



## **A Saúde no governo João Goulart: aspectos da planificação no campo das políticas sociais**

NAIARA PRATO CARDOSO DE SOUZA\*

O ano de 1964 pode ser considerado um divisor de águas na política brasileira. Além disso, nota-se na atualidade uma tendência historiográfica em revisitar o governo João Goulart (1961-1964), bem como o sistema político no qual operava. O trabalho de Jorge Ferreira (2011) constitui um dos exemplos neste sentido. A biografia que Ferreira escreve – ao reconstruir aspectos da imagem do último presidente civil anterior ao golpe de 1964, e o modo como suas ações foram interpretadas desde então – é um estudo de fôlego que integra uma corrente que se propõe a discutir criticamente a noção de populismo enquanto categoria explicativa da política brasileira. Em comum, autores como Ferreira (2013; 2011; 2006), Lucília de Almeida Neves (2013) e Daniel Aarão Reis Filho (2013) entendem que, entre os anos de 1945 e 1964, o país conheceu uma experiência democrática ‘verdadeira’, ao considerarem a teoria sobre o populismo construída após o golpe civil-militar de 1964 uma representação desqualificadora do processo democrático brasileiro.

Para essa corrente historiográfica, esses anos têm sido pouco estudados. Nas palavras do próprio Jorge Ferreira: “Se compararmos esse período da história do Brasil com outros países, notaremos que se trata de uma temporalidade carente de pesquisas (...). O que temos sobre o período é uma história ainda a ser resgatada, contada e interpretada” (FERREIRA, 2006: 9 e 13).

---

\* Mestre em História das Ciências e da Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (PPGHCS/Fiocruz). Bacharel em Comunicação Social, com habilitação em Jornalismo, pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp). Assessora de Comunicação do Ministério da Saúde no Estado de Minas Gerais (NEMS/MG).

A exemplo do trabalho de Cristina Fonseca (2007)<sup>1</sup>, acreditamos que a área temática da saúde pública constitui um veio analítico fértil para o estudo do Estado brasileiro e das políticas governamentais.

Durante os anos abordados neste artigo, o debate sobre a saúde no Brasil esteve intrinsecamente relacionado às discussões relativas a uma economia capitalista ‘dependente’ e ao crescimento da presença do capital estrangeiro em setores da indústria nacional – temas recorrentes em vários momentos do período, e que se farão presentes não só na área econômica, mas também nas políticas sociais. Da ascensão de Goulart à Presidência da República, até a sua deposição, o planejamento, ou planificação – conforme a terminologia da época – enquanto técnica de administrar e governar, bem como um projeto nacional-estatista de desenvolvimento da nação não constituem novidades. Porém, ganham destaque e protagonismo.

O objetivo deste trabalho é conhecer aspectos da planificação, aplicados ao campo das políticas sociais, tendo como foco as propostas para a política de saúde do governo João Goulart. O Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social (1962) e os Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, constituem as fontes privilegiadas de análise.

### **O governo João Goulart e o Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social**

As teorias centradas na planificação econômica disseminam-se no pós Segunda Guerra Mundial, a partir de diretrizes de uma série de organismos intergovernamentais, como a Organização das Nações Unidas (ONU), a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), dentre outros. Tais teorias se baseavam no entendimento de que os governos deveriam promover o crescimento de suas economias, concomitantemente a mudanças destinadas à promoção do bem-estar social, a fim de evitar a emergência de conflitos e desequilíbrios internos. Some-se ao fato o contexto da Guerra Fria, o qual implicava deter o avanço do socialismo. Considerava-se imprescindível a intervenção na economia e na sociedade, principalmente nos países da chamada periferia do capitalismo mundial, por meio da elaboração de técnicas e métodos de planejamento.

No caso brasileiro, a planificação acabou por ganhar nuances próprias no Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social, elaborado pelo economista Celso Furtado e

---

<sup>1</sup> Em *A Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público* (2007), Fonseca demonstra como as políticas sociais, nas quais estão incluídas as políticas de saúde, foram transformadas em mecanismos de penetração do poder público em todo território nacional, a fim de manter a sua unidade territorial no contexto pós-1930.

sua equipe. Os meses subsequentes à implantação do plano revelam que nem todas as diretrizes e propostas puderam ser levadas adiante. Todavia, muitos de seus pressupostos não foram abandonados. Face ao enquadramento nacional-estatista, reformista e distributivista assumido pelo governo Goulart, e frente à crescente pressão de agremiações políticas e organizações de esquerda, reforçada pela mobilização popular, o planejamento distanciou-se da linha preconizada por países capitalistas do 'centro'. Tal postura resultou em questionamentos da hegemonia estadunidense, adotando, muitas vezes, uma posição de enfrentamento ao papel autoatribuído por este país de 'principal' estrategista e articulador da política econômica e externa dos países latino-americanos.

João Belchior Marques Goulart – ou Jango, como era também chamado por amigos e adversários – tomou posse em 07 de setembro de 1961, sob a tutela de um regime parlamentarista que limitava os poderes do chefe do Executivo nacional, num contexto de crise econômica, grande ebulição política, inflação, crescentes reivindicações sociais e tensão militar.

Quando o presidente Jânio Quadros renunciou, em agosto de 1961, Jango estava em visita protocolar à China. Em terras brasileiras, desenrolou-se uma crise: Goulart, "presumível herdeiro de Vargas"<sup>2</sup>, deveria ou não ocupar a Presidência? Mas a Constituição era clara, era o vice-presidente quem deveria assumir o cargo, situação que preocupava as elites mais conservadoras e os interesses estrangeiros. O Congresso negou-se a vetar a posse de Jango e propôs a criação de um sistema parlamentarista (SKIDMORE, 1982: 251).

Goulart recebeu do Congresso um poder "mutilado", nas palavras de Moniz Bandeira, "enfraquecido, quando a situação do Brasil exigia um governo forte, centralizado, para efetuar as mudanças que o desenvolvimento reclamava". Frente aos problemas e à opinião, tanto do centro quanto da esquerda, de que o país necessitava de um Executivo com mais poderes, a experiência parlamentarista, que deveria durar até 1965, foi interrompida em 06 de janeiro de 1963, quando o povo decidiu, por plebiscito, o retorno ao presidencialismo (MONIZ BANDEIRA, 2010: 145).

Cerca de dois meses antes, Jango encarregou o economista chefe da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (Sudene) e um dos quadros da Cepal, Celso Furtado – que viria a se tornar o primeiro ministro do Planejamento do Brasil – de preparar um plano para o desenvolvimento econômico nacional, associado a reformas sociais. Em 30 de dezembro de

---

<sup>2</sup> João Goulart era amigo pessoal de Getúlio Vargas. Rico estancieiro, nascido no Rio Grande do Sul, Jango iniciou sua carreira política a partir da convivência com Vargas, trilhando sua trajetória pelos braços do PTB.

1962, foi apresentado à nação o Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social<sup>3</sup>, o qual deveria balizar as ações governamentais, no triênio de 1963 a 1965.

Às vésperas do plebiscito que poria fim à experiência parlamentarista, Jango precisava de um plano de governo. O país enfrentava sérios problemas econômicos, como a taxa de crescimento declinante e o déficit no balanço de pagamentos. Em fins de 1962, o déficit do Tesouro Nacional chegava a 280 bilhões de cruzeiros. De acordo com Moniz Bandeira, esse valor representava quase 60% da arrecadação tributária do país. Em dezembro do mesmo ano, a inflação aumentou o nível geral de preços a mais de 8% e as emissões de papel-moeda atingiram o patamar de 90 bilhões de cruzeiros. “Só os serviços da dívida externa e da remessa de lucros para o exterior, da ordem de US\$ 596 milhões em 1962, consumiram praticamente o valor total dos recursos obtidos com as exportações daquele ano para os Estados Unidos.” (MONIZ BANDEIRA, 2010:206-207).

A crise foi agravada com o bloqueio de créditos externos imposto pelo governo dos Estados Unidos, a fim de barrar as medidas de caráter nacionalista. Durante o período, as empresas norte-americanas não só tiraram mais dólares do Brasil do que investiram, como também se apossaram de uma porcentagem cada vez maior da economia.

Em setembro de 1962, o Congresso aprovou a Lei nº 4.131, que limitava a remessa anual de lucros para as matrizes no exterior a 10% dos investimentos líquidos registrados. Essa lei visava restringir o envio desenfreado de dólares ao exterior e preservar os interesses nacionais, medida adotada pelo governo Goulart, ainda que contrariando aos interesses do capital multinacional. O dispositivo legal também estabelecia novos regulamentos, exigindo o registro de todo o capital estrangeiro que entrasse no país na Superintendência da Moeda e do Crédito (Sumoc). Goulart tentou também conseguir o monopólio estatal do petróleo e desapropriar as cinco refinarias privadas no Brasil, assim como rever as concessões de mineração dadas a multinacionais. Como retaliação, os Estados Unidos suspenderam todos os recursos da Aliança para o Progresso<sup>4</sup> que pudessem financiar o déficit do balanço de pagamento do Brasil.

---

<sup>3</sup> Composto por 447 páginas datilografadas, o documento integral ficou restrito aos ministérios. O texto circulou, principalmente, em versão resumida, com 195 páginas, entregues a jornais, entidades, pessoas e associações no Brasil e no exterior. Somente em 2011, o plano foi publicado na íntegra, pelo Centro Internacional Celso Furtado, como parte do quarto volume dos Arquivos Celso Furtado, juntamente com artigos relacionados, sob o título de *O Plano Trienal e o Ministério do Planejamento*.

<sup>4</sup> Em 1961, durante o governo Jânio Quadros, o governo norte-americano lançou a Aliança para o Progresso, um plano de reformas que envolvia a promessa de envio de 20 bilhões de dólares para a América Latina, ao longo de dez anos. Em contrapartida, os países latino-americanos comprometeram-se na execução e realização de reformas e na abertura de suas economias para o livre comércio. A Aliança foi aprovada em uma reunião dos

A fim de responder a essa situação, o Plano Trienal propunha, em suas linhas mestras, manter a taxa de crescimento anual em 7%, elevar a renda per capita de 323 dólares em 1962 para 363, em 1965, e reduzir progressivamente a inflação, dos 50% anuais para 25% em 1963, chegando a 10% em 1965. Para tanto, estabeleceu-se o teto máximo de 40% para os aumentos do funcionalismo público e das Forças Armadas e o corte de subsídios.

Entretanto, em abril de 1963, o governo reintroduziu os subsídios do trigo e dos combustíveis (que haviam sido suspensos, conforme proposto no Plano Trienal) e concedeu aumento de 56,25% para o salário mínimo e de 60% para o funcionalismo público, desobedecendo tanto ao que foi estabelecido como teto pelo plano governamental, quanto ao acordado com o Fundo Monetário Internacional (FMI). Em tal conjuntura, as medidas para a estabilização econômica não puderam ser aplicadas. Em maio, a inflação voltou a subir. Celso Furtado e o ministro da Fazenda, Santiago Dantas, foram exonerados em junho, e um decreto extinguiu o Ministério do Planejamento, que foi substituído pelo escritório de Coordenação do Planejamento Nacional, adjunto à Presidência (D'AGUIAR, 2011).

Não há consenso na literatura, quanto a posições ideológicas assumidas no Plano Trienal. Para Regina Bodstein, o pensamento de Celso Furtado representava uma esquerda moderada, com "propostas que pudessem produzir alternativas econômicas que pudessem amenizar as questões sociais mais emergentes" (BODSTEIN, 1987: 82).

Já para Thomas Skidmore:

*Em muitos aspectos, o Plano Trienal era uma maneira relativamente "ortodoxa" de encarar o perene problema da inflação. Sua novidade, em comparação com o plano de Lucas Lopes e Roberto Campos, de 1958<sup>5</sup>, ou o programa de Jânio<sup>6</sup>, de 1961 (jamais elaborado de maneira ampla, como os outros dois), consistia na ênfase ao encarar as medidas anti-inflacionárias como parte de um programa "global" de planejamento econômico e social. (SKIDMORE, 1982: 91)*

Na análise de Rosa Freire d'Aguiar, nem uma coisa nem outra, o Plano Trienal nada tinha de esquerdista ou ortodoxo, tratava-se de uma proposta independente, baseada no pensamento estruturalista latino-americano,

*Era um ataque em frentes múltiplas, com a elevação do nível de vida dos grupos de renda mais baixa, a reformulação das estruturas ultrapassadas, em especial a agrária, a fim de reduzir as desigualdades regionais, a reforma da máquina administrativa, a fim de que ela desempenhasse suas novas funções de planejadora*

---

países latino-americanos em Punta del Este, no Uruguai. Ressalta-se que a delegação cubana, chefiada por Che Guevara, não assinou a carta (FAUSTO, 2001).

<sup>5</sup> Plano de Estabilização Monetária do governo Juscelino Kubistchek.

<sup>6</sup> Plano de Reforma Cambial.

*do desenvolvimento, o fortalecimento do investimento na educação visando eliminar o analfabetismo etc. Em outras palavras, tratava-se de articular o planejamento da economia com programas setoriais nas áreas de saúde, educação, transportes, recursos naturais, energia, petróleo, agricultura, indústria etc. Ao mesmo tempo, se procederia à negociação da dívida externa. (D'AGUIAR, 2011: 11)*

Afim de melhor dimensionarmos o quadro político conjuntural do período, consideramos relevante pontuar o acirramento dos desacordos e conflitos que marcaram a democracia brasileira nestes anos. Durante as eleições de 1962, a divisão entre nacionalistas e os defensores de uma política mais ortodoxa se aprofundou. Conforme Skidmore (1982), é em torno do tema do nacionalismo – da divergência entre suas correntes e da sua aceitação ou rejeição – que se desenvolveu o debate entre as posições político-ideológicas sobre as fórmulas para o crescimento econômico do país.

As eleições de 07 de outubro de 1962, para o Congresso e para o governo de onze estados, evidenciaram a crescente polarização de opiniões, assim como o aparente avanço do nacional-reformismo – embora os radicais de direita também mantivessem o seu espaço –, transformando a ação legislativa num palco de conflitos, apresentados como batalhas ideológicas, mas que na verdade eram respaldadas por interesses econômicos.

No Congresso, dividido entre a Frente Parlamentar Nacionalista (FPN) e a Ação Democrática Parlamentar (Adep), o PTB aumentou a sua representação na Câmara dos Deputados, passando de 66 para 104 cadeiras, intensificando a luta da FPN por reformas de base e o restabelecimento do presidencialismo. Ao mesmo tempo, a UDN diminuiu o seu número de representantes, mesmo com o intenso financiamento do Instituto Brasileiro de Ação Democrática (Ibad) – que custeou a campanha eleitoral de mais de 250 candidatos ligados à Adep. Estes assumiram o compromisso ideológico de defender o capital estrangeiro e de condenar a reforma agrária e a política externa independente (MONIZ BANDEIRA, 2010).

Para Celso Furtado nenhum planejamento resistiria à desarmonia entre o Legislativo e o Executivo e à falta de acordo entre as autoridades. Nas palavras do próprio economista, em entrevista à Alzira Abreu, na edição de março/abril de 1983, da Revista Ciência Hoje:

*Eu preparei um plano, mas na verdade não houve base de sustentação para ele. O plano foi muito útil naquele momento porque deu perfil claro ao governo para ganhar o plebiscito e reinstaurar o presidencialismo no Brasil. O objetivo era o de lançar uma política de estabilização com crescimento. O plano foi aceito por todas as correntes políticas, mas quando chegou a hora de colocá-lo em execução as tensões da sociedade brasileira eram tão grandes que ninguém queria sentar em torno da mesa para discutir nada. O presidente Goulart achou conveniente abandonar o plano. Eu me afastei e voltei para a Sudene. (ABREU, apud D'AGUIAR, 2011: 21)*

### **Situação sanitária da população brasileira no início dos anos 1960: um diagnóstico**

Os dados aqui utilizados se baseiam nos Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre os dias 09 e 15 de dezembro de 1963, no município do Rio de Janeiro<sup>7</sup>. Seu temário foi dividido nos tópicos: Situação sanitária da população brasileira; Distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; Municipalização dos serviços de saúde; e Fixação de um Plano Nacional de Saúde. Embora não fosse parte do temário oficial do encontro, a questão da indústria farmacêutica, identificada com a desnacionalização da economia, foi um ponto de destaque entre as discussões.

O projeto para o decreto de convocação da 3ª CNS fora encaminhado ao presidente da República em junho de 1963, pelo ex-deputado federal pelo PTB, Wilson Fadul. O documento apontava a necessidade de uma Política Nacional de Saúde, com vistas à descentralização e à municipalização das ações, fundamentando-se nas recomendações do 15º Congresso Brasileiro de Higiene (promovido em 1962, pela Sociedade Brasileira de Higiene) e no Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social. Também foi estabelecido que: “a finalidade da 3ª Conferência Nacional de Saúde será o exame geral da situação sanitária nacional e aprovação de programas de saúde que, se ajustando às necessidades e possibilidades do povo brasileiro, concorram para o desenvolvimento do país” (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992: 7).

Conforme levantamento realizado pelo grupo técnico do Ministério da Saúde, que elaborou o documento base para a discussão do tema “Situação sanitária da população brasileira”, entre 1949 e 1959, a esperança de vida ao nascer do brasileiro havia sido de 42,3 anos, à frente somente de países como o Egito, 33,5 anos, e a Índia, 26,8 anos. Dentre os países que figuravam na lista com maior média de expectativa de vida da população, estavam o Reino Unido e os Estados Unidos, com 68,3 anos, e 67,4, respectivamente. Dados do Serviço Federal de Bioestatística apontavam, em 1960, um coeficiente de mortalidade infantil no Brasil de 162,5 por mil nascidos vivos<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> As Conferências Nacionais de Educação (CNE) e de Saúde (CNS) foram instituídas em 1937, durante o primeiro governo Vargas (1930-1945), como parte de uma ampla reforma promovida pelo ministro Gustavo Capanema, na pasta da Educação e Saúde, tendo como principais objetivos levar adiante as propostas de centralização administrativa e controle estatal, no campo das políticas sociais. Deveriam acontecer a cada dois anos. Todavia, esse calendário nunca foi obedecido. A 1ª CNE e a 1ª CNS só foram realizadas em 1941. A 2ª CNS aconteceu em 1950, já durante o governo do Marechal Eurico Gaspar Dutra. Destacamos que no período, outras Conferências Nacionais de Educação nem chegaram a acontecer (DE SOUZA, 2014).

<sup>8</sup> Só a título de comparação, a projeção do IBGE para a taxa de óbitos de crianças de até um ano de idade no Brasil para 2015 é inferior a 14 por mil nascidos vivos (IBGE, 2013).

No quadro geral, as doenças transmissíveis evitáveis aparecem como responsáveis pela morte de 142,9 pessoas por mil habitantes (dados relativos ao ano de 1959, nos municípios de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo). Em Fortaleza e Recife, esse número elevava-se para as alarmantes cifras de 406,8 e 287,7 por mil habitantes, ao passo que São Paulo e Rio de Janeiro registraram, no mesmo período, 52,7 e 136,3 mortes por doenças infecciosas e parasitárias por mil habitantes.

Outros dados compilados nos Anais da 3ª CNS nos ajudam a compor o retrato das condições de vida do brasileiro e a entender melhor a urgência com que se debatia a formulação e a implementação de uma Política Nacional de Saúde, adequada às 'necessidades e possibilidades' da população. O número de analfabetos entre a população de dez anos ou mais era estimado em 52% (percentual registrado em 1950) e a renda per capita no país, em 1960, era de 260 dólares. Na Argentina e Colômbia, os números verificados no mesmo ano foram 375 e 298 dólares, respectivamente. Nos Estados Unidos, país com o maior rendimento per capita, a média atingiu os 2.460 dólares anuais<sup>9</sup>. Quase 64% da população vivia em áreas rurais<sup>10</sup> e 60,3% da população economicamente ativa estava empregada em atividades do setor primário<sup>11</sup>.

Do total de 2.780 municípios existentes em 1960, menos da metade, 48,7%, possuía rede de abastecimento de água e, somente 32,7% contavam com sistema de esgoto. Novamente se encontram nos estados do Nordeste os piores índices, com 655 municípios à época, sendo apenas 22,1% destes servidos por rede de água e 11% por rede de esgoto<sup>12</sup>. Quanto ao quadro nosológico, as principais doenças apontadas no período eram as doenças de massa, representadas majoritariamente pela tuberculose, malária, lepra, esquistossomose, doença de Chagas, ancilostomose, tracoma, calazar, boubá, filariose, doenças de carência alimentar e diarreias infecciosas, além da prevalência de doenças pestilenciais como a varíola.

A malária estava presente em 90% do território brasileiro, sendo que, em 1961, foram registrados 40.349 casos da doença, com 15.089 casos no Maranhão<sup>13</sup>. A tuberculose apresentava coeficientes de incidência ainda considerados altos, apesar da estabilização dos coeficientes de mortalidade a partir de 1953. O coeficiente de incidência da tuberculose, em

---

<sup>9</sup> Ver J. O. Coutinho. Óbices para a solução dos problemas médico-sanitários em áreas de subdesenvolvimento. *Arquivos de Higiene e Saúde Pública* – Vol. XXVIII, nº 96 – Junho, 1963, *apud* FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992.

<sup>10</sup> Ver *Anuário Estatístico do Brasil* - 1962 - I.B.G.E, Idem.

<sup>11</sup> Ver R. S. Mascarenhas. Administração em saúde pública no Brasil. – *I Seminário de Saúde Pública* – Associação Médica Brasileira – Fortaleza, 21/22 outubro, 1963, Idem.

<sup>12</sup> Ver Ministério da Saúde. Serviço Federal de Bioestatística, Idem.

<sup>13</sup> Idem.

1962, era calculado em torno de 170 por mil habitantes, sendo de aproximadamente de 500 mil o número de tuberculosos no país, dos quais apenas 100 mil estavam em tratamento especializado<sup>14</sup>. O número de pessoas acometidas pela hanseníase era estimado em 156 mil – concentradas principalmente na Região Norte – o que correspondia a um coeficiente médio de prevalência de 1,3 por mil habitantes, colocando o Brasil entre as regiões de mais alta endemicidade da doença no mundo<sup>15</sup>.

Com relação à esquistossomose, a estimativa era de quatro a seis milhões de infectados<sup>16</sup>. A doença de Chagas prevalecia essencialmente nas áreas rurais, relacionada ao tipo das habitações. Estimava-se, em 1960, em 3 milhões o número de infectados pelo *Trypanosoma Cruzi*, sendo a maior parte de casos assintomáticos<sup>17</sup>.

Entre as doenças pestilenciais, a varíola, já quase extinta no mundo, ainda se apresentava sob a forma endêmica, com surtos epidêmicos no país. Na América do Sul, os únicos focos da doença eram o Brasil e o Equador. Já a febre amarela, erradicada no Brasil em sua forma urbana desde 1958, conforme declarado na 15ª Conferência Sanitária Pan-americana, continuava a existir em sua forma silvestre, principalmente na região da Floresta Amazônica.

No quadro sanitário brasileiro, a endemia com mais alta dispersão, de acordo com levantamentos de 1961, era a ancilostomose, calculando-se, com base nos inquéritos realizados na época, em aproximadamente 50 milhões os indivíduos portadores de helmintos, com variável grau de infecção<sup>18</sup>. As diarreias infecciosas eram consideradas um dos principais problemas de saúde pública, responsáveis pela maior parte dos casos de mortalidade infantil. Elas ocasionavam, anualmente, em média, de 110 a 140 mil óbitos de crianças de até um ano. No Nordeste, eram também a principal causa de morte, entre a população adulta<sup>19</sup>.

Entre as doenças causadas por carência alimentar, a desnutrição, tida como “grande e espoliadora endemia”, relacionava-se também ao bócio e à tireoide. A estimativa do consumo calórico do brasileiro era de, em média, em 1960, 2.700 calorias e 20 gramas de proteínas animais diárias. Todavia, os cálculos, à época, fixavam a necessidade média calórica diária do homem adulto brasileiro, entre 20 e 59 anos, em 2.860 calorias. Na documentação consultada,

---

<sup>14</sup> Ver Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Tuberculose. Departamento Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, Idem.

<sup>15</sup> Ver Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Lepra. Departamento Nacional de Saúde. Ministério da Saúde (1963), Idem.

<sup>16</sup> Ver S. B. Pessoa. *Endemias Parasitárias da Zona Rural Brasileira*. Fundo Editorial Procinex. São Paulo, 1963, Idem.

<sup>17</sup> Ver Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Endemias Rurais – DNERu, Idem.

<sup>18</sup> Ver Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Endemias Rurais – DNERu, Idem.

<sup>19</sup> Ver Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Endemias Rurais – DNERu, Idem.

o consumo calórico e proteico é sempre correlacionado à renda per capita. Nos Estados Unidos, por exemplo, onde a renda per capita descrita era de 2.164 dólares, o consumo médio diário de calorias relatado era de 3.130 e o de proteínas animais de 68 gramas diárias por pessoa. No Nordeste brasileiro, investigações encontraram um déficit calórico de 30% e, proteico, de 50%<sup>20</sup>.

Nos relatórios, a solução indicada para tais problemas seria a superação do subdesenvolvimento, no qual “enraízam-se” as causas da má alimentação do homem no Brasil, a saber: deficiência na produção de gêneros alimentícios; distorções nos sistemas de transporte, armazenamento e distribuição dos alimentos; escasso poder aquisitivo da população, sobretudo rural; e reduzida capacidade da população para escolher os alimentos a serem consumidos (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992: 105).

O estudo apresenta, ainda, informações sobre instituições hospitalares e para-hospitalares, indicando que, apesar de “extensa a rede nosocomial, com apreciável número de leitos”, esta permanecia ociosa e não atendia às necessidades da população, “em virtude de não apresentar o aproveitamento desejável”. Entre os problemas, é dada especial atenção à falta de um planejamento adequado, “em obediência às características de cada área servida, os diversos aspectos concernentes à distribuição regional equânime desses estabelecimentos e aos tipos de construção e capacidade de atendimento adaptáveis às necessidades locais.” (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992: 150-151).

### **Planejamento como forma de ordenar a saúde coletiva**

O governo nacional-reformista empreendido pelo presidente João Goulart e sua equipe buscava a elevação do nível de vida dos grupos de renda mais baixa, a reformulação de estruturas consideradas ultrapassadas, principalmente a estrutura agrária, e a redução das desigualdades regionais. Para tanto, apostou no planejamento como técnica administrativa, incluindo, além da economia, programas setoriais nas áreas de saúde, educação, transporte e agricultura, denominados de ‘pré-investimentos para aperfeiçoamento do fator humano’.

*[...] como consequência da falta de coordenação no planejamento global da assistência médico-sanitária, existe carência de meios, seja quanto a pessoal técnico, seja quanto a equipamento, agravada pela sua má distribuição, com excessiva concentração em certas áreas em detrimento de outras.*

---

<sup>20</sup> Ver D. Costa. ‘Problemas de nutrição e saúde pública’. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais* – Vol. XIV, nº 3 – jul/set de 1962, Idem.

*A unificação dos serviços médico-sanitários, nas atuais condições administrativas brasileiras, é problema que tem desafiado a capacidade dos mais experimentados técnicos, tais as questões suscitadas.*

*Por isso mesmo, tem-se recomendado a integração gradativa e sistematizada, em âmbito setorial e com aproveitamento de entidades já existentes, nos termos da tradição do sistema de comunidade. Enquanto não for possível essa unificação, prevalecerá o ponto de vista de que se deve promover a coordenação de todos os serviços, entrosando-se as 'suas' atividades. (GOULART, 1964: 189)*

No excerto acima, parte da mensagem presidencial remetida ao Congresso Nacional na abertura da sessão legislativa de 1964, em 15 de março – às vésperas do golpe civil-militar que poria fim ao seu governo e à experiência democrática iniciada em 1945 – João Goulart explicita duas questões que serão centrais quanto às diretrizes para a saúde no período: o planejamento das ações, ou planificação, e a unificação dos serviços médico-sanitários. Na visão do governo, tais medidas resultariam no aumento dos recursos assistenciais nas regiões menos desenvolvidas.

Embora abortado o Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social, no exame do governo Goulart, percebe-se que as propostas presentes no documento permaneceram influentes, enquanto diretrizes para a elaboração das políticas sociais. Em suas linhas gerais, o plano defendia que a “programação das atividades governamentais no setor saúde constitui um dos imperativos principais de uma política dinâmica de desenvolvimento (...)” (FURTADO, 2011: 194).

Ganhava força o entendimento de que a saúde de uma população não se referia apenas à ausência de doenças ou enfermidades, mas a um índice global, um conjunto de condições, tais como uma boa alimentação, habitação higiênica, trabalho, educação, assistência médico-sanitária, dentre outros fatores – configurando um quadro a ser alcançado com o desenvolvimento do país. Na visão do governo, era urgente a realização de um planejamento para o setor saúde, com vistas à elaboração de um Plano Nacional de Saúde e de uma Política Nacional de Saúde mais adequados à realidade econômica e social daqueles anos, e que fossem capazes de estender os serviços médico-sanitários às populações interioranas, rurais e das periferias das grandes cidades. O pronunciamento de Goulart, na abertura da 3ª CNS, sintetiza essa visão:

*De outra parte, o Governo mantém como ponto fundamental de sua política, as reformas indispensáveis da estrutura econômico-social do Brasil, para que seja intensificado o desenvolvimento nacional e a população brasileira possa, assim, atingir a elevados níveis de saúde, como os já existentes em outros países que realizaram estas reformas, etapas necessárias do progresso da sociedade humana. (GOULART, 1992: 27)*

A implantação de uma estrutura sanitária ajustada “às necessidades e possibilidades do povo brasileiro, que concorra para o desenvolvimento econômico do país”, conforme exposto nas disposições gerais da 3ª CNS, é uma preocupação sempre expressa na documentação consultada. Para o governo, a predominância do fator econômico na conquista da “boa saúde” havia se tornado uma premissa, reconhecendo a existência de vínculos de “inter-relação dos fatores econômicos com o superposto arcabouço médico-sanitário, na base dos quais preconiza, modernamente, a consideração do setor saúde nos programas globais de desenvolvimento econômico social.” (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992: 7 e 206).

O programa de saúde deveria fomentar, prioritariamente, iniciativas de natureza econômica, as quais seriam complementadas com ações de assistência, sendo as atividades médico-sanitárias um instrumento da política de desenvolvimento econômico.

*A definitiva institucionalização do sistema de planejamento nacional, providência em estudo nos círculos governamentais, abrirá a possibilidade de se consolidar e ampliar a experiência iniciada e possibilitará o cumprimento adequado da missão que compete aos Grupos de Planejamento em cada um dos setores em que se desdobra a ação administrativa da União. (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992: 209)*

De acordo com os Anais da 3ª CNS, a descentralização dos serviços médicos sanitários seria um meio, um caminho a seguir, para uma política de saúde mais adequada à realidade nacional. Tal iniciativa se respaldava nas particularidades locais, tendo em vista as endemias típicas em cada região e os diferentes níveis de desenvolvimento econômico, prevendo a articulação das ações em seus diversos níveis: municipal, estadual e federal.

A 3ª Conferência representou um esforço para a construção de um Plano Nacional de Saúde e de um planejamento em longo prazo para o setor, o qual deveria ser formulado a partir das discussões e deliberações do encontro. O grande objetivo do quarto item do temário, “Fixação de um Plano Nacional de Saúde”, e da conferência como um todo, era a institucionalização de um sistema de planejamento nacional no campo da saúde.

Como resultado da 3ª Conferência Nacional de Saúde, foram estabelecidas metas globais e setoriais, a serem seguidas pelas unidades de planejamento de saúde federal, estaduais e municipais. As metas globais contemplavam os itens: mortalidade geral, mortalidade infantil e esperança de vida. Já as metas setoriais voltavam-se para doenças transmissíveis, não transmissíveis, saúde materno-infantil, saneamento básico, formação de pessoal, pesquisas, nutrição e assistência-médica. Neste grupo, foram destacadas “metas

preferenciais”, que incluíam a promoção, a ampliação e a instalação de indústrias nacionais para a produção de inseticidas de ação residual, tidos como essenciais às campanhas profiláticas.

Ao final do encontro, entre as recomendações gerais da 3ª CNS, foi proposto que, na segunda quinzena de junho de 1964, os grupos de planejamento dos estados e municípios, que deveriam se formar, se reunissem no Rio de Janeiro, entre agosto e novembro do mesmo ano, já de posse de dados atualizados para uma segunda etapa na elaboração do Plano Nacional de Saúde. Fato que não chegou a ocorrer devido ao golpe de 1964.

### **Considerações finais**

É necessário levar-se em conta o cenário político-social em que a proposta de um Plano Nacional de Saúde foi apresentada. Em primeiro lugar, a trajetória do movimento trabalhista, principalmente a partir de 1945, quando foi criado o PTB. De acordo com Lucília de Almeida Neves, embora houvesse diferentes correntes no interior do partido, “*havia um eixo, uma estrutura dorsal nacionalista, distributivista e desenvolvimentista*, que fez com que o trabalhismo se constituísse, inegavelmente, em um projeto para o país”. Com Goulart na presidência, correntes do PTB, ainda que distintas, amalgamam-se em uma prática político-partidária defensora de medidas que se traduziram nas ideias de soberania nacional, estatismo, reformismo e justiça social (NEVES, 20013: 177. Grifos da autora.).

Em segundo lugar, o protagonismo da classe trabalhadora, enquanto sujeito do processo histórico. Uma tradição forjada ao longo de décadas, e que tanto incomodava as elites, a tradição trabalhista, caracterizada por um programa nacionalista, estatista e popular. “A partir de 1962, os movimentos sociais populares foram num crescendo. As greves não se limitavam a formular demandas econômicas, mas intervinham, ou ameaçavam intervir no processo político (...). Da tradição trabalhista, faziam parte as lutas sociais reformistas (...)”. (REIS FILHO, 2013: 336 e 345).

Os movimentos sociais pressionavam por reformas, as quais, já em fins de 1963, foram assumidas por Jango. A política de saúde pretendida pelo governo João Goulart deve ser compreendida em tal contexto. Cumpriria um papel de “valorização do homem brasileiro e de sua integração na comunidade nacional”. As questões sanitárias constituíam “temas de grande atualidade” e “um problema de superestrutura”, porque decorrente das condições econômicas e sociais, tornando-se necessários programas que beneficiassem às camadas da

população que não podiam pagar, com recursos próprios, por serviços de saúde (GOULART, 1964: XXIII; FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992: 24-27).

Na conjuntura delineada durante o governo João Goulart, a ascensão dos movimentos sociais recolocou a necessidade de reformas, o que incluía também o setor saúde. O planejamento e a elaboração de um Plano Nacional de Saúde, a partir da análise da situação sanitária da população brasileira, elegeu a tese da municipalização dos serviços como cerne da nova política tendo, na incorporação dos municípios em uma rede básica de serviços médico-sanitários, medida indispensável para a melhoria das condições de vida da população.

### **Bibliografia citada**

BODSTEIN, R. C. A. (Coord.). *História e saúde pública: A política de controle do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1987. (Coleção memória e Saúde pública).

D'AGUIAR, R. F. A história de um plano. In: D'AGUIAR, R. F. (Org.) *O Plano Trienal e o Ministério do Planejamento*. Rio de Janeiro: Contraponto: Centro Internacional Celso Furtado, 2011. (Arquivos Celso Furtado, v. 4).

DE SOUZA, N. P. C. *A 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963): antecedentes para um sistema nacional de saúde público e descentralizado*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2014. (Dissertação de Mestrado).

FAUSTO, B. *História concisa do Brasil*. São Paulo: Edusp, 2001.

FERREIRA, J. *A democracia no Brasil (1945-1964)*. CAPELLATO, M. H. & PRADO, M. L. (Coords.). São Paulo: Atual, 2005. (Coleção Discutindo a História do Brasil).

FERREIRA, J. *João Goulart – uma biografia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

FERREIRA, J. O nome e a coisa: o populismo na política brasileira. In: FERREIRA, J. (Org.). *O populismo e sua história: debate e crítica*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. (p. 60-124).

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

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI. Conferência Nacional de Saúde, 3ª, 1963. *Anais...* Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3\\_CNS\\_anais.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3_CNS_anais.pdf)>. Acesso em: 13/04/2015.

FURTADO, C. Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social (1962). In: D'AGUIAR, R. F. (Org.). *O Plano Trienal e o Ministério do Planejamento*. Rio de Janeiro: Contraponto: Centro Internacional Celso Furtado, 2011. (Arquivos Celso Furtado, v. 4).

GOULART, J. Discurso do presidente da República na sessão inaugural da 3ª Conferência Nacional de Saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 3ª, 1963. *Anais...* Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992. Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3\\_CNS\\_anais.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3_CNS_anais.pdf)>. Acesso em: 13/04/2015.

GOULART, J. *Mensagem ao Congresso Nacional*. Brasília, 1964. Presidência da República. Casa Civil. Secretaria de Administração. Diretoria de Gestão de Pessoas. Coordenação Geral de Documentação e Informação.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Taxa de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos – Brasil – 2000 a 20015*. IBGE: Projeção da População Brasileira, 2013. Disponível em:  
<<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>>. Acesso em 13/04/2015.

MONIZ BANDEIRA, L. A. *O governo João Goulart: as lutas sociais no Brasil (1961-1964)*. 8ª ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

NEVES, L. de A. Trabalhismo, nacionalismo e desenvolvimentismo: um projeto para o Brasil (1945-1964). In: FERREIRA, J. (Org.). *O populismo e sua história: debate e crítica*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. (p. 169-203).

REIS FILHO, D. A. O colapso do colapso do populismo ou a propósito de uma herança maldita. In: FERREIRA, J. (Org.). *O populismo e sua história: debate e crítica*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. (p.319-377).

SKIDMORE, T. *Brasil: de Getúlio Vargas a Castelo Branco (1930-1964)*. Tradução de Ismênia Tunes Dabtas. 7ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.