

## Sentidos Políticos da Saúde Pública no Brasil do Século XX e nos Projetos da 6ª Conferência Nacional de Saúde

*Political Public Health means in Brazil of the Twentieth Century and the 6th National Conference on Health Projects*

*Priscila Vitalino Severo Pais*

*Mestranda em História pela  
Universidade Federal de São Paulo  
priscila11.pais@gmail.com*

**Resumo:** O presente artigo propõe historicizar a estrutura dos serviços de saúde pública prestados no Brasil no século XX, analisando suas transformações e seus sentidos políticos, por meio dos escritos dos Anais das Conferências Nacionais de Saúde, particularmente da 6ª edição realizada no ano de 1977. Perscrutam-se os projetos apresentados durante o evento, suas intenções e as teorias médicas que fundamentaram os debates, e também se dedica a discutir a relevância das Conferências Nacionais para o setor saúde e suas funções político-sociais. Dessa forma, busca compreender os espaços de discussões sobre saúde no Brasil da década de 1970, tal como os espaços políticos dessas problemáticas no contexto da abertura democrática e como área de atuação social e de busca por manifestação de oposições.

**Palavras-chave:** Saúde Pública, Conferências Nacionais de Saúde, Medicina Previdenciária.

**Abstract:** This article proposes historicizing the structure of public health services in Brazil in the twentieth century, analyzing its transformations and its political means, through the writings of the Anais das Conferências Nacionais de Saúde, particularly the 6th edition held in 1977. So, examines the projects presented during the event, their intentions and the medical theories that underlie their discussions, also dedicated to discussing the relevance of Conferências Nacionais for the health sector and its political and social functions. Thus, seeks to understand the health discussions spaces in Brazil in 1970 decade as political spaces of these issues in the context of the democratic opening and as an area of social action and search for expressions of opposition.

**Keywords:** Public Health, National Health Conferences, Social Security Medicine.

## Saúde Pública: relevância e historiografia

Perscrutando a bibliografia a respeito da saúde pública no Brasil podemos reiterar a percepção expressa em “Saúde e Democracia” (LIMA, FONSECA & HOCHMAN, 2005) sobre o número limitado de estudos a respeito do processo histórico de construção do sistema de atenção à saúde enquanto política pública. O que temos, em maioria, são estudos dedicados a alguns objetos específicos, sejam eles eventos, instituições ou fontes de ordens variadas, destacados em alguns círculos de estudos onde são considerados marcos. Em alguns ainda, as questões sobre saúde pública são abordadas enquanto chave complementar para a compreensão de uma problemática inserida em outra esfera de interesses, sem constituir seu objeto em si. Com isso, temos uma série de trabalhos que abordam questões referentes a saúde pública, mas que acabam por não esmiuçar de forma densa as redes de serviços existentes, suas formas e construção, assim como seus significados político-sociais e o que esse processo explicita a respeito da formação do Estado brasileiro e das relações estabelecidas entre esse e a sociedade.

No caso da historiografia, os recortes construídos sobre essa temática privilegiam os últimos anos do século XIX e a primeira metade do século XX, tendo alguns eventos específicos como foco. Por exemplo, existe um número consistente de pesquisas que tratam do contexto da Primeira República a partir das reformas estruturais urbanas executadas nas grandes cidades e nos principais portos, particularmente o do Rio de Janeiro e de Santos, fala-se de urbanismo, de distribuição dos espaços e hierarquização social e de sanitarismo. Também há os estudos sobre a Revolta de Vacina e o isolamento das camadas populares dos espaços urbanos, tal como é o caso dos emblemáticos livros “A Revolta da Vacina: Mentis Insanas em Corpora Rebeldes” de Nicolau Sevcenko (2010) e “Cidade Febril: Cortiços e Epidemias na Corte Imperial” de Sidney Chalhoub (1996), ambos fundamentais para formação desse campo de estudos no Brasil. Essas obras concentram seus esforços na análise e mapeamento das políticas sanitárias no Brasil da chamada Belle Époque, abordando sua idealização e implementação pelas autoridades científicas e políticas, assim como seus significados sociais, dialogando com as relações de poder instituídas na sociedade e a formação dos espaços urbanos. Os dois autores também refletem sobre as implicações dessas ações sobre a vida das camadas populares e as consequências que tiveram sobre as relações

dessa população com as camadas dominantes e sobre a percepção que formaram a respeito das ações estatais.

Essas obras puderam esmiuçar a noção de “missão civilizadora” atribuída à saúde no Brasil do início do século XX, fortemente atrelada ao pensamento sanitarista e à utilização dos conhecimentos da área para melhorias nas áreas essenciais da economia. Assim, a saúde passou a figurar como elemento do embate ideológico entre o que seriam “civilização” e “barbárie”, pautando as ações autoritárias do governo. Como nos lembra Claudio Bertolli Filho, muitos estudiosos da época acreditavam que as doenças que assolavam a população eram as responsáveis pela pobreza. Sendo que o maior ícone dessa teoria foi o personagem Jeca Tatu de Monteiro Lobato que se tornou símbolo do caboclo brasileiro (BERTOLLI, 2008: 22). Em decorrência dessa característica fortemente autoritária atrelada ao pensamento da saúde pública do período, um número consistente de estudos a respeito do tema no Brasil teve forte influência nas teorias elaboradas por Michael Foucault, principalmente em suas clássicas obras *O Nascimento da Clínica* (2004) e *Microfísica do Poder* (2002). Isso resulta no enfoque dado à Saúde Pública como meio de “controle social” mobilizado por Estados cujo modo de governança está alçado sobre o autoritarismo, excluindo as classes trabalhadoras dos processos de deliberação da vida política.

146

Contudo, a situação do setor saúde passou por profundas mudanças no transcorrer do século XX, principalmente no que diz respeito às perspectivas da sociedade em relação às suas funções e significados sociais, o que permitiu que outras noções fossem associadas ao setor, não só o autoritarismo. Com o avançar da industrialização e o crescimento da demografia urbana, a partir da década de 1940, os serviços de saúde passaram a ter relevância acentuada para a população como uma forma de adquirir não apenas boas condições de vida, mas de, efetivamente, preservar sua integridade física (BRAGA & PAULA, 1981; POSSAS, 1981). Ou seja, começou-se um processo de mudanças das relações estabelecidas entre a sociedade, principalmente as classes trabalhadores, e as ações de saúde pública, nas quais essas não mais eram entendidas como uma expressão autoritária do Estado sobre suas vidas, criminalizando suas formas de sociabilização, mas como um conjunto de ações e serviços que poderiam usar e se apropriar para o próprio bem. É em meio a esse contexto que a sociedade brasileira se encontra ainda nos dias de hoje, tal como pode-se ver nos resultados de uma pesquisa realizada pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde em 2002. Nela foi apontado que 90% da população brasileira era usuária dos

serviços públicos de saúde, e que 24,2% da população apontava, espontaneamente, a saúde como o principal problema que enfrentava cotidianamente. O setor vinha na frente, por exemplo, de preocupações com desemprego, que somou 22,8% das alusões, e da violência, apontada por 15,9% dos entrevistados (BRASIL, 2003: 12-14).

Assim, questões referentes ao setor saúde figuram como um dos temas prioritários no debate público brasileiro atual, centrando-se no Sistema Único de Saúde, o SUS, e seu funcionamento. Sempre figurando por entre planos de ação do executivo e de mobilizações sociais, a saúde representa não apenas um setor de primeira necessidade social, mas um campo representativo da dinâmica política vigente, assim como de suas concepções de democracia e cidadania no século XXI. O setor adquiriu tal relevância social que foi incluído no texto da Constituição de 1988 como um dever do Estado para com sua população e um direito universal dos cidadãos, o que gerou uma das mais profundas transformações estruturais e de princípios na área de políticas públicas do país, considerada por cientistas sociais como a maior reforma social já feita no Brasil (GERSCHMAN, 1995). Esta foi a consolidação do SUS por meio da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde de 1990 (BRASIL, 1990), que estabeleceu as diretrizes de funcionamento e a regulamentação do recém-criado sistema nacional de saúde, que reuniu em si as atribuições da assistência médica individual e as atividades preventivas da saúde pública, possuindo também espaço de ação em áreas diretamente relacionadas ao setor como o saneamento básico. Ou seja, o sistema tem responsabilidades sobre as dimensões individual e coletiva, curativa e preventiva, no cuidado com as pessoas. Essas transformações foram de grande importância na época de sua outorga jurídica e assim permanecem até hoje, pois acarretaram em um grande processo de inclusão social a partir da universalização dos serviços, princípio que determina que todos os brasileiros têm direito ao acesso às agências de saúde estatais. Antes da Constituinte apenas aqueles contribuía para a Previdência Social, poderiam ter acesso esses serviços (POSSAS, 1981; FLEURY & OLIVEIRA, 1986; PAIM, 2009), pois a saúde era entendida como um benefício, uma concessão feita por um contratante ao seu contratado. Aos não registrados restava a misericórdia das entidades filantrópicas. Houve então, profundas mudanças em seu entendimento social.

No entanto, essas mudanças ainda não foram suficientemente esmiuçadas na historiografia brasileira sobre saúde pública, tendo em vista que a maioria dos pesquisadores que se voltam para o tema são cientistas sociais, sanitaristas e outros profissionais da área médica. Pouco se tem escrito sobre o tema na segunda metade do

século XX, no qual se desenvolveram importantes acontecimentos do processo de movimentação sócio-política que permitiu o advento de tão relevante reforma social. Mesmo que as contribuições realizadas por historiadores, ou por pesquisadores de outros campos voltados para questões históricas, tenha aumentado nos últimos anos e a temática tenha se institucionalizado dentro de universidades e agências de pesquisa, ainda é preciso avolumar os estudos nesses recortes pouco tradicionais. A impressão que se forma ao efetuar levantamentos bibliográficos sobre saúde pública no Brasil é que ainda existe uma lacuna na produção científica associada a essa problemática. Contudo, a relevância social do SUS e das questões sobre saúde pública no debate político atual, para aprovação ou desaprovação, expressa a importância e a necessidade em se realizar pesquisas que contemplem essa vertente das políticas públicas, auxiliando em sua compreensão, não apenas no que diz respeito ao seu financiamento conjuntural, mas também em seus processos de construção histórica.

### **A estrutura de serviços de saúde no Brasil antes do SUS**

**148**

A medicina foi constituída historicamente como uma atividade liberal, em que um profissional é contratado por um particular para lhe prestar serviços terapêuticos específicos para sua moléstia. Não havia uma agência governamental para regulamentar e organizar suas atividades, ou mesmo verificar as necessidades da população gerando referências à prestação desses serviços. A medicina era praticada no âmbito privado e assim, dependia da capacidade monetária do paciente e de sua família para contratar a terapêutica. Ou seja, era um tipo de serviço praticamente inacessível para as classes trabalhadoras e amplos setores da sociedade brasileira. O atendimento aos pobres se constituiu no Brasil por meio da filantropia com a ação destacada das Santas Casas de Misericórdia, apoiadas na lógica da caridade cristã de socorro aos necessitados. Instituições tradicionais em Portugal desde o século XV, as primeiras Misericórdias foram implantadas no Brasil no século XVI por meio de doações feitas pelas elites e por verbas públicas, sempre associadas a ações da Igreja (BERTOLLI, 2008).

Para lastrear a formação das primeiras redes de serviços médicos acessíveis à grupos de trabalhadores sem recorrer à lógica da filantropia, é necessário revisitar as primeiras décadas do século XX, já na Primeira República. Ali observa-se o estabelecimento das primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões na década de 1920,

fundos financeiros formados por corporações de trabalhadores como meio de garantir auxílio aos seus associados em situações adversas (BERTOLLI, 2008; FONSECA, 2007), fornecendo-lhe o pagamento dos suportes necessários. Os objetivos desses fundos então poderiam ser vários e entre eles, estavam o custeio de serviços médicos para os doentes. As Caixas de Aposentadorias foram reunidas e regulamentadas sob a Lei Elói Chaves de 1923 (BERTOLLI, 2008: 32-34), que iniciou o processo de institucionalização estatal dessas associações de trabalhadores que posteriormente, já durante o governo de Getúlio Vargas, foram agregadas a órgãos governamentais de ordenação trabalhistas. Formaram-se então, os “Institutos de Aposentadorias e Pensões” que passaram a oferecer serviços cada vez mais variados e complexos. Acompanharam assim, as relações de trabalho que também se complexificaram, refletindo uma sociedade cada vez mais urbana e industrial. Durante esse processo, essas instituições começaram a oferecer mais comumente, além das nominais “aposentadorias e pensões”, serviços de assistência médica individual (POSSAS, 1981; FLEURY & OLIVEIRA, 1986). Esses serviços permitiram a manutenção do carácter liberal da atividade médica e possibilitaram a consolidação da procura por esses serviços, tornando-os cada vez mais requisitados. A diferença é que, cada vez mais, o contratante passou a ser não mais o paciente, mas a associação profissional que o representava. Da mesma forma, os acordos passaram a ser celebrados não apenas no momento de doença dos associados, mas como um convênio em que os profissionais médicos se comprometiam a prestar atendimentos individuais aos membros do grupo contratante por meio de pagamentos previamente acordados.

A perspectiva vigente sobre saúde até então, era a do benefício. Era a continuação da lógica de contratação particular. Se antes a questão era se o indivíduo podia contratar serviços médicos, com as Caixas, a questão passou a ser a capacidade de organização dos trabalhadores em associações suficientemente fortes a ponto de contratar serviços médicos para seus membros através de convênios. O que também significa que não eram todos os trabalhadores que conseguiam formar associações suficientemente fortes para realizarem essas contratações, que tinham altos custos. Afinal, a força dessas associações decorria do reconhecimento social subjetivo que sua atividade profissional lhes conferia. O clássico exemplo é o dos trabalhadores das estradas de ferro de São Paulo, organizados em uma associação forte, socialmente reconhecida em sua importância social e monetarizada (BERTOLLI, 2008: 33). A Lei Elói Chaves regulamentou esse modelo de organização trabalhista já sob orientação do

Estado, instituindo que esses fundos seriam mantidos a partir da arrecadação não paritária entre os trabalhadores, que contribuíam com 3% dos seus salários mensais, e a empresa, que distendia 1% de sua renda bruta (BRAGA & PAULA, 1981: 49).

A diferença entre as CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões) e os IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) não está no modelo de funcionamento e sim em suas divisões ordenadoras e em sua natureza jurídica. Os Institutos eram ordenados por categoriais profissionais, já as Caixas eram organizadas por empresa; as Caixas eram classificadas juridicamente como “sociedades civis”, já os Institutos foram constituídos como autarquias, o que significou maior controle do Estado (BRAGA & PAULA, 1981: 65-66). O que os IAPs possibilitaram, então, foi a extensão desse modelo para um maior número de trabalhadores, englobando profissionais de pequenas empresas que antes não tinham tido condições de formar sua CAP, e também a várias outras categorias de trabalho já reconhecidas e regulamentadas pelas Leis Trabalhistas outorgadas a partir da década de 1930.

Essa preocupação com a extensão em si, mostra que o entendimento social quanto a saúde começava a mudar, figurando agora como uma preocupação de cunho sociopolítico para o Estado, que precisava aumentar suas bases de sustentação política, e também para as populações trabalhadoras, cada vez mais vulneráveis pelas jornadas de trabalho. A saúde assim deixava os círculos restritos da vida privada e começava a prefigurar entre as pautas do poder (BRAGA & PAULA, 1981: 47-51). No entanto, apesar dessa expansão ter sido significativa, ela não foi ampla o suficiente para alcançar toda a população, ou mesmo toda a população trabalhadora do país. Ela apresentou os mesmos limites que as leis trabalhistas de 1930, ficando restrita aos profissionais regulamentados de círculos urbanos. A saúde então continuou a figurar como um benefício concedido aos trabalhadores registrados.

A partir dos anos 1930 então, a saúde foi inserida na lógica do trabalho e, portanto, da Previdência. Ou pelo menos assim o foi com os atendimentos individuais, centrados nos processos de cura, e deixando em segundo plano os aspectos preventivos e sanitários das atividades de saúde. O conceito médico de “saúde” à época, em si, também favorecia esse movimento, pois implicava apenas na ausência de doença. Ou seja, não incluía em seus fundamentos preocupações amplas com o bem-estar e integridade das pessoas (ESCOREL, 1998; PAIM, 2008). O foco da ação médica não era a “pessoa”, era a doença, relegando o doente a posição passiva de “paciente”,

incapaz de agir e falar sobre o próprio corpo e, portanto, entregue a ação da autoridade científica instituída.

Essa estreita proximidade com as relações de trabalho teve efeitos sobre a forma de organização das ações e serviços de saúde na sua divisão em atribuições junto aos ministérios da federação. Os serviços médicos individualizados, como assunto de trabalho, ficaram a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social, enquanto as ações de saúde de carácter coletivizado voltadas para prevenção, relacionadas ao sanitarismo, ao controle de endemias e profilaxia, foram postos sob os cuidados do Ministério da Saúde. Assim, formaram-se duas vertentes na estrutura do que então, era o sistema de saúde existente no Brasil, que o tipificaram até a criação do SUS. A primeira era seu carácter previdenciário, aqui descrito.

Os IAPs foram substituídos apenas em 1967, quando houve a montagem do INPS, o Instituto Nacional da Previdência Social (BRAGA & PAULA, 1981: 66), que por sua vez foi sucedido pelo INAMPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social em 1974, nas atribuições de prover financeiramente os atendimentos médicos individuais. O INAMPS, na verdade, foi um desmembramento do INPS, formando um órgão público responsável unicamente pela assistência médica individual. Já INPS seria responsável pelos serviços de estritamente previdenciários, destinados a compor a renda familiar dos trabalhadores contribuintes, o que abrangia as aposentadorias e os benefícios assistenciais, como as pensões por acidente e atividades reeducativas (BRAGA & PAULA, 1981: 195-213). Ou seja, o INPS executava as atribuições atualmente a cargo do INSS, que o substituiu em 1990, após a abertura democrática. Assim, houve mais duas instituições responsáveis por oferecer serviços médicos aos trabalhadores previdenciários nos 23 anos entre a extinção dos IAPs e a fundação do SUS, e ambas mantiveram o mesmo modelo de proteção social previdenciário na estruturação dos serviços de saúde então vigentes, destinados unicamente aos trabalhadores registrados e, portanto, contribuintes do sistema.

A segunda característica que tipificou o sistema brasileiro até os anos 1990 foi a formação da dicotomia entre a assistência individualizada e as ações coletivas de cunho preventivo, devido à separação entre os dois tipos de atividade em atribuições ministeriais distintas, tal como aludido acima. Dicotomia emblemática, pois pautou todo o funcionamento e elaboração de políticas do setor, até a unificação de ambas as atribuições com o SUS sob a responsabilidade do Ministério da Saúde. Devido a essa separação, a assistência individual e as ações coletivas muito pouco se comunicavam, o

que gerou antagonismos profundos entre as concepções curativas e preventivas nas ações médicas, resultando em uma série de problemas de ordem institucional expressos no aumento da complexidade dos serviços e ações de saúde. Afinal, não havia planos de ação conjuntas e a maior parte dos investimentos governamentais sempre foram mais destinados ao funcionamento da previdência, que mobilizava uma maior visibilidade política devido às suas contribuições e ao carácter imediato da repercussão de suas ações, as ações preventivas, como sempre, em segundo plano (PAIM, 2008; BRAGA & PAULA, 1981; ESCOREL, 1998).

As consequências do estabelecimento dessa estrutura foram a exclusão de grandes parcelas da população dos serviços de saúde e uma crônica insuficiência da estrutura, que não conseguia reverter seus investimentos e esforços em índices de saúde suficientes para que o Brasil fosse considerado um país saudável. Havia falta de planos e ações de larga escala, que pudessem enfrentar o quadro epidemiológico do país, devido à sua própria fragmentação. Essa situação foi se agravando sistematicamente durante os anos devidos aos problemas internos do setor e sua política de financiamentos, assim como devido ao crescente encarecimento dos cuidados em saúde, cada vez mais atrelados a custosos desenvolvimentos tecnológicos. Todas as mudanças institucionais realizadas na estrutura do setor, desde a instituição dos IAPs até a do INAMPS, foram realizadas em busca da resolução desses problemas, propondo um melhor ajustamento entre os recursos disponíveis, suas formas de aplicação e os índices de doenças e morbidades existente no país. Contudo, essas mudanças nunca foram suficientes, pois os problemas se encontravam no próprio âmago da estrutura do setor.

O atrelamento do setor ao âmbito do trabalho também fazia dele particularmente sensível aos quadros econômicos em geral, e aos níveis de empregabilidade da população em particular. Assim, uma estrutura que já era insuficiente encontrava-se progressivamente fragilizada por situações econômicas adversas, que forçavam medidas em prol de sua estabilização, que, no entanto, nunca resolviam o âmago de suas contradições. O setor saúde, então, era um reflexo direto do próprio sistema capitalista, sendo por ele conformado e para ele contribuindo, por meio não só dos custos da terapêutica e do mercado que a atividade médica criava, mas por seu papel na manutenção da força de trabalho de um país (BRAGA & PAULA, 1981). Assim, quando o Brasil se encontrou em meio ao que foi considerada uma das maiores crises econômicas do país no século XX, o setor saúde viu-se à beira do colapso. Esse foi o contexto deflagrado após o fim do “Milagre Econômico” (ESCOREL, NASCIMENTO

& EDLER, 2005: 60) da década de 1970, quando se estancou o crescimento dos índices de econômicos nacionais, causando o aprofundamento de problemas sociais que se desenhavam desde o golpe de 1964.

A instituição da ditadura militar é o grande trauma do Brasil contemporâneo, tendo sido um momento de fortíssimo autoritarismo da história do país, marcado pelo uso sistematizado da violência, pelo terrorismo de Estado e também, pelo estabelecimento de uma política econômica concentradora de renda no país. Assim, iniciou-se um círculo de aquecimento econômico singular na história do país, com forte crescimento do PIB que, no entanto, pouco beneficiou a população. Com o retrocesso das liberdades políticas do país a partir do fechamento paulatino dos espaços democráticos, os militares conseguiram maior margem para aumentar a pressão sobre os trabalhadores que se viram obrigados a aumentar a produtividade em meio a um forte crescimento na rotatividade dos trabalhadores e da exploração (FLEURY, 1988: 41). Quando as formas de produção de índices econômicos fundamentados no capitalismo financeiro e no aumento da industrialização custeada por meio de endividamento externo acabou, o que restou foi mais da metade da população vivendo em condições de pobreza.

Apesar de todo o crescimento propagandeado, não houve melhorias nos sistemas de apoio social (FLEURY, 1988: 43-44) e a situação do setor saúde é uma expressão disso. O desmembramento do INAMPS, não trouxe regulamentação às contas do setor, apenas explicitou suas insuficiências e problemas. A crise econômica alargou a faixa demográfica dos excluídos do sistema de saúde, tanto pela limitação de recursos para investimento, quanto pelo não atendimento aos trabalhadores que passaram a avolumar as crescentes filas de desempregados, num fenômeno que se avolumou até alcançar o seu ápice na década de 1980. Essa exclusão, por sua vez, significava a fragilização das condições de vida das populações pobres que, além de privadas do atendimento médicos previdenciário, ainda se encontravam em situação de maior vulnerabilidade em decorrência de condições sanitárias precárias, principalmente nas regiões rurais, e ações preventivas de alcance limitado (PAIM, 2008; BERTOLLI, 2008). O que restava àqueles que não podiam custear seus tratamentos por meio de contratações particulares ou, por quaisquer motivos, não conseguiam manter um emprego registrado, que possibilitava sua contribuição para a previdência, era recorrer às instituições filantrópicas.

## A crise da ditadura militar e a saúde pública como frente estratégica

Se em meados do século XX estava formada uma nova conjuntura em que os serviços de saúde passaram a ser demandados pela população e não apenas impostos pelo Estado, na década de 1970 havia a constatação de uma crise socioeconômica de grande potencial político, na qual o setor saúde adquiriu caráter prioritário por poder amenizar, ao menos, as difíceis condições de vida das populações. A questão passou a ser, então, a necessidade de elaborar mudanças suficientemente significativas para aplacar os problemas sistêmicos do setor. Afinal, a crise econômica ao mesmo tempo que explicitou as limitações do sistema previdenciário, também catalizou a sua ineficiência. (ESCOREL, 1998; PAIM, 2008; GERSCHMAN, 1995) A população que já experienciava o empobrecimento e a precarização de suas condições de vida, encontrava-se ainda mais vulnerável pela falta de acesso aos serviços de saúde. Assim, formou-se um contexto de descontentamento generalizado da população para com a governança, que os militares não poderiam dissuadir pelo simples emprego da violência. A situação agravou-se tanto que os militares tiveram que reconhecê-la e tomar medidas que fossem além da repressão sobre a oposição política. Era necessário que houvesse mudanças de políticas públicas, em que o Estado fosse para além de sua regulamentação do aparelho existente e assumisse uma postura mais ativa no sentido de resguardar as populações do desamparo.

154

O descontentamento social também fomentou a mobilização de grupos de oposições, que se organizaram em movimentos sociais de estratos sociais diversos, buscando meios de expressar sua insatisfação e reivindicar políticas que promovessem melhorias em suas condições de vida, apresentando-as como um dever do Estado para com seus cidadãos (SADER, 2010). Podemos citar como exemplo os movimentos contra a carestia, o surgimento do chamado Novo Sindicalismo, que teve seus marcos nas greves realizadas em 1978 e 1979 e durante a década de 1980, os movimentos de trabalhadores organizados no campo, resultando na formação do Movimento Sem Terra, e mesmo o papel exercido pelo MDB como partido de oposição única, que teve como marco sua atuação nas eleições parlamentares de 1974 e 1978. E dentre esses, também houve a formação dos movimentos de saúde contando com a participação de profissionais da área, organizados no que ficou conhecido como “Movimento Sanitário”, e também dos usuários que se organizavam nos Movimentos Populares de

Saúde (SCOREL, 1998; GERSCHMAN, 1995), garantindo às reivindicações em saúde importante representatividade.

Quanto mais os movimentos sociais ampliavam sua área de influência e fortaleciam sua militância, maior se tornava sua percepção de que havia uma condição intrínseca para a expressão de suas reivindicações, suas negociações e, principalmente, para a concretização de seus ideais: democracia (PAIM, 2008). Assim, adquiriram um forte carácter democrático que passou a delinear a resistência ao governo autoritário, partindo de vários setores da sociedade civil (LAVRAS; PRIETO; CONTADOR, 2007). Esse período se constituiu, nas palavras de Silva Gerschman, em “um momento *sui-generis*” (1995, 52) na história política brasileira porque esses vários movimentos conseguiram formar uma ampla e pacífica frente de resistência ao autoritarismo governamental (LAVRAS, PRIETO & CONTADOR, 2007: 17). A atuação desses movimentos mostra que apesar de toda a repressão, a sociedade não deixou de buscar meios de organização (SADER, 2010), assim como desnuda um aspecto fundamental da crise do pós-milagre, que foi para além da economia, adquirindo cunho político: a questão da legitimidade do governo.

Como os recursos financeiros foram drasticamente reduzidos, os militares tinham pouca margem para investimentos e promoção de políticas de qualquer tipo. Com isso, o governo não poderia mais se promover por meio de feitos econômicos, e as contradições resultantes das políticas implementadas até então, dificultavam sua afirmação de outra forma. A legitimidade da ditadura e a viabilidade de seu projeto político passaram a ser fortemente questionadas. Devido a estas circunstâncias profundamente desfavoráveis os militares passaram a procurar novas estratégias que permitissem sua continuidade no poder. Foi então que se voltaram para as políticas sociais, cujas ações tinham potencial de ampla repercussão, devido à sua possibilidade de aplacar os sofrimentos que afligiam a sociedade, lhes fornecendo o amparo que o sistema econômico lhes privava. Assim, as demandas sociais passaram a receber mais atenção do governo militar que iniciou o que ficou conhecido como “resgate da dívida social” (GERSCHMAN, 1995: 41), tendo como marco o anúncio do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) em 1974 (SCOREL, 1998: 42). Neste resgate, como aludido anteriormente, a saúde teve grande destaque, junto de outros setores emblemáticos tal como a educação, infraestrutura e a Previdência propriamente dita. Setores esses, devidamente selecionados pela sua relevância imediata na vida da

população, como parte da estratégia de se restabelecer a legitimidade de governo militar.

A ditadura militar, no entanto, nunca chegou a reconhecer a crise instaurada como resultado de suas políticas, ou mesmo os problemas estruturais de determinados setores públicos, como era o caso emblemático da saúde, evitando a responsabilização do governo. Ao contrário, argumentaram que essas falhas do setor seriam resultantes da baixa capacitação técnica que os quadros administrativos apresentariam (ESCOREL, 1998). A solução para a saúde, então, estaria na contratação de pessoal habilitado que pudesse localizar e solucionar as insuficiências de sua estrutura de serviços a partir de seus conhecimentos técnicos especializados. Atitude que condiz com o pensamento tecnicista vigente nos círculos do governo militar, voltado ao desenvolvimentismo capitalista e fundamentado em argumentos de racionalização traduzidos em contenção de gastos que, em meio à escassez de recursos, foram fortemente reafirmados (FLEURY, 1988; PAIM, 2008: 74). Com isso, o governo iniciou uma busca por propostas que possibilitassem melhorias dos indicadores sociais, principalmente na área de saúde que se encontravam alarmantes na década de 1970, sem que fossem necessários grandes investimentos estatais.

156

Assim, abriram-se cargos em agências do Estado destinados a profissionais com formação específica, o que permitiu a entrada de pessoas que seguiam teorias com premissas bastante diferentes daquelas das forças armadas. Esses especialistas, vindos em sua maioria das universidades (ESCOREL, 1998) seguiam, também em sua maioria, teses vindas da medicina preventiva. Este ramo da medicina vinha ganhando força no Brasil devido ao seu estabelecimento nas escolas médicas por meio da Reforma Universitária de 1968 (ESCOREL, NASCIMENTO & EDLER, 2005: 63), decorrente da difusão que alcançou na América Latina por meio de ações de agência internacionais como a OMS (Organização Mundial de Saúde) e, principalmente, da OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), que estimulavam a aproximação entre as ciências sociais e estudos da área de saúde. As ideias preventivistas tinham um forte componente contestador, de carácter progressista, apresentando uma concepção integral de saúde, que sugeria contemplar o contexto social do qual o indivíduo faz parte e suas experiências como elementos formadores de sua condição de salubridade. Ou seja, suas preocupações vão para além das condições físicas do paciente, voltando-se para suas condições sociais de existência. Também defende a participação comunitária da população junto aos atendimentos, a importância de dar voz aos pacientes e

compreender o meio social em que estavam inseridos, a fim de desfazer a relação de poder estabelecida entre o médico, como autoridade científica instituída, e o paciente (ESCOREL, 1998; PAIM, 2008; GERSCHMAN, 1995). A partir dessas premissas, propunha o estabelecimento de mudanças nas políticas de saúde que possibilitassem a simplificação da estrutura do setor e dos seus serviços, por meio da valorização das medidas preventivas, gerando diminuição de custos. Isso agradava o alto escalão da ditadura pela ideia de executar medidas eficientes com pequenos custos, possibilitando sincronia com seus princípios racionalizadores, fato que também compensava sua proximidade com o pensamento progressista (ESCOREL, 1998; PAIM, 2008; FLEURY, 1988). Desse modo, a aceitação da medicina preventiva pela ditadura deu-se por meio de três bases: o apoio de instituições internacionais renomadas às suas teorias, sua coerência com os princípios de racionalização e seu potencial para a diminuição dos custos dos serviços de saúde.

A incorporação das premissas preventivistas ocorreu através das mudanças nos quadros de funcionários das instituições públicas, realizada como meio de supri-las com especialistas que os militares acreditavam necessários, em maioria advindos do âmbito universitário e formados sob as teorias preventivistas (ESCOREL, 1998: 43). E esses profissionais, por sua vez, passaram a encampar propostas fundamentados nestas mesmas teorias. Ou seja, a própria ditadura militar criou espaços para a ação e organização de progressistas, admitindo em suas instituições funcionários que não reproduziam a ordem dominante, mas procuravam alterá-la. Assim, projetos alternativos começaram a ser desenvolvidos pelo próprio Estado ou com seu estímulo a agências de carácter diversos, como as universidades. E a partir do momento que os progressistas conseguiam se apropriar destes espaços, o esforço passava a ser voltado para sua ampliação e fortalecimento. É o que Jairnilson Paim (2008) chama de “guerra de posições”. A ocupação desses espaços foi umas das mais importantes participações do Movimento Sanitário, conformando muitas estratégias de ação, assim como seu papel enquanto oposição ao governo militar e agentes de transformações do setor saúde no século XX. E nisso contavam com o apoio e a pressão exercida pelos Movimentos Populares de Saúde, que também exerceram papel fundamental nesse processo dando visibilidade para as demandas populacionais.

Contudo, esse movimento não chegou a resultar na formação de um grupo político fechado, com atuação explícita. Formou sim, um agrupamento de pessoas de ideologia semelhante, agindo pelas possibilidades nascidas nas circunstâncias. Mesmo a

identificação dessas pessoas era feita enquanto “adeptos da medicina preventiva” ou por sua atuação em agências associadas a essas teses, como eram as universidades. Dessa forma, foram grupos que não tiveram processo formativo único, mas gradual, iniciando sua atuação com medidas discretas, sem obter sucessos plenos e imediatos, mas cumulativos. Afinal, sua atuação precisava ser discreta por conta da perseguição política (SCOREL, 1998), e por isso a importância de legitimá-la enquanto autoridade científica por meio dos interesses técnicos do governo.

Só posteriormente, com o avanço da década de 1980 e o eminente desgaste da ditadura militar, começaram a se formar grupos de atuação política mais explícita e delimitada. Não foi formado um partido político, mas foram criadas associações corporativistas, movimentos populares, conglomerados de intelectuais e outros grupos de organização semelhante, assim como diversas instituições que passaram a ser identificadas com ideais de democratização da saúde. Assim, passaram a integrar o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2008; GERSCHMAN, 1995; FLEURY, 1988), denominação usada não somente para indicar o grupo de atores sociais, mas todo o processo histórico de democratização do sistema de saúde, com suas reformas estruturais e ideais de universalização, que atingiram o ápice na Constituinte em 1988 e na promulgação do SUS em 1990.

158

### **As Conferências Nacionais de Saúde como fontes históricas e a edição de 1977**

Uma forma de compreender o desenvolvimento desse processo, observando o papel desempenhado pelos adeptos da medicina preventiva e as propostas que apresentaram para reforma do setor, é através da análise das Conferências Nacionais de Saúde. Elas também possibilitam a análise das transformações nos significados sociais da saúde e o acompanhamento das contestações ao governo militar, desencadeando na construção do SUS. As Conferências são encontros instituídos por lei como obrigação da União desde o ano de 1937, no então governo de Getúlio Vargas. No mesmo texto em que é disposto sobre a formulação da estrutura e diretriz do, então, novo Ministério de Educação e Saúde, em seu Capítulo VI, Art.90, Parágrafo Único, é instituída a realização das Conferências Nacionais de Saúde, assim como das Conferências Nacionais de Educação, ambas a serem convocadas pela Presidência da República com

intervalos máximos de dois anos entre suas realizações (BRASIL, 1937). Dessa forma, tratam-se de encontros organizados pelo executivo nacional com a finalidade de servir como lugar institucional de debates a respeito de questões relevantes à saúde no Brasil. Apesar de não possuírem poderes deliberativos, muitas de suas resoluções tornavam-se normas e instrumentos reguladores que passavam, então, a nortear as ações em saúde no país. O que permite a visualização dos elementos que conformaram o setor durante o século XX, considerando que esses encontros começaram a ser realizados durante os anos 1940 e continuam acontecendo até os dias de hoje, independente do regime político vigente, sempre deixando como registro os Anais dos eventos, produzidos e publicados pelo Ministério da Saúde. Ou seja, por meio da análise dessa documentação é possível perceber quais são as principais problemáticas da saúde pública no Brasil do século XX e quais foram as estratégias e teorias mobilizadas na busca por suas resoluções.

De fato, durante o contexto final da ditadura militar, as Conferências Nacionais também figuraram entre os espaços apropriados pelos progressistas preventivistas, usando-as como importante espaço para institucionalização de suas premissas e projetos democratizantes. Cada conferência possui um ou mais temas centrais esmiuçados durante sua realização, cujas conclusões ficam como referência do encontro. É em torno desses temas que algumas pesquisas recentes foram realizadas, pesquisas de ordem conjuntural que recorrem às Conferências como forma de compreender acontecimentos vinculados ao seu recorte central, selecionando as edições mais próximas de seu objeto de estudo direto, tal como são os estudos de Sarah Escorel (1998) e Jairnilson Paim (2008). Nestes estudos as Conferências que recebem atenção mais detida são aquelas cuja realização foi mais próxima da Constituinte, particularmente suas 8<sup>o</sup> e 7<sup>o</sup> edições. A 8<sup>o</sup>, pelo marco que representou ao permitir a participação de representantes da sociedade civil no evento, o que nunca havia acontecido em nenhuma das edições anteriores, assim como pela sua importância para a institucionalização da proposta da Reforma Sanitária, já que os postulados do encontro foram incorporados ao texto constitucional como princípios fundamentais do SUS (PAIM, 2008: 83-84). Já a 7<sup>o</sup> Conferência é lembrada em função do Prev-Saúde, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, que tinha como objetivo a expansão e aperfeiçoamento da rede de atenção básica sob a autoridade do Ministério da Saúde, possibilitando acesso a populações antes excluídas e sendo, por isso, anunciada com um discurso democrático-social considerado marco no Estado brasileiro (PAIM, 2008: 76). A 5<sup>o</sup> Conferência

também é consideravelmente citada devido ao início das discussões a respeito da formulação de um sistema de saúde de alcance nacional, referenciado em uma parcela consistente das pesquisas que analisam a institucionalidade do setor (ESCOREL & BLOCH, 2005). Por essa breve explanação pode-se perceber que dentre todas as Conferências realizadas durante o período do processo de abertura a menos abordada é a 6ª. Cabe então, questionar o motivo da quietude em relação a este encontro.

Essa Conferência foi realizada em 1977, em meio à crise do pós-milagre anteriormente descrita, quando o fracasso do sistema previdenciário se fazia sentir de forma incisiva. Assim, contempla o momento em que as teses preventivistas começavam a ganhar espaço nos círculos oficiais. Houve quatro temas principais nesta Conferência: controle de endemias, regulamentação jurídica das ações de saúde, interiorização dos serviços de saúde por meio do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e estabelecimento de um sistema de saúde de alcance nacional.

Os registros desse documento atestam a existência de imbricações na estrutura de serviços existentes devido à dicotomia entre a assistência individual e as ações coletivas descrita acima, mostrando os problemas resultantes dessa divisão. No entanto, nenhuma reformulação das atribuições dos dois ministérios, Previdência e Saúde, unificando suas funções, é proposta durante o evento. Contudo, houve o reconhecimento da necessidade de superação desse modelo, se não de forma administrativa, por meio de seu entendimento conceitual, admitindo a necessidade de aproximação entre os dois ministérios em planejamento conjunto. Assim, houve a recomendação de substituir oficialmente o uso dos termos de “medicina preventiva” e “medicina curativa” pela noção de “atenção às necessidades básicas” como um meio de destacar a necessidade de ações integralizadoras, acentuando suas proximidades práticas e correspondendo a uma concepção mais ampla de saúde, tal como postulado no pensamento preventivista.

Da mesma forma, se afirmou a necessidade de expandir o alcance dos serviços, priorizando as ações voltadas à prevenção de modo a estimular a busca da população por essas ações (por exemplo, profilaxia) e, portanto, abrandando as demandas por terapêuticas curativas, a fim de promover a diminuição dos custos do setor. Essa expansão foi debatida principalmente junto do PIASS, programa originalmente desenvolvido como forma de estruturação da rede básica no Nordeste. Assim, ele foi escolhido como modelo para promover a expansão do sistema por todo território

nacional (ESCOREL, 1998: 161), já seguindo o conceito de “atenção básica”, com ampliação de serviços, inclusive de saneamento, a fim proporcionar maior ênfase à prevenção e aos tratamentos simplificados, que focam doenças comuns entre segmentos mais amplos da população, especialmente as camadas populares.

O PIASS foi um programa de grande importância e repercussão positiva, passando a ser a referência central do Prev-Saúde (BRASIL, 1980), maior projeto de expansão anterior ao SUS. Contudo, também era considerado um programa de difícil funcionamento pois necessitava de grandes remanejamentos de recursos financeiros para a ampliação das agências, mas não apenas isso. A meta de se inverter a demanda de serviços era de concretização igualmente difícil (BRASIL, 1977a: 142-150). Isso devido ao conceito de “saúde” como ausência de doença, vigente na época. Assim, toda a assistência privilegiava a cura em detrimento da prevenção, o que afetava os padrões de demanda, tornando maior a busca por medidas curativas. O que era algo considerado natural. Contudo, os custos desses atendimentos eram, e são, altos, muito mais que dos procedimentos de prevenção, tornando inviável a manutenção de todo um sistema fundamentado nesses serviços. Eram necessárias mudanças que adequassem melhor a relação entre demanda, que expressava as doenças que atingiam mais largamente a população e, portanto, conformavam um bloco de ação prioritário, e os recursos disponíveis. Aqui, a preocupação era com a promoção de eficiência nos gastos. Dessa forma, foram feitas propostas administrativas, tais como agilização técnico-administrativa, capacitação de recursos humanos e medidas educativas, visando a viabilização do PIASS (BRASIL, 1977b: TIII 4-6).

Essas propostas estão em diálogo direto com as insuficiências da estrutura de saúde anteriormente descritas, o que permite concluir que representam os momentos iniciais do longo processo de transformações do setor que se acumularam nas reformas apresentadas nas Conferências seguintes e em todo o desenvolvimento do movimento da Reforma Sanitária. No entanto, esta não foi a ocasião de grandes ou profundas mudanças nessa estrutura, seja em suas formulações políticas ou em seu funcionamento. Ou seja, não houve rupturas em relação aos anos anteriores, assim como não houve avanços incisivos tanto na reestruturação do setor saúde, quanto em sua disponibilização de serviços. A inexistência de um fato que possa ser interpretado como “emblemático” ou “definidor” nos permitem a compreensão do silêncio em relação a essa Conferência em específico.

Outro fator que podemos considerar influente é o fato desses encontros constituírem realizações oficiais no contexto de grande autoritarismo da política brasileira. Se sobre as fontes oficiais sempre recai a necessária desconfiança quanto à reprodução do discurso dominante, quanto mais autoritário e repressivo for o Estado que produziu essa documentação, maior a suspeita. Por esse raciocínio, é possível concluir que as fontes produzidas pelo governo militar brasileiro despertam grande hesitação. Contudo, o uso da metodologia de análise adequada possibilita a percepção das tensões e nuances que as fontes resguardam.

Durval Muniz disserta sobre essas questões, afirmando a importância de se investigar uma fonte discursiva, tal como são os Anais das Conferências Nacionais, pela observação de sua dimensão retórica, investigando a fonte em suas formas estruturais e em sua construção histórico-social (MUNIZ, 2011: 238). Afinal, deve-se ter em mente que os Anais são os registros das falas apresentadas oralmente pelos participantes da Conferência, logo, são planejadas como discursos a serem pronunciados em público, por isso a importância da retórica em sua análise. É necessário perscrutar as sutilezas do texto, atentando-se para os argumentos que sugerem projetos destoantes da lógica dominante, que propõem novas práticas e apontam para dimensões da experiência social não consideradas nas formulações políticas estabelecidas. É necessário estar atento a discricção empregada na fala de seus membros para que seus pronunciamentos estivessem na “tênue linha do aceitável”. Afinal, mesmo em tempos de forte repressão, opositores à ordem estabelecida procuram formas de se mobilizar e gerar mudanças político-sociais (SADER, 2010). Esse é o caso do movimento da Reforma Sanitária aqui exposto que, ao gerar tensões junto ao governo instituído, mesmo de forma sutil, deixou vestígios na produção de elementos relativos à sua experiência social. Vestígios estes que devem ser contemplados pelos trabalhos historiográficos a fim de propiciarem uma compreensão mais ampla do contexto estudado. Reconhecendo essa importância, os textos de Caroline Silveira Bauer e René E. Gertz (2011) apresentam pressupostos pertinentes ao estudo dos Anais. Seguindo essas premissas é possível perscrutar a complexa conjuntura da década de 1970 e, principalmente, dos momentos de incipiência do processo de abertura democrática do Brasil e do desenvolvimento da Reforma Sanitária na defesa da democratização do setor. Ou seja, a 6ª Conferência apresenta os momentos iniciais de um processo com amplas dimensões que vão da crise enfrentada pelo regime militar ao estabelecimento da estratégia de seus opositores, reconhecidos

nos Movimentos Populares de Saúde como expressão de demanda por mais serviços, e no Movimento Sanitário, em sua ocupação dos círculos oficiais.

Tal como visto anteriormente, a medicina preventiva foi o referencial teórico para as propostas centrais apresentadas na Conferência, mas sua influência não fica restrita aos planos de reformas, ela permeia todo o evento, tendo suas premissas constantemente reiteradas. No Relatório Final a participação comunitária é citada ao todo 12 vezes, sempre apontada como estratégia para se conhecer de maneira mais aprofundada a situação das localidades, construindo vias de diálogo entre os agentes de saúde e as comunidades em suas ações cotidianas, para que elaborassem planos que respondessem de maneira específica às suas demandas. Assim, torna-se parte dos planos voltados à efetivação da simplificação dos atendimentos, que compunham a estratégia para diminuição dos custos do setor (BRASIL, 1977b: TIV 6). De fato, tornou-se um elemento resolutivo tão importante aos projetos apresentados que, inclusive, é apontado junto aos debates sobre a situação das endemias rurais, como parte das medidas de contenção (BRASIL, 1977b: TI 4-6).

A razão da constância das teorias preventivistas no evento são os membros participantes, muitos formados sob a égide desse pensamento nas universidades, e uma vez alçados às instituições oficiais, no processo anteriormente descrito, passaram a desenvolver trabalhos que reproduziam seus postulados. Consequentemente, essas instituições acabaram identificadas com o pensamento progressista, juntamente às universidades. Assim, essas instituições passaram a ser importantes espaços de articulação de oposições ao autoritarismo dentro do próprio Estado. Dentre essas instituições, podemos destacar o setor saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (CNRH/IPEA), a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da OPAS (PPRESP/OPAS), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Programa de Estudos Sócio-Econômicos da Saúde (PESES), o Programa de Estudos Populacionais e Epidemiológicos (PEPPE), a Secretaria de Planejamento (SEPLAN) e as agências a ela vinculadas. Também é importante destacar a participação dos funcionários das Secretarias de Saúde dos executivos estaduais e municipais, que possuíam vínculo com este ideário, já que se encontravam com os cofres esvaziados e sofrendo as pressões diretas decorrentes das insuficiências do setor. Dentre os 499 membros participantes da Conferência, 118 eram vinculados a essas instituições listadas acima (BRASIL, 1977b).

164

Nessas instituições foram formulados projetos que, se naquele momento não puderam gerar grandes mudanças na estrutura de saúde ou instaurar a democracia, acabaram por alterar a configuração da disputa política e constituíram espaços de expressão das demandas da população em meio a um contexto político desfavorável (SCOREL, 1998; PAIM, 2008). Assim, a própria ditadura militar criou espaços para a ação e organização de opositores, admitindo em suas instituições funcionários que não reproduziam a ordem dominante, mas procuravam alterá-la. Em 1977 ainda não há uma ampla e explícita atuação desses opositores, ao contrário, sua participação é bastante discreta, apresentando suas propostas sob justificativas técnicas e não políticas ou ideológicas. Tratava-se, assim, de um meio de solucionar os problemas em pauta naquele momento e não uma forma de subversão ou de proposição de profundas alterações na ordem social vigente. Apesar da conjuntura favorável à aceitação da Medicina Preventiva, a repressão ainda era muito evidente e forte, continuando a fazer vítimas (SCOREL, 1998). Essa discricção também pode ser considerada um dos motivos do não afloramento de grandes rupturas durante essa Conferência. Contudo, não é possível ignorar sua relevância neste contexto, pois esses grupos progressistas, mais identificados por suas propostas que por sua filiação, se fizeram ouvir e tornaram suas propostas em resoluções, devido ao amplo consenso que as premissas da Medicina Preventiva alcançaram. O que é um acontecimento próprio dessa edição.

Pode-se identificar esse momento como o início do processo que vêm sendo defendido pela corrente interpretativa de autores vinculados à Fiocruz, que têm a saúde pública não como uma forma de controle do Estado sobre a sociedade, como postulam alguns foucaultianos, mas como uma forma de expansão da cidadania. A sociedade brasileira se transformou profundamente e os significados da saúde pública também, passando a ser uma forte demanda social de populações que buscavam e buscam melhorias para suas condições de vida. Sendo assim, também é necessária uma perspectiva analítica que possa contemplar essas transformações. Nessa interpretação, as políticas de saúde da segunda metade do século XX podem ter constituído avanços para a cidadania, resultante de conquistas das demandas sociais. Todavia, mais estudos são de suma importância para o entendimento desse contexto, voltado para as disputas sobre os espaços estatais e a responsabilização da governança para com sua população. Disputas que se estendem até os dias de hoje com a continuidade do processo de construção da Reforma Sanitária (PAIM, 2008).

Ao fim, a análise da história da saúde no Brasil é uma forma de contribuição ao entendimento de como os processos políticos e, particularmente, os processos democráticos, são construídos nas relações dialéticas estabelecidas entre a sociedade e o Estado (GERSCHMAN, 1995: 14). Essa disputa pelo Estado ainda não terminou e novas decisões são tomadas a respeito de questões relacionadas à saúde diariamente, tal como nos mostram os debates atuais sobre o SUS. Por isso é importante compreender sua historicidade, para que a sociedade possa tomar decisões esclarecidas com vistas aos ideais de democracia que fundamentaram a Reforma Sanitária, o movimento pelo fim da ditadura e a construção de um Brasil democrático.

## Fontes

- BRASIL (1977a). Ministério da Saúde. Anais da VI Conferência Nacional de Saúde. Brasília.
- \_\_\_\_ (1977b). Ministério da Saúde. Relatório Final da VI Conferência Nacional de Saúde. Brasília.
- \_\_\_\_ (1980). Ministério da Saúde Anais da VII Conferência Nacional de Saúde. Brasília.
- \_\_\_\_ (2003). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Saúde na Opinião dos Brasileiros. Brasília, CONASS.
- \_\_\_\_ (1937). Lei N. 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=102716>>. Acesso em: 20 mar. 2016.
- \_\_\_\_ (1990). Lei N. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 20 mar. 2016.

165

## Referências Bibliográficas

- BAUER, Caroline e GERTZ, René (2011). Fontes Sensíveis da História Recente. In: PINSKY, Carla B. & LUCA, Tânia R. (Org.). O historiador e suas fontes. São Paulo: Contexto.
- BERTOLLI FILHO, Claudio (2008). História da saúde pública no Brasil. São Paulo, Ed. Ática.
- BRAGA, José Carlos e PAULA, Sérgio Goes (1981). Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo, Ed. Cebes e Hucitec.
- CHALHOUB, Sidney (1996). Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial. São Paulo: Companhia das Letras.

- SCOREL, Sarah (1998). Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene R. & EDLER, Flavio (2005). As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia T.; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio & SUÁREZ, Julio M. (Orgs). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- SCOREL, Sarah e BLOCH, Renata (2005). As Conferências Nacionais de Saúde na construção do S.U.S. In: LIMA, Nísia T.; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio & SUÁREZ, Julio M. (Orgs). Saúde e democracia: história e perspectivas do S.U.S. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- FLEURY, Sônia (Coord.) (1988). Antecedentes da Reforma Sanitária: textos de apoio. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz e Escola Nacional de Saúde Pública.
- FLEURY, Sônia & OLIVEIRA, Jaime. A. (Org.) (1986). (Im)Previdência Social: 60 Anos de história da Previdência Social no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Vozes/Abrasco.
- FONSECA, Cristina M. Oliveira (2007). Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- FOUCAULT, Michael (2004). O nascimento da clínica. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- FOUCAULT, Michael (2002). Microfísica do poder. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal.
- GERSCHMAN, Silvia (1995). A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- LAVRAS, Carmen; PRIETO, Sonia & CONTADOR, Vicente (2007). Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios – memórias. Brasília: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Conasems.
- LIMA, Nísia T.; FONSECA, Cristina O. & HOCHMAN, Gilberto (2005). A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. In: LIMA, Nísia T.; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio & SUÁREZ, Julio M. (Orgs). Saúde e democracia: história e perspectivas do S.U.S. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- MUNIZ, Durval A.J. (2011). A dimensão retórica da historiografia. In: PINSKY, Carla B. & LUCA, Tânia R. (Orgs.). O Historiador e suas Fontes. São Paulo, Ed. Contexto.
- PAIM, Jairnilson (2009). O que é o SUS. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz.
- \_\_\_\_ (2008). Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz.
- PAIS, Priscila (2013). Intenções e Projetos em Saúde Pública no Brasil na 6ª Conferência Nacional de Saúde (1977). Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado e Licenciatura em História). Universidade Federal de São Paulo, Escola de Filosofia e Ciências Humanas, Guarulhos.
- POSSAS, Cristina (1981). Saúde e trabalho: a crise da previdência social. Rio de Janeiro: Ed. Graal.
- SADER, Eder (2010). Quando novos personagens entram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo (1970-1980). 5 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- SEVCENKO, Nicolau (2010). A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Ed. Casca e Naify.

*Artigo recebido em 15 de fevereiro de 2016.*

*Aprovado em 20 de março de 2016.*

DOI: 10.12957/intellectus.2016.23839