indústrias recém-instaladas. Ou seja, para Vieira (2014) já não vigora no país apenas o agroexportador, buscando industrializar, contraditoriamente, dependente de tecnologias e insumos do exterior, principalmente dos Estados Unidos da América – EUA.

Logo, o processo de concretização de uma ditadura se constrói permeada por relações do Estado autoritário. Nessa concepção os autores Guedes (2016) Mazzeo (2015) Reis (2014) Vieira (2015), reforçam que havia um autoritarismo em contexto distinto de desenvolvimento nacional e interesses do capital estrangeiro. Envolve um caráter da tradição, transição e processo administrativo brasileiro, assim como no capitalismo brasileiro e sua relação com burguesia nacional.

No setor da Saúde Pública as ações potencializavam-se no controle de endemias e atendimento ao saneamento básico. Nas perspectivas de Fagnani (2005); Oliveira e Teixeira (1989) o acesso no quesito de assistência médica, estava restrito aos contribuintes urbanos da previdência social através da Lei Orgânica da

Previdência Social da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que transformada no Decreto n. 3.807/60.

Por outro lado, Fagnani (2005); Costa (2018) afirmam que havia o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) criado ainda em 1942 de colaboração entre Brasil e Estados Unidos para atendimento médico-sanitário em algumas regiões brasileiras, sendo incorporado na Amazônia para populações que produziam matérias-primas necessárias à guerra (borracha, mica e cristal de rocha). Após a guerra, o SESP passa a atender outras regiões do país desenvolvendo atividades de saneamento e saúde. Em síntese, o processo de saúde pública ocorre de forma dupla, tanto pelo Ministério da Previdência Social, quanto pelo Ministério da Saúde através de ações segmentadas.

No que se refere especificamente a Manaus, o processo das ações de saúde acompanha algumas particularidades. Visto que desde 1952 no Amazonas, ela fazia parte de uma parte de atendimento junto a educação e cultura. Nesse processo a Lei nº 108 de 23/12/1955 desmembra a regulamentação anterior e cria a Secretaria de Assistência e Saúde – SAS. Afora isso o sistema de saúde em Manaus seguia os preceitos de legislação, onde em 1975 cria-se a Secretaria Municipal de saúde.

Diante do exposto, os desdobramentos da política de saúde pública no Brasil estão articulados de forma implícita ou explícita entre os aspectos políticos-econômicos-sociais. Outras razões nos levam a atentar para os fatores do estado patrimonialista e a mercantilização da saúde, ou seja, conhecer a realidade vigente em Manaus.

Esta pesquisa vem de uma experiência de Iniciação Científica – PIBIC 2015/2016 intitulado de “Influências teórico metodológicas na formação profissional dos assistentes sociais nos anos setenta”. Sendo a base do TCC “A perspectiva modernizadora e a produção de conhecimento dos formandos da UFAM entre os anos 1970 e 1975” do curso de Serviço Social da UFAM. No TCC buscamos evidenciar os fundamentos teóricos na história da formação social, política e econômica brasileira desde a década de 1930 até a instauração da Ditadura Militar e seu desenvolvimento de 1960 passando pela década de 1970.

Enfatiza-se que na proposta, *ficou uma lacuna*, quanto à construção histórica do Período de Ditadura Militar no Amazonas. Visto que o material bibliográfico disponível sobre tal processo histórico é escasso e insuficiente e não traz em sua discussão, contribuições para se pensar nas particularidades históricas do Amazonas

sob a perspectiva do autoritarismo de Estado e a execução de políticas públicas, especialmente a de saúde, foco do nosso estudo.

Ao observar a lacuna existente na história acerca da política de saúde no Amazonas, têm-se em destaque as ações do Estado durante o Estado autoritário. De início - nas décadas referidas - há uma consistente elaboração de obras a respeito do contexto nas regiões sul e sudeste do Brasil. Em um segundo momento, a visibilidade acerca dos princípios de saúde pública são postas sob referenciais de outros estados brasileiros, ou seja, pouco ou nada é abordado sobre a região Amazônica.

A oportunidade de elaborar uma pesquisa com ênfase na disseminação do conhecimento sobre essa temática na realidade de Manaus, torna esse estudo como parte no esforço de dar visibilidade ao desenvolvimento da Política Pública de Saúde durante o autoritarismo pós-1964.

Havia nos anos 1960-1970 um Estado autoritário cuja política adotada estava sobre base da chamada Doutrina de Segurança Nacional. Diante disso, Pontes (2018, p.19) identifica que se desenvolveu, nesse período, um sistema capitalista em conjunto com a força estatal, onde predominava o capital monopolista com vista a atender o crescimento econômico. E o primeiro objetivo estava em garantir a segurança interna sob a ótica de um aparato repressivo. Em seguida, aplicar uma política de desenvolvimento econômico que superasse a estagnação.

A sociedade brasileira esbarrava sob os aspectos de organização para uma política em favor do capital monopolista, em todos os sentidos, inclusive o repressivo. A violência do sistema estatal “foi posta a serviço de uma política destinada a superar a “estagnação econômica” e a “inflação explosiva”. (IANNI, 1981, p.34).

Assim encontrava-se uma interdependência nacional, como afirma Vieira (2015, p.293) “a questão da interdependência queria dizer principalmente que haveria relações entre o Brasil e os demais países, sob a égide da livre empresa e do capital estrangeiro. Eis aí o limite da ação brasileira por meio da política internacional”. O que o autor analisa está ligado ao fato de o governo usar estrategicamente o aparato estatal como manobra de acolhimento ao capital estrangeiro. Para isso, criava programas de ação econômica como pressuposto para o desenvolvimento do país.

O Estado do Amazonas localizado na região Amazônica e com suas limitações de acesso, vivia nas décadas de 1960 e 1970 um desenvolvimento econômico de industrializações e abertura de comércios. Via-se no grande lema da época ditatorial “integrar para não entregar”.

Havia interesse desse período em desenvolver a Região Amazônica, tendo o Estado do Amazonas como um dos protagonistas desse momento. Ora o mesmo local que foi palco do grande desenvolvimento na época da borracha, agora se torna o protagonista do desenvolvimento capitalista-industrial na Amazônia, com a criação de Zona Franca de Manaus em 1967.

A produção de conhecimento e a bibliografia disponível da política de saúde é consistente, mas pouco se tem estudado as particularidades regionais. Neste trabalho, há a tentativa de compreender como o processo de consolidação da saúde pública se desenvolve durante as décadas de 1960 e 1970.

De início encontra-se a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) instituída por decreto-lei em 17 de abril de 1942 com pretensão na organização de serviço de saúde pública e saneamento na Região Amazônica. Na esfera estadual a partir da Lei nº 12 de 09/05/1952, publicada em Diário Oficial de 09/05/1953 a criação da “Secretaria de Educação, Cultura e Saúde”. Logo após passar por transições em 1979 a Lei nº 1336 de 13/07/79 cria a “Secretaria de Estado de Saúde – SESAU”. Em Manaus a criação da Secretaria Municipal de Saúde tem referência Legal na Lei nº 1.246 de 16/12/1975.

Portanto, ao fato de tornar esse estudo menos genérico na historiografia regional, situa-se por conhecer essa realidade de forma afunilada de como estava vigente. Seguindo a ótica de entendimentos acerca de como a saúde se tornava uma das demandas da sociedade diante de um regime autoritário. Destacando, conforme possibilidade, os instrumentos e instituições implementadas no processo de construção da saúde no conceito de política pública. Observando o desenvolver das legislações de implementação da política de saúde em Manaus.

Nesse sentido, saúde foi analisada em relação a três variáveis: aspecto político onde foram consideradas as formas de governo e instituições de implementação das políticas sociais e sua relação com o capitalismo. No aspecto social, em que se considerou as estratégias desenvolvidas para a ampliação de acesso da população, tendo como referência as legislações vigentes; e no sentido econômico que contemplou a maneira como os recursos são implantados, considerando os principais problemas de viabilização dos serviços de saúde do Amazonas.

Por conseguinte, o estudo se debruçou em três categorias, sendo a primeira com o entendimento da Saúde na estratégia de formulação como política social pública, particularmente, na garantia do direito ao acesso a saúde. A segunda em



relação ao Estado quanto a perspectiva do desenvolvimento e a interface entre as suas formas de governo e o patrimonialismo. E por fim o sistema de saúde em Manaus relativamente às características com enfoque na mercantilização de política pública de saúde.

A relevância social da pesquisa dar-se-á na reconstrução de parte da história social e política do Amazonas, na perspectiva de trazer à luz, um período obscuro, contado apenas em parte do Brasil. No contexto científico com os resultados poder contribuir com novos estudos na área social e política completando os conteúdos acadêmicos.

Problematiza-se os fatores de influência do Estado brasileiro, principalmente, na Ditadura pós-64, evidenciadas por Ianni, Napolitano, Netto, Reis Filho, Vieira e Villa. O entendimento de todo esse processo torna-se plausível para a melhor compreensão do período a ser estudado nessa pesquisa, isto é, década de 1960-1970.

Analisa-se a área de Saúde, por ser uma das políticas públicas sociais cujas alterações ficaram mais evidenciadas dentro do sistema previdenciário, uma vez que "haveria de alterar de cima a baixo o conjunto de instituições e aparatos governamentais." (NETTO, 2015, p. 160).

Nesse sentido, analisar essa relação da Ditadura Militar dentro de um processo de autoritarismo, foi um passo importante para compreender as políticas sociais dada na época numa tentativa de verificação da influência no Sistema de Saúde, no Amazonas da década de 1960/1970.

Apesar de existir uma produção de conhecimento consistente para a análise histórica da Ditadura Militar no Brasil, assim como na emergência do desenvolvimentismo, Autocracia Burguesa, Política Social, pouco se tem estudado as particularidades regionais.

O processo desenvolvimentista da ditadura no campo econômico e social ocorreu nas diferentes regiões do país, com particularidades assumidas pela ditadura militar nos anos de mil novecentos e setenta no Amazonas através do projeto "Integrar para não entregar. Essas tendências impostas - pelo regime militar - quanto às políticas sociais, principalmente, no Sistema de Saúde no Estado do Amazonas estavam atrelados ao processo de desenvolvimentismo na Amazônia.

Caracterizar os principais aspectos do debate sobre a ditadura militar no Brasil, assim como levantar as principais características da política social de saúde, é um

processo essencial para identificar as características da expansão imperialista no Amazonas.

Portanto, analisa-se a Política de Saúde Pública nos anos de 1960-1970 durante o Estado autoritário em Manaus - AM: Identificando os mecanismos de inclusão e exclusão de acesso à saúde pública em Manaus; Verificando os serviços de saúde pública disponível em Manaus nas décadas de 1960 e 1970; e Refletindo sobre a mercantilização e privatização da saúde em Manaus nas décadas referidas.

A concepção da categoria de análise do discurso baseada em Bardin (1977), onde considera que numa análise de conteúdo do discurso é preciso observar algumas características do material analisado. O estudo foi construído com o intuito de verificar a presença de indícios do processo de ciclo autocrático burguês na ditadura militar pós-64 e a influência na formação de políticas sociais no Amazonas.

Consiste em uma pesquisa explicativa porque na visão crítica só ela consegue explicar e desvelar o que se busca. De acordo com Gil (2002), teve como objetivo primordial identificar os fatores que determinam a ocorrência de fenômenos. Dispõe sobre o conhecimento da realidade. Para tanto, esta pesquisa exigiu uma busca explicativa dos fenômenos durante Estado Autoritário no período ditatorial (1960-1970) e sua relação com as políticas públicas de saúde na Amazônia, especialmente, especialmente em Manaus no Amazonas.

No que se refere à natureza da abordagem é quanti-qualitativa: a respeito do método quantitativo conforme menciona “caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas” (RICHARDSOM, 1999, p. 70); o método qualitativo “não emprega instrumental estatístico” como base do processo de análise de um problema. Justifica-se, sobretudo, por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social.

O método escolhido para essa pesquisa foi o materialismo dialético “é a única corrente de interpretação dos fenômenos sociais que apresenta princípios, leis e categorias de análise” (RICHARDSOM, 1999, p. 46).

Para tanto, utiliza-se o pensamento com base em Lukács na tomada de posição ontológica marxiana, onde:

todo fato deve ser visto como parte de um complexo dinâmico em interação com outros complexos, como algo que é determinado, tanto interna como externamente, por múltiplas leis. A ontologia marxiana do ser social funda-se

nessa unidade materialista-dialética (contraditória) de lei e fato (incluídas naturalmente as relações e as conexões). (Lukács, 2012, p. 235)

Assim, está presente as tendências de desenvolvimento gerais-legais e particulares e as determinações ontológicas da universalidade e particularidades. No materialismo dialético, compreende-se o processo de formação do Estado brasileiro e suas particularidades histórico-concreta, assim como, na ontologia visa a compreensão da formação socioeconômica.

Portanto o materialismo contém princípios da conexão universal de objetos e fenômenos que estão interligados e determinados mutuamente. Assim como os princípios de movimento e desenvolvimento onde a causa do movimento se encontra na sua própria natureza e o desenvolvimento é os resultados da mudança quantitativa para uma transformação qualitativa.

Tendo como base a categoria causa-efeito que conforme menciona Richardson (1999), causa onde um fenômeno produz outro fenômeno e efeito o resultado produzido pela causa. Essa categoria é para análise do momento histórico vivido no Amazonas e constatar se o desenvolvimento industrial vivido são parte dos fenômenos daquele período, isto é, propostas da ditadura militar sob desenvolvimentismo e autocracia burguesa, verificar assim se tiveram efeitos no Amazonas.

Conforme Silva (1997), em seus estudos sobre a Amazônia, o pensar econômico-social produzido na dinâmica do capitalismo que sob consequência do desenvolvimento globalizado capitalista contorna essa região dentro desse pensar. A causa disso foi a nova inserção do Amazonas nas estruturas de desenvolvimento proposto pela ditadura militar.

Segundo Gil (2002, p.43) “o elemento mais importante para a identificação de um delineamento é o procedimento adotado para a coleta de dados. Assim, podem ser definidos dois grandes grupos de delineamentos: aqueles que se valem das chamadas fontes de "papel" e aqueles cujos dados são fornecidos por pessoas”. A pesquisa possui um caráter documental visto que são materiais que recebem ainda um pequeno tratamento analítico.

A metodologia do trabalho está construída na tentativa de verificar as principais influências do autoritarismo no regime militar de 1964 e a formação da política pública de saúde. Nesse sentido, podemos dizer que é uma pesquisa histórico-documental que pode ser dividida em três momentos diferenciados, mas articulados entre si.

O primeiro momento, foi de pesquisa bibliográfica, onde há um levantamento e discussão das principais obras que explicam as características da ditadura militar e do processo de desenvolvimentismo e autoritarismo a nível do Brasil e, terá como produto, a construção do referencial teórico.

O segundo momento, consiste na pesquisa documental sobre o momento histórico vivido na Amazônia (especialmente em Manaus no Amazonas) realizado tanto na biblioteca da Universidade Federal do Amazonas e da Assembleia Legislativa do Amazonas, como em outras bibliotecas de Manaus e Legislações da época, assim teve como produto, a identificação de aspectos do desenvolvimentismo e ciclo autocrático burguês e autoritarismo durante o período de ditadura militar no Amazonas.

Finalmente, no terceiro momento, se procedeu a análise do material coletado, no intuito de atingir os objetivos propostos. Em cada um dos momentos anteriores, se necessário, recorrerá a entrevistas com informantes chaves.

De modo que o estudo está dividido em três capítulos para melhor delinear o seu conteúdo processual, conforme a seguir referendado: no primeiro capítulo aponta a discussão sobre a formação do Estado autoritário brasileiro. No segundo capítulo, trata da análise sistema de saúde no Brasil na década de 1960-70 e, por último no terceiro capítulo, realizamos análise sobre desenvolvimento no Amazonas e questão da saúde pública. E tecemos algumas considerações finais sobre o estudo realizado.

## 2 ESTADO: ASPECTOS SOCIAIS E POLÍTICOS

Na compreensão do Estado frente suas diferentes formas, atenta-se neste primeiro capítulo a compreensão do Estado, assim como suas diversas incorporações, seja liberal, interventor, ampliado e autoritário. Elucidando a principal característica do Estado no Brasil e como suas relações se articulam com as políticas públicas. Nos primeiros tópicos trata-se da compreensão acerca do Estado e suas características no conceito liberal, interventor e autoritário. Em seguida a abordagem abrange de forma mais específica o Brasil enquanto estado interventor autoritário. Para então, denominar as características e identificação do patrimonialismo brasileiro. Por conseguinte, compreende o Estado autoritário da ditadura do pós-64 e a questão da política pública de saúde.

### 2.1 Teoria do Estado brasileiro e capitalismo na América Latina

Estado quanto ao seu domínio paterno e despótico em Thomas Hobbes<sup>1</sup>, vê-se como o poder soberano adquirido por homens, seja na forma individual ou grade número com popularidade de votos. Possuem ações autorizadas por aquele homem ou assembleia detentores do poder sobre vidas e liberdade. Essa seria, então, os primeiros ordenamentos dos Estados, ainda que, descritos na Idade Moderna quanto à sistemática poucas alterações lhe foram feitas.

A característica que persiste está envolto das relações de poder na historicidade das instituições políticas e doutrinas políticas. Nos estudos de Norberto Bobbio<sup>2</sup>, O Estado contemporâneo possui suas funcionalidades com estruturas, elementos constitutivos, mecanismos e órgãos, está formado num sistema complexo de relações.

Para tanto, desvelar o desdobramento desse sistema chamado – Estado - dentro do ordenamento de direito, assim como organização social e seu conjunto de instituições políticas corresponde aqui, em primeiro passo, o entendimento de Estado liberal:

---

<sup>1</sup> Nos estudos sobre a *forma e poder de um Estado eclesiástico e civil*.

<sup>2</sup> Em que trata das questões acerca do *Estado, Governo e Sociedade*.

O fundamento do Estado liberal assenta-se no princípio da liberdade, cujos limites são impostos somente pela lei, de forma que as pessoas devem fazer apenas o que tem previsão legal. Entende-se lei em seu sentido amplo, tanto aquela votada pelo parlamento, cuja presunção encarna a vontade de todos, como a lei particular, que apresenta a vontade individual, fixada em cláusulas que compõem o contrato firmado entre particularidades. (PORTO, 2019, p. 214)

Este autor desvela o Estado como grande mercado onde há trocas e liberdade de atividades econômicas, em que seria o Estado apenas um detentor de funções institucionais, ou seja, interferir somente quando for solicitado. Em conformidade com a organização burguesa usaria sua força pública para cumprir obrigações. Destarte que esse sistema teve a primeira grande crise<sup>3</sup>, o liberalismo caiu em descrédito e para isso foi chamado o Estado para intervir.

O Estado interventor nasce do próprio interesse da burguesia, não se tornando mais social e menos liberal e sim numa ação intervencionista para fim de equilibrar as forças econômicas. Nessa transição, implica destacar as considerações de Porto (2019, p. 301):

Há um século, o Estado atuava principalmente como policial, soldado e juiz. Hoje, o Estado atual também como médico, enfermeiro, professor, organizador de seguros, construtor de casas, engenheiro sanitário, farmacêutico, controlador de ferroviário, fornecedor de gás, água e eletricidade, planejador urbano, distribuidor de pensões, fornecedor de transporte, organizador de hospitais, abridor de estradas e em grande número de outras atividades.

Porto (2019) salienta que o Estado criou diversas atividades, as quais, tornaram sua presença permanente tanto no mercado como na sociedade, não obstante considerar essas ações como renúncia ao liberalismo é um equívoco. Haja vista que tais medidas sociais e presença efetiva - quando convocado - do Estado na economia é mais uma forma de manter e sustentar o liberalismo e para isso, adotam-se normativas para regulamentar a relação entre capital e trabalho. Quanto a essa solução intervencionista e social na contemporaneidade, o autor ainda ressalta que:

Os liberais contemporâneos estão de acordo que o Estado é um gestor do interesse público e deve agir de forma equilibrada e dentro de um processo dialético, com participação democrática das várias correntes sociais e de pensamento, onde as opiniões são colocadas com liberdade e com amplo

---

<sup>3</sup> A Grande Depressão em 1929 relatada por Porto (2019, p.301), “alcançou não somente os Estados Unidos da América, mas a Europa causando desemprego, queda dos preços das ações, aumento da taxa de juros, redução da produção industrial, o que ocasionou falência de várias empresas”.

contraditório, objetivando encontrar um ponto de equilíbrio entre diversos interesses, partindo, porém, de algumas premissas, como a manutenção da democracia, do Estado de Direito, da meritocracia, do livre mercado, da propriedade privada. (PORTO, 2019, p.307)

Nesses termos, compreende-se que não há uma criação de Estado de bem-estar social, visto que, o Estado continua seguindo seus termos na conduta do liberalismo, a “preocupação” criada com os aspectos sociais é apenas uma base de sustentação do sistema econômico. Isso porque o Estado liberal como organização de origem burguesa, passou a ter ações intervencionista para equilibrar a economia, após uma crise, assim tendo ações sociais com vista a reduzir as desigualdades criadas pelo próprio sistema liberal. Índícios desses reflexos são encontrados na Constituição brasileira de 1934 de base do movimento constitucionalista de 1932 no período em que o Brasil criou corpo de Estado.

Com a hermenêutica da abordagem é essencial as compreensões acerca do Estado Ampliado trazido por Antonio Gramsci em que difere sobre as coisas da “sociedade política” e as questões da “sociedade civil”. A saber:

Podem-se fixar dois grandes “planos” superestruturais: o que pode ser chamado de “sociedade civil” (isto é, o conjunto de organismos designados vulgarmente como “privados”) e o da “sociedade política ou Estado”, planos que correspondem, respectivamente, a função de “hegemonia” que o grupo dominante exerce em toda a sociedade e àquela de “domínio direto” ou de comando, que expressa no Estado e no governo jurídico (GRAMSCI, 2001, p. 20).

É nesse sentido que há uma realização de ampliação do Estado dividido na relação entre sociedade política e sociedade civil, onde passa a existir a guerra de posição. Para tanto ao analisar as considerações de Gramsci, evidencia-se que:

Esse estudo leva também a certas determinações do conceito de Estado, que habitualmente é entendido como sociedade política (ou ditadura, ou aparelho coercitivo para adequar a massa popular a um tipo de produção e à economia de um dado momento); e não como equilíbrio entre sociedade política e sociedade civil (ou hegemonia de um grupo social sobre a inteira sociedade nacional, exercida através de organizações ditas privadas, como a Igreja, os sindicatos, as escolas, etc.) (COUTINHO, 2003, p.76).

Para esse autor o Estado amplo possui determinações entre esferas, respectivamente a sociedade política que se ressignifica como Estado escrito ou Estado-coerção, é onde se estrutura a classe dominante detentora do aparato de repressão e violência e com controle de burocracias executiva e policial-militar. Na sociedade civil encontra-se um conjunto de organizações que precisamente elaboram

ideologias e as distribuem, esses grupos são Igrejas, sindicatos, partidos políticos, sistema escolar, meios de comunicação, entre outros.

A formação do Estado brasileiro revela-se por um constante autoritarismo que foi mais visível no período de Ditadura militar dos anos 1964-1985. Vale enfatizar que o período aqui analisado se encontra nas décadas de 1960-70. Com destaque aos *momentos da ditadura brasileira*, evidencia-se que o autoritarismo envolve um poder que oprime aqueles que não seguem suas regras:

O poder autoritário caracteriza-se por ser infixo, variando de acordo com as bases sociais que lhe são mais próximas na ocasião. [...] Dessa maneira funciona a ditadura autoritária ou totalitária. Como organização política, a ditadura é desempenhada por uma pessoa (caso da ditadura de Getúlio Vargas, de 1930 a 1945), em geral conhecida como ditadura cesarista) ou pequeno grupo de pessoas (caso da ditadura militar de 1964-1985), que controla todas as instituições sociais, de forma discricionária e completa, sem partido e sem ideologia definida. ( VIEIRA, 2015, p. 13)

Destaca este autor que na história a partir da formação do Estado brasileiro apesar de existir os três poderes (Legislativo, Executivo e Judiciário), contudo havendo um predomínio do Poder Executivo sobre os demais poderes, inicialmente, num alinhamento com ditaduras. Criou-se a ideia que o Executivo predominava entre os poderes e que assim se firmava como o principal aparato do Estado.

Ao considerar o aspecto do Estado de direito no Brasil, Reis (p.17, 2014) menciona que “O Estado de direito nasce com a Constituição de 1946 apresenta a forma democrático-eleitoral, mas era também limitado, “marcado pelas tradições autoritárias da ditadura que o antecederá”.

O autoritarismo de Estado é herança histórica brasileira, em diferentes momentos, e algumas descendentes da Era Vargas, como destaca REIS (2014, p.17) “exclusão da população do jogo político; o controle estatal sobre as estruturas sindicais e de associativismo da classe trabalhadora; a opressão a movimentos populares urbanos de contestação política”.

Para Damiam Guedes (2016), o autoritarismo e Estado no Brasil tem tradição, transição e processo administrativo, acerca disso enfatiza que ao tratar da arqueologia do autoritarismo brasileiro é necessário observar o Pós-guerra e a ditadura militar no Brasil. Ressalta que o Estado de direito nasce com a constituição de 1946, porém, com efeito limitado, uma vez que se apresentava como democrático-eleitoral, sendo assim permeado em aspectos autoritários.



O que acontece é que:

Em 1964, as reformas de base defendidas por GOULART, os interesses norte-americanos, a “ameaça comunista” e o apoio popular de boa parcela do eleitorado – insuflado pela maioria da imprensa – acabam por decretar a derrubada do governo. O golpe não foi resistido. (GUEDES, 2016, p. 77)

As afirmações de Vieira (2014) acerca do autoritarismo pode-se observar que o poder impõe e determina tanto uma obediência como a subordinação, é infixo. Não contempla partido ou ideologia definida, e ocorre como organização política como foi a ditadura militar de 1964 a 1985.

Isso ocorre segundo o autor em “meios legítimos ou não, para controlar os centros de decisão e para obrigar o cumprimento de suas deliberações” (p.18). Explicita que a medida em que mesmo com a construção dos três poderes do Estado da república e com as Constituições a partir de 1934, ainda assim o Poder Executivo sobrepôs suas ações autoritárias também na Constituição de 1946 antecedente a ditadura e 1964.

Na compreensão do estado frente suas diferentes formas, atenta-se Estado liberal, Estado interventor, Estado ampliado e como o Brasil no estado interventor autoritário se articula. Para Mazzeo (2015) no prefácio à terceira edição argumentado em *Estado e burguesia no Brasil: origens da autocracia burguesa* ressalta que “entre as décadas de 1960 e 1970, no contexto de pior momento da ditadura [...]. A vigência dessa brutal ditadura nos obrigava a grandes discursões sobre questões como o caráter do capitalismo brasileiro e de sua burguesia”.

Para o entendimento das características do Estado brasileiro é necessário buscar a essência do contexto político-econômico e social do país, além de referenciar aspectos do contexto mundial, visto que, um processo relaciona-se com o outro. Por isso, o compreender do Brasil a partir da década de 1930 em que o Estado se torna evidente nas decisões da sociedade.

Para tanto, ressalta-se os pressupostos acerca do autoritarismo, isto é, aquilo que:

Determina a obediência e subordinação fundamentada no simples uso de pressão psicológica ou da força bruta e, em certas ocasiões, no sofrimento até a morte. Inexiste estabilidade no autoritarismo, o poder rola sem direção certa e vai massacrando os obedientes. Sujeitando-se unicamente a seus interesses momentâneos, o poder autoritário caracteriza-se por ser infixo, variando de acordo com as bases sociais que lhe são mais próximas na ocasião. (VIEIRA, 2014, p.12-13)

Nas considerações apontadas por Evaldo Vieira (2015), encontra-se um Brasil entre períodos de golpes de Estado, que de acordo com Ianni (1985), já perceptível no golpe de 1930 comandado por Getúlio Vargas. Resultante da emergência do populismo com o recurso do poder tanto autoritário como democrático, que acompanhou o processo de “modernização” política e econômica. O golpe de 1930 poderia ser descrito como de cariz *contrarrevolucionário*, uma vez que tornou claro o tamanho das forças populares onde “era cada vez mais geral e forte o descontentamento com o despotismo do Estado oligárquico” (IANNI, 1985, p.17).

Contudo - diante da percepção das forças populares - a hegemonia burguesa se pôs a concretizar sua Revolução antes que o povo a fizesse. Nesse sentido, o golpe de 30 proporcionou uma mudança na sociedade brasileira, sob diferentes aspectos:

Apeou do poder do Estado os proprietários rurais, os cafeicultores que dominavam a primeira república e que, pelo estilo do governar e pela política econômica que imprimiam, já constituíam um estorvo ao desenvolvimento. No seu lugar, ascende um outro setor da classe dos proprietários rurais, uma composição de setores nos quais prevaleciam aqueles que tinham uma ligação maior com o mercado interno e que, por isso, puderam mostrar-se mais sensíveis a um projeto de industrialização do país. (IANNI, 1985, p.18)

A sociedade brasileira, no período prévio, vivia sob os interesses do bloco agrário que comandava o aparelho estatal, e impedia a participação popular das classes subalternas. Logo a questão social era tratada como caso de polícia, tendo dessa forma, uma sociedade onde o que era mais importante era a ordem pública e não a ordem social. Com o golpe de 1930 surge um período de proporções de modernização, a saber:

Uma época na qual se dinamizam processos econômicos, políticos, culturais, demográficos e outros tais com os seguintes: industrialização, urbanização, sindicalismo estatal. Intervencionismo governamental crescente na economia, fortalecimento do aparato estatal, principalmente do executivo. Devido à “nova” configuração das classes sociais urbanas e às relações de força, o Estado começa a expressar um novo arranjo de classes: burguesia cafeeira, comercial, industrial e imperialista, em associação com setores da classe média e operários. (IANNI, 1985, p.16)

Nesse sentido os esclarecimentos acerca do autoritarismo, torna-se evidente no desvelar da historiografia brasileira, pois, é aquilo que:

Determina a obediência e subordinação fundamentada no simples uso de pressão psicológica ou da força bruta e, em certas ocasiões, no sofrimento

até a morte. Inexiste estabilidade no autoritarismo, o poder rola sem direção certa e vai massacrando os obedientes. Sujeitando-se unicamente a seus interesses momentâneos, o poder autoritário caracteriza-se por ser infixo, variando de acordo com as bases sociais que lhe são mais próximas na ocasião. (VIEIRA, 2014, p.12-13)

Essa situação proporcionará em 1937 a instauração do Estado Novo, as dissidências oligárquicas, instaurando um modelo corporativista e sua política industrialista. Na mesma proporção encontra-se a via autoritária como opção, ou mesmo alternativa dos donos do poder<sup>4</sup>. Na via do autoritarismo, cabia apenas o favorecimento de uma classe o que geraria problemas no setor econômicos, conforme destaca-se, a seguir:

Diversos historiadores relacionam a implantação da ditadura aberta também à crise econômica que se avizinha naquele momento – e cujo ápice se dará em 1939 – com o esgotamento do surto industrial iniciado em 1933, e cujas políticas necessárias a seu enfrentamento dificilmente poderiam ser implementadas sem graves riscos de desestabilização nos marcos da Constituição de 1934. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 248)

Ou seja, a política econômica induzia a industrialização e favorecia o setor industrial e a acumulação do capital, através de uma combinação de políticas financeira e cambial, ao mesmo tempo, o Estado, buscava organizar o mercado de trabalho, que crescia apoiado numa estrutura corporativa.

É notório, que a política econômica favorecera à burguesia industrial e, provocara o crescimento da população urbano-industrial fazendo emergir um novo movimento político e social. A nova forma que a acumulação capitalista assumia afetaria a classe operária, não só em termos quantitativos como também qualitativos.

Como evidencia o pensamento de *Skidmore destacado por Guedes (2016)*, em que o golpe de 1937 busca no caminho histórico social e através do nacionalismo econômico e com objetivos do bem-estar social debatidos anteriormente, passa a ter uma tutela com base no autoritarismo.

Esse período que configura o Estado Novo seria a condição necessária para o surgimento de novas instituições. Estas faziam parte do projeto de desenvolvimento, e se materializariam através da construção do Seguro Social, da Justiça do Trabalho,

---

<sup>4</sup> FONSECA apud GUEDES in *Autoritarismo e Estado no Brasil: Tradição, transição e processo administrativo*, Belo Horizonte, Letramento, p. 76, 2016.

do Salário Mínimo e da Assistência Social. O processo desencadeou a Legislação Sindical e o alargamento dos direitos sociais a outras categorias de trabalhadores. Destarte que a descaracterização das mobilizações e lutas, transformadas em mecanismos burocráticos, tornaram maior a exploração do proletariado, e assim trazendo, conseqüentemente, o vazio político.

A ação do Estado se voltará, então, para o preenchimento desse espaço através de uma ação normativa e assistencial, visando canalizar o potencial de mobilização dos trabalhadores urbanos, mantendo rebaixados seus níveis de salariais. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p.253)

A partir do momento em que o mecanismo burocrático do Estado passa a ser utilizado para o preenchimento do espaço deixado na descaracterização das mobilizações e lutas para o controle da sociedade civil, principalmente, do proletariado. Desenvolvem-se as instituições de assistência e previdência, com vistas a atender os trabalhadores urbanos e assalariados.

Os autores Bonavides e Andrade(1988) consideram que os mesmos sentidos utilizados no golpe de 1937 – chamado de Estado Novo – com suas bases antidemocráticas foram utilizados no golpe de 1964 e até se tornaram normalizadas no cotidiano do Poder Público.

Após o fim da Segunda Guerra mundial em 1945, segundo os autores, se vivencia em todo Ocidente um período de expectativas crescentes e esperança, baseado na produção em massa de produtos manufaturados e na construção dos Estados de Bem-Estar Social.

No Brasil traria um resultado ambíguo com o fim da ditadura Vargas e ascensão de uma nova ditadura sob interesses norte-americanos.

Nascera então um estado de direito regido pela Constituição de 1946, em contraste com a ditadura aberta do Estado Novo, e um regime democrático, mas limitado, marcado pelas tradições autoritárias da ditadura que o antecederam. O autoritarismo era evidente na exclusão do jogo político de amplas camadas populares, por analfabetas; no estrito controle estatal das estruturas corporativas sindicais, herança intocada da ditadura varguista; no domínio contrastado dos monopólios latifundiários – e do poder dos senhores de terra sobre a maioria da população, ainda vivendo no campo, onde a lei mal chegava, ou não chegava; na repressão intermitente dos movimentos populares; na tutela militar, onipresente, característica da República brasileira desde sua fundação. (REIS, p. 50, 2014).

Havia às margens do estado de direito e de uma democracia “autoritária”, permeada pela cultura política nacional-estatista, a construção de uma versão popular

dessa cultura, liderada pelo trabalhismo brasileiro, e outras forças de esquerda – progressistas, socialistas e comunistas.

Durante o governo de Getúlio Vargas de 1951 a 1954 a composição de interesses agrário-industrial ficara claramente definida. A partir do ano de 1956, se consolidaria a sociedade urbano-industrial, com o aprofundamento da política desenvolvimentista do governo de Juscelino Kubitschek.

Dessa forma, a perspectiva criada em torno do desenvolvimento, do progresso e de mudanças sociais influenciariam o surgimento de novos hábitos e costumes na sociedade brasileira de massa o que aprofundaria uma crise social e política agudizando as contradições produto do modelo de desenvolvimento.

A eleição presidencial de 1960, com Jânio Quadros como presidente e João Goulart como vice, foi a consagração da oposição, pois era a primeira vez que ela chegava ao poder.

Às contradições do modelo económico se acrescenta um conflito entre o Executivo e o Legislativo levando o país - em agosto do mesmo ano - a uma crise política e à posterior renúncia de Jânio Quadros, assumindo a presidência, João Goulart com o apoio das massas trabalhadoras e a promessa de reformas sociais e políticas de base, tais como: reforma agrária; extensão do voto aos analfabetos; controle do capital estrangeiro; legalização do Partido Comunista do Brasil, dentre outros.

Assim como ressalta Netto (p.56, 2014) “Jango pretendia conduzir o seu projeto reformista mediante a sustentação de um arco de forças que iria da esquerda ao reformismo conservador, num processo gradual que excluísse confrontos diretos com seus adversários”.

Apesar do veto dos militares, João Goulart, iniciaria seu governo, mas não conseguiria implantar as reformas propostas, pois, teria que enfrentar grande resistência no congresso. Assim em 1963 são evidenciadas as contradições do governo de Goulart já

A instauração da ditadura, em 1964, destruiu tudo isto: o estado de direito, a democracia limitada e a versão trabalhista do nacional-estatismo. Porém, não foi um raio que desceu de um céu sem nuvens. Na história humana, não há raios que desçam de um céu azul. A ditadura resultou de uma conjunção complexa de condições, de processos e de ações, cuja compreensão permite elucidar o que deixou surpresos e perplexos os contemporâneos, vencidos e vencedores. (REIS p. 51, 2014).

Com o intuito de garantir um reformismo conservador e obter aceleração do crescimento que surge o Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social proposto para o período 1963 a 1965, no entanto isso não aconteceu.

O autoritarismo novamente permeia manifestações, em diferentes momentos. Destaca-se ao excluir a população do jogo político, o controle estatal sobre sindicatos e associações de trabalhadores. Existe, ainda, domínio latifundiário, opressão de movimentos com contestação política e abrangência da tutela militar da política<sup>5</sup>.

Por conseguinte, em 1964 no Brasil, nasce uma conspiração civil-militar que foi se organizando para pôr fim ao governo de João Goulart. No meio civil tinha-se o anticomunismo e apoio de veículos de comunicação social e no militar uma conspiração proporcionada pelo chefe do Estado-Maior do Exército, general Castelo Branco que fazia as articulações com a Aeronáutica e Marinha.

As considerações acerca do período de Estado autoritário brasileiro em duas décadas 1960-1970, além das questões nacionais acerca da burguesia e capitalismo o debates asseveram o aprofundamento da temática na América Latina. Nas afirmações de Vieira (1992, p.76):

A história do capitalismo é generosa em demonstração de que a doutrina do não-intervencionismo do Estado pouco ou nada se cumpriu. O Estado capitalista sempre vem intervindo de alguma maneira na sociedade, na economia, no mercado de capitais e de força de trabalho, evidenciando ele próprio a desnaturalização deste mercado e do capital.

Na América Latina o processo de colonização está atrelado à acumulação do capital que conforme indicado por Mazzeo (2015) se inicia no século XVI dentro de suas características e mesmo que multiformes em cada país e fases distintas em cada época, a América Latina esteve integrada ao processo capitalista.

Ocorre que na América Latina perante a historicidade da colonização até a estruturação econômica o capitalismo encontra-se desde o processo mercantil, em seguida adentra ao capitalismo industrial concorrencial e chega ao modo imperialista do capitalismo monopolista a partir do século XX. Assinalar esse processo é fundamental é elementar ao período analisado nesse tópico. O que deve salientar quanto ao processo do capitalismo monopolista no período de autoritarismo de Estado no Brasil a partir da década de 1960.

---

<sup>5</sup> GUEDES, Damian. *Pós-guerra e ditadura militar in Autoritarismo e Estado no Brasil*, p. 75, 2016.

O modo do capitalismo monopolista cria condições que o Estado é por ele capturado, assim para Netto (2011, p.29), “no capitalismo dos monopólios, tanto pelas características do novo ordenamento econômico quanto pela consolidação política do movimento operário e pelas necessidades de legitimação política do Estado burguês.” Nessa dinâmica as intervenções do Estado na economia seja de forma direto ou indireta, o que se reafirma a característica intervencionista do Estado quando chamado pela burguesia.

O que na perspectiva de Netto (2011), essa intervenção estatal ocorre como organização da dinâmica econômica mantendo continuidade e seu modo sistêmico na garantia dos superlucros dos monopólios. O que nas proposições colocadas por Schumpeter (2017), a burguesia tem sempre uma solução para as esferas públicas dentro do método que restringe a esfera política e assim, limitando a autoridade pública a fim de garantir a legalidade burguesa.

Nesse contexto Neto (2011, p. 26) aponta que:

O Estado atua como um instrumento de organização da economia, operando notadamente como um administrado dos ciclos da crise. Está claro, assim, que o estado foi capturado pela lógica do capital monopolista – ele é o seu Estado; tendencialmente, o que se verifica é a interação orgânica entre os aparatos privados dos monopólios e instituições estatais. Donde uma explicável alteração não apenas na modalidade de intervenção do Estado, mas nas estruturas que viabilizam a intervenção da mesma: no sistema de poder político, os centros de decisão ganham uma crescente autonomia em relação às instâncias representativas formalmente legitimadas.

Ou seja, o Estado funciona como parte da reprodução do capital no processo, em que, transfere parte de seus recursos sociais e públicos à burguesia monopolista favorecendo meios necessários para sua manutenção e acumulação do capital.

Nesse aspecto é significativo o entendimento do processo construído com o término da Segunda Guerra Mundial na América Latina. Em relação a esse processo enfatizada por Carlos Fico (2008, p. 845):

Não se dirá que, depois da guerra, todo o governo norte-americano, em uníssono, considerasse desimportante o estabelecimento de relações privilegiadas com o Brasil, ou que não visualizasse expressivas potencialidades econômicas aqui, mas a avaliação sobre a desimportância estratégico-militar da América Latina consolidou-se desde os anos 1950.

Dentro desses contornos o que o autor esclarece ao no que tange ao Brasil, a guerra, passou a ter bons frutos para o governo americano na medida, a partir de do momento que os Estados Unidos se tornou o principal fornecedor de armas e criou, entre os militares brasileiros, uma boa relação com o país-líder do Ocidente.

O que demonstra Fico (2008), constata-se, em seguida, o crescimento da liderança americana no campo militar a partir de 1950 nos países latino-americanos. Ocorria além da venda de armas e equipamentos, os treinamentos militares parte do “programa de ajuda militar”, por conseguinte favorecia as relações com os ditadores militares na América Latina.

Assim destaca Emir Sader (2015) que o ciclo de ditaduras na América Latina tem seu início no Brasil em 1964, chegando à Bolívia no mesmo ano (1964), em seguida na Argentina (1966, e depois 1976), e dissemina-se também por Chile e Uruguai em (1973).

Do mesmo modo:

Como características comuns esses regimes impuseram uma militarização do Estado, com as Forças Armadas assumindo o papel de dirigentes políticos e agentes da repressão, e mantiveram-se no poder por meio de violenta repressão contra as forças populares e as instituições democráticas. Para ocupar os cargos econômicos e jurídicos foram destacados técnicos ligados ao grande capital privado e ao pensamento conservador. Tais regimes inseriram-se no clima de guerra fria vigente no mundo bipolar, assumiram alianças estratégicas e programáticas com os Estados Unidos na luta contra o comunismo, caracterizado não apenas pelas forças anticapitalistas, mas por todas as expressões dos dissensos sociais – sindicatos, universidades, intelectuais, forças democráticas e liberais. (SADER, 2015, n.p)

Foram nessas proposições que as ditaduras alcançaram a hegemonia do grande capital internacionalizado, chegando a reprimir qualquer forma de reivindicações sociais contrárias, colocaram os órgãos públicos em favor dos privados, favorecendo a burguesia aderindo às posições de política externa dos Estados Unidos e por fim impuseram um Estado autoritário militar.

Não obstante, existia desde 1948 foi criado pelas Nações Unidas a Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL), o qual tinha finalidade de auxiliar os países no desenvolvimento econômico buscando estabilização via industrialização, assim como colaborar com soluções dos problemas existentes nos países da América Latina.

Com tal entendimento Haffner (2002, p.10-11) menciona que:

A ideia de se industrializar nasce então como uma forma de se vencer a pobreza ou de se reduzir as diferenças entre a América Latina e países ricos, atingindo-se a independência política e econômica através de um crescimento autossustentado. O conceito-chave que organizava a teoria da CEPAL e lhe concedia unidade desde o seu começo – e o faz até hoje -, é a ideia de propiciar o desenvolvimento. Para alcançá-lo através da industrialização seria necessário cumprir, dentro dos países de economias retardatárias, vários itens de caráter econômico social, o que torna possível a aproximação do pensamento econômico da CEPAL.



As objetivações do CEPAL estavam alinhadas para um crescimento econômico guiado pelo Estado, em que, caberia o ordenamento e execuções e expansões necessárias para industrialização, atrelado aos recursos financeiros tanto nacionais, como internacionais e assim, promover investimento em setores prioritários colocados por ele.

Nos anos que sucederam se formou no meio político um grande avanço do Estado de esquerda formando uma oposição aos Estado Unidos, Simon (2021) ressalta que o avanço da esquerda no Cone Sul, ocorreu em 1971. Nos primeiros meses, no Chile havia um socialista no poder; na Bolívia um general que queria fazer estatizações e ir de frente com os interesses dos Estados Unidos; no Uruguai existia uma coalização de centro esquerda e extrema esquerda; ainda havia, o caso da Revolução Peruana que nacionalizava empesas estrangeiras.

Destarte que no mesmo ano ocorreu um colapso econômico, para Simon (2021, p.104):

O ano de 1971 terminou com o início do colapso econômico e explosão da tensão política em Santiago, um golpe de direita em La Paz e uma estranha derrota nas urnas que abriu caminho, em Montevidéu, a um regime dominado pelos militares. Os generais em Brasília brindavam às vitórias; duas delas, na Bolívia e no Uruguai, com patrocínio brasileiro. O Brasil tentara ajudar líderes conservadores a mudar o rumo esquerdizante que La Paz havia tomado, mas a manobra frustrada só fez agravar a situação.

Esse processo de dominação dos Estado Unidos sobre a América Latina é evidenciada imersa no contexto da Guerra fria - entre americanos e soviéticos na Europa - as duas potências causaram grandes movimentos com seus aliados na América Latina. As características históricas de ter a volta do imperialismo norte-americano, tendo como apoio o Brasil alinhado à superpotência capitalista que vivia o milagre econômico e ao mesmo tempo fazia um cerco aos golpes militares nos países vizinhos da América do Sul.

O instrumento de combate ao comunismo no contexto da Guerra Fria na América Latina envolvia Cuba e acarretava consequências para América Latina, a esse respeito, Fico (2008, p.932) menciona:

Embora formuladores de política externa norte-americana, como o secretário de Estado Dean Rusk, vissem a crise dos mísseis como um momento de virada, no sentido de que demandava o início de conversações em direção a uma distensão das relações conflitivas da Guerra Fria (que poderiam conduzir a uma hecatombe nuclear), persistiria nos gabinetes governamentais norte-americanos, concomitantemente, uma postura de paranoia vigilância, traço fundamental para o desenvolvimento da nova política para a América Latina, baseada no fortalecimento dos militares da região, vistos como bastiões

contra quaisquer sonhos revolucionários, e na política de ajuda econômica, sobretudo como pretexto para a construção de uma imagem mais positiva dos Estados Unidos e para a ampliação de sua capacidade de influir.

Assim, é evidenciado um questionamento por parte dos Estados Unidos acerca da eficácia das políticas para América Latina dada a má reputação construída durante as intervenções feitas na região. Os Estados Unidos frente ao liberalismo econômico no continente americano instruíam ordenamentos para evitar o avanço do comunismo e assegurando seus interesses econômicos.

O Estado liberalista planejado define seus objetivos, planeja seus atos, consoante ao que diz Porto (2019, p. 324):

O poder político e o poder econômico encontram no Estado e no mercado os locais apropriados para buscarem a melhor forma de preservar o equilíbrio material, sendo a lei o vínculo que transporta essas ideias no campo obrigacional. Com isso conclui-se pela existência de uma simbiose entre poder político e poder econômico, sendo o ponto comum entre ambos a filosofia liberal, que concentra no Estado e no mercado o ambiente apropriado para realizar seus objetivos. O poder econômico sem o poder político do Estado age de forma desorganizada e sem limites, e o poder político sem o poder econômico não sobrevive; nesse contexto, ambos se unem para a realização do bem comum, tendo na liberdade individual e na propriedade os pilares fundamentais para o desenvolvimento social. Por isso o estado e o mercado devem estar conectados para realização da filosofia liberal.

Os argumentos *divergentes* baseiam-se na compreensão de que os modelos de Estado planejado e regimes totalitários, autoritários, as ditaduras que seriam Estados comunistas, causam conflitos e desrespeito aos direitos humanos e, somente, o Estado liberal seria capaz de regular o mercado e a economia garantindo direitos e a democracia.

No que diz respeito à desigualdade gerada nos sistemas:

É necessário encontrar racionalmente um ponto de equilíbrio que interprete as reais condições econômicas e os objetivos a serem alcançados com a finalidade de reduzir as desigualdades, que levem em consideração a melhoria das condições de educação, a existência de matéria-prima disponível, o desenvolvimento tecnológico, dentre outros fatores reais e não apenas ideológicos e políticos. Piketty adverte que não há determinismo econômico quando se trata de distribuição de renda. Segundo ele, ao longo da história, essa questão sempre esteve ligada a decisões políticas, descartando com isso a possibilidade de aplicar “mecanismos puramente econômicos” para reduzir a desigualdade. Mas ele mesmo demonstra que apenas decisões políticas não constituem o melhor caminho para a solução desse problema. (PORTO, 2019, p. 325)

Contudo, o autor pondera que quando há na sociedade, existência de desigualdades é fundamental encontrar um equilíbrio dentro dos mecanismos entre ideologias e as formas políticas. Apesar de na primeira década do século XX países

desenvolvidos alcançaram uma redução da desigualdade, adotando políticas públicas e por haver guerras, ao final do século XX ocorreu aumento da desigualdade também resultante de uma série de adoção de políticas públicas.

Isso demonstra que:

As decisões tomadas no âmbito político não estão desatreladas da ordem econômica e social, pois envolvem vários agentes, ou seja, uma decisão política passa por uma discussão ampla com a sociedade para chegar a um equilíbrio do que é justo e isto só é possível dentro de um estado de direito democrático. (PORTO, 2019, p. 326)

Essas considerações levam a ideia de que não cabe as decisões apenas tomadas pelo âmbito de domínio do poder político se suas orientações não der importância à realidade econômica de casa sociedade. Por isso, quando um governo coloca suas decisões de poder político junto às lutas ideológicas sem verificar a realidade econômica conduz o Estado ao desequilíbrio político, econômico e social, aumentando a desigualdade. A isso se constitui a formação da singularidade do conjunto da análise existente na herança patriarcal e o patrimonialismo no Estado construído no próximo tópico.

## **2.2 Governo Autoritário Militar e Autocracia Burguesa.**

O governo quando descritivamente autoritário e pertencente ao militarismo viabiliza uma ditadura, palavra que etimologicamente deriva do latim *dictatūra,ae* e significa dignidade de magistrado ou regente supremo, dignidade do ditador. Esclarecer tais características é compreensível ao pensamento de Bobbio (2019), que enfatiza a generalização do termo “ditadura” para os regimes de governos não característicos de democracia.

Na medida em que a democracia foi considerada como a melhor forma de governo, como a menos má, como a forma de governo mais adaptada às sociedades econômicas, cívica e politicamente mais evoluídas, a teoria das formas de governo em seu uso prescritivo simplificou a tipologia tradicional e polarizou-se, como [...] em torno da dicotomia democracia-autocracia. No uso corrente, porém, o termo que veio prevalecendo para designar o segundo membro da dicotomia não é “autocracia”, mas “ditadura”. (BOBBIO, 2019, p.207)

Ao que seria aqueles governos derivados de um ‘derrubamento de democracia, cabe o significado como autocracia. Nas considerações de Vieira (2014), a ditadura militar brasileira de 1964 a 1985 foi inserida por um autoritarismo através

de um grupo de pessoas que passou a ter controle das instituições sociais que por conseguinte não havia forma e nem ideologia definida.

A ditadura brasileira vigente na década de 1960-1970 estava posta como um Estado sem propostas construtivas, mas com aspectos do autoritarismo. Gaspari (2002), evidencia que o regime autoritário, estava exposto em descrições como os dizeres: “Contra a pátria não há direitos”. Assim, descritas nas paredes da sede da polícia paulista, seria a coerção que dominaria o período, pois, *se o país está acima de tudo, justifica-se qualquer medida contra as ameaças dirigidas ao Estado.*

Por conseguinte Vieira (2015, p.291-292) ressalta:

[...], o Estado autoritário se utilizou de um sistema partidário (Arena e MDB), do qual um serviu para justificar o candidato e o outro para representar o papel de oposição permitida a ele. Também os partidos, portanto, não constituíam veículos para alcançar o poder político, exercido por militares e por tecnocratas em nome da burguesia do monopólio. As ideologias nem sequer vinham bem determinadas, apesar de os termos em geral se repetirem.

O autoritarismo escancarado na ditadura militar de 1964 “faz parte de uma tradição antidemocrática solidamente enraizada e que nasceu com o Positivismo, no final do Império. O desprezo pela democracia foi um espectro que rondou o nosso país durante cem anos de República.” (Villa (2013, p.71).

Como ressalta Vieira (2015) quanto ao Estado autoritário que não permitia nenhum tipo de mobilização das massas populares. Valeria apenas mobilizações inspiradas pelo próprio governo. Com base nos aspectos característicos do golpe militar de 1964, evidenciados pelos teóricos brasileiros, visamos uma breve contextualização do momento vivido no Brasil considerando o processo de golpe militar no Brasil.

Envolve relações que perpassam as problemáticas internas de políticas e questões socioeconômicas. A relação com o contexto do desenvolvimento do capital internacional, muito presente nas características da ditadura militar, traz à luz a presença dos Estados Unidos da América e sua influência na América Latina.

Nesse sentido, inicialmente objetivamos compreender o período de 1960-1970 com Guedes (2016) *Autoritarismo e Estado no Brasil*; Noam Chomsky (2002) em *o Lucro ou as pessoas*; Vieira (2014) em *A república brasileira e ditadura militar*, Villa (2014) em *Ditadura à brasileira*.

No entendimento acerca dos governos, o autoritarismo de Estado e salientar a hegemonia construída pelos EUA na América Latina, especificamente - neste estudo

- no Brasil. No ano de 1961, Vieira (2015) em *A república brasileira* destaca que Jânio Quadros esteve o governo de janeiro a agosto do mesmo ano, com conflitos de ideologias onde pregava moralização e austeridade, democracia através do sufrágio, liberdade sindical, conservação das liberdades e a promoção do bem-estar social.

Para os autores, o presidente Jânio Quadros aludia política que pretendia seguir firme orientação nacionalista a respeito da remessa de lucros ao Exterior, junto à política de minérios, ao mesmo tempo da existência de uma política econômica conservadora havia atrelado a preocupação da política externa.

Nesse sentido, Villa (2014) elucida que a política externa do Brasil no governo de Jânio Quadros, se fazia de forma independente com ação diplomática para romper as barreiras da Guerra Fria. Logo, tendia com ações de negociação comercial junto à países socialistas e se posicionou contra as medidas dos Estados Unidos que visavam barrar o governo socialista cubano.

Para tanto a eleição de Jânio Quadros é o marco no processo da Ditadura de 1964, com sua renúncia em 25 de agosto de 1961 e a posse de João Goulart, em 7 de setembro de 1961, evidencia a presença do militarismo em momentos de conflitos como “aparente” solução das questões do poder do Estado.

Vieira (2014, p. 26), retrata:

A política janguista nutria enorme respeito pela conduta fundamentada na lei, apesar de muito ter sido dito em contrário. Goulart, é na verdade, defendeu a alteração da Constituição, a ser realizada através de poderes constituintes concedidos ao novo Congresso Nacional a ser eleito em 1962. Para o presidente da República, este Congresso levaria a diante as reformas de base, diminuindo as exigências da Constituição de 1946. Embora legalista, o presidente da República ia aos poucos ampliando o que entendia como reformas da estrutura do país.

Nas ponderações de Gomes (2014, p.34), “Desde a vitória na Campanha da Legalidade, em setembro de 1961, a estratégia política de Goulart era procurar desarmar seus opositores, ampliando suas bases políticas”. Seguindo isso, buscou consolidar uma base militar para seu governo, cuja base havia o Plano Trienal Econômico e Social que visava,

O plano tinha dois objetivos básicos. Um deles era conquistar o apoio político dos setores conservadores da sociedade, no momento de transição do parlamentarismo para o presidencialismo. O outro era ganhar a confiança dos credores internacionais, para obter recursos financeiros e renegociar a dívida externa. ( p.35.)

O Plano incorporava setores da sociedade como empresários, trabalhadores, estudantes e donas de casa. Porém havia contradições destacadas por opositores, como um plano que atendia apenas os interesses da burguesia e seu capital imperialista. Sendo considerado apenas um “plano de slogan” que pouco acrescentava ou atendia as necessidades do País.

O impopular Plano Trienal, foi o marco do governo de João Goulart, o qual caberia obter determinado controle na economia nacional, combater a inflação e realizar reformas com vista ao desenvolvimento.

Na tentativa de salvar a crise do Plano Trienal e de seu governo, João Goulart propôs em 1963 a reforma agrária em busca da popularidade e visando as eleições de 1965. Em meio a tentativas reformista conseguiu a aprovação do Estatuto do Trabalhador Rural que daria aos trabalhadores rurais os mesmos direitos que os urbanos.

Logo, nesses estudos realizados em 1964: *O golpe que derrubou um presidente, pôs fim ao regime democrático e instituiu a Ditadura Militar no Brasil* por argumentar que “tornou-se muito disseminada a tese de que o objetivo central do golpe civil e militar de 1964 foi impedir as reformas, sobretudo a agrária, que seria uma espécie de bicho de sete cabeças” (GOMES, 2014, p.67).

No entendimento de Vieira (2015, p.200), “desde sua posse em 1961, a ideologia janguista não mudou de acordo com as situações”. E era assim que se sustentava o governo de João Goulart. Aspectos que espelhavam Getúlio Vargas, em bases como trabalhador, liberdades públicas, democracia e reformas de base.

O governo de João Goulart no ano de 1964, salientado em *Ditadura à brasileira* argumentada por Villa (2014, p. 42) “o ano começou pelo impasse político. Jango só falava nas reformas de base, sem nunca as definir claramente. No ar, o cheiro de golpe era dominante. Fazia a tradição brasileira em momentos de impasse político”.

O ideário do governo de João Goulart fracassou perante a tentativa de reformas e equilíbrio entre opositores, assim como os conflitos com o Congresso. Mais, o seu significado do golpe está atrelado ao contexto da Guerra Fria, em que, a hegemonia estadunidense passou a modificar a divisão do trabalho internacional. Assim como, as relações econômicas e os centros capitalistas, de forma a apoiar a contrarrevolução no âmbito mundial.

Na identificação de Vieira (2015, p.17) “o estado exprime ainda as lutas sociais, alterando-se em virtude dos conflitos sociopolíticos”. É nesse sentido que João Goulart tentava uma conciliação nas problemáticas econômicas e sociais e ainda contemplar questões políticas de ideologias tanto o ideal nacionalista, como os interesses do capitalismo internacional.

Assim as forças populares estavam sob uma estrutura denominada de ordem social, a qual imprimia aspectos de assistência, perseguição e repressão. Nesse sentido Noam Chomsky destaca que os Estados Unidos consideraram que o problema se tratava de uma “segurança nacional”.

Consequência dessa situação dada a partir do momento em que “Os militares eram vistos por Washington como uma “ilha de sanidade” no país, e o golpe foi saudado pelo embaixador de Kennedy, Lincoln Gordon, como uma “rebelião democrática”, na verdade “a mais decisiva vitória isolada da liberdade neste meio de século”. (CHOMSKY, 2002, p. 26).

Na análise dos *momentos da República brasileira na Ditadura Militar entre 1964 e 1965*, é mantido que no primeiro momento “os acontecimentos de 1964, que expulsaram do poder o governo constitucional de Jango, liquidara ainda o projeto de reformas de base, exterminando com a política de massas, existente até então no Brasil”. (VIEIRA, 2014, p.29).

No apontamento de Reis Filho (2014, p.53), na economia, o novo governo possuía seu próprio perfil e programa determinado ao internacionalismo, guiava-se para abertura do país ao capital internacional, dessa forma, rompia com a autonomia do nacional-estatismo. Destarte que se manteve o processo de planejamento do Estado brasileiro, pois “*na prática, novas instituições foram criadas, como o Banco Nacional de Habitação (BNH) e um super-Banco Nacional de Habitação, destinado a supervisionar e controlar a produção e a circulação do dinheiro.*” (Reis Filho, 2014, p.57).

Seguindo o processo foram aprovadas novas Leis, de Imprensa e de Segurança Nacional, assim como criaram instituições relacionadas ao mundo do trabalho. Com a tentativa de abertura para o capital estrangeiro no Brasil, como estratégia de desenvolvimento, “a ditadura de 1964 abriu totalmente este processo aos monopólios internacionais. [...] O tal desenvolvimento interdependente serviu sobretudo à burguesia do monopólio, aliás nem sempre fiel a seus protetores”. (Vieira, 2015, p.302)

Com o percorrer da década de 1960, o Brasil iniciou um processo mais aberto ao capital estrangeiro no sentido de receptor de investimentos, consagrando-se o maior receptor, conforme destaque,

O país obteve do exterior a quantia de 3.728 milhões de libras e esterlinas, sobretudo dos Estados Unidos, do Canadá e da Alemanha Ocidental. É preciso distinguir bem os dois momentos da década de 1960. De 1961 a 1964, a Associação Internacional de Desenvolvimento – AID, ligada aos Estados Unidos, destinou ao Brasil uma média de 100 milhões de dólares por ano. Por outro lado, nos 5 anos posteriores ao golpe de Estado de 1964, a AID canalizou para cá a cifra de 2 bilhões de dólares. A política econômica, desde 1964, atacou ferozmente acima de tudo a empresa nacional, pois o número de falências e concordatas subiu neste ano e nos seguintes. (VIEIRA, 2015, p.300)

No Brasil o golpe vai além de influências externas, visto que, segundo o autor, os problemas do país estavam relacionados, em muito, à luta de classes que chegara ao ápice em 1964, dessa forma, esse regime político se consagrou num sentido de autocracia burguesa atendendo os interesses do grande capital, efetivando um golpe de caráter civil-militar, estruturado pelas Forças Armadas, o capital e os latifundiários.

Havia assim três objetivos nessa contrarrevolução:

1) adequar os padrões de desenvolvimento nacionais e de grupos de países a um novo momento da dinâmica capitalista, marcado por acentuada internacionalização do capital; 2) golpear e imobilizar os protagonistas sociais e políticos interessados em resistir a este processo, que conduzia as periferias a uma relação mais subalterna e dependente em face dos centros imperialistas; 3) enfim, combater em todo o mundo tendências políticas e ideológicas alternativas ao capitalismo e /ou conducentes a vias socialistas. (NETTO, 2014, p.75)

Para o autor acima, o golpe ocorreu em 1 de abril e em 2 de abril de 1964, se consagrou no âmbito político-institucional violando as normas da Constituição Federal com o discurso de salvar o Brasil da “corrupção” e da “subversão comunista”.

Seguindo essa perspectiva Vieira (2014, p 29-30), aponta que:

O golpe de Estado de 31 de março de 1964 decorreu de grave situação político-militar, empurrando o presidente João Goulart para o exílio político no Uruguai. Nos primeiros momentos do golpe, seus líderes militares procuravam explicar-se. O general Mourão Filho queria impor o domínio e o cumprimento da Constituição. Mas na prática desrespeitava-a, atacando o governo constitucional. O general Carlos Luís Guedes desejava as reformas, por via do Congresso. Acontece, porém, que o Congresso Nacional passou a sofrer cassação de mandatos e suspensão de direitos políticos e parlamentares.

E nesse sentido o apoio ao golpe foi exaltado por manifestações de setores pequeno-burgueses e alguns trabalhadores, consagrada na “Marcha da Vitória”. Em



11 de abril, através do Congresso Nacional, foi “eleito” para presidente o marechal Castelo Branco e como vice José Maria Alckmin, político e fundador do PSD.

O 15 de abril de 1964, foi marcado por Castello Branco assumindo a presidência da República, destaca Villa (2014, p.58):

Fez um discurso relativamente curto. Citou cinco vezes a palavra “democracia” e garantiu: “Entregarei o cargo a 31 de janeiro de 1966”. Disse que seria “escravo das leis do país” e que cumpriria “com honra e lealdade a Constituição”. Instituiu que seu governo consolidaria “os ideais do movimento cívico da nação brasileira nestes dias memoráveis de abril, quando se levantou unida, esplêndida de coragem e decisão, para restaurar a democracia e libertá-la de quantas fraudes e dissociações que a tornaram irreconhecível. Não por meio de um golpe de Estado, mas como uma revolução”. Continuou: “Nossa vocação é a liberdade democrática”.

Em toda historicidade da sociedade brasileira existe uma longa tradição antidemocrática, seu processo permaneceu conduzido “pelo alto”, isto é, a partir das classes dominantes. Com o golpe de 1º de abril de 1964 teve um notável objetivo com relação ao Estado, era simplesmente torná-lo articulador do grande capital estrangeiro e nacional.

Era o momento em que a sociedade brasileira esbarrava sob os aspectos de organização para uma política em favor do capital monopolista, em todos os sentidos, inclusive o repressivo. A violência do sistema estatal “foi posta a serviço de uma política destinada a superar a “estagnação econômica” e a “inflação explosiva.”” (IANNI, 1981, p.34).

Conforme mencionado por Reis Filho (2014, p. 52), “no governo de Castelo Branco houve a efetivação de estratégias para institucionalizar a ditadura, com base num estado de direito autoritário”. Havia uma formação social brasileira sob influência do desenvolvimento capitalista baseado nos monopólios e acabara por excluir dos processos de decisão política as classes subalternas.

Assim, fora adotada uma política com base na chamada Doutrina de Segurança Nacional, cujo objetivo estava em garantir a segurança interna sob a ótica de um aparato repressivo e, ao mesmo tempo, adotar uma política de desenvolvimento econômico que superasse a estagnação.

Desenvolveu-se, nesse período, um sistema capitalista em conjunto com a força estatal, onde predominava o capital monopolista com vistas a atender o crescimento econômico, seria,

Os “grandes arquitetos” do *Consenso* [neoliberal] *de Washington* são os senhores da economia privada, em geral empresas gigantescas que

controlam a maior parte da economia internacional e têm meios de ditar a formulação de políticas e a estruturação do pensamento e da opinião. Os Estados Unidos têm um papel especial nesse sistema, por razões óbvias. Nas palavras de Gerald Haines, especialista em história da diplomacia e antigo historiador da CIA: “Depois da 2ª Grande Guerra, os Estados Unidos assumiram, por interesse próprio, a responsabilidade pela prosperidade do sistema 10 capitalista mundial”. O foco de Haines é o que chama de “americanização do Brasil”, mas apenas como caso particular. E suas palavras são bastante exatas. (CHOMSKY, 2002, p. 9-10)

O Processo teve como base primordial de servir a burguesia do monopólio, protegendo-a e servindo-a, visto que havia ameaças à “prosperidade do sistema capitalista mundial” usado como forma de justificar o uso do terror e da subversão como aporte para se obter estabilidade.

Nesse período ocorreu um grande avanço do capitalismo no Brasil, conforme Vieira (2015, p.302) assevera, “a ditadura de 1964 foi a proposta ideal na inserção dos monopólios internacionais”.

No pensamento de Noam Chomsky(2002), vale destacar as considerações de Gerald Haines, assim enfatiza:

Na elogiadíssima história da americanização do Brasil antes mencionada, Gerald Haines diz que os Estados Unidos vêm usando o Brasil desde 1945 como “área de teste para os modernos métodos científicos de desenvolvimento industrial baseado no capitalismo intensivo”. [...] ao tornar o Brasil “a menina dos olhos da comunidade internacional de negócios na América Latina” sob o governo militar nas palavras dos jornais de negócios – , enquanto o Banco Mundial relatava que dois terços da população não se alimentavam o bastante para suportar uma atividade física normal.( p.13)

O domínio dos Estados Unidos torna-se evidente durante a ditadura militar de 1964, Noam Chomsky quando traz seus pensamentos acerca desse domínio, evidencia que todas as formas foram documentadas e planejadas. Impostas seja por Doutrinas, Consensos e/ ou acordos. Destacando ainda uma existência de subordinação do Estado brasileiro aos ricos.

O sistema não visava o atendimento às necessidades básicas da população, isso porque o capital monopolista passou a influenciar em diversos setores. Todos aqueles que promoviam transformações sociais-revolucionárias, por mais que não fossem violentas, passaram a ser reprimidos pelo Estado. Todo o aparelho estatal passou a ser influenciado pelo capital monopolista, isto é, passou a interferir nos mais diversos setores.

O primeiro momento ocorre entre 1964 e 1968 comandado pelo governo de Castelo Branco e parte do governo de Costa e Silva, era baseado na inépcia da

ditadura em se legitimar politicamente. Nesse sentido, havia dificuldades referentes, ao arcabouço herdado do período pré-64, ou seja, os movimentos operário, sindical e estudantil retomavam ações significativas e, por outro, a falta de coesão da corporação armada.

Como sustenta Reis Filho (2014) que no governo de Castelo Branco houve a efetivação de estratégias para institucionalizar a ditadura, com base num estado de direito autoritário. A formação social brasileira estava sob influência do desenvolvimento capitalista baseado nos monopólios e acabara por excluir dos processos de decisão política as classes subalternas. Para tanto as forças populares estavam sob uma estrutura denominada de ordem social, a qual imprimia aspectos de assistência, perseguição e repressão.

Vieira (2014, p. 36), afirma que:

Castelo Branco assegurava que iria cumprir a Constituição de 1946, desde os primeiros momentos de sua posse. Mas em 1967, ao concluir sua gestão, anunciava as vantagens da mudança desta Constituição. Na realidade, a nova Constituição de 1967 nasceu do Ato Institucional n.4, que invocava a necessidade de institucionalizar os princípios trazidos pelo Movimento de 1964.

Reis Filho (2014), argumenta que na economia, o novo governo possuía seu próprio perfil e programa determinado ao internacionalismo, guiava-se para abertura do país ao capital internacional, dessa forma, rompia com a autonomia do nacional-estatismo. Destarte que se manteve o processo de planejamento do Estado brasileiro, pois “na prática, novas instituições foram criadas, como o Banco Nacional de Habitação (BNH) e um super-Banco Nacional de Habitação, destinado a supervisionar e controlar a produção e a circulação do dinheiro.” (REIS FILHO, 2014, p.57).

Seguindo o processo foram aprovadas novas Leis, de Imprensa e de Segurança Nacional, assim como criaram instituições relacionadas ao mundo do trabalho.

O Estatuto da Terra (lei n. 4.504), de 30 de novembro de 1964, disciplinou o uso da terra, definindo, entre outros, os conceitos de reforma agrária e módulo rural e introduzindo mudanças na legislação fundiária: até hoje o seu conteúdo é constratado positivamente com o consagrado pela nova Constituição, de 1988. O Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), de 1966, que substitui aspectos importantes da legislação trabalhista varguista, fundada no instituto da estabilidade, não teve sua revogação demandada depois que a ditadura acabou – foi consagrado na Constituição de 1988. Finalmente, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), também em 1966, substituindo o sistema anterior, que originalmente a

assistência social de forma fragmentada e corporativa, centralizou o regime previdenciário. (REIS FILHO, 2014, p. 64-65)

### Acerca da Segurança Nacional e Economia:

Em nome da segurança nacional, apregoavam-se a importância e urgência do planejamento e do controle de natureza estratégica. Justificava-se, então, a progressiva militarização de todos os níveis da sociedade, destacando-se a ideologia e o comportamento empresariais. [...] Procurando abrir caminho ao capital estrangeiro no Brasil, como alternativa definida de desenvolvimento, o governo castelista revogou a Lei de Remessa de Lucros (Lei n. 4.131), aprovado pelo Congresso Nacional em 1962, e assinada pelo Presidente Goulart em janeiro de 1964. Em lugar dela surge a Lei n.4.390, de agosto de 1964, verdadeira abertura do mercado brasileiro às nações amigas. (VIEIRA, 2014, p.40-41).

No primeiro lustro o programa com visão internacionalista-liberal proposta não se concretizou, uma vez que a legislação criada reforçava o intervencionismo estatal. O que ocorre no ano de 1967 é um estado de direito autoritário com promessas de crescimento econômico propostas pelo governo de Costa e Silva que visava a restauração da ditadura sob a óptica desenvolvimento, obtendo constantes crescimentos em variados setores da economia.

Em 1967, o país já registrou um razoável crescimento: 4,8%. No ano seguinte, quase o dobro: 9,3%. O crescimento da atividade industrial alcançou o invejável patamar de 15,5%, liderado pela construção civil, com 17% de crescimento. A decolagem era produto da combinação de medidas governamentais com uma série de condições favoráveis, internas – ociosidade do parque industrial, demanda reprimida, saneamento financeiro executado pelo governo anterior – e externas – início de um boom espetacular no mercado internacional. (REIS FILHO, 2014, p. 66-67)

No contexto social, havia insatisfação que passou a ser traduzida em protestos e movimentos públicos, como o das lideranças civis, marginalizadas pelo governo, onde:

Alinhavam-se em posições afins setores minoritários, mas expressivos, da Igreja católica, transitando para posições hostis ao poder, denunciando a política econômica e as violações – repetidas – dos direitos humanos e democráticos. Tais setores, como a Ordem Dominicana, passaram à ação, protegendo e abrigando correntes radicais de oposição, entre elas organizações estudantis universitárias postas na ilegalidade. (REIS FILHO, 2014, p. 67-68)

As manifestações foram enfrentadas com forte repressão durante o governo de Costa e Silva entre 1967 e 1969, contudo no interior do regime também havia

insatisfação, o que ocasionou o fechamento do parlamento por tempo indeterminado, reinstaurando a ditadura militar. Acerca desse governo Evaldo Vieira em *A república brasileira* salienta que:

Promulgou o Ato institucional n.5 (AI-5) em 13/12/1968, “o mais cruel dos Atos Institucionais”, fechando o Congresso Nacional, cassando políticos, institucionalizando a repressão, intensificando a censura em todos os campos. Em seu governo, continuou o combate à inflação, alterou a política salarial, aumentou o comércio exterior, as comunicações, os transportes e esboçou uma reforma administrativa. (VIEIRA, 2015, p.275)

Sobre *As profundas convicções democráticas (e autoritárias também)* enfatiza o discurso do presidente Costa e Silva, conforme destacado por Villa (2014, p.107) “Costa e Silva fez questão de deixar claro seu principal compromisso político: “Meus intuitos democráticos e minha preocupação com a ordem constitucional não podem ser postos em dúvida”. Para tanto, seria o AI-5 uma forma de superar a chamada “crise política”, destarte que causaria o isolamento do governo, não havendo diálogo entre Estado e sociedade civil.

Nas considerações ao ciclo autocrático burguês Netto (2014) destaca que a ditadura brasileira se desenvolveu por meio de um processo chamado ciclo autocrático burguês, e que recobre três lustros, com momentos entrelaçados, desde 1964 até meados de 1979. Entre abril de 1964 e 1968 o Regime Civil Militar assume o Estado; o período entre 1968 e 1974 ganha força e passa a criar as estruturas estatais a serviço dos monopólios; o último lustro de 1974 a 1979 caracteriza-se pela crise econômica e a possível construção de um projeto de autorreforma.

O primeiro momento ocorre entre 1964 e 1968 comandado pelo governo de Castelo Branco e parte do governo de Costa e Silva, era baseado na inépcia da ditadura em se legitimar politicamente. Nesse sentido, havia dificuldades referentes, ao arcabouço herdado do período pré-64, ou seja, os movimentos operário, sindical e estudantil retomavam ações significativas e, por outro, a falta de coesão da corporação armada. Conforme mencionado por Reis Filho (2014), no governo de Castelo Branco houve a efetivação de estratégias para institucionalizar a ditadura, com base num estado de direito autoritário. A formação social brasileira estava sob influência do desenvolvimento capitalista baseado nos monopólios e acabara por excluir dos processos de decisão política as classes subalternas. Para tanto as forças

populares estavam sob uma estrutura denominada de ordem social, a qual imprimia aspectos de assistência, perseguição e repressão.

De acordo com Reis Filho (2014), na economia, o novo governo possuía seu próprio perfil e programa determinado ao internacionalismo, guiava-se para abertura do país ao capital internacional, dessa forma, rompia com a autonomia do nacional-estatismo. Destarte que se manteve o processo de planejamento do Estado brasileiro, pois “na prática, novas instituições foram criadas, como o Banco Nacional de Habitação (BNH) e um super-Banco Nacional de Habitação, destinado a supervisionar e controlar a produção e a circulação do dinheiro.” (REIS FILHO, 2014, p.57).

Seguindo o processo foram aprovadas novas Leis, de Imprensa e de Segurança Nacional, assim como criaram instituições relacionadas ao mundo do trabalho.

O Estatuto da Terra (Lei n. 4.504), de 30 de novembro de 1964, disciplinou o uso da terra, definindo, entre outros, os conceitos de reforma agrária e módulo rural e introduzindo mudanças na legislação fundiária: até hoje o seu conteúdo é constatado positivamente com o consagrado pela nova Constituição, de 1988. O Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), de 1966, que substituiu aspectos importantes da legislação trabalhista varguista, fundada no instituto da estabilidade, não teve sua revogação demandada depois que a ditadura acabou – foi consagrado na Constituição de 1988. Finalmente, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), também em 1966, substituindo o sistema anterior, que originalmente a assistência social de forma fragmentada e corporativa, centralizou o regime previdenciário. (REIS FILHO, 2014, p. 64-65)

Considera, assim que - nesse primeiro lustro - o programa com visão internacionalista-liberal proposta não se concretizou, uma vez que a legislação criada reforçava o intervencionismo estatal. No ano de 1967 há um estado de direito autoritário com promessas de crescimento econômico propostas pelo governo de Costa e Silva que visava a restauração da ditadura sob a óptica desenvolvimento, obtendo constantes crescimentos em variados setores da economia.

No contexto social, segundo o autor havia insatisfação que passou a ser traduzida em protestos e movimentos públicos, como o das lideranças civis, marginalizadas pelo governo, onde,

Alinhavam-se em posições afins setores minoritários, mas expressivos, da Igreja católica, transitando para posições hostis ao poder, denunciando a política econômica e as violações – repetidas – dos direitos humanos e democráticos. Tais setores, como a Ordem Dominicana, passaram à ação, protegendo e abrigando correntes radicais de oposição, entre elas organizações estudantis universitárias postas na ilegalidade. (p. 67-68)

As manifestações foram enfrentadas com forte repressão durante o governo de Costa e Silva entre 1967 e 1968, contudo no interior do regime também havia insatisfação, o que ocasionou o fechamento do parlamento por tempo indeterminado, reinstaurando a ditadura militar.

Em dezembro de 1968 inicia-se o segundo lustro da autocracia burguesa, com o governo de Médici. O novo período de 1968 a 1974 “refere-se à coesão da força tutelar do novo poder, a corporação armada: o processo conspirativo e a ascensão a posições públicas de poder e prestígio, comprometidas descaradamente com interesses econômico-financeiros.” (NETTO, 2014, p. 55-56).

Nesse sentido a ditadura realizaria uma estruturação do Estado, retomando o nacional-estatismo, com o propósito de adequação do aparato dos monopólios ao aparato estatal. Se produziria, nesse período o chamado “milagre” com a aceleração do processo de concentração e centralização do capital e crescimento do Produto Nacional Bruto (PNB) a taxas espetaculares:

Na ponta, a indústria, com taxas de 14% anuais, com destaque para as locomotivas do processo: a indústria automobilística, a de eletroeletrônicos, a construção civil, com taxas superiores a 20% ao ano. Mesmo os setores menos dinâmicos, como o de bens de consumo popular, apontavam índices inusitados: 9,1%, em média, para o período. As exportações tiveram aumento de 32% ao ano, ensejando um ritmo equivalente das importações. (REIS FILHO, 2014, p. 79)

Por um lado, afirma-se que o Estado liderava o sistema econômico ativamente de forma a incentivar, regular, financiar e proteger, assim como reforçava as empresas estatais. No outro, equivalente ao âmbito social, continuava a repressão à oposição “o terrorismo de Estado seria a contraface política da “racionalização”, da “modernização conservadora” conduzida ao clímax na economia e visível na consolidação do “modelo”.” (NETTO, 2014, p. 59).

Para Reis Filho (2014), o regime desenvolve no seu aspecto assistencial e de legitimação, programas ou pacotes sociais como parte do desenvolvimento econômico, sendo eles: o Programa de Integração Social (PIS), Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), e o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL).

Isto colocado à parte do plano de representação de interesses sociais, havia, portanto, uma Estado que atuava a serviço dos monopólios assim como, mantinha o terrorismo numa forma de política de resistência. O crescimento econômico passaria

a perder forças em 1973, iniciando a crise do “milagre econômico” e o início do fim da crise do ciclo autocrático burguês provocado pela ação do movimento popular.

O período de Ernesto Geisel entre os anos de 1974 e 1979 é caracterizado pelo aprofundamento da crise do chamado “milagre econômico”, onde se

Abre o momento derradeiro da ditadura, centralizado pelo aprofundamento da crise do “milagre” e por uma particular estratégia de sobrevivência implementada pelo mais alto núcleo militar do regime – estratégia expressa claramente por Geisel e sua equipe, autodenominada “processo de distensão” e que, avançando no governo Figueiredo, constituirá o projeto de autorreforma com que o Estado forjado pela ditadura procurará transcendê-la. Tal estratégia, reduzida a seus termos mais simples, visava à recomposição de um bloco sociopolítico para assegurar a institucionalização duradoura do sistema de relações econômico-sociais e políticas estruturado a serviço dos monopólios (especialmente a estruturação plasmada no estado). (NETTO, 2014, p. 61)

O governo de Geisel buscava instaurar uma superestrutura política operando sobre um aparelho policial-militar repressivo e pôr fim às forças político-organizativas das classes subalternas, tentando restaurar a configuração política e social com uma estratégia de recomposição do bloco sociopolítico a serviço dos monopólios. (Netto; 2014).

O governo Geisel enfrentava o aprofundamento da crise econômica, o que inviabilizaria o II Plano Nacional de Desenvolvimento. No âmbito social havia grande mobilização dos movimentos sociais e constantes greves operárias.

Reis Filho (2014), ressalta que no final de 1974 houve grandes manifestações sindicais de oposição à ditadura, que continuaram nos anos seguintes. No ano de 1976 surgiram as greves estudantis que seguiriam o percurso de reivindicação por democracia. Ao identificar que no ano de 1978 emerge a greve dos metalúrgicos de São Bernardo que logo proliferaria por todo o país, Reis Filho (2014), aponta que apesar dos operários considerarem um movimento apartidário e “apolítico”.

As lideranças sindicais passaram a se posicionar politicamente, pois visava “atingir a legislação salarial, as ameaças repressivas e os objetivos políticos do regime ditatorial” (REIS FILHO, 2014, 75). Assim a institucionalização da ditadura perdeu seu realinhamento político e entrou em crise, perante a força do proletariado urbano.

Netto (2014), afirma que o processo global da ditadura, está relacionado ao vetor de tutela militar na formação do Estado ditatorial, onde há um ordenamento da economia e do poder político nas instituições estatais; assim como, na oposição



democrática, a hegemonia sempre foi das correntes burguesas, haja vista que os núcleos democráticos não eram capazes de proferir uma crise ao sistema ditatorial.

Nesses três lustros o ciclo autocrático burguês se desenvolveu e a ditadura militar se manteve por mais de uma década através de políticas específicas de negociação com a sociedade.

### **2.3 Constituição de um Estado Ditatorial**

Considerando que Hobbes (2015) apontava a instituição – Estado – como a base de onde derivam todos os direitos e faculdades daquele ou daqueles a quem o poder soberano é conferido mediante o consentimento do povo reunido.

Nas afirmações de Bobbio (2019) a fonte para o estudo do Estado são a história das instituições políticas, em que a história das instituições possa ser extraída da história das doutrinas, porém, não quer dizer que as duas histórias devam ser confundidas.

Nesse sentido, para o entendimento das características da formação do Estado brasileiro é necessário buscar a essência do contexto político-econômico e social brasileiro, além de referenciar aspectos do contexto mundial. Quando um processo se relaciona com o outro, é essencial compreender que “todas as formas históricas do Estado, desde a independência até o presente, denotam a continuidade e reiteração das soluções autoritárias, de cima para baixo, pelo alto, organizando o Estado segundo os interesses oligárquicos, burgueses, imperialistas.” (IANNI, 1985, p.11).

Por isso, torna-se coerente uma breve compreensão da história brasileira a partir dos anos de 1930 que de acordo com Ianni (1985), o golpe de 1930 comandado por Getúlio Vargas resultou a emergência do populismo com o recurso do poder tanto autoritário como democrático, que acompanhou o processo de “modernização” política e econômica. A sociedade brasileira, no período prévio, vivia sob os interesses do bloco agrário que comandava o aparelho estatal, e impedia a participação popular das classes subalternas.

Com o referido golpe surge um período de proporções de modernização, segundo este autor, uma época na qual se dinamizam processos econômicos,

políticos, culturais, demográficos e, outros tais como a industrialização, urbanização, sindicalismo estatal.

Ferreira & Veloso (2012) evidenciam que após o fim da Segunda Guerra mundial em 1945, se vivencia em todo Ocidente um período de expectativas crescentes e esperança. Nesse período, pós-guerra, foi característico por rápido crescimento no Brasil baseado na produção em massa de produtos manufaturados e na construção dos Estados de Bem-Estar Social, contraditoriamente.

Durante o governo de Getúlio Vargas de 1951 a 1954 a composição de interesses agrário-industrial ficará claramente definida. Autores que se baseiam nesse entendimento (D'ARAÚJO, 1992; VIEIRA, 2015) reforçam que havia uma conciliação entre os interesses externos e os imperativos nacionais. Existia uma concepção política atualizada do governo de 1930 com base no pós-guerra, com vista a deliberar a dicotomia entre público e privado através do Estado na defesa do nacional-desenvolvimentismo.

Para Vieira (2015) a partir do ano de 1956, se consolidaria a sociedade urbano-industrial, com o aprofundamento da política desenvolvimentista do governo de Juscelino Kubitschek. Com um planejamento de Estado baseado no Programa de Metas baseado na manutenção da ordem legal, na inevitabilidade do auxílio do capital estrangeiro ao Brasil e no desenvolvimentismo, assim ampliando o mercado interno.

Essa tendência se firmou em valorização da política econômica, no entanto, a política social não obteve avanço significativo, permanece o caráter organizacional dos governos anteriores, principalmente, do governo Vargas.

A eleição presidencial de 1960, com Jânio Quadros como presidente e João Goulart como vice, foi a consagração da oposição, pois era a primeira vez que ela chegava ao poder. Às contradições do modelo econômico se acrescenta um conflito entre o Executivo e o Legislativo.

O conflito levou o país - em agosto do mesmo ano - a uma crise política e à posterior renúncia de Jânio Quadros, assumindo a presidência, João Goulart com o apoio das massas trabalhadoras e a promessa de reformas sociais e políticas de base, tais como: reforma agrária; extensão do voto aos analfabetos; controle do capital estrangeiro; legalização do Partido Comunista do Brasil, dentre outros.

Apesar do veto dos militares, João Goulart, iniciaria seu governo, mas não conseguiria implantar as reformas propostas, pois, teria que enfrentar grande resistência no congresso. Assim em 1963 são evidenciadas as contradições do

governo de Goulart pretendia conduzir o seu projeto reformista mediante a sustentação de um arco de forças que iria da esquerda ao reformismo conservador, num processo gradual que excluísse confrontos diretos com seus adversários.

No Brasil os problemas estavam relacionados, em muito, à luta de classes que chegara ao ápice em 1964, dessa forma, esse regime político se consagrou num sentido de autocracia burguesa atendendo os interesses do grande capital, efetivando um golpe de caráter civil-militar, estruturado pelas Forças Armadas, o capital e os latifundiários.

Por conseguinte, nasce uma conspiração civil-militar que foi se organizando para colocar um fim ao governo. No meio civil tinha-se o anticomunismo e apoio de veículos de comunicação social e no militar uma conspiração proporcionada pelo chefe do Estado-Maior do Exército, general Castelo Branco que fazia as articulações com a Aeronáutica e Marinha.

Com o golpe que ocorreu em 1º de abril e sua consagração em 2 de abril de 1964 no âmbito político-institucional violando as normas da Constituição Federal com o discurso de salvar o Brasil da “corrupção” e da “subversão comunista”. O apoio ao golpe foi exaltado por manifestações de setores pequeno-burgueses e alguns trabalhadores, consagrada na “Marcha da Vitória”. Em 11 de abril, através do Congresso Nacional, foi “eleito” para presidente o marechal Castelo Branco e como vice José Maria Alkcmín, político e fundador do PSD.

Conforme mencionado por Reis Filho (2014), no governo de Castelo Branco houve a efetivação de estratégias para institucionalizar a ditadura, com base num estado de direito autoritário. A formação social brasileira estava sob influência do desenvolvimento capitalista baseado nos monopólios e acabara por excluir dos processos de decisão política as classes subalternas.

De acordo com Netto (2014), houve um golpe em 2 de abril de 1964, que se consagrou no âmbito político-institucional violando as normas da Constituição Federal com o discurso de salvar o Brasil da “corrupção” e da “subversão comunista”.

O apoio ao golpe foi exaltado por manifestações de setores pequeno-burgueses e alguns trabalhadores, consagrada a “Marcha da Vitória” e assim o golpe foi enfatizado com “Revolução”.

O exame menos epidérmico da ditadura brasileira revela-a como um processo, o ciclo da autocracia burguesa, com momentos nitidamente diferenciados e diferenciáveis no plano empírico e analítico. Em tal processo contém-se a constituição e a crise da autocracia e do seu regime político. (NETTO, 2015, p.52)

No Brasil o golpe vai além de influências externas, visto que, os problemas do país estavam relacionados, em muito, à luta de classes que chegaram ao ápice em 1964, dessa forma, esse regime político se consagrou num sentido de autocracia burguesa atendendo o interesse do grande capital.

E assim efetivado com um golpe de caráter civil-militar, pois que, servia aos interesses civis e estruturado pelas Forças Armadas, o capital e latifundiários. Netto (2014) ainda evidencia que o golpe militar demonstrou como o desenvolvimento capitalista pode se realizar apesar da existência de formas econômicas pré-capitalistas e da exclusão da vida política das massas.

Destaca o autor, que o processo da ditadura brasileira enquanto ciclo autocrático burguês, recobre três lustros com momentos entrelaçados desde 1964 até meados de 1979. O primeiro momento ocorre entre 1964 e 1968, baseado na inépcia da ditadura em limitar-se politicamente.

Nesse sentido, o autor destaca que nesse primeiro momento havia dificuldades referentes, por um lado, ao arcabouço herdado do período pré-64, ou seja, os movimentos operário, sindical e estudantil que retomavam ações significativas e, por outro, à falta coesão da corporação armada.

Quando a oposição conquistou as ruas e conseqüentemente começou a causar alterações no governo e na oposição, “o que fora, até então, uma ditadura reacionária [...] converteu-se num regime político de nítidas características fascistas” (NETTO, 2015, p.57).

Logo a repressão à oposição acabará por se tornar sistemática e o Estado assumiria uma posição de “racionalização”, de “modernização conservadora”, havendo assim uma consolidação do modelo em favor dos monopólios.

Nesse momento a sociedade brasileira se encontrava sob os aspectos de organização para uma política em favor do capital monopolista, em todos os sentidos, sendo até repressiva, já que, “toda força concentrada e organizada da sociedade foi posta a serviço de uma política destinada a superar a “estagnação econômica” e a “inflação explosiva.” (IANNI, 1981, p.34).

Assim, fora adotada uma política com base na chamada Doutrina de Segurança Nacional, que tinha por objetivo garantir segurança interna sob a ótica de um aparato repressivo e, ao mesmo tempo, adotar uma política de desenvolvimento econômico.

Envolvendo sistematicamente nesse modelo de economia duas características: por um lado, havia o sistema capitalista com a força estatal e por outro se tem o crescimento econômico que não visava o atendimento às necessidades básicas da população.

Com isso, todos aqueles que promoviam transformações sociais-revolucionárias, por mais que não fossem violentas, passaram a ser reprimidos pelo Estado. Todo o aparelho estatal passou a ser influenciado pelo capital monopolista, isto é, passou a interferir nos mais diversos setores, tais como: “o ensino, público e privado, a indústria cultural, as forças de repressão, o pensamento e a prática dos governantes e tecnocratas.” (NETTO, 2014, p.34)

A formação social brasileira estava sob influência, do desenvolvimento capitalista que acabara por excluir dos processos de decisão política as forças populares, pois, “os segmentos da classe dominante sempre encontram meios de travar e/ ou impedir a intervenção das forças populares nos núcleos da direção da sociedade”<sup>6</sup>. O golpe de 1º de abril foi, a derrota das forças democráticas e, também, a derrota de desenvolvimento econômico-social e político autônomo (NETTO, 2014).

Quanto à Política Social, Potyara (2011) considera que originalmente existe um parâmetro com a historicidade do *Welfare State* (Estado de Bem-Estar). O Estado funciona com interventor na economia de mercado, em que, além de fortalecer o setor público, implementa sistemas de proteção social.

O marco foi o fenômeno da experiência britânica durante a segunda guerra mundial com implementação da Seguridade Social. A identificação da política social também é assinalada pelos autores (BEHRING & BOSCHETTI, 2011; MONTAÑO, 2002), que argumentam acerca das políticas sociais como expressão da questão social está fundamentada na relação de exploração do capital.

No Brasil as políticas sociais sofreram influências das mudanças econômicas e políticas, tanto pelo plano internacional como posta por impactos de ordem política interna. (LAVINAS: VARSANO *apud* POTYARA, 2014). A chamada proteção social no Brasil não se apoiou no pleno emprego, mediante os serviços sociais universais, assim como, não implementou uma rede de proteção.

Isso denota que a política social brasileira esteve em expansão durante os governos autoritários, justificado em três motivos: mostrar serviço para justificar a

---

<sup>6</sup> José Paulo, NETTO, Pequena história da ditadura brasileira, p.76

ação intervencionista; encobrir o regime de exceção; e distribuir bens e serviços com intuito de manter o poder. (POTYARA, 2014).

As políticas públicas são compreendidas como *Estado em ação* que implementa seu projeto de governo por intermédio de programas e ações voltadas para determinado setor da sociedade. (GOBERT; MULLER *apud* HOFLING, 2001). A implementação da política pública de saúde no Brasil inicia-se através da Previdência Social que é uma das primeiras políticas sociais implementadas no Brasil.

A criação de direitos sociais, na conjuntura político-econômico e social explicadas nos itens anteriores. Iamamoto (2014) sinaliza que o sistema de Seguro Social passa a ser implantado como política social no início de 1920 pelos governos da *oligarquia cafeeira*.

A denominada Lei Eloy Chaves, promulgada em 1923, que implantará o Seguro Social para uma parcela da população de trabalhadores específica, os ferroviários. Entre 1926 e 1929 atingirá também a população de estivadores e marítimos.

Na década de 1930, a sua abrangência alcançará o nível de política de Estado, se estenderá à classe operária industrial e se redesenhará sua construção institucional.

Assim, Oliveira e Teixeira (1989), destacam que nos primeiros anos da década de 1920 as atribuições das instituições previdenciárias, se caracterizarão pela prodigalidade nas despesas e pela sua natureza civil privada. A Previdência Social passará na década seguinte por um processo de transição das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) para um sistema mais abrangente e com novo desenho institucional nos denominados Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAP's.

Esse processo não ocorreu dissociado do sistema político, das formas de governo e da forma socioeconômica da sociedade brasileira. Na história da previdência social Schwarzer (2009) aponta que - ao longo do século XX -ocorreram evoluções, como política de proteção social com transformações sociais, políticas, econômicas e institucionais e, assim:

Surgindo, inicialmente, na forma de caixas de aposentadoria e pensões vinculadas a certas empresas, logo o sistema iniciaria o seu processo de universalização, adquirindo, a partir do governo Vargas, caráter corporativo, com a implantação dos institutos de aposentadoria e pensões organizados por categorias profissionais. (IDEM, p.18)

De acordo com Oliveira e Teixeira (1989), o Decreto-Legislativo nº. 4.682, de 14 de janeiro de 1923, mais conhecido como "Lei Elói Chaves", é dado como um marco para o desenvolvimento da Previdência Social brasileira. As Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs eram as instituições previdenciárias responsáveis pela assistência no campo trabalhista e social, garantidas no Decreto de 1923 e foram efetivamente implementadas.

A partir desse momento a Previdência passa a ser um seguro social, com especificidade de política pública permanente. Era um sistema de filiação obrigatório que assegurava o benefício para situações de risco social, isto é, enfermidades, velhice ou morte de beneficiário. Assim, a "Lei Elói Chaves", apesar de limitada a algumas empresas, torna-se um marco legislativo na criação da previdência social brasileira.

Os anos de 1920 são fundamentais na caracterização das instituições previdenciárias que serviram de base para a criação do Instituto de Aposentadorias e Pensões, em 1933, dos Marítimos, o IAPM.

Tinham benefícios de aposentadoria ordinárias ou por invalidez; pensão por morte; assistência médico-hospitalar e socorro farmacêutico. Em 1934 nasce o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB) que garantiria aos assegurados os benefícios da aposentadoria e aos herdeiros, pensões.

Para Teixeira e Oliveira (1989) a Previdência Social no período de 1930 a 1945 compreendeu um modelo de atuação com objetivo de atender o constante crescimento de segurados. Os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPS surgem com o objetivo de organização de uma Previdência que agora se estenderia aos trabalhadores industriais e que deveria prestar assistência médico-hospitalar à força de trabalho urbana.

As novas formas vinham de uma demanda posta pela crise política, em que grandes greves e manifestações dos trabalhadores vinham ocorrendo nos anos de 1930 e buscavam evidenciar a demanda por direitos sociais para os casos de impossibilidade de continuar trabalhando, ou seja,

A crise política que gerou a revolução de 30 e a temporária indefinição das relações de poder e hegemonia nos anos que se seguem imediatamente, assim como os propósitos manifestados pelo novo regime de buscar ampliar sua base de apoio incluindo nela as classes trabalhadoras urbanas, criaram a possibilidade de um surto de manifestações destes setores, entre os anos 30 e 35, após o relativo descenso da movimentação operário-sindical ao longo da década de 20. [...], nas frequentes greves e manifestações ocorridas nestes anos, o tema Previdência Social veio muitas vezes à tona. (IDEM , p.109)

Os autores apontam que nos anos pós-1930 defendia-se a ideia de que a Previdência Social deveria se desvincular do modo de assistência, isto é, sair do modelo de prestação de serviços médico-hospitalar para seguir o modo de benefícios em dinheiro.

Isso significava que a Previdência seria proposta em benefícios pecuniários e não propriamente em serviços. No período 1937 a 1945 a Previdência Social brasileira trilharia um caminho de restrições com o objetivo de conter gastos, tanto na forma de assistência médica como nas aposentadorias e pensões.

Durante esses anos a Previdência como um seguro sofre, “uma transformação significativa, no sentido de torná-lo menos “pródigo”, menos “benevolente”, mais restritivo, mais preocupado com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços”.(OLIVEIRA;TEIXEIRA, 1989, p.61)

Dessa forma, o sistema previdenciário se restringiria, ao longo do período, a benefícios em dinheiro para aposentadorias e pensões. O serviço de assistência médica, por exemplo, seria retirado do modelo previdenciário, visto que apresentava muitas variações e busca-se regras fixas e objetivas determinadas em lei.

O percurso histórico da política de saúde no Brasil vem de grandes lutas e revoltas, apresenta a Política de Saúde no Brasil a partir de três momentos significativos que para Bravo (2001, p.21):

enfocar-se-á o início da intervenção do Estado no setor, mais efetivamente na década de 1930; as alterações ocorridas com o golpe militar de 64 que instaurou a ditadura do grande capital e, na saúde, o modelo de “privilegiamento do produtor privado”; as modificações da década de 1980 que culmina com a promulgação da Constituição de 88.

Logo, a autora ainda destaca que o período da década de 1920 o Estado não reconhece a questão social, para tanto não haveria intervenção política. Após o ano de 1930 o Estado identifica a questão social, e passa a abordar dentro da intervenção estatal.

A partir desse momento, segue uma abrangência entre os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, havendo uma Política de Saúde, para trabalhadores de carteira assinada. O caráter universalista é parte da redemocratização da sociedade brasileira e legitimada na Constituição de 1988.

O Estado na visão liberal não reconhecia as expressões da questão social, era “questão de polícia” que estavam acontecendo naquele momento, ele só passa a reconhecer a questão social como seu objeto de intervenção depois da década de



1930, como “questão de política” e, com essas transformações foi assegurada a universalização ou “direito do cidadão e dever do Estado” pela Constituição Federal em 1988.

Os agravos de saúde tornam-se foco de atenção quando se apresentam como epidemias e deixam de ter importância quando, os mesmos, se transformam em endemias.

Os autores que se baseiam nessa concepção (COSTA, 2018; MERCADANTE, 2002; VIEIRA, 2015) salientam que as ações de saúde propostas pelo governo sempre procuram incorporar os problemas de saúde que atingem grupos sociais importantes de regiões socioeconômicas igualmente importantes dentro da estrutura social vigente, e preferencialmente tem sido direcionado para os grupos organizados e aglomerados urbanos em grupos sociais.

No governo Getulista havia o *Serviço Especial de Saúde Pública* que era centrado em trabalhar questões de nutrição, saneamento, assistência médica e educação sanitária, assim como havia um auxílio ao ensino da enfermagem, onde também organizava escolas para ensino da enfermagem. (VIEIRA, 2015, p.70).

Nos anos de 1945 a 1960, com a Redemocratização do país, o modelo de Previdência Social segue para uma forma de “Regime de Repartição”. Isso significa que se tornaria uma instituição de repasse de benefícios pecuniários e de serviços (limitados na receita arrecadada) aos seus segurados, ou seja, os benefícios se ampliam para aqueles que tem poder organização e são fundamentais para o desenvolvimento econômico, os trabalhadores industriais.

Para os autores Fagnani (2005) e Oliveira e Teixeira (1989) as mudanças na legislação previdenciária a partir de 1945 se fundamentaram num processo de ‘desmontagem contencionista’ em relação ao período anterior, ou seja, pequenas mudanças ampliavam os planos de benefícios, permitindo o aumento de gastos com serviços.

O governo democrático-populista agia sob a pressão popular, assim cedia nas amplitudes de atribuições da previdência social e ao mesmo tempo acabava por aumentar a dívida da União o que resultava na ampliação da crise financeira do seguro social.

O contexto democrático-populista agora subjacente “enquanto aparentemente pautado pela tendência às respostas circunstanciais e localizadas a pressões e

interesses de pequenos grupos” (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989, p.154-155) tinha, para se legitimar, que dar espaço às demandas dos trabalhadores urbanos.

Assim, o Decreto-Lei nº 8.742, de 19 de janeiro de 1946, criou o Departamento Nacional de Previdência Social e a promulgação com a Constituição Federal de 1946 surgia a expressão "Previdência Social", abandonando o termo "seguro social". Contudo não houve alteração substancial sobre a forma de previdência enquanto seguro e assim permaneceria nos anos seguintes.

No Período do segundo lustro de 1956, durante o governo Kubitschek, havia um programa de Saúde Pública que visava impedir aparecimentos de doenças e prolongar a vida da população brasileira. Ações incorporadas dentro do Ministério da Saúde que contava com campanhas de saúde para combater endemias e planos de saneamento, sem grandes transformações referente aos anos anteriores.

No ano de 1960 surgiu a Lei Orgânica de Previdência Social (Lei nº. 3.807/1960) que estabeleceu um marco de unificação e uniformização das normas infraconstitucionais existentes sobre a Previdência Social.

No entanto, foi somente com o Decreto-Lei nº 564, de 1º de maio de 1969, que a Previdência Social contemplaria, pela primeira vez o trabalhador rural, especialmente os empregados do setor agrário da agroindústria canavieira.

Devido a uma falta de clareza e de uma definição em relação à política de saúde, a história da saúde permeia e se confunde com a história da previdência social no Brasil em determinados períodos.

Com base nas pesquisas de Bravo (2006), a medicina previdenciária só vai sobrepujar a saúde pública a partir de 1966. No período pós 1964 as forças democráticas são derrotas, devido à instauração da ditadura militar, ocasionando o desfecho da crise, onde a burguesia dominou no Brasil.

E aponta que

O Estado vai intervir na questão social por meio do binômio repressão assistência, burocratizando a máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, de reduzir as tensões sociais e de conseguir legitimidade para o regime. (p.27)

Nos anos de 1970, no contexto de fortalecimento da ditadura e da redefinição do Estado ao serviço dos monopólios, emergem diversas leis sobre Previdência Social, como por exemplo, a lei Complementar nº 7, de 7 de setembro de 1970 e a Lei Complementar nº 8, de 3 de dezembro de 1970. A primeira institui o Programa de

Integração Social-PIS, e em seguida o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PASEP.

Nesse sentido, vai consolidando um modo de ampliação da Previdência Social ao incorporar outras categorias de trabalhadores:

Em 1971, com a criação do PRORURAL, são destinados fundos específicos para a manutenção do FUNRURAL, estendendo efetivamente a Previdência Social aos trabalhadores rurais. Em 1972 (a Lei nº 5.859, de 11 de dezembro de 1972), estende-se às empregadas domésticas os benefícios previdenciários. Em 1973 (Lei 5.850 de 8 de junho de 1973) estende aos trabalhadores autônomos os benefícios previdenciários. Desta forma executando-se os trabalhadores do mercado informal de trabalho, todos os demais trabalhadores urbanos passam a ser cobertos pela previdência. (OLIVEIRA; TEXEIRA, 1985, p.205)

Essas tendências seguem o propósito de cobertura dentro da seguridade social que se firma ano após ano. Nesse sentido, visando atendimento dos trabalhadores urbanos, quanto a assistência médica acaba por ampliar-se na prestação de serviços de saúde aos trabalhadores formais.

O novo sistema passou a ser orientado, coordenado e controlado através do Ministério da Previdência e Assistência Social, responsável pela política de previdência e assistência médica, farmacêutica e social, bem como pela supervisão dos órgãos que lhe são subordinados e as entidades a ele vinculadas.

Nesse período a política econômica ao serviço dos monopólios e a necessidade de se legitimar com algumas medidas de política social objetivaram alterações nas leis, ressaltando o que diz Fagnani (2005, p. 54-55):

Entre 1968 e 1973, configurou-se uma interface entre a política econômica e determinadas alternativas de reforma da política social (que estavam em fase de gestação desde 1964), que preconizavam a utilização das contribuições sociais como base de financiamento. O crescimento da massa salarial potencializou essas fontes de financiamento, fato decisivo para que tais opções se tornassem hegemônicas. [...] a unificação da previdência social consolidou-se nessa fase; a criação do INPS (1967) foi o passo inicial dessa consolidação.

As reformulações seguiram e evidenciaram através do Decreto nº 77.077, de 24 de janeiro de 1976 a Consolidação das Leis da Previdência Social, mas somente em 1977 com a Lei nº 6.439, de 1º de setembro foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS.

O novo sistema passou a ser orientado, coordenado e controlado através do Ministério da Previdência e Assistência Social, responsável pela política de previdência e assistência médica, farmacêutica e social, bem como pela supervisão dos órgãos que lhe são subordinados e as entidades a ele vinculadas.

De acordo com Fagnani (2005), havia no aparato estatal desse período uma gestão da Política Social que visava reformas. Evidencia-se que “A Reforma Administrativa, ao modernizar o arcabouço jurídico e administrativo do Estado, possibilitou a difusão das empresas públicas, instrumentos mais ágeis de gestão das políticas públicas.” (DIAS *apud* FAGNANI, 2005, p. 64).

E explicita que,

Essas mudanças visavam a ampliar a coordenação das ações e a racionalização das despesas do complexo previdenciário; foram motivadas, em grande medida, pelo descontrole sobre a prestação do serviço de assistência médica contratada junto ao setor privado. Os gastos nessa área cresciam de forma expressiva e sem controles. (p. 74).

As reformas implementadas na política social pelo Estado autoritário entre os anos de 1974 e 1979, visava racionalizar os gastos sociais, nesse caso a Previdência seguiu a reorganização promovida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social em 1974 com sua conclusão no ano de 1977 no Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS). Em 1979 inicia-se um processo de declínio que se alastrou pela década de 1980, nos anos seguintes o governo adotaria medidas para ampliar as receitas e reduzir as despesas.

## **2.4 Patrimonialismo e Política Pública**

Diversos autores consideram o patrimonialismo persistente na história da sociedade brasileira, sendo uma estrutura que permeia por séculos. Mediante um domínio tradicional, encontra-se o patrimonialismo, sendo que:

atravessa diferentes classes, não sendo monopólio de um grupo ou estrato social. Utilizado pela primeira vez pelo sociólogo alemão Max Weber (1864-1920) ainda em finais do século XIX, a palavra “patrimônio” deriva de “pai”, enquanto o termo em si evoca o sentido de propriedade privada. O conceito também sugere a importância do lugar patrimonial; isto é, do espaço individual que constantemente se impõe diante das causas públicas e comuns. (SCHWARCZ, 2019, p. 65).

O patrimonialismo perpassa do aspecto individual para se instalar na esfera pública, quando “adota o mecanismo como técnica de operação da economia” (FAORO, 2012, p.823).

Isto significa que o domínio patrimonial se apropria da atividade econômica através do estado-maior comandado pelo seu líder. Ocorre que ao alcançar o território

subordinado por suas unidades políticas, sem estrutura administrativa, adquire formato patriarcal.

Os autores Faoro e Schwartzman, reafirmam as considerações de Marx Weber acerca do patrimonialismo, como dominação política, na qual, não se põe distinção clara entre a esfera privada e pública. Nesse sentido, compreende-se a conexão interligada entre autoritarismo e questão patriarcal que em suma, no pensamento weberiano, trazido por Schwartzman (2007, p.96):

As raízes da dominação patriarcal se desenvolvem a partir da autoridade do senhor sobre a unidade familiar. Esta autoridade de pessoal comparte com a dominação burocrática, que é feita de forma impessoal, sua estabilidade, seu caráter rotineiro e de todos os dias ". Mais ainda, ambas em última análise seu apoio interno na aceitação de suas normas por parte dos súditos. Mas sob a dominação burocrática essas normas são estabelecidas racionalmente, referem-se a um sentido abstrato de legalidade e pressupõem um treinamento técnico dos que as manejam; na dominação patriarcal, as normas derivam da tradição, na crença da inviolabilidade daquilo que tem existido desde tempos imemoriais.

Nos aspectos do sistema patriarcal da sociedade com controle autoritário nas instituições públicas, observa-se as influências dentro da sociedade brasileira que detém sobre domínio patriarcal, as políticas públicas contornadas pelo sistema autoritário. Para isso, mediante *estruturas políticas patrimoniais se impõe as dominações patriarcais nos estados burocráticos*<sup>7</sup>.

Com o golpe de Estado de 1964 com apoio das forças armadas e consequente rompimento da ordem jurídica<sup>8</sup>, onde a democracia se limitava em discursos e na prática haveria os constantes Atos Institucionais, Atos complementares e Decretos-Leis, Decretos, propostas de emendas, além da exclusão de reforma da Constituição.

O estado ditatorial a partir de 1964 passa por diferentes governantes Governo Castello Branco (1964-1967); Governo Costa e Silva (1967-1969); Governo da Junta Militar (31/8/1969-30/10/1969), formada por Aurélio de Lira Tavares (Exército), Augusto Rademaker (Marinha) e Márcio de Souza e Melo (Aeronáutica); Governo Medici (1969-1974); e Ernesto Geisel (1974-1978); João Batista Figueiredo (1978-1985)<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> Considerações evidenciadas por Marx Weber e mencionadas por Simon Schwartzman in *Bases do autoritarismo brasileiro*(2007, p.98).

<sup>8</sup> Apresentação feita por Evaldo Vieira in *A república brasileira* (2015, p.283).

<sup>9</sup> Cronologia expressa por Marco Antônio Villa in *Ditadura à Brasileira* (2014, p. 396-409).

Para Napolitano (2020)<sup>10</sup>, havia um autoritarismo implementado a partir de 1964 que fora apoiado, em dualidade civil-militar, de modo a incorporar a ala dos liberais e autoritários.

Continha objetivos de destruir uma elite política e intelectual e reformista e ainda cortar os vínculos dessas elites com os movimentos sociais de base popular. Contava com uma ação de repressão contra os intelectuais, artistas e jornalistas, mediada pela extrema-direita militar em forma de violência.

Na abrangência acerca das políticas públicas de acordo com Fagnani (2005), havia no aparato estatal desse período uma gestão da Política Social que visava reformas. Evidencia-se que “A Reforma Administrativa, ao modernizar o arcabouço jurídico e administrativo do Estado, possibilitou a difusão das empresas públicas, instrumentos mais ágeis de gestão das políticas públicas.” (p. 64).

No período prévio do Estado autoritário - ano de 1960 - a Lei Orgânica de Previdência Social (Lei nº. 3.807/1960) que estabeleceu um marco de unificação e uniformização das normas infraconstitucionais existentes sobre a Previdência Social.

No entanto, foi somente com o Decreto-Lei nº 564, de 1º de maio de 1969, que a Previdência Social contemplaria, pela primeira vez o trabalhador rural, especialmente os empregados do setor agrário da agroindústria canavieira.

Essas mudanças visavam a ampliar a coordenação das ações e a racionalização das despesas do complexo previdenciário; foram motivadas, em grande medida, pelo descontrole sobre a prestação do serviço de assistência médica contratada junto ao setor privado. Os gastos nessa área cresciam de forma expressiva e sem controles. (FAGNANI, 2005, p. 74).

A política social a partir da ditadura de 1964, seguia as mesmas diretrizes da política econômica para sua efetivação. Nesse sentido, a Saúde Pública estava submersa numa falta de capacidade gerencial e ausência de planificação. Caberia a resolutividade das problemáticas por vias tecnocratas e privatização dos serviços de saúde.

O setor Previdenciário estava responsável por atender as demandas individuais de saúde<sup>11</sup>. Os investimentos em saúde foram decrescendo conforme o

---

<sup>10</sup> Elucidações de Marcos Napolitano inseridas no “O mito da ditadura” in *1964: história do regime Militar Brasileiro* (2020, p. 70-71).

<sup>11</sup> Evaldo Vieira acerca da ditadura de 1964 e as necessidades da população brasileira in *A república brasileira 1951-2010* (2015, p. 315).

estado autoritário foi se estabelecendo, assim como as disparidades regionais quanto à leitos hospitalares, a saber:

O resultado das palavras, dos planos e das decisões em Saúde Pública pode ser verificado através das despesas. A participação do Ministério da Saúde nas despesas totais feitas pelo governo federal, caiu de 68,0% em 1965 para 57,9% em 1968, descendo ainda mais para 39,2% em 1971. A proporção de leitos hospitalares bem mostra a manutenção das desigualdades regionais. Desta maneira, enquanto o Norte possuía 2,7% e o Centro-oeste tinha 3,3% de leitos hospitalares em 1967, o Sudeste centralizava 61,3% deles no mesmo ano. (VIEIRA, 2015, p.316)

Implicitamente, coloca-se que saúde dos trabalhadores já estava sendo atendida por parte da Previdência Social. Destarte que a previdência contemplava apenas os trabalhadores de Carteira de Trabalho assinada, uma vez que contribuíam para a previdência.

Nesse período a política econômica ao serviço dos monopólios e a necessidade de se legitimar com algumas medidas de política social objetivaram alterações nas leis de Previdência Social.

Assim, entre 1968 e 1973, configurou-se uma interface entre a política econômica e determinadas alternativas de reforma da política social (que estavam em fase de gestação desde 1964), que preconizavam a utilização das contribuições sociais como base de financiamento. O crescimento da massa salarial potencializou essas fontes de financiamento, fato decisivo para que tais opções se tornassem hegemônicas. [...] a unificação da previdência social consolidou-se nessa fase; a criação do INPS (1967) foi o passo inicial dessa consolidação. (FAGNANI, 2005, p. 54-55)

A Política de Saúde em aparato nacional visava atender ações isoladas. Nas epidemias e problemas sanitários que afetavam as regiões atendidas mais afastadas do centro de decisões políticas, Norte e Nordeste. A saúde pública permeada no atendimento individual através da Previdência Social, enquanto proposta de governo, é parte da construção do ordenamento do Estado.

E no regime de cada governo militar utilizava as políticas públicas para legitimação de atos autoritários e satisfazer a burguesia, em contrapartida acalmar as pressões das massas populares.

Num período de dez anos entre 1966-1976 se consolidou a duplicidade de responsabilidades federais no campo da saúde, entre Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência Social, havia,

A fusão das instituições de seguro social fortaleceu a previdência social tanto administrativa como, sobretudo, financeira e politicamente, contribuindo para o fracasso das tentativas integracionistas conduzidas na órbita do Ministério da Saúde. Este período registra também o maior avanço em termos de extensão de cobertura, com a incorporação da população rural, ainda que em

regime diferenciado, tanto em benefícios quanto na de forma de contribuição. A assistência médico-hospitalar aos trabalhadores rurais foi condicionada, a partir de 1971, à disponibilidade de recursos orçamentários. A mesma lei determinou que a "gratuidade" seria total ou parcial segundo a renda familiar do trabalhador. Toda a legislação previdenciária foi estabelecida com a Consolidação das Leis da Previdência Social (CLPS), de 1976. A assistência médico-hospitalar previdenciária continuou sob a responsabilidade do Ministério do Trabalho e Previdência Social (MPAS). (MERCADANTE, 2002, p.235)

As reformas implementadas na política social pelo regime autoritário na década de 1970, visava racionalizar os gastos sociais, nesse caso a Previdência seguiu a reorganização promovida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social em 1974 com sua conclusão no ano de 1977 no Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS).

No mesmo período o contexto de fortalecimento da ditadura e da redefinição do Estado ao serviço dos monopólios, emergem diversas leis sobre Previdência Social, como por exemplo, a lei Complementar nº 7, de 7 de setembro de 1970 e a Lei Complementar nº 8, de 3 de dezembro de 1970.

A primeira institui o Programa de Integração Social-PIS, e em seguida o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PASEP. Nesse sentido, vai consolidando um modo de ampliação da Previdência Social ao incorporar outras categorias de trabalhadores:

Em 1971, com a criação do PRORURAL, são destinados fundos específicos para a manutenção do FUNRURAL, estendendo efetivamente a Previdência Social aos trabalhadores rurais. Em 1972 (a Lei nº 5.859, de 11 de dezembro de 1972), estende-se às empregadas domésticas os benefícios previdenciários. Em 1973 (Lei 5.850 de 8 de junho de 1973) estende aos trabalhadores autônomos os benefícios previdenciários. Desta forma executando-se os trabalhadores do mercado informal de trabalho, todos os demais trabalhadores urbanos passam a ser cobertos pela previdência. (OLIVEIRA; TEXEIRA, 1985, p.205)

O novo sistema passou a ser orientado, coordenado e controlado através do Ministério da Previdência e Assistência Social, responsável pela política de previdência e assistência médica, farmacêutica e social, bem como pela supervisão dos órgãos que lhe são subordinados e as entidades a ele vinculadas.

Essas mudanças visavam a ampliar a coordenação das ações e a racionalização das despesas do complexo previdenciário; foram motivadas, em grande medida, pelo descontrole sobre a prestação do serviço de assistência médica contratada junto ao setor privado. Os gastos nessa área cresciam de forma expressiva e sem controles. (FAGNANI, 2005, p. 74).

De acordo com o autor, havia no aparato estatal desse período uma gestão da Política Social que visava reformas na parte jurídica e administrativa do Estado.



Considerando uma tentativa de modernizar esses sistemas tornou as empresas públicas instrumentos ágeis de políticas públicas.

Destarte que em 1979 inicia-se um processo de declínio, onde:

O complexo previdenciário foi duramente atingido pelo ajuste recessivo. A principal fonte de financiamento era o FPAS, cujo comportamento dependia da massa de salários e, portanto, do nível de emprego e da evolução do salário real; e essas receitas declinaram, a partir de 1979, devido aos efeitos da política econômica na contração da massa de salários. (FAGNANI, 2005, p. 80).

As reformas implementadas na política social pelo regime militar visavam racionalizar os gastos sociais, nesse caso, a Previdência seguiu a reorganização promovida pelo Estado que posteriormente geraram seu declínio.

### **3. O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL**

A historicidade do sistema de saúde denota conceitos e questões do sanitarismo brasileiro que permearam a implementação de políticas postas durante o estado autoritário quando conferências nacionais para tratar da saúde pública brasileira muitas vezes eram uma forma de estratégia do Estado.

O desenvolvimento de atividades de saúde estava voltadas para o controle de doenças e ações autoritárias em conjunto com a política de governo e com os objetivos socioeconômicos.

#### **3.1 Saúde: história, conceitos e Sanitarismo.**

O sistema de saúde perpassa processos de institucionalização até se tornar uma política pública, na análise do processo histórico, torna-se essencial entender o caminho conceitual da saúde no Brasil.

Diante disso, nas observações dos autores Hochman; Teixeira e Pimenta (2018, p. 9):

Na América Latina e, muito particularmente no Brasil, a história da saúde, da doença, da medicina e das ciências biomédicas se integram ao campo da história forjando novas agendas de pesquisa, revigorando campos consolidados, mas contudo, reivindicando cada vez mais a natureza fundamentalmente multidisciplinar.

Esses fatores estão dentro da análise perspectiva existente entre as questões de saúde e doença, onde a percepção histórica evidencia a consolidação desses dois fenômenos em análise de diferentes disciplinas. Isso proporciona maior abrangência conceitual e política, no intuito de compreensão e consolidação sob diferentes singularidades.

Ao que consideram Hochman et al. (2018) e enfatizam que historicamente com mudanças e o adensamento da história da saúde produziu reconhecimentos constitutivos tanto da medicina social quanto da saúde coletiva, ambas as situações, proporcionam produção de conhecimento, denúncias das mazelas sanitárias entre outras conquistas.

Para Abreu; Nogueira e Kury (2018) a história da saúde pública no Brasil contém especificidades construídas desde o período colonial que envolve concepções de corpo, trabalho, saúde e doença.

Nas considerações de Sanglard e Ferreira (2018), ao longo do processo histórico é plausível a construção da assistência à saúde no Brasil, onde caridade e filantropia andaram juntas nesse processo e logo foram transformadas a partir do surgimento do Estado de Bem-Estar Social, contraditoriamente, visto que o Estado de Bem-Estar foi apenas uma proposta que não vigorou no Brasil.

Na medida das identificações, conceitualmente a saúde envolve o compreender do que seria o processo de doença, nesse sentido, diversos autores relatam que antigos documentos identificam a palavra “doença” como sentido genérico, em que, envolve qualquer processo de provoque dor física e, ainda:

A própria definição do termo “doença”, presente no dicionário de Bluteau, indica a associação entre fatores de “ordem natural” e de ordem “teológica”. A enfermidade era concebida como “indisposição natural, alteração do temperamento, que ofende imediatamente alguma parte do corpo. (ABREU; NOGUEIRA; KURY, 2018, p.31)

Em aspecto inicial a definição de doença entrelaçava entre as noções de ordem natura e de ordem teológica, na qual, a saúde do corpo era parte precisa da saúde da alma e de obrigações cristãs.

As interpretações postas da ordem teológica foram rompidas nos primeiros movimentos sanitaristas de 1910 e 1920, visto que as interpretações colocadas não condiziam com os fatores existentes.

Ao que se explica - num período colonial – para Abreu et al. (2018, p.45), “não foram poucas as doenças de brancos que negros domésticos adquiriram; e as que se apoderam deles em consequência da má higiene no transporte da África para América ou das novas condições de trabalho forçado”. Ainda que os fatores apresentados necessitem de estudos mais detalhados, são base para o entendimento da construção do processo saúde e doença no Brasil.

Perante os argumentos e com base no período estudado - nesta pesquisa - identifica-se o significado de *doença* no dicionário de *Oxford* como *alteração biológica do estado de saúde de um ser (homem, animal etc.), manifestada por um conjunto de sintomas perceptíveis ou não; enfermidade, mal, moléstia*.

Quanto ao termo *saúde* foi a partir de 1946 no pós-guerra que surgiu uma ressignificação para o termo através da Organização Mundial da Saúde, sendo assim, considerado como *o estado completo de bem-estar, físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade*.

Nessas considerações,

Com efeito desse processo, no contexto sanitário dos países industrializados, emergiu um movimento ideológico, com características ecumênicas, denominando promoção da saúde. Promoção, os sanitaristas de carreira, melhor que ninguém, sempre souberam do que se trata. (REIS FILHO, 2011, p.9).

Com as novas configurações sociais e políticas emergem problemáticas de saúde ligadas ao no estilo de vida urbana e os males trazidos pela industrialização, parte desse processo que de acordo com Sanglard e Ferreira (2018, p.145) “a preocupação com o pobre pautou as ações das sociedades ocidentais ao longo dos séculos e foi se alterando, concomitantemente com a própria percepção da pobreza e sua transformação em questão social.”.

No período após 1945, o Brasil emergia numa democracia, onde a questão social tornava-se uma questão legal que na menção de Vieira (2015), seria o surgimento da participação (mesmo que controladamente) das camadas populares na participação política – na possibilidade de reclamar perante o Estado.

E continua o autor ressaltando que a saúde pública a partir de 1951 (no governo Getulista), considerava a valorização da condição humana:

Portanto, no setor da Saúde Pública, dentro das circunstâncias vigentes, bastavam os recursos que vinham sendo empregados pelo governo, apenas se dando melhor planejamento e melhor coordenação das atividades sustentadas por eles. Então, segundo entendia Vargas, era suficiente distribuir recursos orçamentários aos serviços de saúde seguindo estritamente a escala de prioridade, sempre se levando em conta as necessidades do desenvolvimento econômico. Parece claro que o objetivo principal do governo getulista, relativamente à Saúde Pública, consistia em continuar o trabalho sanitário, alargando as medidas de prevenção e de assistência. (p. 69-70)

Com intuito de aumentar cada vez mais o orçamento para saúde e ao mesmo tempo fazer-se esquecer os anos anteriores de ditadura getulista. As medidas adotadas visavam o programa de ação que estava sendo desenvolvido através do *Serviço Especial de Saúde Pública* (SESP).

E, ainda, incorporava ações de campanhas sanitárias. Cabe destacar que o SESP foi criado em 17 de junho de 1942, durante a 2ª Guerra Mundial através do acordo entre o governo brasileiro e norte-americano.

Segundo os dados de análise “SESP: 75 ANOS DE LUTA PELA SAÚDE PÚBLICA” realizado pela Política Federal de Saneamento Básico: Saneamento Básico Integrado, Saneamento Estruturante e Saneamento Rural (PNSR) o programa tornou-se:

Responsável por capacitar os professores de educação primária e por envolver os alunos nos programas e nos clubes de saúde. Além de implementar diversos hospitais em pequenas cidades e capacitar os profissionais para neles atuarem - desenvolveu escolas de enfermagem no Rio de Janeiro, Bahia, Rio Grande do Sul, Goiás e Amazonas-, participou ativamente das campanhas de erradicação da varíola. (PNRS, 2017, n.23)

O Programa estava subordinado ao Ministério da educação e Saúde e passou até decréscimo de investimento durante os anos de 1950 a 1954 comparado ao governo anterior e que segundo Vieira (2015), essa diminuição dos recursos federais, ocorria devido a instalação de novos serviços de saúde em outras cidades do país. A área de atuação do SESP atendia apenas 38 cidades em alguns Estados, incluindo o Amazonas.

Com a criação do Ministério da Saúde em 1953 entendia-se que “as atividades voltadas para a solução dos problemas sanitários já haviam avançado além do permitido pelos recursos nacionais, embora estas atividades ainda nem correspondessem ao conjunto de exigências do país.” (VIEIRA, 2015, p. 134).

Essas considerações entraram em pauta durante o governo de Café Filho a partir de agosto de 1954, havia ainda uma importância e preocupação maior com a Previdência Social, haja vista que tratava de observar as condições das instituições financeiras no seu aspecto econômico e social.

Sendo assim, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) era uma agência que a partir de 1942 passou a ser:

no contexto da Segunda Guerra Mundial. Subordinado ao Ministério da Educação e Saúde, visava implantar ações de combate à malária e a outras endemias, nas áreas de extração da borracha, na Amazônia, e de minérios, no vale do rio Doce, regiões estratégicas para os esforços de guerra. Suas atribuições abarcavam desde o saneamento do vale do Amazonas, a profilaxia e assistência sobre malária, a construção e administração de escolas de enfermagem, hospitais e centros de saúde, a formação e o aperfeiçoamento de médicos, enfermeiras e engenheiros sanitaristas, até a colaboração com o Serviço Nacional de Leprosia e a criação de sistemas de águas e esgoto. (BASE ARCH, s.d)

Com as atividades voltadas para a solução dos problemas sanitários, e sem corresponder ao conjunto das exigências do país, as medidas adotadas ressaltava a necessidade da elaboração do Código Nacional de Saúde. Sendo no governo seguinte - de Juscelino Kubitschek – atender as demandas propostas pelo Ministério da Saúde, as quais pretendiam *impedir o aparecimento de doenças e prolongar a vida.*

Essa proposta engloba a compreensão do que seria o processo Saúde-Doença, o qual encontra-se permeado pela “cura dos males”, Garrafa (1991) salienta que *saúde e doença* são situações ou momentos de um mesmo processo, tratar de forma individualista leva à desvios teóricos que comprometem o lado social desse processo. Haja vista que existem agravos à saúde interligados com as razões sociais.

Nas considerações de Bravo (2011), havia no Brasil a dicotomia entre saúde pública e saúde curativa, sendo o combate às endemias a partir do segundo lustro de 1960 um fator de destaque, não pela redução de recursos devido a melhoria de condições de saúde e/ou ambientais da população. Mas, o que ocorreu na diminuição de recursos foram os aumentos de mortalidade.

Assim enfatiza a referida autora que,

A mortalidade por mil habitantes, em 1964, era de 8,5; em 1969, passou para 9,3 e, em 1970, atingiu 9,7. A mortalidade infantil por mil nascidos vivos indicava 67,8 em 1964, 84,4 em 1969 e 89,5 em 1970. Considera-se que a redução dos gastos em saúde pública foi uma decisão política e não se pautou por indicadores sociais; implantou-se um novo padrão de estrutura do setor, cuja ênfase era a medicina previdenciária. (p.59-60)

A questão da saúde envolve diversos processos como fatores sociais e ambientais, no entanto, a resolutividade das questões relacionada à saúde nos dez anos a partir de 1964 ocorrem, apenas, no sentido de viabilização de programas de saúde setorizados que envolviam a atenção médica como ocorreu através da previdência social de forma regulamentada.

Diversos fatores - em contexto – estão interligados para contribuir tanto em melhores quanto em piores condições de saúde, como destaca (GARRAFA, 1991, p.11):

O componente social (dentro do qual estão incluídos o cultural, o político, o jurídico, o econômico, etc.) deve ser considerado como de alto significado no estudo da causalidade dos processos mórbidos, mesmo se tratando de doenças crônico-degenerativas. O estudo da doença do homem não se encerra individualmente nesse próprio homem, é considerado casuístico, discriminatório. O estudo de doença na sociedade, vista de forma globalizada, relacionada às razões e formas de constituição dos diversos grupamentos sociais, é considerado em sua essência o conceito de unidade.

O processo saúde-doença engloba características de políticas dentro da percepção das diferenças sociais, isto é, compreensão do processo social presente na abordagem saúde-doença.

A este respeito enfatiza Laurell (1982, p.5):

Deve-se buscar a explicação não na biologia ou na técnica médica, mas nas características das formações sociais em cada um dos momentos históricos. Outra forma de mostrar o caráter social da doença e que permite também um aprofundamento nos determinantes sociais do perfil patológico, é análise das condições coletivas de saúde em diferentes sociedades, no mesmo momento histórico.

Essas interpretações consideram que as doenças são – em parte – típicas de uma sociedade que formam o perfil patológico, onde resultam de diferentes estruturas demográficas de acordo com a população e seus antagonismos que envolve o meio histórico e social no processo saúde-doença.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em junho de 1963 no governo de João Belchior Goulart, cujo Ministro da Saúde era o Sr. Wilson Fadul. No documento elaborado havia iniciativa do Movimento Socialista de Saúde do Partido Democrático Trabalhista, destarte que a Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, estabelecia:

Art. 90. Ficam instituídas a Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde, destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das actividades concernentes á educação e á saúde, realizadas em todo o Paiz, e a oriental-o na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxilio e da subvenção federaes. (BRASIL, 1937).

A legislação estabelecia uma convocação para que o governo federal a cada quatro anos fizesse uma convocatória para tratar das questões médica-sanitárias do país. Observa-se que dentre o conturbado contexto histórico-social-político do Brasil, não havia uma sequência adequadamente as recomendações na Lei nº378/37<sup>12</sup>. Essa 3ª Conferência Nacional de Saúde, visava atender as questões do sanitarismo brasileiro, o documento menciona inicialmente:

O presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o art.37, nº1 da Constituição Federal,

DECRETA:

Art. 1 – Fica convocada nos termos do parágrafo único do art. 90, da lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, da III Conferência Nacional de Saúde.

Parágrafo único – A III Conferência Nacional de Saúde, realizar-se-á no decorrer da primeira quinzena de dezembro de 1963 e tratará de problemas de saúde e assistência, particularmente dos seguintes:

- a) – Situação sanitária da população brasileira. Apreciação do Problema.
- b) – Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal.
- c) – Municipalização dos serviços de saúde.
- d) – Fixação de um plano nacional de saúde. (BRASIL, 1963)

---

<sup>12</sup> Segundo dados do Conselho Nacional de Saúde (CONASS) a primeira Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1941 e a segunda no ano de 1950. Posterior a terceira conferência – no período de Ditadura – também não há uma ordem cronológica.

Ao propor, enfaticamente, uma reforma na estrutura sanitária o documento enfatizava com frequência que a Convocatória foi realizada pelo Presidente da República e que as diretrizes de ação estivessem consoantes à realidade brasileira.

No que ressalta a distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias da União, dos Estados e Municípios, quanto às melhorias pretendidas no sistema sanitário e de saúde, seria feito possível dentro da perspectiva do “que pretendemos executar e no que será permitido cumprir.”<sup>13</sup>

As propostas constituíam uma Política Nacional de Saúde para atender as necessidades sendo um marco no pensamento sanitarista. Destarte que os custos seriam, o suportável em termos de custos e dentro daquilo que seria de acordo com o pensamento estratégico do Governo Federal.

Sobre esse momento destaca Faleiros (2010, p. 169) “As medidas administrativas das instituições governamentais, as práticas dos industriais e das companhias de seguro vão estruturar um complexo socio industrial de integração das políticas sociais às novas exigências da industrialização, articulado pela correlação de forças presentes”. Assim, a Política Nacional de Saúde, explicita características do governo de João Goulart postas como reformas de base.

Nas recomendações da Política Nacional de Saúde foi proposto as recomendações divididas nas três esferas União, Estado e Municípios. Para tanto a União comandaria toda parte do Plano diretor, as orientações, preparos, regulamentações, a saber:

A União competiria, sem prejuízo das atribuições fixadas na Constituição Federal:

- 1) Fixar o Plano-Diretor da Saúde Pública Nacional.
- 2) Orientar, coordenar e supervisionar a execução do Plano-Diretor, distribuindo os recursos rigorosamente de acordo com os critérios estabelecidos no mesmo.
- 3) Preparar e aperfeiçoar pessoal especializado.
- 4) Realizar estudos e pesquisas aplicadas.
- 5) Fabricar produtos profiláticos e de uso diagnóstico, padronizando-os e exercendo controle sobre sua utilização.
- 6) Regulamentar a produção, distribuição e venda de produtos terapêuticos.
- 7) estabelecer as normas técnicas gerais a serem cumpridas em todo território nacional.
- 8) Manter laboratórios de referência para diagnóstico, bem como fixar os padrões mínimos e normas de controle dos alimentos.
- 9) Estimular e supervisionar a coleta de dados estatísticos referentes à saúde em todo o território nacional e proceder à sua análise.
- 10) Cumprir e fazer cumprir os preceitos sanitários decorrentes de entendimentos internacionais. (BRASIL, 1963)

---

<sup>13</sup> Vide o documento da 3<sup>o</sup> Conferência Nacional da Saúde, Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs>.



Nas dez metas postas demonstram as tentativas do governo em buscar reformas na saúde pública. Assim caberia aos Estados e Municípios colocarem em prática as medidas advinhas do Plano Nacional de Saúde.

Atenta-se ao item 5, o qual menciona a fabricação de produtos profiláticos<sup>14</sup> que está interligado ao pressuposto 10 que visa medidas sanitárias já reconhecidas por uma demanda global. Essas medidas impõem características do governo em tratar das questões de saúde apenas no combate às endemias e questões do sanitarismo.

Conforme destaca Vieira (2015):

A ação governamental de Jango acompanhava certas diretrizes gerais:

- 1) ampliação da assistência médica aos centros rurais.
- 2) providências preventivas na busca do controle e erradicação de enfermidades endêmicas;
- 3) medidas para sanear o meio, instalando-se novos serviços de água e esgoto, remoção de lixo e melhoria habitacional;
- 4) atenção especial à Campanha de Proteção e Assistência à maternidade e à infância;
- 5) reestruturação do Ministério da Saúde, reorganizando e unificando suas atividades.

Para o ano de 1963, a ação governamental de Jango colocava-se fins imediatos:

- a) a racionalizar a construção e funcionamento de unidades sanitárias, principalmente no Norte e Nordeste;
- b) desenvolvimento da assistência hospitalar;
- c) entrosamento do Ministério da Saúde com os planos assistências da Previdência Social e órgãos que cuidam dos projetos de desenvolvimento regional.
- d) levantamento da situação do abastecimento de água nas cidades.
- e) incentivo às campanhas contra diversas doenças contagiosas ou endêmicas;
- f) organizar o combate ao câncer através de prevenção;
- g) maior rigor na luta contra tuberculose, intensificando o uso da quimioterapia;
- h) ampliar a luta contra a lepra, baseada na ação dispensarial;
- i) reaparelhamento do Serviço Federal de Bioestatística e o Serviço de Estatística da Saúde. (p.245-246)

Tratava-se somente de uma manobra para atender as demandas populares o que posteriormente será visto como desagradado pela burguesia e os militares. Dos pressupostos da terceira conferência, pouco foi efetivado ficando as ações restritas ao Decreto nº 49.974 de janeiro de 1961 que se refere ao Código Nacional de Saúde.

As demandas do decreto seguiam para tratamento da saúde coletiva no Art. 2º e sanitarismo no Art. 3º, a saber:

Art. 1º. O Código Nacional de Saúde regulamenta normas gerais de defesa e proteção da saúde a serem observadas em todo o território nacional por qualquer pessoa, física ou jurídica, de direito público ou privado, inclusive Estados, Territórios, Distrito Federal e Municípios, instituições civis ou

---

<sup>14</sup> Trata-se de produtos que visam a prevenção de doenças provenientes de disseminação e contaminação devido ausência de higiene e saneamento. Vide de doenças e higiene: <https://www2.ibb.unesp.br/obichoquemedeu>.

militares, entidades autárquicas, para-estatais e privadas, de qualquer natureza.

Art. 2º. É dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo.

§ 1º Ao Estado, precipuamente, cabe a adoção das medidas preventivas, de caráter geral, para defesa e proteção da saúde da coletividade.

§ 2º O Estado deve prestar assistência médica gratuita aos que não disponham de meios ou recursos para provê-la.

§ 3º À família, por seus responsáveis, cabe a adoção de medidas preventivas, de caráter individual, recomendadas pelas autoridades sanitárias competentes, e as providências necessárias para adequada assistência médica de seus integrantes, quando doentes.

Art. 3º. O Ministério da Saúde é o órgão federal ao qual incumbe o estudo, a pesquisa e a orientação dos problemas médico-sanitários e a execução da medidas de sua competência que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 4º. Compete aos Estados, Territórios e Distrito Federal organizar e fazer funcionar os seus serviços de saúde, bem como legislar supletivamente.

A política de Saúde Pública no governo de João Goulart fica restrita ações pré-existentes, uma vez que o Decreto nº 49.974 baseava-se na Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, a qual tratava das normas gerais sobre defesa e proteção da saúde.

As metas propostas, nesse período, tornavam-se empecilhos para o Estado, conforme destaca Vieira (2015, p. 248) “Os períodos da administração de Jânio Quadro e de João Goulart registram diminuto crescimento dos gastos federais com Saúde Pública, se comparados com as despesas totais do país”.

Portanto, a política de saúde nos do governo de Jânio Quadros e Goulart, ressalta-se que de 1961 a 1964, *na verdade*, houve uma redução nos investimentos para saúde pública. Ao decreto que menciona saúde como problema coletivo e não trata a saúde como problemas individuais.

Deixaria, implicitamente, que saúde dos trabalhadores já estava sendo atendida por parte da previdência Social. Destarte que a previdência contemplava apenas os trabalhadores de Carteira de Trabalho assinada, uma vez que contribuíam para a previdência.

Cabe destacar que a 3ª Conferência Nacional de Saúde configurou como um processo que para Carvalho (2013, p.7) se obteve “vários estudos para a criação de um sistema de saúde. Duas bandeiras dessa conferência: um sistema de saúde para todos (saúde direito de todos os cidadãos) e organizado descentralizadamente (protagonismo do município).” O projeto não chegou a implementação nos anos seguintes com a chegada do Estado autoritário.

A saúde pública nos primeiros governos do pós-64, as demandas se baseavam na expectativa de construção de um Plano Nacional de Saúde fracassado. Apesar dos avanços propostos no documento da terceira conferência nacional de saúde, dar-se fragmentados em expectativas para elencar as demandas populacional.

As propostas da 4ª e 5ª Conferência Nacional de Saúde - CNS constituíam uma Política Nacional de Saúde para atender as necessidades sendo um marco no pensamento sanitaria. Nas recomendações da Política Nacional de Saúde foi proposto as recomendações divididas nas três esferas União, Estado e Municípios. Para tanto a União comandaria toda parte do Plano diretor, as orientações, preparos, regulamentações.

### **3.2 Políticas de Saúde e o Estado Autoritário (1960-1970)**

O Estado autoritário que se instalou no período de pós-64 com todo aparato estatal e poder econômico se aliou ao capitalismo internacional destinado, destinado ao desenvolvimento atrelado ao Plano de Ação Econômica do Governo de Castelo Branco (1964-1966) o PAEG.

Ao mesmo tempo, assinava-se acordos internacionais como o “Acordo sobre a Garantia de Investimentos entre os Estados Unidos e o Brasil”. Quanto a questão social, nesse período, Bravo (2011), evidencia que com o processo de unificação das instituições previdenciárias fizeram uma reorientação na relação entre Estado e classe trabalhadora.

No entanto, a saúde e educação tornaram-se privilégio para o setor privado. Assim, aponta que,

Na perspectiva da elite dirigente tecnocrata, as deficiências na saúde pública se caracterizavam pela ausência de planificação, falta de capacidade gerencial e pouca participação da iniciativa privada; os problemas da saúde deveriam ser resolvidos pela tecnocracia, através da privatização dos serviços. As doenças que afetavam os grandes segmentos da população brasileira eram de responsabilidade do setor do Ministério da Saúde, enquanto o atendimento médico individual ficou sobre responsabilidade do setor previdenciário. (BRAVO, 2011, p. 59)

Havia uma expansão do capitalismo onde os problemas de saúde eram resolvidos de forma tecnocrata e constante privatização dos serviços de saúde e

constante decréscimo dos investimentos nos serviços de saúde através do Ministério da Saúde, logo:

Os caminhos da Saúde Pública no Brasil foram iguais aos da Educação, em linhas gerais. A chamada política social dos governos nascidos da ditadura de 1964, reproduz as mesmas tendências da nova política econômica, em termos de diretrizes para sua concretização. (VIEIRA, 2015, p. 315)

Cabe destacar o conjunto de projetos desenvolvidos na Previdência e sua correlação com a Saúde Pública, uma vez que havia desde o período getulista soluções dadas à Saúde Pública atividades programas em caráter coletivo e a Previdência tendo suas determinações predominantemente individual. Destarte que para Teixeira e Paiva (2018, p.433):

No que diz respeito à área da saúde, o que se viu no início do regime foi uma expressiva ampliação da medicina privada. O governo buscou atrair o setor por meio da privatização de serviços estatais e do estímulo às empresas médicas que prestavam serviços a grandes companhias e, em troca, recebiam compensações tributárias. Cumpre lembrar, no entanto, que as linhas gerais o sistema de saúde guardava ainda características de duplicidade que formavam a sua estrutura havia várias décadas: as de um modelo dividido entre a medicina previdenciária e a saúde pública.

Os dois tipos mencionados pelos autores caracterizam de um lado o processo posto pelo Instituto de Aposentadorias de Pensões (IAPS) contemplando trabalhadores individualmente, os quais deveriam ter de carteira de trabalho assinada e esses – em sua maioria – estavam localizados nos centros urbanos.

Por outro lado a saúde pública estava mais presente em áreas rurais com atendimento direcionado aos pobres, cuja intervenção dava-se através do Ministério da Saúde. Ainda havia as instituições filantrópicas como uma base de apoio aos pacientes não contemplados pela previdência, no entanto, muitas tinham apoio dos poderes públicos.

Considerando o processo histórico no ano de 1960 surgiu a Lei Orgânica de Previdência Social (Lei nº. 3.807/1960) que estabelecerá um marco de unificação e uniformização das normas infraconstitucionais existentes sobre a Previdência Social. No entanto, foi somente com o Decreto-Lei nº 564, de 1º de maio de 1969, que a Previdência Social contemplaria, pela primeira vez o trabalhador rural, especialmente os empregados do setor agrário da agroindústria canavieira.

Nos anos de mil novecentos e setenta, no contexto de fortalecimento da ditadura e da redefinição do Estado ao serviço dos monopólios, emergem diversas

leis sobre Previdência Social, como por exemplo, a lei Complementar nº 7, de 7 de setembro de 1970 e a Lei Complementar nº 8, de 3 de dezembro de 1970.

A primeira instituiu o Programa de Integração Social-PIS, e em seguida o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PASEP. Nesse sentido, vai consolidando um modo de ampliação da Previdência Social ao incorporar outras categorias de trabalhadores:

Em 1971, com a criação do PRORURAL, são destinados fundos específicos para a manutenção do FUNRURAL, estendendo efetivamente a Previdência Social aos trabalhadores rurais. Em 1972 (a Lei nº 5.859, de 11 de dezembro de 1972), estende-se às empregadas domésticas os benefícios previdenciários. Em 1973 (Lei 5.850 de 8 de junho de 1973) estende aos trabalhadores autônomos os benefícios previdenciários. Desta forma executando-se os trabalhadores do mercado informal de trabalho, todos os demais trabalhadores urbanos passam a ser cobertos pela previdência. (OLIVEIRA; TEXEIRA, 1985, p.205)

Nesse período a política econômica ao serviço dos monopólios e a necessidade de se legitimar com algumas medidas de política social objetivaram alterações nas leis de Previdência Social.

Assim, entre 1968 e 1973, configurou-se uma interface entre a política econômica e determinadas alternativas de reforma da política social (que estavam em fase de gestação desde 1964), que preconizavam a utilização das contribuições sociais como base de financiamento. O crescimento da massa salarial potencializou essas fontes de financiamento, fato decisivo para que tais opções se tornassem hegemônicas. [...] a unificação da previdência social consolidou-se nessa fase; a criação do INPS (1967) foi o passo inicial dessa consolidação. (FAGNANI, 2005, p. 54-55)

As reformulações seguiram e evidenciaram através do Decreto nº 77.077, de 24 de janeiro de 1976 a Consolidação das Leis da Previdência Social, mas somente em 1977 com a Lei nº 6.439, de 1º de setembro foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS.

O novo sistema passou a ser orientado, coordenado e controlado através do Ministério da Previdência e Assistência Social, responsável pela política de previdência e assistência médica, farmacêutica e social, bem como pela supervisão dos órgãos que lhe são subordinados e as entidades a ele vinculadas.

De acordo com Fagnani (2005), havia no aparato estatal desse período uma gestão da Política Social que visava reformas. Evidencia-se que “A Reforma Administrativa, ao modernizar o arcabouço jurídico e administrativo do Estado,

possibilitou a difusão das empresas públicas, instrumentos mais ágeis de gestão das políticas públicas.” (DIAS *apud* FAGNANI, 2005, p. 64).

Essas mudanças visavam a ampliar a coordenação das ações e a racionalização das despesas do complexo previdenciário; foram motivadas, em grande medida, pelo descontrole sobre a prestação do serviço de assistência médica contratada junto ao setor privado. Os gastos nessa área cresciam de forma expressiva e sem controles. (FAGNANI, 2005, p. 74).

As reformas implementadas na política social pelo regime civil militar entre os anos de 1974 a 1979, visava racionalizar os gastos sociais, nesse caso a Previdência seguiu a reorganização promovida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social em 1974 com sua conclusão no ano de 1977 no Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS). Em 1979 inicia-se um processo de declínio, onde:

O complexo previdenciário foi duramente atingido pelo ajuste recessivo. A principal fonte de financiamento era o FPAS, cujo comportamento dependia da massa de salários e, portanto, do nível de emprego e da evolução do salário real; e essas receitas declinaram, a partir de 1979, devido aos efeitos da política econômica na contração da massa de salários. (FAGNANI, 2005, p. 80).

Fagnani (2005), evidencia que o sistema previdenciário sofreu uma decadência em seus serviços que se alastrou pela década de 1980, nos anos seguintes o governo adotaria medidas para ampliar as receitas e reduzir as despesas. Ao considerar o período de dez anos entre 1964 e 1974 (BRAVO, 2011, p. 58), considera:

Em face da questão social no período de 1964-1974, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismos de acumulação do capital.

O fator da questão social evidenciado como um processo de organização do Estado, referentes aos programas de saúde e educação, assim como às políticas de assistência, serviram como reorientação do Estado. Para Teixeira e Paiva (2018, p. 434):

Aparentemente contraditórias, as políticas governamentais de incentivo ao capital privado e à expansão do sistema previdenciário estatal iam, na verdade, ao encontro das propostas liberais, uma vez que o governo, por meio do INPS, patrocinou a ampliação da contratação de serviços privados no atendimento de seus beneficiários. Segundo o pensamento econômico que orientava ações de governo, a prestação pública direta de serviços de

saúde deveria revestir-se de um caráter residual, no qual a assistência seria oferecida somente aos mais necessitados. Os participantes do mercado formal deveriam inserir-se num modelo de estilo meritocrático, fundado na participação financeira dos trabalhadores e na venda de serviços pelo setor privado.

A saúde pública acabara por incorporar suas ações por meio do Ministério da Saúde de tentativa para expansão da previdência e do mercado privado com base que permitia a entrada do grande capital estrangeiro resultou num decréscimo de investimentos na saúde entre as décadas de 1960 e 1970.

Nesse contexto o setor de saúde passou a incorporar características capitalistas o que de acordo com Bravo (2011) ocorre após as modificações tecnológicas ocorrida em outros países capitalistas. No sentido ao que é posto por Sanglard e Ferreira (2018, p.148), considera-se:

De modo geral, em comum aos estudos contemporâneos, há uma preocupação com o pobre e a pobreza ao longo do tempo. De “pobre de Deus”, logo objeto da caridade, ao que “incomoda” – os indivíduos encaixados nesta categoria tornam-se objeto de atenção das sociedades, seja pela caridade, seja pela filantropia. É a percepção do pobre, e da pobreza, nas sociedades que irá organizar a assistência – seja ela aos loucos, aos doentes, à infância, à velhice, à maternidade, aos indivíduos, e, nas sociedades industriais, a previdência ou pecúlio. A preocupação com o pobre e a pobreza, a partir do século XIX, passará a ser conhecida como questão social.

Os fatores dentre os conceitos apontados estão correlacionados em questões políticas e sociais que desencadeiam aspectos socioeconômicos e culturais, acarretam situações não evidenciadas nas sociedades.

Para Laurell (1982, p.3):

A melhor forma de comprovar empiricamente o caráter histórico da doença não é conferida pelo estudo de suas características nos indivíduos, mas sim quanto ao processo que ocorre na coletividade humana. A natureza social da doença não verificada no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos.

A análise dos fatores necessita de interpretações sistemáticas do processo social pelo qual perpassa as ações que desencadeiam a face da questão social que envolve o processo saúde-doença na sociedade.

Para Bravo (2011) o Estado autoritário necessitou criar estratégias para ajustar a relação entre Estado e Sociedade tendo que atender demandas das políticas

sociais que estavam em aumento constante devido o nível de pauperização (absoluta e/ou relativa) da população urbana e classe trabalhadora.

As demandas se encontravam na contradição entre as atividades empresariais do Estado e a questão social caracterizando uma relação de forças. Acerca da questão saúde, enfatiza Bravo (2011, p.69):

Ao abordarmos a questão saúde, torna-se importante relacioná-la às modificações ocorridas na política social. Esta teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da questão social, a fim de canalizar as reivindicações e as pressões populares. Segundo Jacobi (1989), as transformações do aparelho de Estado, através de modernização, centralização e proliferação desarticulada de órgãos, configuraram a emergência de práticas de intervenção pautadas pela contradição entre a dinâmica empresarial, imposta para a gestão dos serviços públicos no pós-64, e a resolução da defasagem na provisão de serviços.

Ocorre que o Estado autoritário agiu na estratégia de legitimação do regime realizando modificações na política pública, em princípios, dando ênfase à previdência social e realizando pequenas modificações na área da saúde devido o momento de crise sanitária.

### **3.3 Conferência Nacional de Saúde: desenvolvimento de Saúde Pública ou estratégia de Estado?**

Este tópico contempla uma análise dos relatórios da 3<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde – CNS, cujo objetivo é retratar a política pública de saúde em período pré-ditatorial do Estado e seguindo o período que perpassam pelo autoritarismo. Denotar os aspectos que estão além de uma política pública, e sim na construção de uma legitimação de governo.

A 3<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde em 1963 ocorre no período pré-ditatorial do governo de João Belchior Goulart, cujo Ministro da Saúde era o Sr. Wilson Fadul, o documento elaborado estabelecia uma convocação para que o governo federal a cada quatro anos fizesse uma convocatória para tratar das questões médica-sanitárias do país.

Na 4<sup>a</sup> em 1967, cujo tema foi “Recursos humanos para as atividades em saúde” e 5<sup>a</sup> CNS (1975), onde as temáticas se desenvolveram nos aspectos acerca de “1.



Implementação do Sistema Nacional de Saúde; 2. Programa de Saúde Materno-Infantil; 3 Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; 4. Programa de Controle das Grandes Endemias; e 5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.” sob a perspectiva do Estado autoritário.

Com relação ao desenvolvimento de Atividades de Saúde a 4ª Conferência Nacional de Saúde tratava dos “Recursos Humanos para as atividades de saúde” realizada no Rio de Janeiro entre 30 de agosto a 4 de setembro de 1967 na gestão do Presidente da República Marechal Arthur da Costa e Silva e o Ministro da Saúde Leonel Miranda Tavares de Albuquerque, sendo a Comissão Organizadora presidida pelo Dr. Hélio Fraga, Vice-Presidente do Conselho Nacional de Saúde.

O relatório oficial é composto por dez capítulos, abrangendo perspectiva no âmbito de Política e realizações da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde. Engloba a temática com desdobramento acerca dos profissionais de saúde que o Brasil necessitava e as responsabilidades tanto do Ministério da Saúde como das Universidades.

Na introdução, identifica-se:

A IV Conferência Nacional de Saúde foi convocada pelo Decreto n.O 58.266, de 27 de abril de 1966, nos termos do disposto no art. 90 e parágrafo único da Lei n.o 378, combinado com o art. 1.0 da Lei n.O 1. 920, de 25 de julho de 1952, com a finalidade de formular sugestões para uma política permanente de avaliação de recursos humanos, tendo em vista a formação dos contingentes de pessoal de que o país carece para o desenvolvimento de suas atividades de saúde. (CNS, 1967, p. 11)

O documento a partir disso reafirmava os problemas com recursos humanos identificado na América Latina que permeava a complexidade do ambiente para estudos com outras disciplinas na tratativa para saúde individual e coletiva. Quando se tratando da “Política e realizações da organização panamericana da saúde e da organização mundial da saúde nas américas”, o discurso se desenvolve na seguinte forma:

Eis porque é importante medir os recursos humanos existentes e correlacionar esses dados com as medidas que o país propõe tomar para reduzir progressivamente a incidência dos problemas de saúde através da prevenção e do tratamento. Cumpre por conseguinte readaptar a educação Universitária e de seus auxiliares às características da morbidade e da mortalidade, de modo que esse pessoal se forme para resolver sobretudo o que é frequente, não o excepcional. Essa análise assaz complexa é que motivará a criação ou ampliação dos centros de ensino. O conjunto deverá refletir as tendências do crescimento econômico e do desenvolvimento social. (CNS, 1967, p. 33)

Havia a necessidade de formação universitária com base em conhecimento acerca da temática saúde com intuito de alcançar objetivos sociais, não obstante destacava que essa forma estaria dentro de um equilíbrio “o que equivale a harmonizar a ciência com a orientação política.” (CNS, 1967, p.32).

Assim, nota-se a semelhança das determinações em harmonizar a ciência com orientação política no Discurso de Ministro da Saúde Leonel Miranda e do Presidente Costa e Silva.

O discurso do Ministro Leonel Miranda, dizia:

Aos instalar esta Conferência, manifestei minha esperança de que ela viesse trazer proveitosa contribuição para vencermos os números negativos da situação sanitária brasileira. [...] Sabemos todos que o país ainda não dispõe do contingente necessário, qualitativa e quantitativamente, para levar a proteção e a recuperação da saúde, nos níveis reclamados de produtividade e de atendimento da demanda, a todo o seu vasto território. (CNS, 1967, p. 311)

Tratava da necessidade de que a participação da universidade seria um ponto no desenvolvimento da Política Nacional de Saúde e, junto ao Ministério da Saúde trabalhariam na realização de seus projetos prioritários, nos propósitos estabelecidos no CNS.

Quanto ao discurso Presidencial, destaca-se os dizeres:

Ao encerrar esta IV Conferência Nacional de Saúde, assinala a circunstância de se tratar da primeira que se realiza após a Revolução de 1964. Longe de estar fazendo uma observação gratuita, desejo estabelecer uma relação íntima que se deve notar entre os acontecimentos de 31 de março e os problemas fundamentais do Brasil, até ali agressivamente equacionados em termos de propaganda política, sem que os homens empenhados em projetá-los, através das lentes deformadoras de uma pregação sectária, houvessem decidido empreender esforço sincero para integrá-los num quadro coerente e objetivo de estudos e soluções. (CNS, 1967, p. 313)

Visava elucidar que o golpe de 1964 foi uma “Revolução” um discurso latente para afirmação das ações do governo e suas propagandas políticas afirmando que o CNS era parte da *melhoria* na gestão dos negócios públicos.

Essa mudança durante o segundo Governo “revolucionário” seria reconhecida entre várias formas, como “a contribuição de uma reforma da mentalidade dominante, para que se conceba o processo de desenvolvimento como um todo integrado”. (CNS, 1967, p. 313).

E continua esclarecendo os objetivos dos programas do governo para melhoria da qualificação do pessoal profissional e intensificação da formação para o

aumento de produtividade e ampliação da cobertura dos serviços de saúde na seguinte forma:

O nosso Programa Estratégico definidor das diretrizes gerais do Governo - dedica dois amplos capítulos à Saúde e ao Saneamento, integrando-os no quadro enumerativo das vigas mestras da infra-estrutura social. Lá se apontam os objetivos prioritários a atingir: a intensificação do combate às doenças transmissíveis; - a melhoria da produtividade do sistema de proteção e recuperação da saúde, para a elevação da taxa anual de atendimento da demanda de assistência médica; - e a expansão da rede de unidades locais de saúde. (CNS, 1967, p. 314)

Nesse discurso havia necessidade enfática de engrandecer o governo, pois, seria o promovedor de mudanças fundamentais para o sistema de saúde. Destarte que havia uma grande dependência do Estado para viabilizar a saúde pública para a população brasileira.

O reflexo de dependência mostra-se no encerramento da 4ª CNS em que estavam presentes, o Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde e dos representantes de associações internacionais de ensino das profissões de saúde, e de fundações estrangeiras que cooperavam com o Brasil no tratamento médico da população.

Na questão do controle de Doenças e Ações Autoritárias a 5ª Conferência Nacional de saúde em 1975 durante o Estado autoritário militar no período do governo de Geisel foram deliberadas cinco temáticas: 1. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; 2. Programa de Saúde Materno-Infantil; 3 Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; 4. Programa de Controle das Grandes Endemias; e 5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais. O documento inicia com o discurso de Ernesto Geisel (Presidente de 1974-1979) evidenciava ações do autoritarismo, na qual explicitava o modelo operacional entre as três esferas, mencionando:

a campanha nacional de combate à meningite que autorizei e fiz no ano passado mobilizando-se contra a moléstia de recursos materiais um número da união do estado e de municípios assumindo a autoridade federal como era do seu dever o planejamento e a supervisão das operações, bem como ônus financeiro principal a população atendeu em massa a convocação do governo demonstrando em grau significativo de consciência disciplina sanitárias. (CNS, 1975, p.2)

Havia um discurso que tendia para destacar as chamadas “insuficiências de coordenação e de entrosamento entre as entidades e agentes de saúde” que conseqüentemente prejudicava o setor de saúde pública e, assim dizia que o

reconhecimento dessa falta orientou o Governo no sentido de fixar, prioritariamente, uma nítida definição do quadro institucional vigente.

Para tanto, foi encaminhado ao Congresso Nacional projeto hoje já transformado na Lei nº 6.229, de 17 de julho último”. (CNS, 1975, p.2). A mencionada Lei nº 6.229 de 1975 dispunha sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde que decretada e sancionada destrava o artigo 1º e 2º na seguinte maneira:

Art 1º O complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde, constitui o Sistema Nacional de Saúde, organizado e disciplinado nos termos desta lei, abrangendo as atividades que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde. Art 2º O Conselho de Desenvolvimento Social apreciará a Política Nacional de Saúde formulada pelo Ministério da Saúde, bem como os programas de diferentes Ministérios, no que diz respeito a assuntos de saúde, com vistas a preservar as diretrizes de coordenação geral compatível, definidas nos Planos Nacionais de Desenvolvimento.

A organização baseava-se na promoção, proteção e recuperação da saúde, abrangendo um Conselho de Desenvolvimento aplicada na Política Nacional de Saúde para desenvolvimento de programas do Ministério da Saúde. A lei foi complementada pelo Decreto nº 76.973, de 31 de dezembro de 1975<sup>15</sup> que dispunha sobre normas e padrões para prédios destinados a serviços de saúde, credenciação e contratos, cabe destaque para os artigos 1º, 5º e 6º a seguir,

Art. 1º As construções e instalações de serviços de saúde em todo o território nacional obedecerão às normas e padrões fixados pelo Ministério da Saúde. Com destaque para o qual menciona Art . 5º Nenhuma contratação ou credenciarão de serviços com unidades de saúde será efetivada pelos órgãos da administração direta ou indireta da União sem que os respectivos projetos de construção, inclusive os de ampliação ou reforma, iniciadas após a vigência da Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975 , tenham recebido aprovação prévia do Ministério da Saúde.

E no Art . 6º Para os efeitos deste Decreto entendem-se como serviços de Saúde ou unidades de saúde, os hospitais, postos ou casas de saúde, consultórios, clínicas em geral, unidades médico-sanitárias, outros estabelecimentos afins ou locais onde se exerçam atividades de diagnóstico e tratamento, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde.

São partes complementar das ações para Política de Saúde Pública evidenciam aquele momento de necessidade para instalações dos serviços de saúde, contratações e unidades de atendimento que deveriam estar subordinadas diretamente ao Ministério da Saúde e cada ação desenvolvida apenas seria permitida sob aval do ministério.

---

<sup>15</sup> Ambas revogadas Revogada pela Lei nº 8.080, de 19.9.1990.

Complementava o 5ºCNS que a viabilidade de mecanismos operacionais integradoras, abriria um vasto potencial de trabalhos para ações de Saúde, em todas as suas modalidades implementadas em estudo.

No campo da Saúde Pública, a proposta era de inovação tecnológicas para combate às grandes endemias, a dinamização e diversificação do programa de imunizações em massa, assim:

a organização de um sistema nacional de vigilância epidemiológica e a interiorização de ação sanitária. [...] ainda há pouco, autorizei a aplicação de trezentos milhões de cruzeiros, adicionais, à conta do “Encargos Gerais da União” para projetos especiais do Ministério da Saúde. (CNS, 1975, p.3)

A conferência visava a implementação do ‘sistema nacional de saúde’ devido a crescente necessidade de serviços médico-assistenciais de melhor qualidade com aumento do número de pessoas para atender.

As mudanças estavam inclusas nos serviços de saúde como resultados dos programas em campos de ações de desenvolvimento econômico-social. Vale ressaltar que todas as ações seguiriam as regras de controle:

O Conselho de Desenvolvimento Social estava sob controle do Presidente da República e integrado pelos Ministros das Pastas responsáveis diretamente pelas ações de saúde, como órgão “disciplinador do sistema compatibilizador de programas, tendo por objetivo conjugar esforços e recursos da União, dos Estados e dos Municípios. (CNS, 1975, p.20)

As ações dentro do II Plano Nacional de Desenvolvimento do país entre 1975 e 1979 definiu as necessidades do Setor Saúde e o Plano Decenal de Saúde para as Américas que fora contemplada e aprovados na III Reunião dos Ministros de Saúde das Américas que orientava os programas para serem executados no Sistema Nacional de Saúde.

Dentre as conclusões recomendações da 5ª Conferência quanto ao Sistema Nacional de Saúde com indefinição de políticas, falta de coordenação, compatibilidade e informação programática, destaca-se:

1. Foram identificados bloqueios referentes a:
  - a) Indefinição de políticas que tracem diretrizes e fixem objetivos para as diretrizes e fixem objetivos para as diferentes instituições e programas de saúde.
  - b) Duplicação programática a nível operacional.
  - c) Ausência de coordenação entre os diversos níveis de Governo, assim como descoordenação inter e intrasetorial.
  - d) Ausência de compatibilidade programática a nível regional.

- e) Falta de informação adequada e mecanismos institucionais que possibilitem o conhecimento das necessidades básicas da população.

Diante dos problemas encontrados foram feitas recomendações e propostas para adequação da Política Nacional de Saúde, sendo:

- a) Programação adequada das atividades. Aprimoramento da formação profissional.
- b) Concessão de incentivos salariais.
- c) Instituição de mecanismos de integração da informação.
- d) Estabelecimento, a nível nacional, de coordenação ativa dos programas das instituições participantes do Sistema Nacional de Saúde. (CNS, 1975, p.24)

A Política de Saúde deveria compatibilizar em conjunto com a política global do Governo e com os objetivos socioeconômicos expressos no segundo Plano Nacional de Desenvolvimento. O documento enfatiza a 'Delimitação de áreas e Implantação do Sistema' com o objetivo de eliminar paralelismos e duplicações *com óbvias e indesejáveis consequências na operação do sistema*.

Quanto às contribuições dos Órgãos estaduais e Municipais do Sistema deveria haver colaboração mútua dos órgãos a nível estadual e local, de modo a facilitar sua interação às diretrizes federais do Sistema, tanto na programação, como também na execução.

E a recomendação para que os estados e municípios aprovassem legislações específicas para promover integração mais eficaz ao Sistema, especialmente no aspecto financeiros.

As recomendações também para o setor privado, o qual deveria integrar progressivamente ao sistema como forma de contrapartidas dos benefícios técnicos e financeiros recebidos do poder público.

Essa integração deverá se realizar em termos de observância de normas e diretrizes assim como fornecimento de informações, de tal forma que todas as atividades de saúde que se exerçam no país sejam progressivamente integradas ao Sistema Nacional de Saúde." (CNS, 1975, p.26).

E para o programa de controle de grandes endemias ficou concluído e recomendado que a participação das secretarias e órgãos de saúde, através das Secretarias de Saúde, Serviços locais de comunidade e participação de empresas responsáveis pelo desenvolvimento e aplicação de projetos desde que subordinadas e analisadas previamente pelo Ministério da Saúde. E assim recomenda a participação da comunidade em programas de saúde com:

a) conscientização da população quanto aos benefícios das ações integradas; b) orientação dos líderes de comunidade; c) utilização, tanto quanto possível, dos professores, principalmente os de 1º grau, considerando que eles tem oportunidades para contribuir na instrução sanitária de considerável parcela da comunidade. (CNS, 1975, p.48)

E finaliza o documento com recomendações de extensão das ações de saúde às populações rurais no período em “cerca de 50 % da população do país vive em pequenas comunidades, em condições tipicamente rurais, apresentando uma estrutura jovem e com taxas de natalidade elevada.” (CNS, 1975, p.50).

Havia a necessidade de interiorizar as ações básicas de saúde, devido a impossibilidade de fixação de medidas de menor densidade demográfica, caberia então:

ações simplificadas de assistência médico-sanitária voltadas prioritariamente ao Grupo Materno-infantil; o uso de pessoal auxiliar [...] para estender as ações de saúde e saneamento às populações rurais. [...] recomenda assim, que a regionalização de serviços, hierarquizados em complexidade crescente, é um processo eficaz na descentralização de prestação de serviços básicos de saúde e de racionalização do uso da capacidade instalada e recursos humanos. (CNS, 1975, p.54)

Essas medidas impõem características do governo em tratar das questões de saúde apenas no combate às endemias e questões do sanitarismo. Conforme destaca Vieira (2015) não interessava ao Estado tornar a Saúde Pública como uma partida de prevenção de doenças da população, estava proposto apenas em conter os problemas explícitos na sociedade.

O objetivo estava centrado na situação sanitária, realizando distribuição e coordenação nos níveis federal, estadual e municipal. Assim também entraria a municipalização da saúde focada em manter medidas mais latentes nas cidades e por isso entrava a questão do sanitarismo.

De acordo com Fagnani (2005), havia no aparato estatal desse período uma gestão da Política Social que visava reformas. Evidencia-se que “a Reforma Administrativa, ao modernizar o arcabouço jurídico e administrativo do Estado, possibilitou a difusão das empresas públicas, instrumentos mais ágeis de gestão das políticas públicas.” (DIAS *apud* FAGNANI, 2005, p. 64). E complementa:

Essas mudanças visavam a ampliar a coordenação das ações e a racionalização das despesas do complexo previdenciário; foram motivadas, em grande medida, pelo descontrole sobre a prestação do serviço de assistência médica contratada junto ao setor privado. Os gastos nessa área cresciam de forma expressiva e sem controles. (p. 74).

As reformas implementadas na política pública de saúde e pelo Estado autoritário entre as décadas de 1960-1970, visavam racionalizar os gastos sociais, nesse caso utilizava-se a Previdência como uma reorganização promovida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social em 1974 com sua conclusão no ano de 1977 no Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS) que incorporava atendimento médico no país.

Destaque que em 1979 inicia-se um processo de declínio, onde:

O complexo previdenciário foi duramente atingido pelo ajuste recessivo. A principal fonte de financiamento era o FPAS, cujo comportamento dependia da massa de salários e, portanto, do nível de emprego e da evolução do salário real; e essas receitas declinaram, a partir de 1979, devido aos efeitos da política econômica na contração da massa de salários. (p. 80).

No contexto da Política de Saúde ser dividida entre os trabalhadores atendidos pelo Sistema Previdenciário com ação individual e o combate às endemias e saneamento na forma coletiva.

Logo, os anos de 1964 a 1979 seguem os aspectos de saúde trabalhados anteriormente. No pensamento de Gaiger (2006) existe a ótica de entendimento em que o Espaço Público não pode ser um prolongamento de grupos organizados ou de setores dotados de poder.

Dessa forma reproduz mecanismos de distribuição seletiva dos bens públicos, privados de regras universais de modo que as políticas de saúde adotadas durante o estado autoritário estão submissas aos setores de poder com regras restritas impostas por governantes militares, onde a 4ª e 5ª denotam a hierarquia e recomendações de ações públicas ligadas diretamente às determinações dos Presidentes vigentes em cada período.



## 4 DESENVOLVIMENTO CAPITALISTA NA AMAZÔNIA E QUESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA

O entendimento de desse processo torna-se plausível para a melhor compreensão do período de Estado autoritário e a política pública de saúde a ser estudado nessa pesquisa. Analisa-se a formação do Estado brasileiro e o período de instalação da Zona Franca de Manaus, cujas alterações do desenvolvimentismo ficaram mais evidenciadas por um crescimento acelerado e concomitantemente o aprofundamento da crise econômica social, o que inviabilizaria o II Plano Nacional de Desenvolvimento.

A construção desses aspectos em torno do regime militar nas décadas de 1960 e 1970 na Amazônia, especialmente, em Manaus – AM, evidencia explicitações e bases de discussões. Isso destaca aspectos necessários para compreensão dos aspectos sociais, culturais e as relações de poder existentes no Amazonas que na década de 1960 detinha de 173.703 habitantes com aumento considerável para a década seguinte totalizando em 1970 o quantitativo populacional de 312.160.

### 4.1 Faces do Capitalismo na Amazônia

Os fatores históricos e os períodos das décadas anteriores a sociedade Amazônica é marcada pela visita de Getúlio Vargas em 1940 na Amazônia que nas palavras de Souza (2019, p.293),

Evidencia a Amazônia como “terra do futuro, o Vale da Promissão na vida do Brasil de amanhã; exploração nacional das culturas, concentração e fixação do potencial humano, no campo econômico da nação, como fator de prosperidade criadora. O único ato concreto de Vargas foi o desmembramento, em 1943, dos estados do Pará, Amazonas e Mato Grosso, para a criação dos territórios do Amapá, Rio Branco e Guaporé. O Acre era território federal desde a República Velha.

Na História da Amazônia, o autor identifica os elos de um subcontinente, entrelaçada na dominação dos europeus na conquista do *El Dorado*, no período de colonização onde ocorreu a posse da cultura, a exploração – eis o Ciclo da Borracha - intercalada ao Império do Brasil, traçada por lutas históricas – eis a Cabanagem – construída sob uma sociedade extrativista.

Na década seguinte foi criada a Superintendência do Plano de Valorização da Amazônia (SPVEA) em 1953 que falhou no seu objetivo de desenvolver a região ao tratar apenas das questões da borracha e excluindo outras atividades econômicas.

Na concepção de Souza (2019) a produção de juta e pimenta-do-reino na Amazônia eram base econômica da região e perdurou até meados de 1970, outro fato a se destacar foi a abertura da estrada Belém-Brasília em 1958 e a explosão de empresários nacionais e internacionais na busca por terras na Amazônia.

Esses foram marcados em aspectos distintos, conforme Souza (2019, p.299):

Duas gerações, que representam diferentes posturas na vida regional, vivenciaram a crise do extrativismo. A primeira geração foi a do naufrágio: conservadora e comprometida com a economia extrativista. A segunda geração, que toma corpo em Plena Segunda Guerra Mundial e vai assumir o poder político da região com a bandeira do desenvolvimentismo, era a geração da política de massa representava o jogo das aspirações populares e nacionalista estancadas pelo golpe militar de 1964.

O curto período de democracia representativa entre o governo de Vargas e o governo autoritário de 1964, com o desenvolvimentismo a Amazônia ultrapassa as possibilidades do Brasil, abriu um novo ciclo de fronteira econômica no subdesenvolvimento com a Zona Franca de Manaus - Amazonas.

E ainda, numa perspectiva entre as décadas de 1950 a 1960, enfatiza-se:

Mas o projeto de desenvolvimento posto em prática pelo governo Juscelino Kubitschek apenas manteria a região numa posição de reserva. Os anos de 1950, com uma economia internacional que havia enfrentado uma guerra, e saído mais organizada e ainda mais exigente, mostra uma tendência para fazer da economia brasileira um novo espaço para os grupos multinacionais. A Amazônia, pelas grandes potencialidades hidrológicas, minerais e madeireiras, torna-se um local privilegiado para a implantação de projetos econômicos. Depois do golpe militar de 1964, a Amazônia foi ocupada pelo capital nacional e internacional, com incentivo do governo federal. Mas para isso os militares tiveram de cassar, perseguir e exilar as lideranças democráticas e populares da região. (IDEM, p.300)

Com o fim do período da borracha, restou a decadência e a inércia econômica da região, após a Segunda Guerra Mundial, especialmente, a partir de 1965 a Amazônia foi aberta à expansão do sistema capitalista. A economia passou a atentar às novas diretrizes do sistema, sendo uma:

Economia política elaborada pelos governos militares, seguida fielmente pelos governos civis da Nova república e posteriores, que pretendiam promover na região um modelo de desenvolvimento modernizante. O predomínio de investimentos e a presença do governo federal na região se tornaram cada vez mais extravagantes na proporção dos seus resultados. Meio milênio de distintas economias extrativistas apenas enriqueceu

brevemente uma parcela das oligarquias locais, deixando para trás uma terra mais empobrecida. (IDEM, p.303)

O permanente desafio do período em que a história da Amazônia foi sinônimo de progresso, à luz do pensamento europeu, serviu apenas para sustentar o extrativismo e a exploração, restando um discurso de desenvolvimento que oportunizou, na realidade, um subdesenvolvimento.

O mais transcendente desse processo pôde ser expressado no projeto de “operação da Amazônia durante o autoritarismo do pós-64, a saber:

Em 1966, seguindo a lógica de argumentos geopolíticos, os militares e seus tecnocratas decidiram ocupar e integrar a região Amazônica através de uma nova estratégia de desenvolvimentismo regional, instituindo a Operação Amazônia. Para os militares, a Amazônia era um vazio demográfico, perigoso de ser controlado pelo Brasil. Além da cobiça internacional, a Amazônia era um cenário ideal para movimentos subversivos, como indicavam alguns exemplos bem visíveis do outro lado da fronteira colombiana. A Operação Amazônia, portanto, era algo que chegava no momento certo. Para levar adiante o projeto de ocupação e dotar a região de capital social básico, o governar militar brasileiro não mediu esforços. O transatlântico Rosa da Fonseca, fretado especialmente, saiu de Belém para Manaus levando a bordo um expressivo grupo de empresários internacionais, técnicos e funcionários governamentais. Desse passeio pelas águas do rio Amazonas, uma estratégia foi montada, além da criação de um conjunto de instituições governamentais que ficariam encarregadas de planejar, gerenciar e coordenar as novas ações federais. Foram criados órgãos como a Sudam, Basa, Suframa e Incra, através dos quais seus burocratas e técnicos movimentavam vultosos recursos, e a ditadura militar misturava numa só política o projeto de desenvolvimento com as ideias de ocupação e integração. (SOUZA, 2019, p. 304-305)

Isso tornou Manaus o centro de exploração de projetos industriais eletroeletrônico e alguns projetos agropecuários incentivada por Programas como o Plano de Integração Nacional (PIN), o programa de Redistribuição de Terras e de Estímulos à Agropecuários e Agrominerais da Amazônia (Poloamazônia).

Fez da região no primeiro ciclo econômico de 1970, que estava baseado na agropecuária, mineração, metalúrgica e siderúrgica meios que permeavam perante o “milagre econômico brasileiro”.

Fatores condicionantes do desenvolvimento no regime autoritário usurpou as autoridades regionais abrindo uma política financeira de incentivos para projetos agropecuários, minerais e energéticos através da Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM) criada em 1966 para subsidiar as atividades desenvolvidas com análise e execução dos Planos e Programas, considerados de interesse para o desenvolvimento regional.

Assim, Souza (2019), ressalta que a Superintendência do Plano de Valorização da Amazônia (SPVEA) existente e criado na era Vargas serviu para algumas áreas de desenvolvimento científico como foi o Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia (INPA), por outro lado o Plano de Desenvolvimento da Amazônia não conseguiu evoluir e nem sair do papel.

E completa-se a isso o fato que,

Em Manaus, enquanto o país vivia sobressaltos de uma ditadura discricionária, que iria cassar os mandatos de deputados e senadores, prender opositores e censurar e perseguir artista e jornalista, Arthur Reis caminhava na contramão. E o Amazonas conheceu um governo de espírito republicano, preocupado em criar quadros, tirar o estado do isolamento, incentivar seus artistas e intelectuais, e promover o desenvolvimento econômico. Como foi possível? Aconteceu que Arthur Reis trouxe à luz parte do Plano de Desenvolvimento da Amazônia elaborado pela SPVEA e enviado ao Congresso, onde se perdeu. [...] No estado do Amazonas, Arthur Reis inaugurou uma administração moderna, e com planejamento e metas, que mudou o Amazonas para sempre. (IDEM, p. 307)

Destarte que Arthur Reis mesmo seguindo os projetos de desenvolvimento e tendo governado de 1964 a 1967 ordenou o fechamento da Assembleia Legislativa, do Tribunal de Justiça e o jornal O Trabalhista. Os processos da construção do Amazonas que ficaram fadada ao oblévio político, cultural e social. Demonstra os interesses sobre a Amazônia e sua exclusão no debate e no campo de questões prioritárias na cultura brasileira.

A forma do poder utilizado dentro do Amazonas através das políticas públicas num período desenvolvimentista denota a caracterização organizativa do Estado brasileiro na constituição de suas soluções autoritárias. O Amazonas sendo um Estado brasileiro com maior extensão territorial, parte da região norte e da Amazônia Legal e com grande parte ocupado por floresta e rios a população a partir da década de 1960.

Considerando as preposições escritas por Arthur Reis (2021), acerca da cobiça internacional na Amazônia, assevera como área de interesse nas variedades de seus aspectos como natureza, se constrói em espaço social e econômico através da exploração e dominação:

A verdade, no entanto, é que a Amazônia, percorrida por legiões de homens de ciência, disputada desde há quase quatro séculos, ainda não desvendada no que vale ou no que pode proporcionar como realidade econômica e como mundo submetido à disciplina da técnica do século XX, não tem sido um mero assunto de interesse da ciência. Quando a indicamos como disputada, estamos a propô-la na sua história exata. Porque o que vem ocorrendo é uma cobiça intensa à sua volta, cobiça cuja crônica tentamos [...] despertar o Brasil para o grave problema que a região apresenta. (ARTHUR REIS, 2021, p. 14)

A história do processo econômico da Amazônia brasileira tem sido representada pelos altos e baixos da procura – dos produtos florestais e animais da região. Procura efetuada pelos mercados da Europa e dos Estados Unidos. Porque, no Brasil, só agora os mercados começaram a tomar interesse pelo que a Amazônia oferece.

Assim, a década de 1960 marcou um desenvolvimento socioeconômico no Amazonas, como por exemplo, a vinda da Petrobras para perfurar os poços na área do Careiro, Maués e Manacapuru. Assim é relatado na reportagem do O Jornal, datado de 27 de março de 1962 que havia nessa mesma região o poço AM-13-AM, que estava atingindo cerca de 1.700 metros de profundidade, o que bem demonstra o interesse da “Petrobrás” em elucidar o petróleo do Careiro que, não resta dúvida, abriu novas esperanças na pesquisa do ouro negro na Amazônia.

Para Afonso (2010, p. 64):

Com os projetos de desenvolvimento da economia, como os projetos de industrialização de matéria-prima da natureza, entre outros, trouxeram mais progresso à cidade, favoreceu o aumento da população com a migração, bem como os investimentos no comércio e na indústria e os problemas sociais. Manaus da década de 1960 foi uma cidade que renasceu da crise da borracha e foi criando uma nova identidade econômica e sociocultural.

A busca por alternativas do mesmo formato econômico da borracha com a exportação de matérias-primas tornava-se parte de um projeto para retornar ao foco do mercado mundial e, ainda ocorria a divulgação da Amazônia como palco de projetos de industrialização.

Nesse período ocorre o aumento do número de habitantes na região e no Amazonas, conforme os dados do IBGE o número populacional saltou de 545.872 habitantes em 1960 para 646.737 habitantes em 1970- enquanto entre 1950 e 1960, esse crescimento foi da ordem de 36,30% (400.479 habitantes em 1950). Mas, o crescimento natural da população (diferença entre nascimentos e óbitos) foi grande.

Esse rápido aumento da população natural se deveu a uma queda da mortalidade, associada à um aumento da natalidade, fatos que ocorrem durante todo o período. o aumento percentual da população masculina entre 1960 e 1970, parece ter como causa apenas a queda de mortalidade geral. (Fonseca; Corrêa, 1972, p.64).

O Estado do Amazonas se fazia de uma presença política, era uma estratégia econômica para reaver seu desenvolvimento financeiro, uma vez que em função da

queda do monopólio da borracha, a reinvenção de produzir novos meios econômicos era uma forma de demonstrar que o Estado possuía condições de ter investimentos.

Para exemplificação o quadro do Ciclo do Capitalismo-Doença na Amazônia, baseado no contexto histórico construído na região, uma forma para compreender como se deu esse processo no Amazonas, as formas utilizadas para Integrar a região e Desenvolver a economia, acarretou em problemas sociais gerando pobreza e surtos de doenças transmissíveis, conforme a imagem a abaixo:



Fonte: Sabrina Pontes – PPGSCA/UFAM (2022)

A partir do segundo lustro de 1965 e contemplando a década de 1970 a proposta estava atrelada às políticas de integração nacional para o desenvolvimento regional, cominou num desastre social e que aprofundou ainda mais a destruição dos meios ecológicos.

Em seguida, desenvolveram novas tratativas econômicas para a região todos esses processos acarretaram o crescimento urbano desordenado quando o capitalismo na Amazônia foi desvelado, mostrou o aumento da pobreza e a devastação da floresta.

## 4.2 Processo Social e Implantação da Política de Saúde

A princípio cabe destacar o órgão criado em 1942 no Governo ditatorial de Getúlio Vargas, em conjunto de suas parcerias com os Estados Unidos na Segunda Guerra foi criado o Serviço Especial de Saúde – SESP, cuja missão inicial seria atuar na Amazônia e do vale do Rio Doce com trabalhadores da borracha e minérios produtos essenciais para a Guerra.

A partir desse passo e com os recursos recebidos que surge as escolas de enfermagem no Brasil, atendendo os Estados do Amazonas, Bahia, Goiás, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Logo, a abordagem dos serviços de saúde implementado na região pelo governo federal, estadual e instituições de saúde.

Seguindo as colocações de Costa (2018, p. 9) “a Saúde pública brasileira escreveu um dos capítulos mais relevantes da história do país.” Passamos a adentrar de forma mais específica nas compreensões acerca da saúde pública em Manaus – Amazonas. No campo da ciência e saúde, considerando a medicina tropical, desenvolve-se as pesquisas da medicina tropical através de Djalma Batista (1916-1980), Leônidas Deane (1914-1993) e Maria Von Paumgarten Deane (1916-1995).

Os fatores de Saúde Pública regional evidenciados por Arthur Reis (2021, p. 30) mencionam que “os recursos da medicina sanitária, empregados na Amazônia, já produziram, no entanto, resultados muito apreciáveis, a mortalidade decresce.”

Com a implantação do INPA para o desenvolvimento científico na Amazônia, as pesquisas sobre as doenças que assolavam a população de acordo com Alencar e Shrimpton (1981), tinham bases sobre agentes de doenças e seus vetores e parasitas e destacam que nas décadas de 1960 e 1970:

Todos os pesquisadores do INPA que têm estudado o assunto, foram unânimes em apontar uma alta incidência de parasitoses intestinais, na população amazônica, tanto em Manaus, como em diferentes localidades do interior, afirmava ser verminose, entre escolares de Manaus, em seríssimo problema de saúde pública, vinte anos atrás, situação não muito divergente da realidade atual. As diarreias são maiores causas de mortalidade infantil na região, estudando a etimologia das diarreias, encontrou um terço de uma população de lactantes, de um bairro pobre de Manaus, com diarreia. Foram identificados os prováveis agentes bacterianos em 32% dos estudados. Neste estudo, foram identificados cepas de *escherichia coli enterotoxigênica* na região Amazônica. (ALENCAR; SHRIMPTON, 1981, p. 54).

Segundo estes autores, outro fator de doença na região apontada pelos autores foi a prevalência da hanseníase no Amazonas, destacando:

Como uma das mais altas do Brasil (6,4 / 1000 hab.) sendo superada, apenas pela registrada no Acre, onde a incidência variava entre 6,1 e 102,9/ 100.000 habitantes. Especificamente em Manaus, ele relatou a existência de 2.331 hansenianos, com uma prevalência de 9,6/ 100 hab.. referia-se ao Amazonas, como um persistente desafio aos especialistas em controle de Hanseníase e interpretava a elevação da prevalência, como resultantes de: (a) migração de doentes; (b) contaminação de imigrante sadios, pelos doentes existentes no local; (c) promiscuidade e baixo padrão sanitário nas áreas pioneiras e (d) ausência de um plano efetivo de controle. Decorrida quase uma década, o problema persiste ainda. (p. 56)

As ações de saúde pública baseavam-se em programas de controle de doenças transmissíveis e epidemias (febre amarela, malária, dengue, zika e sarampo) a promoção do saneamento básico que objetivasse metas, supervisão e avaliação, mas com protocolos simples com informações clínicas sobre as patologias que eram atualizadas com base em periódicos de saúde pública.

Nas pontuações de Costa (2018) foi o Serviço Especial de Saúde Pública ou também conhecida como Fundação SESP que originou de um acordo entre Brasil-EUA orientou o atendimento em saúde pública no Amazonas. Primeiramente na área de extração de borracha e minérios que visava atender as demandas da guerra.

Com o decorrer dos anos o SESP ampliou o campo de atuação desenvolvendo estudos e atividades de assistência médicas, educação sanitária, saneamento e controle de doenças transmissíveis.

E assim ressalta que:

Em 1960, o SESP foi transformado em Fundação, ainda vinculada ao Ministério da Saúde, passando a atuar em todas as unidades da federação. A partir de 1963, o DNOCS (Departamento Nacional de Obras contra a Seca) assumiu as funções de saneamento e de construção de cisternas. O SESP encerrou suas atividades em 1990, no movimento de criação do SUS, que levou ao fechamento do INAMPS, entre outros órgãos. (COSTA, 2018, p.11).

Considerando os fatores históricos nas décadas de 1960-1970 o Ministério da Saúde não obteve inovações na prestação de serviços de saúde e consumou a terceirização dos serviços de saúde, assim fragmentando a assistência e o sanitarismo. Havia altos índices de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, mas a atuação do programa desenvolvido pelo SESP, visava as possibilidades de atendimento com atenção aos problemas de saúde considerados “mais simples” de desenvolver, assim:



A esperança de vida, sendo função da mortalidade, poderá aumentar ainda mais nos próximos anos, uma vez que as taxas de mortalidade apresentam tendência a cair, devido a elevação que se observa no nível sócio econômico da população e, principalmente devido ao impulso que está sendo dado para o desenvolvimento de programas de saúde, orientados para o combate de doenças infecciosas e parasitárias, responsáveis, em grande parte, como podemos observar na Tabela XVI, pelas taxas de mortalidade, ainda altas, observadas em Manaus. (Fonseca; Corrêa, 1972, p.69).

Ocorria uma promoção de atividades curativas e preventivas com trabalhos na educação sanitária, havia um serviço médico-sanitário para o tratamento das doenças infecciosas e parasitárias, tendo ainda um sistema médico-assistencial. A tabela citada pelas autoras Fonseca e Correa (1972), é ilustrada na Figura 1, a seguir:

Figura 1: Explicação acerca da mortalidade em Manaus

Manaus — 1950 — 1960 — 1970								
Coeficientes de mortalidade geral e infantil, por sexo e decréscimos percentuais durante os períodos								
Datas	Mortalidade Geral				Mortalidade Infantil			
	Coeficientes por 1.000 hab.		Decréscimo % durante os períodos		Coeficientes por 1.000 nascidos vivos		Decréscimo % durante os períodos	
	H	M	H	M	H	M	H	M
1950	16,78	13,54			139,96	119,94	7,26	5,24
1960	16,03	11,94	4,53	11,82	129,79	113,66		
1970	10,11	6,89	36,93	42,29	72,25	59,67	44,33	47,32
1950 a 1970			39,79	49,11			48,38	50,07

Fonte: (FONSECA E CORREA, 1972, p. 69)

As taxas demonstram um declínio da mortalidade infantil no sexo masculino, do que a mortalidade geral, para o sexo feminino essa contribuição é menor, isso significa que a queda da mortalidade infantil é responsável pela queda da mortalidade geral.

Algumas evidencias apontam que,

Isso poderia ser explicado em parte pela maior migração de mulheres para Manaus uma vez que a maior parte dos migrantes se encontra numa faixa etária de baixa mortalidade: 10 a 29 anos. Desta forma a mortalidade geral caindo mais para o sexo feminino, faz com que a contribuição da mortalidade infantil para esse sexo seja relativamente menor que para o sexo masculino. A queda das taxas de mortalidade ocasionam um aumento na média de vida da população, o que pode ser medido, para cada idade, pela esperança de vida calculada através de tábuas de sobrevivência. A esperança de vida numa certa idade é o número médio de anos que se espera, viverão as

pessoas que estão com essa idade, se não se alterarem as condições de mortalidade do ano calendário para o qual foi construída aquela tábua de sobrevivência. (FONSECA; CORREA, 1972, p. 72)

Outras considerações cabe aos fatores que se destacam são as causas de morte da população em Manaus de 1960 a 1970, representados na Figura 2, abaixo:

Figura 2: Explicação acerca da taxa de mortalidade em Manaus

Manaus				
Taxas de Mortalidade, segundo grupos de causas de morte, 1960, 1965, 1969 e 1970.				
Causas de morte	Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes			
	1960	1965	1969	1970
Doenças infecciosas e parasitárias .....	223,8	162,7	340,9	317,8
Neoplasmas .....	56,8	53,1	80,1	60,8
Doenças do sistema nervoso .....	36,7	45,9	4,7	2,9
Doenças do aparelho circulatório .....	149,2	165,7	171,3	162,0
Doenças do aparelho respiratório .....	49,9	40,5	54,0	56,7
Doenças do aparelho digestivo .....	433,9	367,3	38,5	34,2
Doenças do aparelho gênito-urinário .....	34,0	23,7	32,5	13,7
Complicações na gravidez e do parto puerpério .....	25,3	1,8	1,0	0,3
Vícios de conformação congênitos .....	6,9	13,0	12,4	10,8
Doenças da primeira infância .....	148,6	113,9	110,9	125,8
Sintomas de senilidade e causas mal definidas .....	29,3	31,4	22,7	75,8
Acidentes, envenenamentos e violência .....	55,7	50,7	57,8	64,1
Todas as causas (menores de 1 ano) (1) .....	100,2	90,9	60,7	80,4
Todas as causas (todas as idades) (2) .....	13,1	11,4	10,5	10,7

Fonte: (FONSECA E CORREA, 1972, p. 73)

A figura demonstra a taxa de mortalidade a cada 1.000 nascidos vivos e a taxa de mortalidade a cada 1.000 habitantes. O que a região Amazônica sofreu durante a ditadura foi uma explosão de epidemia derivadas de um conjunto de ações no seu projeto de ocupação contemplados pelas construções de hidroelétricas e as minerações.

Doenças como meningites, hepatites, malária eram parte do cotidiano desse período da história, assim Costa (2018, p. 223), destaca que,

Desde o início, em muitas de suas ações, o SESP adotou metodologia própria com iniciativas pioneiras. O SESP foi a instituição que, por sua organização, seria capaz não só de ser inovadora, como de demonstrar, através de estudos, a eficiência de diferentes métodos de trabalho. Entretanto, o trabalho mais importante e mais eficiente realizado pelo SESP foi o controle da malária.

E continua destacando o que havia disponível, no período, era uma tentativa de controle ambiental, proteção individual e educação sanitária para as comunidades,

mas muitas doenças foram “negligenciadas”, segundo Costa (2018) os grandes laboratórios não se interessavam pelas “doenças de pobre”, uma vez que não havia lucro devido ao pouco atrativo comercial.

Em Manaus os projetos da zona franca de e o projeto Rondon e morte de Che Guevara na Bolívia culminaram em intervenções acendera militares na região. Num período em que o Brasil presenciava no campo de saúde, três notícias:

(1) o lançamento de um plano de saúde do ministro da saúde de Costa e Silva que nos propósitos e meios se assemelhava ao que seria o SUS, combatido pela esquerda; (2) a abertura que a previdência social daria para que as empresas contratassem os serviços médicos, sendo uma parcela da contribuição devida descontada, indo formar o início dos planos de saúde no país; e (3) o lançamento da campanha de combate à varíola, que seria fundamental para sua erradicação no mundo. (COSTA, 2018, p.79).

Em Manaus e na região Amazônica ocorria o fato de não existir doenças negligenciadas, mas pessoas negligenciadas pela pobreza e exclusão social. Assim, evidencia-se o desenvolvimento das legislações e as ações do governo do Amazonas no período autoritário pós-64.

#### **4.3 EPIDEMIAS: uma abertura para a Mercantilização da Saúde Pública**

No Histórico da Saúde como política pública a Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas seguiu alguns processos de estruturação se “adequando” às mudanças do Estado com quatro Leis e um decreto entre 1952 e 1984: Lei nº 12 de 09/05/1952, publicada em Diário Oficial de 09/05/1953: Cria a Secretaria de Educação, Cultura e Saúde; Lei nº 108 de 23/12/1955: Desmembra a Saúde da Educação e cria a Secretaria de Assistência e Saúde – SAS; Lei nº 233, de 18 de Junho de 1965: Estabelece nova estrutura administrativa da Secretaria; Lei nº 1336 de 13/07/1979: Cria a Secretaria de Estado de Saúde – SESA; Decreto nº 8049 de 19 de Julho de 1984: Reformula estrutura da Secretaria.

Quanto aos cargos de governador do Amazonas até 1963 com eleição de Governador eleito em sufrágio universal havia Plínio Coelho do Partido Trabalhista Brasileiro - PTB eleito em 25 de março de 1963 e deposto em 29 de junho de 1964, tendo seu mandato cassado e seus direitos políticos suspensos por dez anos conforme as normas do AI-4.

Em sequência tem o ciclo de Governadores eleitos indiretamente pela Assembleia Legislativa do Amazonas durante o período ditatorial: primeiro o governo

de **Artur César Ferreira Reis** do partido Aliança Renovadora Nacional – ARENA que governou de 29 de junho de 1964 a 31 de janeiro de 1967; o segundo foi **Danilo Areosa** do mesmo partido ARENA, governou de 31 de janeiro de 1967 a 15 de março de 1971; o terceiro **João Walter de Andrade** do mesmo partido ARENA, governou de 15 de março de 1971 a 15 de março de 1975; o quarto foi **Enoque Reis** também do ARENA, governou de 15 de março de 1975 a 15 de março de 1979; e o quinto **José Lindoso** do Partido Democrático Social – PDS, governou de 15 de março de 1979 a 15 de maio de 1982. O ciclo foi finalizado por Paulo Nery, vice de José Lindoso, que assumiu em 15 de maio de 1982 e finalizou em 15 de março de 1983.

Durante o período de 1967 a 1971 foram publicadas 1.071 edições de Diário Oficial do Amazonas que tratavam da questão da Saúde no Amazonas, ao constatar que no período autoritário a partir do diário oficial de 14 de abril de 1965 verifica-se determinações para que as secretarias de saúde interligadas à Secretaria de Assistência e Saúde seguissem ações de controles de epidemias que assolavam a população na época. O diário oficial de 1965<sup>16</sup> registrou a primeira grande reestruturação da secretaria estadual de saúde que se chamava SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE - SAS, dizia que,

No que diz respeito à Secretaria de Assistência e Saúde tenho a registrar que o Governo seguiu conseguiu resultados satisfatórios no pouco espaço de tempo que ainda tivemos para recuperá-lo como um dos mais importantes órgãos da administração. Com efeito, escreveu o próprio titular da SAS que “nele o denominador comum era a deficiência técnica, pessoal e material em todos os setores”, panorama que agora já podemos mostrar sob outras tintas. Visando a próxima Reforma Administrativa do estado, procedemos a um estudo técnico para a reestruturação dessa Secretaria, sugerindo a criação de outros órgãos necessários à dinamização dos seus trabalhos, como sejam o Departamento Estadual de Saúde, o Serviço de Fiscalização do Exercício profissional e a Divisão de Organização Hospitalar, que passarão a integrar o organograma da SAS. A repartição está sendo materialmente reaparelhada. Passou a ter seu Orçamento sob execução de um Contador e procedeu-se, pelo mérito e dentre os funcionários já existentes, ao recrutamento dos melhores para servirem nos postos de maior responsabilidade. (DIÁRIO OFICIAL – AM, 1965, p. 14).

Na Caracterização dos serviços de saúde, o desdobramento das atividades da Secretaria de Assistência e Saúde há que registrar o seguinte:

CONSELHO DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE – Passou a ser integrado por equipes de técnicos vividos na experiência de sua profissão, o que permitiu adquirir uma nova reorientação nas suas atividades. Realizou o CAS o plano para aplicação para o fundo de assistência e saúde e elaborou o anteprojeto

<sup>16</sup> Maiores referência encontra-se no Anexo A

dando nova redação ao seu Regulamento Interno. SERVIÇO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS - encarregado da coleta de material para exames microbiológicos funcionava em dependência a inadequada expondo possíveis contágios de pessoas sadias com os doentes especialmente as diftéricas, obrigadas, pelo pela localização desse Serviço, à mesma passagem no prédio de Secretaria de saúde processos ou isolamento aconselhável. O movimento desse serviço no período de julho a dezembro de 1964 foi o seguinte: notificações recebidas, 864; exames pedidos ao laboratório para verminoses, 705; exames pedidos ao laboratório para libertação, 243; casos investigados, 844; imunizações praticadas, 23. 304; notificações confirmadas, 272; injeções aplicadas, 437. SERVIÇO DE ENDEMIAS RURAIS – Deu a sua contribuição como elemento capaz de atrair casos que representam fortes estudos para a saúde pública. O movimento estatístico desse Serviço, no segundo semestre de 1964, apresentou os seguintes resultados: componentes pela primeira vez, 6.875 e comparecimento subsequentes 14.597, num total de 21.402. Exames solicitados ao laboratório 1.416; sangue, 995 e encaminhamentos aos serviços, 74. (DIÁRIO OFICIAL – AM, 1965, p. 14).

No ano de 1967 durante o Governo de Danilo Areosa registros de epidemias foram relatados no Diário Oficial de 24 de agosto de 1967 os Municípios de Caruary -AM E Uruará -AM, destacaram:

Caruary – AM: Malária, hepatite infecciosa, derrame bilioso, outras febres caráter epidêmico aumenta assustadoramente o número de vítimas e principalmente no interior onde não há recursos de espécie algum apelo à vossa excelência enviar socorros médicos urgente. Cds. Raimundo Rufino de Oliveira prefeito municipal; Uruará – AM: Penalizado estado de saúde população infantil este município vítima verdadeira de epidemia de vômito e disenteria está matando diariamente crianças e deixando a população desesperadas clamando por socorro em vários setores municípios, especialmente São Sebastião onde mais de 15 crianças morreram neste últimos dias atacados por esse terrível mal se alastrando, também tem o sarampo não menos mortífero, por esse motivo solicito providência no sentido de determinar visitar a caravana médica para este município a fim de evitar maior mortalidade da população. Cds. Felipe Antônio Filho prefeito municipal. (DIÁRIO OFICIAL – AM, 24 de agosto de 1967, p.2).

Em 1971 o Diário Oficial registro a Portaria N°326/71<sup>17</sup> que considerava a necessidade da Secretaria de Estado de Saúde (SESAU) de adotar normas para desenvolver suas atividades de acordo com o Decreto 2136 de 07 de julho de 1971.

Dentre as normas do Sistema de Saúde tratava na seção II a questão Epidemiológica, a saber:

Art. 11 – A atividade de Epidemiologia compreende: I. Epidemiologia descritiva; II. Epidemiologia analítica; Art.12 – À atividade de Epidemiologia compete: I. acompanhar e avaliar a situação de saúde do Estado e da Região; II. Estudar e analisar dados epidemiológicos; III. Divulgar dados e informações epidemiológicas; IV. Orientar e supervisionar as atividades de epidemiologia de todas as unidades da SESAU; V. estudar em colaboração

---

<sup>17</sup> Com detalhes no Anexo B

com a Estatística temas propostos para pesquisas. (Diário Oficial – AM, 1971).

A questão das epidemias eram preocupações constantes e recorrentes nos documentos oficiais. Em 4 de outubro de 1972<sup>18</sup> a edição do Diário Oficial registrou novas recomendações de atuação na área da saúde de procedência de exames de controle de soros terapêuticos, vacinas e outros produtos similares, incluía o Serviço de Patologias, previa fiscalização da aplicação da legislação sanitária.

Culminava em atender o Serviço de Epidemiologia e Estatística com a finalidade de localizar doenças transmissíveis em atividades ou em potencial, além de articular suas atividades com as entidades médico-assistências públicas ou privadas.

Essas informações contidas na referia à Lei nº 1061 de 14 de dezembro de 1972, regulamentada pelo Decreto nº2494-A de 11 de março de 1973<sup>19</sup> a edição possuía 40 páginas divididas em seis partes, cabe destaque entre a primeira, a segunda e a quinta parte. A primeira contemplava as normas de promoção, preservação e recuperação da saúde, no campo de competência da Secretaria de Estado de Saúde.

A Segunda evidenciava um regulamento<sup>20</sup> de questões do Saneamento, dos Hospitais e estabelecimentos de assistência médico-hospitalar. Tratava de normas para as cidades com estabelecimentos de questões sanitárias nos mais diversos estabelecimentos comerciais (produtos alimentícios, indústrias/comércios, barbearias, assim como cemitérios, necrotérios, velórios etc.), alertava e estabelecia normas de higiene padrão, tendo como preocupação as constantes epidemias de doenças transmissíveis da época.

No Artigo 368 menciona-se a fiscalização nos locais tanto público, quanto privado:

Artigo 368 - As autoridades sanitárias, incumbidas da fiscalização ou inspeção para fins de controle da população, terão livre entrada em qualquer dia e hora às instalações industriais, comerciais, agropecuárias ou outras privadas ou públicas. Estas obrigadas a colocar à disposição da autoridade os meios adequados à perfeita execução de suas atribuições.

No Diário Oficial de maio de 1973<sup>21</sup> novas considerações técnicas são colocadas como “Normas Técnicas Especiais de Regulamento” visando padrões

---

<sup>18</sup> Com detalhes no Anexo C

<sup>19</sup> Quanto a Lei Ordinária nº 1.064, de 14 de dezembro de 1972 não possui Texto Articulado.

<sup>20</sup> Especificado no Anexo E,

<sup>21</sup> Com detalhes no Anexo D

internacionalmente aceitos. Destaca-se a promoção da saúde com investimentos tanto para instituições públicas como privadas, a saber:

Art. 478 – O órgão competente da Secretaria do estado de saúde orientará a organização de proteção à maternidade, a infância e à adolescência coordenando as iniciativas nesse sentido e estimulará a criação e o desenvolvimento de instituições públicas e privadas que de qualquer modo visem àqueles objetivos oferecendo assistência técnica material e financeira. A cooperação técnica e material do Governo do Estado às instituições públicas e privadas de proteção e assistência à maternidade à infância e adolescência será prestada mediante a elaboração de planos de organização e direção normas e padrões de funcionamento de serviços e através de concessão de subvenções e auxílios. As instituições de proteção e assistência a maternidade a infância adolescência públicas ou particulares poderão receber auxílio subvenções contribuições ou quaisquer outros recursos do estado desde que sejam devidamente registradas no órgão próprio da Secretaria de estado de saúde e satisfaçam as normas e exigências estabelecidas pelas autoridades sanitárias.

Foi o primeiro documento com normas técnicas e sanitárias para as cidades do Amazonas, principalmente Manaus, no Artigo 400 reforça a defesa e proteção da saúde individual e coletiva no tocante à alimentos tendo os órgãos técnicos nos níveis federais, estaduais e municipais credenciados pelo Ministério da Saúde com autoridade fiscalizadora.

Diversos autores enfatizam o quanto a Amazônia teve que se reinventar ao longo da história a cobiçada pelo sistema capitalista trouxe alguns precedentes, como a miséria e doenças.

Afonso, (2010, p. 63) considera que,

O desenvolvimento traz mudanças não só na economia, trazendo mais empregos para a região e sustentabilidade financeira para o Estado, mas influencia todos os campos da vida que serão vivenciados de forma diferente, nos variados padrões de vida que o progresso trouxe, pois quando falamos de progresso, desenvolvimento e integração, junto vem a miséria, a desorganização do espaço urbano e conseqüentemente doenças provocadas pela falta de saneamento básico e orientação.

Na visão de Oliveira (1996, p. 75),

A pedra de toque da transformação deu-se em função da política econômica do Regime militar pós-1964, que, comprometendo-se com um modelo de expansão acelerada das relações capitalistas internas, viabilizou estratégias de integração territorial à dinâmica central de acumulação econômica.

Nesse sentido, destaca Araújo (2009, p.34),

Produto da Política de Integração Nacional no início dos governos militares, a Zona Franca de Manaus foi criada com o objetivo de ocupar a Amazônia Ocidental, uma região despovoada desde o fim do fastígio da borracha. Além da ocupação, visava atenuar os desequilíbrios regionais e intrarregionais da região amazônica, bem como compensar as desvantagens da sua localização em relação aos mercados.

Ao que assevera Benchimol (1997, p. 1),

A Zona Franca de Manaus que conseguiu: Romper o quadro de estagnação e decadência secular de uma sociedade que, desde o fim do ciclo da borracha, estava enclausurada no tempo, isolada no longínquo espaço e imersa na desesperança e pobreza, após ter perdido o melhor de suas lideranças empresariais, políticas e profissionais.

Enfatizado por Souza (2019, p. 313-314),

A partir de 1967, um decreto presidencial transformou Manaus em Zona Franca, imediatamente instalando uma série de indústrias e anunciando uma oferta de 50 mil empregos. No que tange à divisão do trabalho, as indústrias da Zona Franca operavam as fases finais de montagem e acabamento do produto – fases estas que exigiam um número maior de mão de obra. Aproveitando a legislação, essas indústrias se estabeleceram numa área da cidade de Manaus, no chamado Distrito Industrial, onde receberam terrenos e preços irrisórios, totalmente urbanizados, como nenhum conjunto habitacional supostamente para pessoas de baixa renda recebeu. E, assim, entrou em atividade um parque industrial de “beneficiamento”, produzindo em toda a sua capacidade e operando numa área onde as facilidades eram, na verdade, uma conjuntura favorável. Para complementar, as extensões de grandes complexos, as indústrias da Zona Franca são disponibilidade local. A participação de capital oriundo do tradicional extrativismo foi mínima e era possível notar, por volta do final da década de 1970, grandes comerciantes do extrativismo [...]. Eram indústrias que tudo trouxeram de fora, da tecnologia ao capital majoritário, e que do Amazonas somente aproveitaram a mão de obra barata e os privilégios institucionais.

As políticas para ocupação da Amazônia demonstravam necessidade, porém, não houve planejamento e infraestrutura adequada, em vista disso, desde o segundo lustro do século XIX a região foi alvo de incentivos para povoamento permeado pela via de trabalho, ou seja, mão de obra, como ocorreu com os migrantes nordestinos na época da borracha. Posteriormente no século XX, cria-se a ideia de progresso com a abertura de estradas, ocasionando o desmatamento da floresta.

Com a expansão da região e o crescente número de habitantes em Manaus havia constantes questões epidemiológicas, assim cabia implementação de maiores normas regulamentares de saúde e saneamento que deviam ser notificadas, conforme:



Art. 491 – As doenças de notificação compulsórias [...] de acordo com as condições epidemiológicas, a Secretaria de Estado de Saúde poderá exigir a notificação de quaisquer infecções ou infestações constantes das Normas Especiais em indivíduos que estejam eliminando o agente etiológico para meio ambiente mesmo que não apresentem, no momento, sintomatologia clínica alguma.

As notificações deveriam serem feitas às autoridades sanitárias, esta notificaria com máxima urgência, o órgão federal (Ministério da Saúde) e os casos de óbitos notificados, principalmente doenças transmissíveis para investigação epidemiológica<sup>22</sup>.

Considera obrigatório o comprovante de vacinação contra doenças transmissíveis como a varíola, além de atestado médico que a pessoa não sofria de doença transmissível, principalmente para profissionais e estabelecimentos que trabalhavam com menores. A vacinação e teste imunológicos das crianças internadas em creches, educandários e estabelecimentos congêneres destinados a menores, em conformidade com o disposto em normas técnicas especiais a serem baixadas pela Secretaria de Estado de Saúde; a apresentação de comprovante de vacinação ou revacinação contra varíola para o exercício de qualquer cargo ou função da administração direta ou indireta, estaduais ou municipais e para o trabalho em organização privada de qualquer natureza; os comprovantes de vacinação sempre pessoais, não poderão ser retidos por nenhum órgão ou autoridade, mesmo quando a sua apresentação for exigida por lei; as vacinações só poderão ser executadas com produtos analisados e controlados periodicamente por órgãos oficiais. (p.26).

Outro fator estabelecido nas normas técnicas refere-se às quarentenas de pessoas acometidas com doenças transmissíveis que deveriam permanecer nos locais expressamente determinados pelas autoridades sanitárias responsáveis pela aplicação de medidas epidemicamente, assim:

Para efeitos deste regulamento e de suas Normas Técnicas Especiais, entende-se por comunicante a pessoa que tenha tido contato com casos clínicos ou portadores, humanos ou animais, ou que tenham permanecido no mesmo ambiente que estes; A quarentena é aplicável às doenças constantes (são elas transmissíveis), a outras doenças, a critério da autoridade sanitária; a quarentena poderá ser substituída pela vigilância sanitária que poderá deixar de ser aplicada nos casos previstos no regulamento Sanitário Internacional; A proibição do direito de locomoção, resultante da imposição da quarentena, determinará o abano de faltas a escolas. (p.26)

Os indivíduos que moravam em áreas epidêmicas deveriam atentar ao período máximo de incubação da doença e as pessoas sob cuidados da vigilância

---

<sup>22</sup> Conforme apresentado no Anexo F

sanitária de veriam comunicar as autoridades em caso de mudança de domicílio, a fim de continuar sob vigilância.

Daqueles que estivessem expostos a maior risco de contrair uma doença deveriam ser protegidos por meio de vacinas, soros ou seus derivados, antibióticos, quimioterápicos, ou outros agentes antimicrobianos adequados, sempre que houvesse indicação.

E classificava epidemia nas Normas Técnicas Especiais, como:

Entende-se por epidemia a ocorrência de um número de casos de determinada moléstia significativamente maior do que o habitual na comunidade. Havendo suspeita de epidemia em uma localidade, a autoridade sanitária local deverá, imediatamente: confirmar os casos, verificar se a incidência é significante e comunicar a ocorrência.(p.15)

E ressalta:

Artigo 530 - Na iminência com vigência de epidemias poderá ser ordenado o fechamento total ou parcial de todo e qualquer tipo de estabelecimento, centro de reunião ou diversão, escolas e quaisquer locais abertos ao público, durante tempo julgado necessário pela autoridade sanitária competente; Artigo 531 – Na iminência ou vigência de epidemias de maior gravidade ou de calamidade naturais que possam provoca-las, serão tomadas medidas particularmente rigorosas para impedir a disseminação da moléstia. Tais medidas poderão abranger a limitação parcial ou total do direito de locomoção; Artigo 532 – Quando necessário, a autoridade sanitária requisitará o auxílio da autoridade policial local ou regional para execução de medidas referentes à profilaxia de doenças; Artigo 533 - Sempre que houver, para determinada doença, recurso profilático de eficiência comprovada, será ele empregado gratuitamente em caráter sistemático. (p. 26)

Na quinta parte do documento destaca-se a Educação em Saúde Pública:

Artigo 568 - A educação em saúde pública é considerada meio indispensável para o êxito das atividades de saúde desenvolvidas em nível central regional ou local; Artigo 569 - Os aspectos educativos das atividades desenvolvidas pela Secretaria de estado de saúde deverão ser almejados orientados e avaliados pelo órgão especializado de educação e saúde pública; Artigo 570 - a execução das atividades educativa dos programas de saúde ficará a cargo pessoal das unidades sanitárias em suas áreas de ação e de conformidade com suas funções; Artigo 572 - Cabe às autoridades sanitárias em nível local e ao departamento normativo da Secretaria de estado de saúde em nível estadual a coordenação de atividades educativas com outras instituições direta ou indiretamente ligadas à saúde principalmente as escolas; Artigo 572 - O órgão normativo indo em saúde pública da Secretaria de estado de saúde deverá desenvolver e estimular a pesquisa na área que lhe é específica. (p.28)

As considerações feitas remetem a uma das principais funções do SESP, cujo objetivo era trabalhar a educação sanitária em conjunto junto das comunidades e com a população. A saúde dentro da perspectiva de privatização em Manaus tem histórico e processo contínuo de mercantilização da saúde pública compreende um sistema de saúde como uma instituição que proverá serviços semelhantes a todos aqueles que venham utilizar sistemas, políticas e economia da saúde.

Tendo abordagem e os princípios de Privatização, ocorria que o projeto do governo acabava não dando certo e surgia muitos focos EPIDÊMICOS, assim solicitava serviços da iniciativa privada com vista para atender essas demandas que eram bonificadas.

As taxas pagas pelo governo às essas instituições privadas, um dos lemas da época registrado era “IMPOSTO: RECOLHER PARA O AMAZONAS DESENVOLVER”<sup>23</sup> as instituições privadas acabavam prestando maior número de serviços de saúde ao Governo do Estado, um serviço contratado.

O planejamento fajuto de desenvolvimentos dos governos de trazer um projeto que não se adequava a região e com objetivo de *integrar* o norte ao país para gerar o desenvolvimento da economia, resultou num ciclo de capitalismo desastroso afetando as questões sociais ao produzir pobreza e doenças, devastando

Como Bravo (2011) evidencia o período autoritário-burocrático precisava se recriar para adequar estratégias do regime, para isso o sistema capitalista com a burguesia nacional e internacional fomentaram novas relações entre o poder militar e o poder econômico.

O capitalismo criou um problema e esse problema, instituiu novos problemas em situações que o próprio sistema capitalista foi chamado para resolver, ao criar necessidades, por um lado produziu pobreza e doenças, por outro forneceu lucro.

#### **4. 4      Pandemia e Negativismo da Saúde no Governo Bolsonaro**

Apesar de não ser objetivo deste trabalho, a atual conjuntura torna possível uma apreciação sobre o autoritarismo na era democrática permeado por uma

---

<sup>23</sup> Conforme Anexo G nas descrições dos Diários Oficiais.

pandemia. O breve estudo da segunda onda de covid-19 em Manaus relativizado na contemporaneidade.

Ao contextualizar a pandemia de covid-19 e a vulnerabilidade do sistema público de saúde, têm-se a ênfase na dinâmica na qual é parte integrante do entendimento no processo saúde-doença e, principalmente, no âmbito da política de saúde.

Nos aspectos da saúde pública que permeou por processos autoritarismo durante a ditadura militar no Brasil de 1964, vislumbra-se o entendimento do Estado enquanto sua capacidade técnica de atender as demandas de saúde nacionalmente, seus posicionamentos e estratégias para política de saúde no período ditatorial.

Após essas explanações, o processo agora elucida a compreensão na era SUS, especificamente, no biênio 2020-2021. Assim trazer à luz os reais interesses do Estado compostos através dos discursos, legislações e de Conferências Nacionais de Saúde.

Nas dinâmicas do patrimonialismo o Estado torna-se alvo de interesses particulares com efeitos destrutivos para democracia e para as coisas públicas nessas articulações, cabe destacar duas pontuações feitas por Campante (2019, p. 183):

entre o poder econômico, o poder ideológico e o poder político, no caso da estrutura midiática oligopolizada, ao arrepio da disposição Constitucional, e que sobrevive, em boa medida, à custa de dinheiro público e reluta em submeter-se a controles populares e judiciais; entre o poder público-estatal e a propriedade, pelo modo que a última é institucionalizada: como valor quase absoluto, acima de todos os valores e parâmetros como a vida e a liberdade, sua " função social" sendo mais uma declaração constitucional de princípios do que uma efetividade.

Nas considerações postas encontrada na correlação entre o poder ideológico/político-estatal e o dinheiro público alimenta o rentismo no Brasil, tornando-o um ciclo.

No Brasil do biênio 2020-2021, desvela-se o Governo conservador de Bolsonaro permeado por discursos autoritários e sitiado pelo amparo militar com ações de políticas ultraliberais que de acordo com Castilho e Lemos (2021, p. 271) desencadeia:

No Brasil, a aceleração das políticas ultraconservadoras e ultraneoliberais encontraram, no governo de Jair Bolsonaro, um solo fértil para crescer e se alastrar sem medidas. Os sucessivos cortes e privatização na saúde pública, na previdência e assistência social fazem a diferença nas ações do Estado para *conter* ou não a pandemia em terras brasileiras.

As considerações dos autores desvelam as propostas do Governo Bolsonaro colocadas desde 2018, onde se contata a aliança para políticas de saúde com interesse em atender as demandas do setor privado.

Haja vista,

No que se refere às diretrizes que devem orientar as relações do governo com o setor de saúde suplementar e à questão da judicialização no SUS, tem-se a proposição de utilizar toda força de trabalho da saúde pelo SUS e que todo médico possa atender a qualquer plano de saúde, compartilhando esforços da área pública com o setor privado, como forma de garantir acesso e evitar a judicialização. (PSL, 2018).

Nas proposições acerca da política de saúde, constata-se com as propostas incluídas por Paulo Guedes, o Ministro da Economia que enfatizava em janeiro de 2019 a criação de um *voucher* que serviria para atendimento na saúde e contemplava também a área da educação.

Conforme Bravo e Pelaez (2020, p. 202), “o *voucher* funcionaria como um “vale saúde”, a ser entregue pelos usuários para empresas privadas, em troca da prestação de serviços básicos nessas áreas”. Isso afetaria toda a estrutura do SUS, uma vez que o Estado não teria mais estruturas pública de atendimento, uma vez que, o setor privado contemplaria os serviços.

Existe no governo Bolsonaro uma necropolítica permeadas por regras que no período da Pandemia do Coronavírus atribuída a uma política violenta resultou numa crise que de acordo com Castilhos e Lemos (2021, p. 271):

A opção pela violência e morte neste governo é incorporada aos processos institucionais, numa espécie de industrialização da morte, como a que estamos presenciando neste contexto da pandemia. A burocratização, por exemplo, para acesso ao auxílio emergencial, em tempos de Coronavírus, proposto pelo governo é um exemplo explícito de como estes mecanismos institucionais acabam contribuindo para aumentar cada vez mais os índices de desigualdade social no País por meio de uma política de morte, arquitetada nos porões do Planalto.

Essa crise contornada na lógica capitalista desencadeia o formato de um governo com ações políticas que escolhe a importância de defender e salvar o sistema capitalista da crise do que atender as demandas emergentes de saúde e salvar vidas

As contradições do capitalismo entre as relações econômicas e sociais evidenciadas na pandemia e são reflexos de que “o mundo do capital vem experimentando uma crise de sobreacumulação e superprodução desde os anos 1970

e que vem se prolongando por quase meio século”. (MENDES e CARNUT, 2020, p.14).

Cabe, pontuar, a historicidade do capitalismo brasileiro ao transitar na política de saúde pública transpõe na contemporaneidade os constantes ataques o Sistema Único de Saúde.

Concerne, nesse aspecto, uma reflexão acerca do tempo histórico presente, ao produzir epidemias e pandemias que provocam sistematicamente a morte de milhares de pessoas e, ao mesmo tempo, refletem o percurso político-econômico trilhado pelo capitalismo em sua fase contemporânea, consoante ao que menciona MATOS (2021, p. 35):

A essência disso se dá no embate das forças privatizantes que, para manterem seus superlucros, precisam apequenar o SUS (propiciando sua incapacidade de responder a todos/as e gerando a ilusão de que isso pode ser resolvido mediante contratação de seguros ou planos privados de saúde) e disputar os seus recursos (por meio da privatização da gestão desse sistema). Por isso, a história do SUS – não obstante experiências exitosas, e localizadas, que afirmam a sua dimensão pública e estatal – tem sido de expansão do mercado privado de saúde e de vários modelos de gestão privatizantes.

A pandemia evidenciou claramente os objetivos do governo Bolsonaro com um sistema de imposição autoritária e de alinhamento ao capital, na qual as relações de poder e economia se sobrepuseram ao atendimento das demandas sociais, principalmente, de saúde pública.

Considerando o cenário social, evidenciado por Antunes (2022, p.41):

A pandemia provocada pelo coronavírus, a crise econômica e a interconexão profunda que há entre elas vêm impactando profundamente a classe trabalhadora. Desde logo, presenciamos um processo de aumento do empobrecimento e dos níveis de miséria em amplas parcelas e segmentos dessa classe, cujo cotidiano é pautado ou por uma intensa exploração do trabalho e precarização ou – o que é ainda mais brutal - pelo flagelo do desemprego, bom do subemprego e da informalidade, de fenômenos explosivos e de dimensão global. já aquele(a)s que estavam trabalhando antes na pandemia faziam-no crescentemente sob a modalidade da urberização, que crescia exponencialmente nas chamadas plataformas digitais e aplicativos. Com a exclusão da pandemia, em meio a uma profunda crise estrutural do capital, esse quadro se acentuou vertiginosamente. Quando se tem um sólido conjunto bom de leis que protege ao trabalho, quando se tem bom uma classe trabalhadora estável, organizada solidamente em sindicatos, qualquer decisão tomada por governos e empresas tem de respeitar essas leis, que funcionam como uma espécie de anteparo social.

Com a eclosão da extrema direita no Brasil a partir de 2018, não foi um fenômeno isolado, haja vista que na América Latina de acordo com Antunes (2022, p. 59) “os exemplos de governos de direita também se avolumavam: Maurício Macri na Argentina (exemplo maior da devastação neoliberal), Sebastián Piñera no Chile e Iván Duque na Colômbia são todos prepostos dos Estados Unidos e da Política agressiva”.

Para Antunes (2022, p. 62-63),

no caso brasileiro, tratando-se de uma burguesia que teve origem em uma sociedade senhorial, escravista, colonial e dependente, seu traço por um prussiano decorre de um caráter dúplice: virulenta e autocrática em relação às classes populares, servil, subordinada e dependente em relação às burguesias centrais. Encontra-se aí a causalidade central do sentido antidemocrático da burguesia Brasileira, sempre pronta a apoiar regimes ditatoriais e autocráticos de todo tipo. Bom não é por outro motivo que o capitalismo dependente no Brasil sempre se estruturou a partir da superexploração do trabalho, rei de modo a garantir uma parcela do mais valor extraído para a burguesia nativa e outra pouco da parcela para as burguesias centrais. Assim, enquanto a burguesia industrial se realizou de modo autônomo nos países que seguiram a via prussiana, no continente latino-americano ela nasceu subordinada e dependente das metrópoles. desenvolvendo-se desde sempre pela intensificação da exploração do trabalho, utilizando-se de mecanismos que intensificam exponencialmente a extração de mais-valor tanto relativo quanto absoluto.

Nas considerações de Castro (2021, p. 46),

a atual pandemia da COVID-19 possui semelhanças com outros processos pandêmicos na história da humanidade. Porém, bom vários governantes não têm seguido as orientações dos especialistas, bom principalmente no Brasil. as orientações fornecidas para a saúde pública, assim como as restrições relativas e/ ou absolutas para toda a sociedade e outras medidas sanitárias não têm sido atendidas. A ausência de aporte financeiro para populações vulnerabilizadas, somada ao negacionismo da ciência, tem colocado o Brasil em 2021, no epicentro da pandemia com maior número de casos e de mortes por dia. é abril de 2021, foi atingida a marca de maior média móvel de mortes por dia do planeta, com quase 4000 mortes diárias (Observatório COVID-19/Fiocruz, 2021).

Ao que pontua o autor, na história das pandemias, além de processos humanos que geram modificações ambientais da questão de natureza e micro-organismos nocivos aos seres humanos; também ocorre fatores sociais negligenciados para a população em situação de vulnerabilidade social. Situações que complementam e agravam a um momento pandêmico devido à falta de suporte necessário para a sociedade.

Outros fatores que são um agravante estão relacionados com manifestações políticas de um governante, Bolsonaro, que sempre foi um político com histórico de declarações agressivas, “os discursos e manifestações públicas de Jair Bolsonaro, ao longo de quase 30 anos como parlamentar, sempre tiveram uma conotação muito

agressiva em relações às “minorias” (negros, mulheres, LGBTs).” (ANTUNES, 2022, p. 63).

A conjuntura que envolve o discurso manifesta elementos do autoritarismo permeado e difundido pela extrema-direita de Jair Bolsonaro nos quatro anos de seu governo.

#### **4.5 Mecanismos de Saúde Pública e Autoritarismo Militar**

Buscamos entender o processo que interliga a política de saúde e atuação estatal, no entendimento dos conceitos, de teoria e função política para descrição dos fenômenos estudados nesta pesquisa.

A complexidade dos conceitos com vistas a demonstrar a realidade da política pública de saúde regional e tendo fatos e processos interligados no processo histórico marcado por aparente similaridade, possui diferença no seu desenvolvimento.

A estruturação no Estado a partir de 1964 formou sistema político com mecanismos sociais e políticos para atender os interesses militares e da burguesia. Essas transformações, formaram bases do autoritarismo brasileiro durante a ditadura do pós-64 que refletiram nas ações e atuações dos governantes em meio aos processos da política pública de saúde em Manaus-AM.

O total de seis Governadores transitaram pelo poder do estado do Amazonas entre os anos de 1964 e 1983, considerando que a saúde pública até 1975 consentia de atuação através das instituições de caridade e ações isoladas dos governos federal e estadual.

A Lei nº 1.246 de 16/12/1975 foi a primeira referência Legal para a criação da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, que dessa forma, cabe destacar os mecanismos utilizados pelo poder público estadual e ditatorial do período.

Ao considerar que a política pública de saúde foi moldada por doenças, sendo de acordo com Ribeiro (2017), introduzidas desde os colonizadores, como a malária e a sífilis.

Nesse sentido ocorre os primeiros registros de surtos epidêmicos nas concentrações de negros e indígenas nos núcleos coloniais. Essas ocorrências foram agravadas com o aumento da colonização no Brasil trazendo mais doenças como a tuberculose, lepra, doenças venéreas e dermatoses.



A partir do Brasil republicano a previdência teve um papel de destaque na questão da *seguridade* que de acordo com Vianna (2000, p.141):

A proteção previdenciária, um privilégio dos incluídos, se configurava, assim, como um mecanismo de discriminação dos “de baixo”. A assistência médica, por exemplo, até 1945 permaneceu acessível a poucos trabalhadores, entendida como “fim secundário do Instituto.

Logo a noção de atividade pública segundo Mello (2016, p.29) é a “atividade exercida no cumprimento do dever de alcançar o interesse público, mediante o uso dos poderes instrumentalmente necessários conferidos pela ordem jurídica”.

Assim, tanto para Vianna (2000), quanto para Mello (2016) a atividade pública é a forma mais genérica de atuação estatal, em que, todo movimento do Estado pode ser compreendido como sendo sua atividade.

Na perspectiva de Guidi (2019, p. 26):

a atividade pública é, portanto, a forma de agir do Estado, por qualquer um de seus poderes, e por toda e qualquer forma autorizada pelo ordenamento jurídico. Assim, estão englobadas na atividade pública tanto a edição de novas leis, como a emissão de uma declaração. Planejar a atuação estatal, criar políticas e estratégias, organizar o aparato estatal também são exemplos de atividade pública.

Quanto à economia de acordo com Reis et.al (2014, p.97):

o período autoritário marcava um crescimento com um processo de concentração de renda que ocorreu por diversas razões, em especial pela política salarial restritiva que impedia a transferência dos ganhos de produtividade para os trabalhadores. O governo afirma que o elevado grau de desigualdade na distribuição de renda era fenômeno transitório, causado pelo processo de crescimento.

O processo que ocorria na economia após o golpe de 1964, trazia transformações nos mais variados setores econômicos com vista em atender a estabilidade do setor agrícola, porém, sem alterar a estrutura fundiária e as relações de trabalho.

Reis et.al (2014, p.99) ainda pontua que,

o “milagre econômico” ocorreu na fase mais reacionária do regime militar. Não se admitiam críticas, nem as imparciais, que apontassem erros na política econômica. O autoritarismo permeava todos os níveis do governo, num momento em que ele promovia ampla gama de investimentos no setor produtivo (como incentivos e subsídios para o setor privado), manipulava as principais fontes de créditos de curto e longo prazo, controlava preços e salários e administrava a taxa de câmbio. Aumentavam as distorções na

economia, e a sociedade ficava mais injusta, em virtude de uma política econômica que fazia aumentar a concentração de riqueza.

Com uma economia que favorecia o processo de expansão do setor industrial, conseqüentemente havia o aumento do custo de vida que gerava um grande impacto no país que tinha uma renda.

Para conter as impressões salariais urbanas era essencial melhorar o suprimento interno de alimentos e reduzir seus custos em um país pouco desenvolvido como o Brasil com renda baixa e mal distribuída.

No contexto autoritário do pós-64 se instituiu uma narrativa de modernização econômica sobre múltiplos interesses, mas por ser um país pouco desenvolvido acarretou conseqüências que atingiram as políticas públicas.

Vianna (2000, p. 145-146), sustenta que:

No campo de assistência médica mais uma vez este processo foi representativo a unificação dos IAPS constituiu o primeiro passo no caminho da universalização e pulverizando bom a organização funcionalmente segmentado dos serviços na contingência de ampliação da clientela redefiniram se as fronteiras entre os setores públicos e privado estratégias como é convergente serviram então como estes para alavancar a intrincada engrenagem que receberia em 1975 o pomposo nome do sistema nacional de saúde a compra de serviços no mercado pelo estado e a transferência da função provedora para a iniciativa privada comprar revistas mediante forma de pagamento que se alterar ao longo do tempo tornou-se um dispositivo crucial para a modernização autoritária da medicina previdenciária.

A autora enfatiza que a partir desse momento houve um aumento no índice de contratação de hospitais e credenciamento de prestadores que passaram a ser práticas dominantes do INPS, ou seja, crescente investimento nas unidades do setor privado.

Ocorria até meados de 1945 um atendimento predominantemente feito por instituições beneficentes que aos poucos foram ingressando na economia capitalista.

Ocorria no pós-64 uma institucionalização de normas com objetivos de regulamentar a unificação dos IAPs contempladas no plano de ação da previdência social que favorecia os serviços terceirizados de atendimento médico mantendo seu caráter restritivo de atendimento.

Montenegro (2000, p. 104) enfatiza que,

o estado deve ter discurso próprio, garantia de firmeza e de estruturação ideológica consistente, para orientação da sociedade global e, sobretudo, para controle das viabilidades, das possibilidades de programas de interesse coletivo. [...] Vale dizer: o nível autoritário do discurso privado seria trazido ao

sistema de coação político-jurídica de que dispõe a monarquia constitucional no Brasil, para se contrapor, a latere da sua afirmação necessária ao avanço irracional, à expansão sem peias do privatismo. O autoritarismo se faz mister nessa afirmação de poder público justamente porque ainda é incipiente a sua estrutura, a sua organização, o seu funcionamento, dentro de longa tradição privatista que perdurou durante a Colônia, e que continuava após.

O Estado foi agente direto para atender as demandas de privilégios do setor privado, justificando uma alta demanda, transformou o INPS no comprador direto de serviços médicos. Cabe destacar a existência de uma “ideologia autoritária teria aí sólidos materiais do circunstancialmente sociocultural, notadamente privatista”. (MONTENEGRO, 2000, p. 105).

Nessa perspectiva de formação da ideologia autoritária, tem formação tradicional na historicidade do Brasil.

Assim, para Antunes (2022, p. 51):

Esse poder ditatorial e militarizado teve um caráter bifronte. Por um lado, implementou uma política econômica baseada na internacionalização da economia Brasileira, privatizando e decretando uma legislação social trabalhista que impulsionou e intensificou a superexploração do trabalho no Brasil. Por outro, no âmbito político, implementou um estado militar de exceção cujo objetivo central era derrotar a organização popular (operários, camponeses, assalariados rurais, estudantes etc.) que vinha se desenvolvendo significativamente.

E complementa Santos (2020, p.223),

no Brasil, a institucionalização do Estado burguês deu-se a partir da superação do estado liberal-oligárquico e com a hegemonia do capital industrial, por meio da “Revolução de 1930”, que subsidiou o desenvolvimento do capitalismo no país. este foi um imposto pago da revolução burguesa Brasileira rumo às transformações econômicas, rede sociais e políticas que demarcaram a adesão do Brasil às relações de produção capitalista que só se completaria na segunda metade do século XX. Este movimento, contudo, continha um viés conservador, visto que não se instituiu sobre as ruínas do antigo regime, mas por meio da associação entre o novo e o velho, que resultou da crise econômica que assolava o país naquela conjuntura.

Nesse sentido, desvela Schwartzman (2015, p. 103),

a persistência de um sistema patrimonial ou de elementos patrimoniais em um sistema político moderno tem pouco a ver com “cultura”, e muito com o sucesso ou o fracasso do líder político em manter seu poder absoluto, em contraste com a capacidade de arrematar forças próprias por parte dos subordinados. Essa situação, que depende em boa parte dos subordinados. Essa situação, que depende em boa parte dos recursos de poder à disposição do centro de poder e de seus súditos.

O Estado em seus aspectos sociais e políticos construíram uma estabilidade tanto autoritária militar, quanto autocrática burguesa, na construção sistêmica de um estado ditatorial que ocorreu através do patrimonialismo da política pública.

Como evidenciou Costa (2018) ao destacar a participação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que proporcionava ações de atendimento em saúde pública no Amazonas.

A atuação de um sistema baseado no Sanitarismo construiu políticas de saúde e um estado autoritário permeado por conferências nacionais de saúde comandada por generais estrategicamente, para o desenvolvimento de atividades de saúde e o controle de doenças.

O processo se deu de cima pra baixo através da institucionalização do aparato estatal iniciado pela Previdência Social que contemplava os atendimentos em saúde pública. Após a institucionalização passou a ser chamado para agir nos centros epidêmicos de doenças que devastam a população, principalmente, na região Amazônica.

Nas bases do autoritarismo proporciona - ao mesmo tempo - o desenvolvimento capitalista na Amazônia, sendo as problemáticas causadas pela própria inserção do capitalismo em Manaus-AM, tornando a região em um centro epidêmico de doenças devido ao processo social da população que abriu o aparato estatal para a privatização e mercantilização do sistema de saúde pública.

A complexidade da sociedade e a produção de sistemas para evitar uma *desordem* dos processos reflete acerca da relação entre a democracia e a ordem de coisas capitalista, aspectos evidenciados por Schumpeter (2017, p. 401-402):

A ideologia da democracia, tal como se reflete na doutrina clássica, baseia-se em uma concepção racionalista da ação humana e dos valores da vida. Tal fato é suficiente para sugerir que essa ideologia tem origem burguesa. A história confirma claramente essa sugestão: historicamente, a democracia Moderna nasceu ao mesmo tempo que o capitalismo e em conexão causal com ele. Mas o mesmo vale para a prática democrática: a democracia, no sentido da nossa teoria da liderança concorrencial, rei presidiu o processo de transformação política e institucional mediante o qual a burguesia remodelou a estrutura social e política que precedeu a sua ascensão e racionalizou a partir do seu próprio ponto de vista: o método democrático foi o instrumento político dessa reconstrução. O método democrático funciona igualmente (e muito bem) em certas sociedades extra capitalistas e pré-capitalistas. Mas a democracia Moderna é um produto do processo capitalista. Se a democracia é ou não um dos produtos do capitalismo que estão fadados a parecer com ele, é, naturalmente outra questão. E ainda outra questão é se a sociedade capitalista está bem ou mal dotada para a tarefa de funcionar de acordo com o método democrático por ela desenvolvido.

Nessas considerações apontas por Schumpeter (2017) a burguesia e seu capitalismo politicamente orientados atua para reduzir e restringir as decisões políticas e impor suas normas. Assim, uma nação quando está muito dividida por problemas de estrutura social à pressão de condições desfavoráveis da ordem social, causa problemas para o bom funcionamento da democracia.

Isso evidencia algumas faces usadas na legitimação da ditadura brasileira de 1964 e seu procedimento político de restrições autoritárias<sup>24</sup>. Para tanto, a democracia, mesmo numa sociedade capitalista, e ainda que imersa num sistema de governo autoritário - como foi no caso do 38º Presidente do Brasil - é possível limitar as ações autoritárias.

Por meio das instituições democráticas e seus agentes que impulsionam defender propósitos democráticos legais tanto dentro da esfera pública, quanto na sua atividade política.

#### **4.6 A histórica crise sanitária de 2021 na experiência**

O boletim da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas – FGV acerca da Situação Epidemiológica de COVID-19 e da Síndrome Respiratória Aguda Grave aponta no ANO 2/ nº16 que a Situação Epidemiológica da covid-19 no Amazonas oscilou de 2020 a janeiro de 2021 em quatro momentos. Considerando o ápice em janeiro de 2021, posto como início da “segunda onda” de infectados houve um aumento de 420% de casos em Manaus (FVS, 2021). A situação levou ao colapso dos hospitais do Sistema Único de Saúde, era dado o estado de calamidade que transcorria desde 2020, onde:

O quadro de calamidade que se instalou no Estado, principalmente na capital, Manaus, deixou evidente o caos na área da saúde, uma das mais frágeis do país. Esse quadro trouxe muitas mortes, levando à instalação de câmaras frigoríficas para armazenar os corpos, aberturas de covas coletivas com ajuda de retroescavadeiras, mostrando ao mundo todo o resultado do colapso nos hospitais, nas UBSs, enfim na saúde pública. (PEREIRA; SASSAKI, p.126, 2020)

As considerações anteriormente apontadas pelas autoras ainda que em 2020, foi realidade contínua em 2021 e estão em encontro com os dados da FGV que

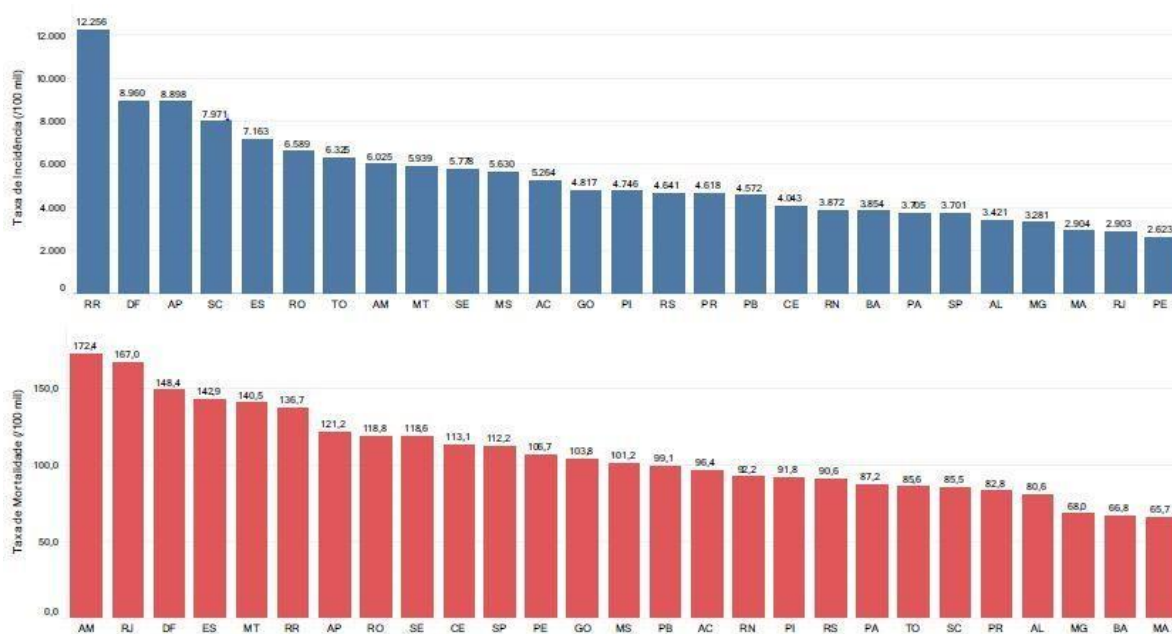
---

<sup>24</sup> Processos evidenciados nos capítulos 1 e 2 desta dissertação.

apontam até o dia 23 de janeiro de 2021 o registro de 19.784 hospitalizações por pacientes com Covid-19 no estado do Amazonas. Em Manaus, foi observado aumento na ocupação de leitos clínicos e de UTI tanto na rede pública quanto da rede privada, com aumento expressivo a partir de janeiro de 2021 com a taxa de ocupação de leitos clínicos na rede pública de 101% e a de leitos de UTI é de 97% na rede pública.

Na figura 1 há o demonstrativo que mostra o Amazonas (AM) com a oitava colocação entre os estados com maior taxa de incidência da doença no país, com 6.025 casos por 100 mil habitantes e a primeira no ranking de estados com maior mortalidade (172,4 óbitos/100 mil hab.) constam as Taxas de Incidência (A) e mortalidade (B) pela COVID-19, por Estado, Brasil, 2020 até dia 24 de janeiro de 2021. (FGV, 2021).

Figura 1 Taxa de Mortalidade no Brasil



Fonte: Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde. Dados atualizados em 24/01/2021.

Essas considerações são relevante em análise o levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2019, aponta que a população estimada do Amazonas era de 4.144.597 e que apontou a estimativa da população alagoana em 3.351.543. Com diferença populacional na base de 800.000 mil habitantes entre os dois Estados, porém, vale destacar que o PIB do Amazonas

configura em 15º lugar e de Alagoas em 20º no ranking das unidades federativas (IBGE, 2018).

Considerando essas disparidades, trazemos a luz uma experiência no contexto de janeiro de 2021 como assistente social e na condição de usuária do SUS o olhar crítico diante de toda situação, não ficou distante. O óbvio da comparabilidade, ou melhor, disparidade entre o atendimento e estrutura concebido em Manaus promovido pelo governo do Amazonas.

Com base em Santos (1999) e suas pontuações que cercam a realidade entrelaçada na teoria crítica dentro de suas possibilidades com vista a apresentar alternativas, uma vez que:

A análise crítica do que existe assenta no pressuposto de que a existência não esgota as possibilidades da existência e que, portanto, há alternativas susceptíveis de superar o que é criticável no que existe. O desconforto, o inconformismo ou a indignação perante o que existe suscita impulso para teorizar a sua superação. (SANTOS, 1999, p.197)

Nesse sentido, em primeiro olhar, observa-se como a gestão da saúde pública no hospital em Manaus. Ao vivenciar essa experiência - como paciente - acometida pelo Covid-19. Constata-se um atendimento degradante, com profissionais ativos apenas no “socorrer” de emergências. Com um hospital sem estrutura para receber a demanda de pacientes para covid-19, apenas com um espaço cedido para tal atendimento.

No HPS - Dr. João Lúcio Pereira Machado que atende como Clínica Geral; Cirurgia Geral; Ortopedia; Neurologia; Cabeça e Pescoço; Bucomaxilo; Cirurgia Vascular; Terapia Intensiva (SES-AM, 2021) em Manaus-AM. No dia 20 de janeiro de 2021, em 24 horas, foi possível observar e vivenciar que não havia leitos, macas e, *oxigênio medicinal* suficiente para todos os pacientes internados no hospital João Lúcio.

Ao ser alocada no corredor da triagem (era onde havia espaço), na maca e com o cilindro de oxigênio medicinal cedido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, o qual realizara meu atendimento. No mesmo corredor, estavam outras pessoas em macas decadentes e uma delas na cadeira de rodas (porque não havia onde colocá-la) e mais à frente havia um salão, onde pessoas eram atendidas no chão. Não vi assistente sociais, apenas dois médicos, uma técnica de enfermagem e, uma psicóloga que deambulava pelo corredor.

Aquelas vidas estavam a tentar sobreviver por si, na verdade, eram vistos somente como corpos, era desumano o tratamento, não havia “o papel do Estado” e muito menos o direito do cidadão de acesso à saúde<sup>25</sup>. Onde deveria haver ordem, estabelecia a verdadeira desordem.

Nessa experiência complexa, torna-se plausível destacar o pensamento de Edgar Morin (2005) entorno do complexo, onde há a consolidação do uno e do múltiplo, mas também, um tecido de acontecimentos que constrói o mundo fenomênico, contemplando a desordem, ambiguidade e incerteza. Aqui onde surge o conhecimento para ordenar os fenômenos e acertar as desordens, para assim clarificar e distinguir:

A complexidade da relação ordem/desordem/organização surge, pois, quando se constata empiricamente que fenômenos desordenados são necessários em certas condições, em certos casos, para a produção de fenômenos organizados, os quais contribuem para o crescimento da ordem. [...] De todo modo, viver é, sem cessar, morrer e se rejuvenescer. Ou seja, vivemos da morte de nossas células, como uma sociedade vive da morte de seus indivíduos o que lhe permite rejuvenescer. (MORIN, 2005, p.63)

Destarte que o autor ressalta, quando o movimento é forçado nesse processo, ou seja, está fora da ordem natural acabara por desandar e desequilibra-se. O sistema político estabelecia numa inépcia de necropolítica, nesse momento, aproximava-se da tendência com interesse em viver da morte de seus indivíduos, essencialmente, em Manaus.

Com uma obsolescência programada de medicamentos para tratamento precoce de covid-19, sem comprovação científica e suposta imunidade de rebanho<sup>26</sup>. Como destaca o epidemiologista Paulo Lotufo, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP), ao considerar:

um equívoco confiar demais nesse tipo de indicador. “O grande problema é que a humanidade nunca conseguiu conter uma doença por imunidade de rebanho. Sarampo e varíola, por exemplo, só foram controlados com vacina. No caso da Covid-19, falar em imunidade de rebanho sem vacinação ou em tratamento precoce só atrapalha os esforços de controle da doença. (TOLEDO, 2021, n.p.)

---

<sup>25</sup> Previsto no Art. 196. Da Constituição Federal de 1988, onde “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

<sup>26</sup> Imunidade de rebanho é uma expressão utilizada para definir o processo a partir do qual a cadeia de transmissão de uma doença é bloqueada ao atingir um número considerável de pessoas. Esse bloqueio pode ser alcançado de duas formas: por meio de vacina ou pela exposição natural ao vírus. Disponível em: < <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/dicionario-jornalistico/imunidade-de-rebanho>>.



Cabe destacar à essas condições o pressuposto do estado de exceção, considerando o pensamento de Foucault (2008) e, também quando estável na sua relação de inimizade torna sua base normativa do direito de matar, assim se explica:

Em tais instâncias, o poder (e não necessariamente o poder estatal) continuamente se refere e apela à exceção, emergência e a uma noção ficcional do inimigo. Ele também trabalha para produzir semelhantes exceção, emergência e inimigo ficcional. Em outras palavras, a questão é: Qual é, nesses sistemas, a relação entre política e morte que só pode funcionar em um estado de emergência? Na formulação de Foucault, o biopoder parece funcionar mediante a divisão entre as pessoas que devem viver e as que devem morrer. (Mbembe, 2016, p. 128)

Caberia então o pensamento de Touraine (1998) em que a contestação da ordem, seria na tratativa da sociedade contemporânea, ou seja, a resistência ao poder que se apoia na defesa do sujeito como o direito à vida. E aqueles que estão ameaçados até mesmo pelo extermínio, como sujeito e ator social busca seu direito numa história de vida.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação de mestrado assumiu como objetivo compreender a Política de Saúde Pública nos anos de 1960-1970 durante o Estado autoritário em Manaus-AM. A princípio identificando os mecanismos de inclusão e exclusão de acesso à saúde pública em Manaus; assim, verificar os serviços de saúde pública disponível em Manaus nas décadas de 1960 e 1970; e nesse sentido, refletir sobre a mercantilização e privatização da saúde em Manaus nas décadas referidas.

Para esse propósito, a análise corroborou num conjunto de variáveis sociais e políticas utilizadas no estudo acerca da saúde pública, assim como os processos que permeiam a formação do Estado e seus aspectos patrimonialista e autoritário.

Transcorreu, à princípio, uma revisão de literatura sobre a teoria do estado contemplando a perspectiva de diversos autores e diferentes considerações na tratativa de também compreender o processo de formação do governo autoritário militar e a construção sistêmica da ditadura pós-64 destacando a relação da autocracia burguesa e o patrimonialismo brasileiro.

Abrangeu a historicidade do sistema de saúde com teorias de importância para o processo de atividades de saúde, desenvolvimento do sanitarismo, controle de doenças e a criação de políticas de saúde.

O trabalho na concepção da categoria de análise do discurso envolveu dois processos para responder aos objetivos propostos. Primordialmente, a relação entre a Política de Saúde Pública em um regime militar que esteve envolvida pelas ações autoritárias e, remete a um sistema de políticas permeado pelo autoritarismo governamental e um patrimonialismo enraizado.

Assim, foi possível concluir que a política de saúde em Manaus-AM, visava atender ações isoladas nas endemias e problemas sanitários de acordo com o aparato nacional determinado pelo regime militar com prerrogativas impostas por decretos e atos institucionais.

Constata-se, ainda, que nos primeiros governos do pós-64, as demandas se baseavam construção de um Plano Nacional de Saúde fracassado e, os avanços propostos nos documentos das conferências nacionais de saúde, dar-se fragmentados em expectativas para elencar as demandas populacionais.

Não obstante, a partir desse dinamismo, o capitalismo adentrou na Amazônia através da diligência das relações sociais e políticas desencadeando doenças e por

consequente, captou o sistema de saúde abrindo o processo de mercantilização da saúde pública.

Em contraste com o período autoritário militar, levando em consideração o processo histórico contemporâneo no biênio 2020-2021, o governo na condição de representação do Estado esteve entrelaçado numa necropolítica e com obsolescência programada de interesse do capital.

Verifica-se que isso é algo transcendente no simbolismo das ações desenvolvidas na situação de crise sanitária e que se enfatiza através da importância da solução política no discurso e nas ações.

Compreender a temática Política Pública de Saúde e seu processo histórico traz à luz da questão a configuração do acesso aos direitos sociais, sempre contemplado perante condicionamento cerceado por autoritarismo, legitimações de governo e consoante propostas de legislações.

Portanto a análise dos fatores necessita de interpretações sistemáticas do processo social pelo qual perpassa as ações que desencadeiam a face da questão social que envolve o processo saúde-doença na sociedade.

Na pesquisa foi possível trazer uma discussão qualitativa ao objeto proposto, para identificar as características da expansão imperialista no Amazonas nas décadas de 1960-1970 e ratifica a necessidade de pesquisas que envolvem a história das políticas sociais.

Caracterizar os principais aspectos do debate sobre a ditadura militar no Brasil, assim como levantar as principais características da política social de saúde, é uma diligência essencial.

No estudo foi possível trazer uma discussão qualitativa ao objeto proposto, e ratifica a necessidade de pesquisas que envolvem a história das políticas sociais no período de ditadura militar e democrático, principalmente na região Amazônica. Neste sentido, essas ponderações são bases para uma forma mais restrita para o desenvolvimento de novas pesquisas.

## REFERÊNCIAS

BATISTA, Antônio Roberto (Org.) **O Patrimonialismo Brasileiro em Foco**. Editora : Vide Editorial; 1ª Edição, 2015.

BENEVIDES, Maria Victoria. **O governo Kubitschek: a esperança como fator de desenvolvimento(p. 9-23)**. In O Brasil de JK, GOMES, Angela de Castro. 1 ed. São Paulo, 1991.

BOBBIO, Noberto. **ESTADO, GOVERNO E SOCIEDADE: fragmentos de um dicionário político**. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro, 22ªed. PAZeTERRA, 2019.

BONAVIDES, Paulo; ANDRADE, Paes. **História constitucional do Brasil**. 3ed, Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1991.

CAMPANTE, Rubens Goyatá. **Patrimonialismo no Brasil**. Editora CRV, Curitiba, 2019.

CHOMSKY, Noam. **O lucro ou as pessoas?** Bertrand Brasil; 7ª edição, 2002.

COSTA, Eduardo de Azeredo. **1967 um mergulho no Amazonas em busca da medicina pública para o Brasil**, Ed. Novo Século, São Paulo, 2018.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci: um estudo sobre o seu pensamento político**. 2 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

FAGNANI, Eduardo. **Política social no brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade. 2005. 601p**. Tese de Doutorado em Ciências Econômicas / Instituto de Economia. UNICAMP, São Paulo.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O que é política social**. 3 ed. São Paulo: brasiliense, 1986. (coleção primeiros passos).

FAORO, Raynundo. **Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro**. 5ed. São Paulo, 2012.

FERNANDES, Florestan. **A Revolução Burguesa no Brasil: Ensaio de Interpretação Sociológica**. Editora Contracorrente; 6ª Edição, 2020.

FERREIRA, Jorge; GOMES, Angela de Castro. **1964: O golpe que derrubou um presidente, pôs fim ao regime democrático e instituiu a Ditadura Militar no Brasil**. Civilização Brasileira. 2014.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere. Vol2**. Edição e tradução, Carlos Nelson Coutinho; co-edição, Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. 2 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

\_\_\_\_\_. **Cadernos do cárcere. Vol3**. Edição e tradução, Carlos Nelson Coutinho; co-edição, Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. 2 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

GUEDES, Damian. **Autoritarismo e Estado no Brasil: Tradição, transição e processo administrativo**. Belo Horizonte, MG. Letramento, 2016.

HOBBS, Thomas. **Leviatã, ou matéria, forma e poder de um Estado eclesiástico e civil**; tradução Rosina D'Angina, 2ed. São Paulo, Martin Claret, 2012.

IANNI, Octavio. **A Ditadura do Grande Capital**. Civilização Brasileira. 1981.

\_\_\_\_\_. **A ideia de Brasil Moderno**. São Paulo, Brasiliense. 1992.

\_\_\_\_\_. **O ciclo da Revolução Burguesa**. 2a Edição. Petrópolis. Vozes. 1985.

MAZZEO, Antonio Carlos. **ESTADO E BURGUESIA NO BRASIL: origens da autocracia burguesa**. Editora : Boitempo; 1ª Edição, 2015.

"MERCADANTE, Otávio Azevedo. **Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil in Caminhos da saúde pública no Brasil**, Jacobo Finkelman (Org.) Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, (p. 236-248), 2002."

NAPOLITANTO, Marcos. **1964: História do regime militar brasileiro** 1 ed. 8 reimpressão. São Paulo, Contexto, 2020.

NETTO, José Paulo. **Pequena História da Ditadura Brasileira (1964-1985)**. Cortez Editora. 2014.

\_\_\_\_\_; BRAZ, Marcelo. **Economia Política**. Uma Introdução Crítica. 4ª edição. São Paulo: Cortez, 2008 (Biblioteca Básica de Serviço Social, v.1).

OLVEIRA, Jaime; TEIXEIRA, Sonia. **(IM) Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil**, ed. Vozes, Rio de Janeiro, 1985.

PAIM, Antônio. **História do liberalismo Brasileiro**. Editora : LVM Editora; 2ª Edição, 2018.

PEREIRA, Potyara . **Política Social: temas & questões**. 3ed. São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 6ed. São Paulo: Cortez, 2011.

POLANYI, Karl. **A grande transformação: as origens da nossa época**. Tradução de Fanny Wrobel. 2ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000–12ª. Reimpressão.

PONTES, Sabrina Ellen Mendonça. **O Brasil: um sistema político em transformação (p. 14-24)** in A perspectiva modernizadora e a produção de conhecimento dos formandos da UFAM entre os anos 1970 e 1975. Orientador: Marcelo Vallina. Monografia de Graduação (Serviço Social), Manaus, 2018.

PORTO, Eulálio. **Estado Liberal: Modelo natural da organização social e econômica.** 1ed. São Paulo, 2019.

REIS, Daniel Aarão. **Ditadura e democracia no Brasil: do golpe de 1964 à Constituição de 1988.** Rio de Janeiro, RJ: Zahar.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **Sobre o autoritarismo brasileiro.** Companhia das Letras. 2019.

SCHUMPETER, Joseph A. **Capitalismo, Socialismo e Democracia.** Tradução de Luiz Antônio Oliveira de Araújo. Ed. Unesp, São Paulo, 2017.

SILVA, Ademir Alves da. **A gestão da Seguridade Social brasileira: entre a política pública e o mercado.** São Paulo: Cortez, 2007.

VIEIRA, Evaldo. **A ditadura militar 1964-1985.** São Paulo:Cortez.ed. 2014

\_\_\_\_\_. **A república brasileira: 1951-2010: de Getúlio a Lula.** São Paulo, Cortez, 2015.

VILLA, Marco Antonio. **Ditadura à brasileira: 1964-1985: A democracia golpeada à esquerda e à direita.** Editora LeYa, Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL. **[Constituição (1891)].** Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1891.

OLIVEIRA, Lúcia Lippi. **O Brasil de JK: Brasília, a meta-síntese.** Revista Estudos Históricos, São Paulo, 2005. Disponível em: <<https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/JK/artigos/Brasilia/Meta-sintese>> Acesso em: 14 de Maio de 2021.

ACQUAVIA, Marcos Cláudio. **Teoria geral do Estado.** 3 ed. São Paulo, Manole, 2010.

MONTENEGRO, João Alfredo de Sousa. **O discurso autoritário de Cairu.** 2ed. Brasília, Senado Federal, Conselho Editoria, 2000.

VIANNA, Maria Lucia. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil : estratégias de bem-estar e políticas públicas /.-** Rio de Janeiro, RJ : IUPERJ : UCAM , 2000.

VIANA, Nildo. **O capitalismo na era da acumulação integral.** Aparecida, SP : Idéias & Letras, c2009.

REIS, Daniel; RIDENTI, Marcelo; MOTTA, Rodrigo Patto Sá (organizadores). **A ditadura que mudou o Brasil : 50 anos do golpe de 1964,** Rio de Janeiro, RJ : Zahar, 2014.

## ANEXOS

## Anexo A: Diário Oficial de 14 de abril de 1965

14.ª Página

Diário Oficial — Quarta-feira, 14 de abril de 1965

**SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE**

No que diz respeito à Secretaria de Assistência e Saúde, tenho a registrar que o Governo conseguiu resultados satisfatórios, no pouco espaço de tempo que ainda tivemos para recuperá-la como um dos mais importantes órgãos da administração. Com efeito, escreveu o próprio titular da SAS que: "néla o denominador comum era a deficiência técnica, pessoal e material em todos os setores", panorama que agora já podemos mostrar sob outros tintas.

Visando à próxima Reforma Administrativa do Estado, procedemos a um estudo técnico para a reestruturação dessa Secretaria, sugerindo a criação de outros órgãos necessários à dinamização dos seus trabalhos, como sejam o Departamento Estadual de Saúde, o Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional e a Divisão de Organização Hospitalar, que passarão a integrar o organograma da SAS. A repartição está sendo materialmente reaparelhada. Passou a ter o seu Orçamento sob a execução de um Contador e procedeu-se, pelo mérito e dentre os funcionários já existentes, ao recrutamento dos melhores para servirem nos postos de maior responsabilidade. Para esse reaparelhamento material, indispensável ao melhor funcionamento da Secretaria, adquirimos dezenove máquinas de escrever, compramos novos microscópios, fotocolorimetro e autoclave, efetuando, ainda, reparos nas lanchas "Adolfo Lutz" e "Tomé Medeiros".

No desdobramento das atividades da Secretaria de Assistência e Saúde há que registrar o seguinte:

**CONSELHO DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE** — Passou a ser integrado por equipe de técnicos vividos na experiência de sua profissão, o que permitiu adquirir uma nova orientação nas suas atividades. Realizou o CAS o plano para aplicação do Fundo de Assistência e Saúde, e elaborou o ante-projeto de nova redação ao seu Regulamento Interno.

**SERVIÇO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS** — Encarregado da coleta de material para exames micro-bacteriológicos, funcionava em dependência inadequada, expondo possível contágio das pessoas sadias com os doentes, especialmente as diftéricas, obrigadas, pela localização desse Serviço, à mesma presença no prédio da Secretaria de Saúde. Procedeu-se ao isolamento aconselhável.

O movimento desse Serviço, no período de julho a dezembro de 1964, foi o seguinte: notificações recebidas, 864; exames pedidos ao laboratório para verminoses, 705; exames pedidos ao laboratório para libertação, 243; casos investigados, 844; imunizações praticadas, 23.304; notificações confirmadas, 272 e injeções aplicadas, 437.

**ISOLAMENTO "CHAPOT PREVOST"** — Serve ao internamento de doentes com entidades morbidas agudas transmissíveis. Continuou funcionando e, contando com dotações orçamentárias próprias para o exercício de 1965, irá ter as melhorias materiais que se fizerem necessárias ao seu melhor aparelhamento e funcionamento.

O movimento no segundo semestre de 1964, apresentou o seguinte quadro: internamentos, 49 e altas, 45.

**SERVIÇO DE POLÍCIA SANITÁRIA** — Recebido numa escala cada vez maior de deficiências pessoal, material e técnica, em 1964, passou a atuar com maior intensidade. Os seus guardas receberam fardamentos novos para o cumprimento do seu trabalho, perdendo a condição de desservidos da atenção do poder público. Tiveram fixado o horário para o desempenho de suas tarefas. No segundo semestre de 1964, o movimento de fiscalização dessa polícia sanitária apresentou o número de 150.566 visitas e foram efetuadas, nesse mesmo período, 23.277 condenações de gêneros alimentícios, impressões que estavam sendo vendidos à população.

**LABORATÓRIO BRUMATOLÓGICO** — De grande necessidade para o trabalho de saúde pública tem a sua finalidade primordial ligada à complementação da tarefa fiscal da Polícia Sanitária. Realiza os exames das substâncias comestíveis deturcadas, análise de substâncias químicas comestíveis deturcadas, análise de substâncias químicas comestíveis deturcadas, análise de substâncias químicas comestíveis deturcadas. Está proposto plano para aquisição de aparelhamento necessário ao seu melhor e mais amplo funcionamento, bem como o preparo de equipe de funcionários para manipular os instrumentos dessas análises.

**SERVIÇO DE TUBERCULOSE** — Era realizado por uma dúzia de funcionários e dois médicos, um encarregado da parte

clínica e outro da radiológica. A Liga Amazonense Contra Tuberculose, tinha sob a sua orientação o Dispensário "Cor Fontes", o qual exercia o mesmo trabalho do atendimento doente tuberculoso, este, conquanto tivesse condições técnicas mais eficientes sentia a falta constante de medicamentos e os materiais indispensáveis à sua manutenção, principalmente falta de pagamento de dotações orçamentárias da União - SPVEA. Houve necessidade de dar um fim à duplicidade de serviço que ambos executavam. Pela Lei n.º 179, criou-se o Serviço Estadual de Tuberculose, unificando a ação daqueles órgãos, assumindo o Estado, por doação, a propriedade de todo o patrimônio da RACT. Os funcionários do antigo Dispensário não foram esquecidos pelo Governo, sendo amparados pelo Estado, de acordo com o seu tempo de serviço e os cargos ocupavam. Tudo mais além, como no procedimento de juízo pagaram-se os vencimentos atrasados daqueles servidores. No seu relatório, o titular da Secretaria de Saúde: "Acreditamos ter sido esta a maior contribuição do atual Governo em benefício da coletividade. Hoje existe um serviço de tuberculose suficientemente capaz, de realizar um trabalho proveitoso e benéfico do povo amazonense". Esse Serviço vai proceder, em programação inicial, à execução do cadastro torácico da região de Manaus.

Entre julho e dezembro do ano pretérito o Serviço de Tuberculose apresentou o seguinte movimento: Doentes atendidos, 56; Radiografias realizadas, 20 e abnegrafias, num total de comparecimentos de 2.782. Foi utilizado um total de 4.560 unidades de medicamentos.

**SERVIÇO ODONTOLÓGICO** — Estava ameaçado o fechamento em consequência do problema, que todos conhecemos, da impossibilidade de registro dos diplomados da grande maioria dos odontólogos do Amazonas, ou de sua quase totalidade no exercício de sua profissão, especialmente quando esta se encontra vinculada ao serviço público. Pessoalmente tratei, junto ao Senhor Ministro da Educação, conseguindo autorização para aqueles registros, o que veio atender não apenas os interesses do Estado, que estava na iminência de ficar sem dentistas, mas, também, a uma velha aspiração dos odontólogos.

O Serviço de Odontologia da SAS estende o seu atendimento por toda a cidade, dando assistência, ainda, à Policlínica Central do Estado, ao Hospital Colônia "Eduardo R. e à Fundação Amazônia. Quanto ao Interior, leva, igual a sua ação assistencial, através das caravanas médico-odontológicas. Ainda no fim do ano passado, prestou a sua cooperação às Forças Armadas, integrando-se, nas viagens de Corvê Marinha de Guerra do Brasil que visitaram o interior do trabalho de colaboração do Governo do Estado.

No período de julho a dezembro do ano passado, o Serviço Odontológico ofereceu-nos os seguintes dados: comparecimentos para primeiros exames, 1.983 e comparecimentos subsequentes, 3.101, num total de 5.074. Extrações, 8.197 e curativos diversos, 519.

**SERVIÇO DE ENDEMIAS RURAIS** — Deu a sua contribuição como elemento capaz de atrair casos que sentam fontes de estudos preciosos de saúde pública.

O movimento estatístico desse Serviço, no segundo semestre de 1964, apresentou os seguintes resultados: comparecimentos pela primeira vez, 6.875 e comparecimentos subsequentes, 14.327, num total de 21.402. Exames solicitados a particulares, 1.416; sangue, 995 e encaminhamentos a outros Serviços, 74.

**OPHTALMOLOGIA E OTO-RINO-LARINGOLOGIA** — O Serviço dessa especialização, fechado há 6 anos, retomou suas atividades com o advento do atual Governo. Embora iniciado em condições naturalmente que ainda não atingiu sua realidade total, tem prestado colaboração na determinação diagnóstica, especialmente como auxiliar da Junta Médica Estadual de Inspeção de Saúde.

**OUTROS SERVIÇOS** — Ainda como órgãos da Secretaria de Saúde existem os seguintes Serviços:

a) — Serviço de Ginecologia, criado sem nenhuma finalidade de saúde pública. Posto que o seu trabalho é eminentemente de assistência médico-social, aparelha-se a Secretaria de Saúde para reabrir o Serviço de Doenças Venéreas há 6 anos;

b) — Serviço de Caderneta Sanitária, destinado originalmente a realizar o trabalho de exames de emprego em restaurantes, bares e hotéis, vem cumprindo as suas funções e, reorganizado, como está sendo, vai tornar-se mais

VÁLIDO SOMENTE COM AUTENTICAÇÃO

## Anexo B: Diário Oficial de 27 de outubro de 1971



**PORTARIA N.º 326/71**

O DOUTOR ANTÔNIO RICCI, Secretário de Saúde, por nomeação legal, etc.

CONSIDERANDO a necessidade de dotar a SESAU de normas centrais para desenvolver eficaz e eficientemente as tarefas sob sua responsabilidade, de acordo com os termos do Decreto 2136 de 07 de julho de 1971.

**RESOLVE:**

APROVAR as normas em anexo, entrando em vigência a partir da data da publicação desta Portaria, no Diário Oficial.

CUMPRE-SE E PUBLIQUE-SE.

GABINETE DO SECRETÁRIO DO ESTADO DE SAÚDE, em Manaus, 18 de outubro de 1971.

ANTÔNIO RICCI

Secretário de Estado de Saúde

**NORMAS CENTRAIS DA SECRETARIA DE SAÚDE**

Art. 1º — As atividades dos órgãos que compõem os Sistemas de Saúde e Administrativo da SESAU, em todos os níveis, passam a ser regidas em suas atribuições e competência, pelas seguintes normas:

**Capítulo I****DA ESTRUTURA**

Art. 2º — Nos termos do Artigo 8º do Decreto 2136 de 7 de julho de 1971 a SESAU está integrada basicamente pelos seguintes órgãos:

- I — Conselho Estadual de Saúde (C.E.S.)
- II — Gabinete do Secretário (G.S.)
- III — Departamento Normativo (D.N.)
- IV — Coordenadoria de Assistência Hospitalar (CAH)
- V — Coordenadoria de Saúde Comunitária (C.S.S.)

VI — Coordenadoria de Serviços Técnico Auxiliares (C.S.T.A.)

VII — Divisão de Fiscalização Profissional (D.F.P.)

VIII — Divisão de Administração (D.A.)

**Capítulo II****DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE**

Art. 3º — Este órgão terá sua estrutura, composição, competência e atribuições fixadas por ato do Exmo. Sr. Governador:

**Capítulo III****SECRETÁRIO DO GABINETE**

Art. 4º — Ao G.S. compete o exame e o preparo do expediente encaminhado à consideração ou decisão do Titular da Pasta, os serviços de representação e divulgação, as atividades de comunicação, de relações públicas e de informações à Assembléia Legislativa:

**Capítulo IV****DO DEPARTAMENTO NORMATIVO**

Art. 5º — O D.N. órgão eminentemente técnico e de assessoramento superior com sua competência estabelecida pelo Artigo 12 do Decreto 2136 de 7 de julho de 1971, terá como chefe um médico sanitaria;

Art. 6º — São membros do D.N., técnicos em Saúde, de comprovada capacitação e especialização, indicados pelo Secretário de Estado, formando equipe multiprofissional e dentro do quadro de especialidades que se segue:

- I. Administração Hospitalar;
- II. Administração Sanitária;
- III. Enfermagem Hospitalar;
- IV. Enfermagem de Saúde Pública;
- V. Serviço Social Médico;
- VI. Farmácia e Bioquímica;
- VII. Odontologia Sanitária;
- VIII. Educação de Saúde Pública;
- IX. Nutrição de Saúde Pública;
- X. Engenharia Sanitária;
- XI. Veterinária de Saúde Pública;

Art. 7º — Por proposta do Chefe do D.N. poderá o Secretário de Estado constituir comissões técnicas formadas por especialistas pertencentes ou não ao funcionalismo estadual. Nem como solicitar assessoria de técnicos ou de entidades públicas ou privadas identificadas com a problemática de saúde do Estado ou País;

Art. 8º — O D.N. compreenderá as seguintes atividades básicas exercidas em conjunto ou separadamente pelos técnicos que o compõe:

- I. Estatística
- II. Epidemiologia
- III. Planejamento
- IV. Normas Técnicas
- V. Documentação
- VI. Seleção e adestramento de pessoal técnico;

§ Único — Cada uma das atividades a que se refere este Artigo será exercida em caráter geral por todos os técnicos do D.N. ou dentro de cada especialidade enumeradas no Artigo 6º, pelos técnicos específicos;

**Seção I****DA ESTATÍSTICA**

Art. 9º — À atividade de Estatística compreende:

- I. Coleta
- II. Tabulação
- III. Análise
- Art. 10 — À atividade de Estatística compete:
  - I. elaborar sistemas de coleta de dados estatísticos de saúde e produção de serviços;
  - II. avaliar e reajustar os sistemas do item anterior;
  - III. Processar e analisar os dados estatísticos;
  - IV. orientar e supervisionar as atividades de estatística de todas as unidades da SESAU, propondo aos Coordenadores modificações e melhorias julgadas necessárias;
  - V. estudar em colaboração com a Epidemiologia, temas propostos para pesquisas;

**Seção II****DA EPIDEMIOLOGIA**

Art. 11 — À atividade de Epidemiologia compreende:

- I. Epidemiologia descritiva
- II. Epidemiologia analítica
- Art. 12 — À atividade de Epidemiologia compete:
  - I. acompanhar e avaliar a situação de saúde do Estado e da Região;
  - II. estudar e analisar dados epidemiológicos
  - III. divulgar dados e informações epidemiológicas
  - IV. orientar e supervisionar as atividades de epidemiologia de todas as unidades da SESAU;
  - V. estudar em colaboração com a Estatística temas propostos para pesquisas;

**Seção III****DO PLANEJAMENTO**

Art. 13 — À atividade de Planejamento compreende:

- I. Programação e avaliação;
- II. Planejamento de instalações;
- III. Organização e Métodos;
- Art. 14 — À atividade de Planejamento compete:

- I. assessorar o Secretário de Estado na definição de prioridades e metas para a implantação do Plano do Governo;
- II. propor reajustes e modificações julgadas necessárias;
- III. assessorar os Coordenadores na elaboração programas de trabalho gerais e es-

pecíficos por especialidades para as unidades da SESAU;

- IV. acompanhar e avaliar programas;
- V. assessorar os Coordenadores no estudo de reformas, ampliações e construções de edifícios para as unidades da SESAU, ficando responsável pela elaboração dos projetos;
- VI. orientar os Coordenadores nos aspectos operacionais, visando adequada compatibilização com o sistema administrativo;
- VII. assessorar os Coordenadores nos estudos relativos a equipamentos e instalações;

**Seção IV****DAS NORMAS TÉCNICAS**

Art. 15 — À atividade de Normas Técnicas compreende: Grupos de Trabalho formados por Técnicos do D.N. ou outros de acordo com os artigos 6º e 7º em caráter mono ou multiprofissional, indicados pelo chefe do D.N. e por ele coordenados;

§ 1º — os grupos de Trabalho serão constituídos com fins específicos e prazo determinado para a execução de cada tarefa

§ 2º — as iniciativas para elaboração das normas técnicas cabem ao Secretário de Estado, por proposta do Chefe do D.N. e Coordenadores;

Art. 16 — À atividade de Normas Técnicas compete:

- I. proceder a elaboração, acompanhando a implantação e execução de normas técnicas gerais ou específicas, por especialidade, para todos os órgãos e unidades da SESAU;
- II. preparar manuais e outros documentos técnico-normativos da SESAU;
- III. registrar e divulgar as normas depois de aprovadas pelo Secretário de Estado;
- IV. orientar os Coordenadores e demais chefes técnicos na implantação e execução de normas técnicas, nas unidades subordinadas;
- V. informar os Coordenadores sobre substituições de normas ou de novas normas elaboradas
- VI. ser responsável pela elaboração de normas para seleção e adestramento de pessoal técnico;
- VII. orientar as chefias técnicas na elaboração de rotinas de serviços;

**Seção V****DA DOCUMENTAÇÃO**

Art. 17 — À atividade de Documentação compete:

- I. manter biblioteca atualizada com assuntos de interesse da Saúde Pública;
- II. manter articulação com outras bibliotecas e órgãos de divulgação científica para recebimento, troca e envio de assuntos impressos;
- III. manter registro bibliográfico de assuntos de interesse à Saúde Pública;
- IV. fornecer às unidades da SESAU assuntos bibliográficos solicitados;
- V. divulgar assuntos de interesse técnico científico;

**Seção VI****DA SELEÇÃO E ADESTRAMENTO DE PESSOAL TÉCNICO E AUXILIAR**

Art. 18 — À atividade de seleção e adestramento de pessoal técnico e auxiliar compete:

- I. orientar, coordenar e supervisionar a seleção, preparo e treinamento de pessoal técnico e auxiliar, dentro de normas estabelecidas pelo D.N.;
- II. complementar o treinamento de pessoal administrativo, adaptando-o às atividades de saúde;

**VÁLIDO SOMENTE COM AUTENTICAÇÃO**



VI — coordenar, supervisionar e controlar as atividades dos laboratórios clínicos dos hospitais, unidades sanitárias e unidades especializadas, prestando assistência técnica, apoio e complementação na elucidação dos diagnósticos, bem como, delegando competências na realização de provas e exames;

VII — preparar e aperfeiçoar pessoal técnico de laboratório, através de cursos e estágios;

VIII — estabelecer intercâmbios e convênios com entidades públicas ou particulares, visando o aprimoramento científico e apoio mútuo no campo de suas atividades;

Artigo 4º — O Laboratório Central de Saúde Pública terá como estrutura básica:

I. Serviço de Biologia, com os setores de Microbiologia e Imunologia, Parasitologia, Micologia e Virulogia;

II. Serviço de Bromatologia e Química, com os setores de Alimentos e Bebidas, Produtos Farmacêuticos e Medicamentos e Produtos Químicos;

III. Serviços de Patologia, com os setores de Anatomia Patológica, Hematologia e Análises Clínicas Auxiliares;

IV. Serviços de Biotério com os setores de animais de criação e animais inoculados e de sangria;

V. Serviço de Recepção, colheita e Registro de Materiais ou amostras.

#### Seção I

##### Serviço de Biologia

Artigo 5º — Ao serviço de Biologia pelos setores que o compõe, compete: —

a) proceder a exames e provas necessárias ao diagnóstico de moléstias bacterianas, parasitárias, micóticas, virulógicas, auto-imunes e alérgicas;

b) proceder a exames e provas necessárias à verificação de portadores de germes e de estados de imunidade;

c) preparar antígenos e séros imunes para fins de diagnóstico e tratamento;

d) realizar identificação de bactérias, parasitas, fungos, vetores, hospedeiros intermediários, rickettsias e vírus;

e) realizar exames e provas para verificação de animais infectados;

f) auxiliar com exames de laboratórios autoridades sanitárias do Estado em inquéritos epidemiológicos e avaliações de vacinações de massa;

g) realizar investigações científicas na área de suas atividades e promover a divulgação de resultados;

h) colaborar em estudos e trabalhos de aplicação à Saúde Pública;

#### Seção II

##### Serviço Bromatologia e Química

Artigo 6º — Ao Serviço de Bromatologia e Química pelos setores que o compõe, compete: —

a) proceder a análise de bebidas, laticínios, docas e correlatos;

b) proceder a identificação histológica das substâncias vegetais e animais;

c) proceder a exames parasitológicos dos alimentos;

d) pesquisar e identificar substâncias estranhas e impurezas nos alimentos e bebidas;

e) efetuar o controle microbiológico da água, leite e alimentos em geral;

f) efetuar o controle biológico da toxicidade dos alimentos;

g) realizar análises químicas e microbiológicas de antibióticos, produtos farmacêuticos, matérias primas de uso farmacêutico e drogas;

h) identificar drogas vegetais e animais através de exames macroscópicos, microscópicos, histológicos, químicos e biológicos;

i) proceder a exames de controle de séros terapêuticos, vacinas e outros produtos similares;

j) proceder a dosagem de medicamentos de ação farmacodinâmica definida;

k) realizar provas de esterilidade de produtos farmacêuticos e cirúrgicos bem como provas biológicas de pirogenio;

l) proceder a dosagem de vitaminas nos alimentos e medicamentos;

m) executar análise de aditivos puros ou utilizados em alimentos;

n) proceder a identificação e dosagem de pesticidas em alimentos;

o) executar análises químicas de potabilidade das águas;

p) analisar matérias para tratamento de águas;

q) efetuar testes de inocuidade e análise de produtos de tocador e higiene;

r) proceder a análise e estudar as condições de inocuidade de equipamentos, utensílios e materiais empregados na produção, transporte, manipulação, conservação, acondicionamento e embalagens de alimentos e medicamentos;

s) pesquisar e determinar a presença de substâncias tóxicas de origem mineral e orgânica em alimentos;

t) realizar investigações científicas na área de suas atividades e promover a divulgação de seus resultados;

#### Seção III

##### Serviço de Patologia

Artigo 7º — Ao Serviço de Patologia pelos setores que o compõe, compete: —

a) proceder a exames histopatológicos humanos e animais;

b) realizar necropsias, viscerotomias e biopsias;

c) proceder a exames citológicos para diagnóstico do câncer;

d) preparar cortes histológicos e realizar as colorações adequadas;

e) proceder exames hematológicos em geral;

f) proceder a exames para determinação da coagulação sanguínea;

g) efetuar pesquisas de hemoparasitos;

h) proceder exames para diagnóstico de moléstias auto-imunes;

i) proceder a exames sorológicos para determinação do tipo sanguíneo e a testes de sensibilização;

j) proceder a exames de interesse clínico em exudatos, urina, sangue e líquido cefalorraquidiano;

k) proceder às reações para diagnóstico de gravidez;

l) realizar investigações científicas na área de suas atividades e promover a divulgação dos resultados;

#### Seção IV

##### Serviço de Biotério

Artigo 8º — Ao Serviço de Biotério pelos setores que o compõe, compete: —

a) criar e manter animais de laboratório;

b) introduzir medidas para aperfeiçoamento da criação;

c) auxiliar nos serviços de inoculação e necropsia de animais;

d) programar e executar a compra de alimentos para os animais;

e) manter atualizado registro de animais de criação e inoculados;

#### Seção V

Serviço de Recepção, Colheita e Registro de Materiais ou Amostras

Artigo 9º — Ao Serviço de Recepção, Colheita e Registro de Materiais compete: —

a) receber ou colher, registrar e numerar amostras ou materiais a serem examinados ou analisados e verificar se satisfazem a técnica de colheita e as condições de conservação exigidas;

b) encaminhar aos Serviços e Setores competentes os materiais ou amostras recebidos ou colhidos;

c) receber e expedir os laudos de exames ou análises de acordo com o Registro;

#### CAPÍTULO II

##### CENTRO DE SAÚDE CENTRAL

Artigo 10 — O Centro de Saúde Central (CS) terá como Diretor, um Médico de preferência sanitário, com reconhecida capacitação em administração de Saúde Pública;

Artigo 11 — Compete ao Centro de Saúde Central: —

I — Orientar, supervisionar, coordenar e controlar as atividades dos setores que o compõe;

II — Executar programas de saúde pública, pelos setores que o compõe, elaborados pelo Departamento Normativo e em apoio e complementação aos programas das Coordenadorias de Saúde Comunitária e de Assistência Hospitalar;

Artigo 12 — O Centro de Saúde Central terá como estrutura básica: —

I. Serviço de Epidemiologia e Estatística;

II. Serviço de Saneamento Ambiental com os setores de Engenharia de Saúde Pública, combate a Vetores, Alimentação Pública e Medicina Ocupacional;

III. Serviço de Raiva;

IV. Serviço de Imunização em Massa contra Moléstias Transmissíveis;

V. Serviço de Carteiras de Saúde;

#### Seção I

##### Serviço de Epidemiologia e Estatística

Artigo 13 — Ao Serviço de Epidemiologia e Estatística compete: —

a) receber, conferir e tabular dados epidemiológicos e de produção de serviços;

b) encaminhar os dados e informações epidemiológicas ao Departamento Normativo;

c) orientar e coordenar os levantamentos epidemiológicos com o fim de localizar doenças transmissíveis em atividades ou em potencial;

d) ser responsável pela vigilância epidemiológica;

e) colaborar com outras entidades ou órgãos similares no Estado;

f) articular suas atividades com as entidades médico-assistenciais públicas ou privadas;

#### Seção II

##### Serviço de Saneamento Ambiental

Artigo 14 — Ao Serviço de Saneamento Ambiental pelos setores que o compõe compete: —

a) ser responsável direta ou indiretamente pela aplicação do Código Sanitário do Estado e suas Normas Técnicas Especiais, no que se refere a Medicina Ocupacional, sistemas de abastecimento de água, esgotos sanitários, construções públicas e civis de qualquer natureza, indústria e comércio de alimentos, drogas e medicamentos, controle de vetores e outros, de sua competência e campo de atuação;

b) manter pelos seus meios ou por delegação a outros órgãos ou entidades, a fiscalização da aplicação da legislação sanitária prevista no seu campo de atuação;

c) prestar assistência técnica aos Municípios, outros órgãos ou entidades e a particulares, no que se refere a Normas Técnicas Especiais no seu campo de atuação;

na legislação federal vigente, ou nas Normas Técnicas Especiais deste Regulamento, ou na sua falta, os dois regulamentos e seus anexos pertinentes, ou nas normas e padrões internacionalmente aceitos.

## SEGUNDA PARTE

### PROMOÇÃO DA SAÚDE

#### TOMO I

#### MATERNIDADE, INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Artigo 477 — A Secretaria de Estado de Saúde promoverá, de modo sistemático e permanente, em todo o Estado, através do órgão competente, assistência à maternidade, à infância e à adolescência.

Artigo 478 — O órgão competente da Secretaria de Estado de Saúde orientará a organização de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, coordenando as iniciativas nesse sentido e estimulará a criação e o desenvolvimento de instituições públicas e privadas que, de qualquer modo, visem àqueles objetivos, oferecendo assistência técnica, material e financeira.

§ 1º — A cooperação técnica e material do Governo do Estado às instituições, públicas e privadas, de proteção e assistência à maternidade, à infância e à adolescência, será prestada mediante a elaboração de planos de organização e direção, normas e padrões de funcionamento de serviços e através de concessão de subvenções e auxílios.

§ 2º — As instituições de proteção e assistência à maternidade, à infância e à adolescência, públicas ou particulares, poderão receber auxílios, subvenções, contribuições ou quaisquer outros recursos do Estado, desde que sejam devidamente registradas no órgão próprio da Secretaria de Estado de Saúde e satisfaçam as normas e exigências estabelecidas pela autoridade sanitária.

Artigo 479 — A Secretaria de Estado de Saúde, através do órgão competente, além de orientar e coordenar os serviços de proteção e assistência à maternidade, à infância e à adolescência, também os executará diretamente, através das unidades sanitárias locais e de seus hospitais.

#### TOMO II

#### SAÚDE MENTAL

Artigo 480 — A política sanitária estadual, com referência à saúde mental, é orientada pela Secretaria de Estado de Saúde, no sentido da prevenção de doença e da redução, ao mínimo possível, dos internamentos, em estabelecimentos nosocomiais.

Artigo 481 — A Secretaria de Estado de Saúde estimulará o desenvolvimento de programas de saúde mental através das organizações privadas, visando à prevenção das doenças mentais aos quais dará assistência técnica, material e financeira, nos termos da legislação vigente.

Artigo 482 — Somente poderá ser internado em estabelecimentos psiquiátricos, o paciente que, após o indispensável exame, for reconhecido como doente mental.

Parágrafo Único — São passíveis de cassação da licença para funcionamento, pelas autoridades competentes, os estabelecimentos psiquiátricos que procederem ao internamento de pacientes em desacordo com o disposto no presente artigo.

Artigo 483 — É vedada, quer nos estabelecimentos destinados à assistência a psicopatas, quer fora deles, prática de quaisquer atos litúrgicos de religião, culto ou seita; com finalidade terapêutica, ainda a título filantrópico e exercida gratuitamente.

Artigo 484 — É vedada a pessoas sem habilitação legal para o exercício da profissão, a prática de técnicas psicológicas com fundamento nos processos de sugestão capazes de influenciar o estado mental, de indivíduos ou de coletividades ainda que sem finalidade de proteção ou de recuperação da saúde.

Artigo 485 — Qualquer autoridade pública local tem o dever de notificar, imediatamente, às autoridades sanitárias competentes, a ocorrência de "epidemia de crençã terapêutica", de qualquer natureza, com aspectos de contágio psíquico.

Artigo 485 — A Secretaria de Estado de Saúde promoverá investigações epidemiológicas, sobre a prevalência e a incidência das doenças mentais no Estado.

Artigo 487 — As instituições de amparo social à família do psicopata indigen e os centros de recuperação profissional para alcoolistas e outros toxicômanos, exercerão suas atividades de higiene mental, através de organizações específicas.

Artigo 488 — A Secretaria de Estado de Saúde organizará e estimulará a criação de Centros Comunitários de Saúde Mental, para amparo aos pacientes egressos de nosocômios, bem como às suas famílias.

Artigo 489 — Os "anexos psiquiátricos" das Casas de Detenção e das Penitenciárias, terão por objetivo a assistência e o tratamento, sob guarda, dos reclusos que denotarem reações psicopáticas, tendo por atribuição o estudo sistemático e compulsório da personalidade destes, para seleção dos casos passíveis de assistência e tratamento no sentido da psiquiatria preventiva.

## TERCEIRA PARTE

### PRESERVAÇÃO DA SAÚDE

#### TOMO I

#### NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Artigo 490 — Para os efeitos deste Regulamento e de suas Normas Técnicas Especiais entende-se por notificação compulsória a comunicação, à autoridade sanitária competente, dos casos e óbitos suscitados ou confirmados das doenças classificadas no artigo seguinte e enumeradas nas Normas Técnicas Especiais.

Artigo 491 — As doenças de notificação compulsória serão classificadas nos grupos seguintes:

Grupo 1 — doenças quarentenárias, em que é exigida a notificação internacional imediata;

Grupo 2 — doenças em que é exigida a notificação imediata à autoridade sanitária local;

Grupo 3 — doenças em que é exigida a notificação, em 24 horas, à autoridade sanitária local.

§ 1º — Periódicamente será baixada Norma Técnica Especial relacionando e enquadrando as doenças de notificação compulsória.

§ 2º — De acordo com as condições epidemiológicas, a Secretaria de Estado de Saúde poderá exigir a notificação de quaisquer infecções ou infestações constantes das Normas Especiais em indivíduos que estejam eliminando o agente etiológico para o meio ambiente mesmo que não apresentem, no momento, sintomatologia clínica alguma.

Artigo 492 — São obrigados a fazer notificação à autoridade sanitária local:

I — médicos que forem chamados para prestar cuidados ao doente, mesmo que não assumam a direção do tratamento;

II — farmacêuticos, bioquímicos, veterinários, dentistas, enfermeiros, parteiras e pessoas que exerçam profissões afins;

III — responsáveis por laboratórios que executem exames microbiológicos, sorológicos, anátomo-patológicos ou radiológicos;

IV — responsáveis pelos serviços de verificação de óbitos e outros órgãos do serviço público estadual ou municipal;

V — responsáveis por hospitais ou estabelecimento congêneres, organizações para-hospitalares e instituições médico-sociais de qualquer natureza;

VI — chefe da família, parente que resida com o doente ou qualquer outra pessoa que seja por ele responsável;

VII — responsável pela habitação individual ou coletiva, estabelecimento de ensino ou local de trabalho em que se encontra o doente;

VIII — responsável pelo automóvel, caminhão, ônibus, avião, embarcação ou qualquer outro meio de transporte em que se encontra o doente.

Parágrafo Único — Nos óbitos causados por moléstias transmissíveis, o cartório de registro civil que registrar a morte deverá comunicar o fato à autoridade sanitária dentro de 24 horas. Esta verificará se o caso foi notificado nos termos deste Regulamento, tomando as devidas providências em caso negativo.

Artigo 493 — A notificação de quaisquer das doenças dos Grupos 1 e 2, referidas no artigo 491, deve ser feita à simples suspeita e o mais precocemente possível, pessoalmente, por telefone, telegrama, carta, ou através de impresso oficial.

Parágrafo Único — A autoridade sanitária deverá dar conhecimento, com a máxima urgência, ao órgão federal competente, dos casos e óbitos notificados das doenças do Grupo 1.

Artigo 494 — Ocorrendo doenças classificadas no Grupo 3 do artigo 491, a notificação à autoridade sanitária local será feita por carta ou por meio de impresso oficial.

## ESTADO DO AMAZONAS

# Diario Oficial

GOVERNO JOÃO WALTER DE ANDRADE

ANO — LXXIX

QUINTA-FEIRA, 3 DE MAIO DE 1973

NÚMERO — 22.757

## ATOS DO PODER EXECUTIVO

### DECRETO Nº 2494-A DE 11 DE MARÇO DE 1973

Aprova o Regulamento a que se refere o artigo 22 da Lei nº 1061 de 14 de dezembro de 1972, que dispõe sobre normas de promoção, preservação e recuperação da saúde, no campo de competência da Secretaria de Estado de Saúde.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO AMAZONAS, no uso de suas atribuições, faz,

#### DECRETA:

Artigo 1º — Fica aprovado o Regulamento anexo a este Decreto que dispõe sobre normas de promoção e recuperação da saúde, no campo de competência da Secretaria de Estado de Saúde;

Artigo 2º — Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS, em Manaus 11 de março de 1973.

ENGº JOÃO WALTER DE ANDRADE  
Governador do Estado

Deil e Guerra de Macedo

Secretário de Planejamento e Coordenação Geral  
Francisco de Paula Castro Neto  
Secretário de Saúde em exercício

### REGULAMENTO DA PROMOÇÃO, PRESERVAÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE NO CAMPO DE COMPETÊNCIA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

#### PRIMEIRA PARTE SANEAMENTO

##### TOMO I

#### SANEAMENTO BÁSICO

Artigo 1º — As condições sanitárias das águas destinadas a abastecimento público ou privado; as condições sanitárias decorrentes da coleta e destino dos dejetos, serão submetidas ao controle e fiscalização da Secretaria de Estado de Saúde.

Artigo 2º — Os projetos de sistemas de abastecimento de água e de coleta de esgotos destinados ou não a fins públicos, deverão ser elaborados, em obediência às normas e especificações técnicas vigentes.

Artigo 3º — Nos projetos e obras de sistemas de abastecimento de água deverão ser obedecidos os seguintes princípios gerais, independentemente de outras exigências técnicas estabelecidas em normas e especificações;

I — o aproveitamento deverá ser feito em mananciais adequados; a água, após o tratamento, obedecerá os padrões estabelecidos para o tipo de consumo.

II — a água de distribuição deverá ser adicionado, um teor conveniente de cloro ou seus compostos para fins de desinfecção ou prevenção contra eventuais contaminações, de acordo com normas estabelecidas e a critério da autoridade sanitária.

III — a fluoretacão da água de abastecimento obedecerá normas técnicas especiais a serem expedidas oportunamente.

IV — toda água natural ou tratada contida em reservatórios, cisternas de reserva, piscinões ou outras estruturas deverá ficar suficientemente protegida contra respingos, infiltrações ou despejos, devendo tais partes ser construídas com materiais à prova de percolação e as aberturas de inspeção dotadas de dispositivos que impeçam a entrada de líquidos e ranhos.

V — os reservatórios deverão ficar protegidos do contacto de agentes animados de qualquer espécie.

VI — não será permitida a interconexão de tubulações ligadas diretamente a sistemas públicos com tubulações que contenham água proveniente de outras fontes de abastecimento.

Artigo 4º — Para a aprovação dos planos de arreamento e loteamento será exigida, a critério da autoridade sanitária, a apresentação de projetos completos de sistemas de abastecimento de água, de coleta e disposição de esgotos sanitários e rúvicos, devidamente aprovados pela COSAMA, inclusive das instalações de tratamento ou depuração, elaborados de conformidade com as normas e especificações técnicas vigentes.

Artigo 5º — Os conjuntos habitacionais deverão possuir sistemas de abastecimento de água de coleta e disposição de esgotos sempre que o serviço local não tiver condições para proporcionar o devido atendimento através de suas redes e de acordo com as normas sanitárias.

#### TÍTULO I DAS ÁGUAS E DOS ESGOTOS

Artigo 6º — Todo edifício será abastecido de água potável, em quantidade suficiente ao fim a que se destina e dotado de dispositivos adequados a conduzir e a receber resíduos sólidos e líquidos.

Artigo 7º — O sistema de abastecimento domiciliar de água e o de escoamento das águas residuais não podem afastar-se das condições mínimas estabelecidas por este Regulamento, pelas normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas e pelos regulamentos dos órgãos competentes.

Artigo 8º — Os prédios deverão ser abastecidos diretamente da rede pública, quando houver, sendo obrigatória a existência de reservatórios enquanto o abastecimento público não puder ser feito de modo a assegurar absoluta continuidade no fornecimento de água.

Parágrafo Único — Para prédios de mais de 3 pavimentos será obrigatória a existência de reservatório subterrâneo etc.

Artigo 9º — A capacidade total dos reservatórios será equivalente ao consumo diário do prédio.

Artigo 10 — Os reservatórios terão a superfície lisa, impermeável e resistente, não podendo ser revestidos de material que possa contaminar a água e serão providos de:

I — cobertura encaixada;

II — torneira de boia na entrada da tubulação de alimentação;

III — extravasor com diâmetro superior ao da canalização de alimentação, não desaguando na calha ou no condutor do telhado e sim em ponto perfeitamente visível;

**IMPOSTO: RECOLHER PARA O AMAZONAS DESENVOLVER**

VÁLIDO SOMENTE COM AUTENTICAÇÃO

Anexo F — Normas para notificação de doenças transmissíveis



Artigo 495 — Os dados necessários ao esclarecimento da notificação compulsória constarão de Normas Técnicas Especiais.

Artigo 496 — A autoridade sanitária que receber notificação de doença classificada nos Grupos 1 ou 2 deverá procurar confirmá-la clinicamente e através das provas laboratoriais disponíveis.

Artigo 497 — A autoridade sanitária procederá com a devida urgência, a investigação epidemiológica dos casos de doenças transmissíveis classificadas nos Grupos 1 ou 2, que lhe forem notificadas, preenchendo também a respectiva ficha epidemiológica a fim de apurar a origem e as consequências da ocorrência e aplicar as medidas profiláticas adequadas.

Parágrafo Único — O disposto neste artigo poderá ser aplicado a outras doenças transmissíveis ou não, a critério da autoridade sanitária.

Artigo 498 — Quando se tratar de notificação de caso não autóctone do Estado, a autoridade sanitária que a receber é obrigada a comunicar imediatamente o fato à do Estado em que se originou o caso. Esta última deverá proceder a investigação epidemiológica, no caso das doenças dos Grupos 1 e 2, e tomar as medidas de profilaxia necessárias.

Artigo 499 — As instruções sobre o processo de notificação das doenças constarão de Normas Técnicas Especiais.

## TOMO II

### DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Artigo 500 — Para os efeitos deste Regulamento e de suas Normas Técnicas Especiais entende-se por doença transmissível a causada por um agente etiológico animado ou por seus produtos tóxicos, capaz de ser transferida, de modo direto ou indireto de uma pessoa ou animal, de vegetal ou de solo, para o organismo de outro indivíduo ou animal.

Artigo 501 — A profilaxia das doenças transmissíveis basear-se nas medidas que visam:

I — suprimir ou diminuir o risco à coletividade representado pelos indivíduos e animais infectados;

II — interromper ou dificultar a transmissão;

III — proteger convenientemente os suscetíveis.

Artigo 502 — Para a execução das medidas enumeradas no artigo anterior serão desenvolvidas atividades referentes a:

I — assistência médico-sanitária e hospitalar quando possível;

II — estudos e pesquisas no setor de saúde;

III — formação, aperfeiçoamento e atualização em Saúde Pública de pessoal de nível superior e técnico auxiliar;

IV — treinamento em serviço de pessoal auxiliar de saúde pública;

V — educação sanitária.

Artigo 503 — Quando houver indicação e conveniência, a autoridade sanitária poderá exigir e executar provas imunológicas para a descoberta da suscetibilidade ou resistência a determinadas infecções.

Artigo 504 — Para efeitos deste Regulamento e de suas Normas Técnicas Especiais entende-se por isolamento, a separação de indivíduos afetados por doenças transmissíveis e eventualmente portadores de micro-organismos infectantes, em locais adequados, de modo a evitar que suscetíveis venham a ser atingidos, direta ou indiretamente pelos agentes patogênicos.

Artigo 505 — O isolamento domiciliário estará sujeito à vigilância direta da autoridade sanitária a fim de garantir a execução das medidas profiláticas necessárias e o tratamento clínico, que poderá ficar a cargo do médico de livre escolha do doente.

Artigo 506 — O período de isolamento, em cada caso particular, será determinado pela autoridade sanitária competente, tendo em vista os interesses da saúde coletiva.

Artigo 507 — A proibição do direito de locomoção, resultante da imposição de isolamento, determinará o abono de faltas nas escolas.

Artigo 508 — Para os efeitos deste Regulamento e de suas Normas Técnicas Especiais entende-se por desinfecção, a destruição dos agentes agentes patogênicos fora do organismo, por meios físicos ou químicos aplicados diretamente.

Artigo 509 — No caso das doenças classificadas no Grupo 1 do artigo 491 a desinfecção rigorosa será complementada ou substituída por medidas destinadas a combater os vetores biológicos e os reservatórios, de acordo com a moléstia.

Parágrafo Único — Nas demais doenças transmissíveis, a desinfecção será feita a critério da autoridade sanitária.

Artigo 510 — A desinfecção concorrente será feita rotineiramente, consistindo na desinfecção dos excretos do indivíduo infectado, à medida que estes forem sendo eliminados e dos objetos de uso pessoal, logo após a utilização.

Parágrafo Único — É permitida a destruição de objetos quando impossível a sua desinfecção.

Artigo 511 — A desinfecção terminal será feita após a cura ou óbito do indivíduo infectado ou depois que for este transferido para outro local.

Artigo 512 — Para os efeitos deste Regulamento e de suas Normas Técnicas Especiais, entende-se por portador o indivíduo que está albergando um agente etiológico animado sem apresentar, no momento, sintomas da moléstia, mas que o elimina para o ambiente de forma contínua ou intermitente.

Artigo 513 — Os portadores deverão ser submetidos a um controle apropriado por parte da autoridade sanitária, recebendo tratamento adequado para evitar a eliminação do agente etiológico para o ambiente, e observando os princípios de higiene e as demais medidas profiláticas impostas pela autoridade sanitária.

Artigo 514 — Os portadores não poderão se ocupar da produção, fabricação, manipulação ou venda de substâncias alimentícias.

Artigo 515 — a mudança de domicílio de portadores deverá ser comunicada previamente à autoridade sanitária responsável pelo seu controle.

Artigo 516 — Para os efeitos deste Regulamento e de suas Normas Técnicas Especiais, entende-se por zoonoses as doenças e infecções que se transmitem naturalmente entre animais vertebrados e o homem.

Artigo 517 — Para o combate à raiva o Estado poderá prestar colaboração técnica às Prefeituras Municipais.

§ 1º — Os animais suspeitos de terem raiva ou que hajam mordido uma pessoa serão capturados o mais rapidamente possível isolados e observados por um período mínimo de dez dias.

§ 2º — Os cães apreendidos na via pública serão sacrificados após 72 horas caso não sejam retidos pelos seus responsáveis os quais serão obrigados a providenciar a vacinação e o registro do animal no serviço competente.

Artigo 518 — Os programas de vacinação obedecerão ao seguinte critério:

I — vacinações de rotina — são aquelas que devem ser ministradas sistematicamente a todos os indivíduos de um determinado grupo etário ou à população em geral;

II — vacinações especiais — são as ministradas a indivíduos particularmente expostos a maior risco que o habitual a determinadas doenças, em virtude de fatores de ocupação, de habitação ou acidentais;

III — vacinações extraordinárias — são as ministradas por motivo relevante de ordem sanitária, seja em relação à comunidade toda à parte dela ou a indivíduos.

Artigo 519 — Para os efeitos deste Regulamento e de suas Normas Técnicas Especiais, entende-se por vacinação básica o número de doses de uma vacina, a intervalos adequados, necessários para que o indivíduo possa ser considerado imunizado.

Parágrafo Único — A vacinação básica será iniciada na idade mais adequada, devendo ser seguida de doses de reforço, nas épocas indicadas, a fim de assegurar a manutenção da imunidade conferida.

Artigo 520 — No caso de contra-indicação à vacinação, esta será adiada, por prazo fixado pela autoridade sanitária, até que possa ser efetuada sem prejuízo da saúde do interessado.

Artigo 521 — A vacinação ou a revacinação de escolares contra a varíola e béciano, durante o primeiro ano letivo do curso primário, é obrigatória na forma e nos casos previstos em Normas Técnicas Especiais complementares ao disposto neste Artigo.

Artigo 522 — É obrigatório:

I — a apresentação de comprovante de vacinação ou revacinação contra a varíola e atestado médico de que o interessado não sofre de doença transmissível para o trabalho em creches, educandários e estabelecimentos de ensino destinados a menores;

VALIDO SOMENTE COM APRESENTAÇÃO

## ESTADO DO AMAZONAS

# Diario Oficial

GOVERNO JOAO WALTER DE ANDRADE

ANO — LXXX

MANAUS, SEXTA-FEIRA, 2 DE AGOSTO DE 1974

NÚMERO — 23.073

## ATOS DO PODER EXECUTIVO FEDERAL

DECRETO Nº 74.296 — DE 16 DE JULHO DE 1974

Dispõe sobre a estrutura básica do Ministério do Trabalho (MTb) e dá outras providências.

O Presidente da República, usando das atribuições que lhe confere o artigo 81, itens III e V da Constituição, e tendo em vista o disposto no Decreto-lei nº 290, de 25 de fevereiro de 1967, decreta:

Art. 1º O Ministério do Trabalho (MTb), criado pela Lei nº 6.036, de 1º de maio de 1974, tem a seu cargo o desempenho das atividades relacionadas com:

I — Trabalho; organização profissional e sindical; fiscalização.

II — Mercado de trabalho; política de emprego.

III — Política salarial

IV — Política de imigração.

V — Colaboração com o Ministério Público junto à Justiça do Trabalho.

Art. 2º — As atividades compreendidas na área de competência do Ministério do Trabalho são exercidas por:

I — órgãos da administração direta integrantes da estrutura do Ministério;

II — entidades da administração indireta a ele vinculadas e outras entidades sujeitas à sua supervisão;

III — mecanismos especiais de natureza transitória.

Art. 3º — A estrutura básica do Ministério do Trabalho compreende:

I — órgãos de assistência direta ao Ministro de Estado:

1 — Gabinete do Ministro (GM)

2 — Consultoria Jurídica (CJ)

3 — Divisão de Segurança e Informações (DSI)

4 — Coordenação de Relações Públicas (CRP)

II — órgãos setoriais de planejamento, coordenação e controle financeiro:

1 — Secretaria-Geral (SG)

2 — Inspetoria-Geral de Finanças (IGF)

III — órgãos centrais de direção superior:

1 — Secretaria de Relações do Trabalho (SRT)

2 — Secretaria de Emprego e Salário (SES)

3 — Secretaria de Mão-de-Obra (SMO)

4 — Departamento do Pessoal (DP)

5 — Departamento de Administração (DA)

IV — órgãos colegiados deliberativos e consultivos:

1 — Conselho Nacional de Política Salarial (CNPS)

2 — Conselho Consultivo de Mão-de-Obra (CCMO)

3 — Conselho Superior do Trabalho Marítimo (CSTM)

4 — Comissão de Direito do Trabalho (CDT)

V — órgãos geograficamente descentralizados:

1 — Delegacias Regionais do Trabalho (DRT)

2 — Delegacias do Trabalho Marítimo (DTM)

Art. 4º São vinculadas ao Ministério do Trabalho as seguintes entidades:

I — Para efeito da supervisão ministerial de que trata o art. 1º, parágrafo único, do Decreto-lei nº 968, de 13 de outubro de 1969:

1 — Conselho Federal e Conselhos Regionais de Assistentes Sociais

2 — Conselho Federal e Conselhos Regionais de Biblioteconomia

3 — Conselho Federal e Conselhos Regionais de Contabilidade

4 — Conselho Federal e Conselhos Regionais de Corretores de Imóveis

5 — Conselho Federal e Conselhos Regionais de Economia

6 — Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem

7 — Conselho Federal e Conselhos Regionais de Engenharia, Arquitetura e Agronomia

8 — Conselho Federal e Conselhos Regionais de Estatística

9 — Conselho Federal e Conselhos Regionais de Farmácia

10 — Conselho Federal e Conselhos Regionais de Medicina

11 — Conselho Federal e Conselhos Regionais de Medicina Veterinária

12 — Conselho Federal e Conselhos Regionais de Odontologia

13 — Conselho Federal e Conselhos Regionais de Psicologia

14 — Conselho Federal e Conselhos Regionais de Profissionais de Relações Públicas

15 — Conselho Federal e Conselhos Regionais de Química

16 — Conselho Federal e Conselhos Regionais de Representantes Comerciais.

17 — Conselho Federal e Conselhos Regionais de Técnicos de Administração

18 — Conselho Federal e Conselhos Regionais da Ordem dos Advogados do Brasil

19 — Ordem dos Músicos do Brasil

II — Para os fins do artigo 163, do Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967:

1 — Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI)

2 — Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC)

3 — Serviço Social da Indústria (SESI)

4 — Serviço Social do Comércio (SESC)

III — Para atender ao artigo 3º, do Decreto-lei nº 900, de 29 de setembro de 1969, e à Lei nº 5.161, de 21 de outubro de 1966:

1 — Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho ..... (FUNDACENTRO).

Art. 5º São mecanismos especiais de natureza transitória: Comissões Especiais, Grupos de Trabalho, Grupos Tarefa, Programas, Campanhas e mecanismos similares instituídos para fins específicos.

Art. 6º A estrutura básica dos órgãos previstos no artigo 3º será estabelecida em ato próprio do Poder Executivo.

Parágrafo único. A organização, competência e funcionamento dos órgãos integrantes da estrutura básica de que trata este artigo serão definidos em regimento interno.

Art. 7º A Comissão da Ordem do Mérito do Trabalho funcionará diretamente subordinada ao Ministro de Estado.

Art. 8º Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, especialmente o artigo 1º, item II, do Decreto nº 74.000, de 1 de maio de 1974.

Brasília, 16 de julho de 1974; 153ª da Independência e 86ª da República.

ERNESTO GEISEL

Arnaldo Prieto

João Paulo dos Reis Velloso

**IMPOSTO: RECOLHER PARA O AMAZONAS DESENVOLVER**

VÁLIDO SOMENTE COM AUTENTICAÇÃO