

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DO
SUS (1967-1988)

MANAUS
2024

DEBORAH BARBOSA AZEDO

AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DO
SUS (1967-1988)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em História da Universidade Federal do Amazonas,
como requisito para obtenção do título de Mestre em
História.

Orientador: Prof. Dr. Nelson Tomelin Jr.

MANAUS
2024

Ficha Catalográfica

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

A993c Azedo, Deborah Barbosa
As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS
(1967-1988) / Deborah Barbosa Azedo . 2024
135 f.: il. color; 31 cm.

Orientador: Nelson Tomelin Júnior
Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal do
Amazonas.

1. Saúde pública. 2. Conferências Nacionais de Saúde. 3.
Movimento sanitário. 4. SUS - Sistema Único de Saúde. I. Tomelin
Júnior, Nelson. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, expresso minha gratidão à Deus, ao meu companheiro, Anderson Henrique de Souza Matos. Meu filho também merece agradecimentos, bem como meus pais, que ofereceram apoio em várias ocasiões. Expresso minha gratidão ao meu orientador, Dr. Nelson Tomelin Jr., pela paciência, suporte acadêmico e incentivo ao longo deste percurso.

Agradeço também aos colegas do departamento, em particular ao Jailson, aos colegas de mestrado, Lucas Moura Printes e Ramily Frota Pantoja, com quem troquei ideias ao longo desta jornada, visto que sua pesquisa também está voltada para a área da saúde.

Não posso deixar de mencionar a importância do financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas, cujo apoio foi essencial para viabilizar os recursos necessários à consecução dos objetivos propostos.

RESUMO

O presente trabalho constitui um estudo de saúde pública, baseado na análise dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, iniciando-se pela 4ª CNS e realizada em 1967. Propõe uma abordagem abrangente sobre o desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, abarcando o contexto da ditadura civil-militar, até o ano 1988, culminando com a 8ª Conferência Nacional de Saúde. As análises contextualizam-se com os acontecimentos históricos dos movimentos sociais, delineando a evolução dos debates políticos sobre o tema. O estudo também aborda os conflitos internos na categoria médica, incluindo os interesses da categoria médico-empresarial e o impacto dos residentes no cenário das lutas populares pela saúde e democracia. Os residentes, inseridos na base universitária, destacam-se por liderar as lutas por mudanças políticas, confrontando grupos privilegiados da saúde e da ditadura civil-militar. A reforma psiquiátrica, as questões epidemiológicas e a saúde materno-infantil emergem como temas discutidos nos movimentos de saúde. Diante das intensas batalhas para promover avanços mínimos na saúde brasileira, gradualmente essas questões foram abordadas por meio da implementação de modelos de serviços de saúde. Esses modelos, cruciais nas décadas de 70 e 80, inspiraram a criação da base do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se o modelo do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). As experiências acumuladas na implantação desses "projetos-piloto" foram fundamentais para consolidar o projeto SUS. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, fortemente influenciada pelo Movimento Sanitário, desempenhou um papel crucial, sendo o ponto de inflexão para debates, modelos e diretrizes que exerceram pressão e enfrentamentos decisivos na conjuntura da ditadura civil-militar. Essas contribuições foram finalmente contempladas na Constituição Federal de 1988.

Palavras-chave: Saúde pública; Conferências Nacionais de Saúde; Movimento sanitário; Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

This work constitutes a research study on public health based on the analysis of the reports from the National Health Conferences, starting from the fourth conference held in 1967 and spanning various developmental stages of health policies in Brazil within the context of the civil-military dictatorship, up to the eleventh conference in the 2000s. The analysis delves into the historical events of social movements, illustrating the evolution of political debates on the subject. The project also highlights conflicts within the medical community, including the interests of the medical-business sector and the challenges posed by residents amidst popular struggles for health and democracy. Residents who formed the university base played a significant role in the struggles for political changes in the country, engaging in clashes with privileged health groups and the dictatorship. Psychiatric reform emerged as a topic raised and discussed within the health movements, along with advancements in epidemiological issues and maternal and child health. Amidst the various struggles for incremental improvements in health in Brazil, the implementation of health services models in the 70s and 80s, such as the PIASS model, proved fundamental for inspiring the foundations of the Unified Health System (SUS). The experiences gained from these "pilot projects" were crucial for the progressive consolidation of the SUS project. The 8th National Health Conference, strongly influenced by the Sanitary Movement, served as the catalyst for these debates, models, and guidelines, applying pressure and leading to definitive confrontations during the civil-military dictatorship, ultimately reflected in the Federal Constitution of 1988.

Keywords: Public health; National Health Conferences; Health movement; Unified Health System (SUS).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Evolução da dívida externa durante a ditadura civil-militar.....	24
Figura 2 - Réus arrolados na Justiça Militar entre 1964 e 1979.....	27
Figura 3 - Distribuição do questionário por temas	36
Figura 4 - Distribuição de opinião dos grupos para o questionário 1.....	47
Figura 5 - Índice de Salário-Mínimo Real, de 1960 a 1977	65
Figura 6 – Salário-mínimo em paridade com o poder de compra	66
Figura 7 - Debate - O que é assistência psiquiátrica no Rio de Janeiro	108
Figura 8 - Cartaz - Congresso Nacional de trabalhadores em saúde mental	114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Proporção de participantes na 4ª CNS	45
Tabela 2 - Temas da 5ª Conferência Nacional de Saúde	64
Tabela 3 - Medidas governamentais relacionadas às crianças	72
Tabela 4 - Características do módulo básico por componentes do modelo PIASS	89
Tabela 5 - Levantamento de ações realizadas	93
Tabela 6 - Recursos para financiamento do PIASS	94
Tabela 7 - Quadro-resumo das conferências nacionais de saúde até a 10ª CNS	97
Tabela 8 - Informações sobre saneamento básico, em 1980	117

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
DOI - Destacamentos de Operações de Informações
DOPS - Departamentos de Ordem Política e Social
EBC – Empresa Brasil de Comunicação
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
Fensp - Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública
MEC - Ministério de Educação e Cultura
MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PND – Plano Nacional de Desenvolvimento
PPA – Plano de Pronta Ação
SESAC - Semana de Estudo sobre Saúde Comunitária
SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Sociais.
SNI – Serviço Nacional de Informações
STM - Superior Tribunal Militar
SUS – Sistema Único de Saúde
UDN - União Democrática Nacional

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1 - DITADURA CIVIL-MILITAR (1964-1985)	20
1.1 Perspectivas sobre o golpe, estratégias de permanência e lutas de resistência.....	20
1.2 Sistemas de informação e repressão durante a ditadura civil-militar.....	25
CAPÍTULO 2 - AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E OS ESFORÇOS PARA CONSTRUIR UM NOVO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL	31
2.1 A 4ª Conferência Nacional de Saúde e a questão dos recursos humanos.....	38
2.2 A desordem do sistema de saúde brasileiro na década de 70.....	62
2.3 A condição materno-infantil e as endemias nas décadas de 70 e 80.....	70
CAPÍTULO 3 - MOVIMENTO SANITÁRIO E OS EFEITOS CAUSADOS NO ÂMBITO DA SAÚDE.....	78
3.1 O Movimento Sanitário.....	78
3.2 A Saúde Mental antes da Constituição Federal de 1988.....	100
3.3 A 8ª Conferência Nacional de Saúde e a construção do SUS.....	115
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	124
REFERÊNCIAS (FONTES E BIBLIOGRAFIA)	128

INTRODUÇÃO

As Conferências Nacionais de Saúde no Brasil evidenciam perspectivas e processos históricos diferentes em cada uma de suas edições, momentos atravessados por correlações de força, projetos de sociedade e resistências diferentes. O tema da saúde alcançou entendimentos diversos em cada uma dessas experiências, com retrocessos e avanços sempre disputados no campo social da divisão de classes no país.

Nesse contexto, a presente pesquisa busca, a partir de documentos e fontes relacionadas a essa discussão, refletir sobre a construção e ampliação dos direitos que consolidaram, em 1990, o nosso Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como antecedente a promulgação da Constituição Federal de 1988, chão político amplamente enraizado em propostas democráticas, que então germinaram, e ainda derivam entendimentos alargados quanto aos nossos direitos sociais presentes.

A discussão em torno do Sistema Único de Saúde e de seu financiamento demanda entendimento quanto aos meios sociais de fiscalização, transparência e abertura para a gestão social compartilhada com a comunidade, além de pesquisas dentro desse escopo.

Nesse sentido, é crucial compreender as urgências, e suas necessidades, articuladas quanto aos modos de viver e trabalhar em uma sociedade dividida em classes, preocupação própria da História quanto ao tema. O SUS, mais do que tema de “corrupção”, necessita ser abordado com maturidade política e profundidade na análise histórica, importando saber e disputar o projeto democrático de sociedade que almejamos.

O cenário pandêmico da Covid-19 expôs essa realidade para um espectro mais amplo da classe dominante no Brasil e evidenciou outros interesses e necessidades em torno dos investimentos nesse campo.

A crise na saúde foi significativa. É evidente que o quadro que se delineou a partir da pandemia não é algo de fácil resolução. A falta de condições e a ausência de priorização, por parte do governo vigente em relação à saúde, mesmo em um momento de grande necessidade, acarretaram prejuízos que se estendem indefinidamente.

Como resultado, a crise no Amazonas foi amplamente divulgada no país e no exterior, destacando-se em manchetes jornalísticas a escassez de oxigênio para atender aos pacientes afetados pelo vírus da Covid-19.

Nesse cenário, os escândalos do governo em relação à aquisição de vacinas e à falta de preparo para lidar com as demandas do sistema de saúde, como também na falta de preparo e

de interesse, tornaram-se evidentes. Após alguns meses de pandemia, notícias sobre desvios de verbas públicas na compra de equipamentos para diagnóstico do vírus, equipamentos de internação e até mesmo medicamentos básicos tornaram-se comuns. Essa situação é objeto de investigações e discussões.

Nesse contexto, busca-se compreender as discussões das conferências nacionais de saúde e sua relevância para as melhorias do sistema. A leitura da obra de Sarah Escorel, intitulada: *Reviravolta na Saúde*¹, foi crucial para entender os diversos conflitos ocorridos nas décadas de 1970 e 1980 dentro da categoria médica, assim como os movimentos populares e conceitos fundamentais relacionados a correntes como: a preventivista, a médico-social etc.

Além disso, entende-se que foi essencial, para obter uma compreensão mais aprofundada, quanto a participação da base universitária nos movimentos de saúde e populares. Todo o aparato relacionado aos movimentos médicos e à implementação de políticas de saúde, bem como ao período de teste prático do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), ganhou maior clareza por meio dessa análise.

Ademais, os estudos dos movimentos sociais nas décadas de 70, a agitação em torno da hegemonia do capital e de uma ditadura civil-militar prestes a cair são temas abordados. A esse respeito, inclusive, Eder Sader esclarece em: *Quando novos personagens entraram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo (1970-1980)*, a importância das estratégias de luta da massa em um período de repressão. Isso nos leva a refletir sobre os personagens envolvidos, as lutas que foram conquistadas e como se comunicaram entre si.

Conforme as palavras do autor,

Quando falamos da identidade de um movimento social, estamos nos referindo a uma identidade polêmica, produzida no tempo através de ações muitas vezes contraditórias, com significados ambíguos, muitas vezes desfeita e refeita através de atos que estabelecem novas vias de continuidade e levam a reinterpretar o passado².

Em *Danação da Norma*³, de Roberto Machado, obtém-se uma base para compreender a trajetória médica e como ela adquiriu poder na sociedade brasileira. O livro apresenta os jogos de disputa e as estratégias utilizadas para a legitimação desse poder. Em outros termos, muito

¹ ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

² SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo (1970-1980)**. 2ª edição. Rio de Janeiro, Editora: Paz e Terra, 1988, p.228.

³ MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

do que se absorve dessa obra auxilia na compreensão das ações desses personagens no desenvolvimento das políticas públicas de saúde.

Já em *Municipalização dos Serviços de Saúde*⁴, de Sueli Gandolfi Dallari, é possível compreender a estrutura legislativa e as possibilidades de municipalização dos serviços de saúde. O livro apresenta as possibilidades previstas na legislação da época (década de 80) e os desafios que podem surgir na tentativa de aplicação dessa forma de gestão.

Apesar de se tratar de um estudo sobre discursos políticos, é imperativo compreender o contexto em que ocorreram as conferências nacionais de saúde. Em meio à ditadura civil-militar, com todo o sistema repressivo em ação, os movimentos de saúde avançaram perspectivas de luta para além de reivindicações apenas nesse âmbito. Isto é, em: *A Ditadura que mudou o Brasil: 50 Anos do Golpe de 1964*⁵, é possível obter um panorama das várias faces desse período repressivo.

Trata-se de uma coletânea de artigos abordando temas variados, desde cultura, movimentos sociais, sistemas de inteligência e informação, economia, entre outros, proporciona a base para compreender como o sistema estava organizado. A importância de entender as divergências internas das forças armadas, e como isso acarretou sérios prejuízos sociais, auxilia na compreensão de como o mecanismo funcionava, mesmo em meio a tanta desorganização de atribuições.

O “Projeto Brasil Nunca Mais”, essencial para os estudos sobre a ditadura civil-militar brasileira, foi realizado pela Arquidiocese de São Paulo e publicado em 1985. Reuniu mais de 700 processos judiciais completos e fragmentos de dezenas de outros processos, totalizando mais de um milhão de páginas de arquivo.

Nesse intuito, a documentação foi reunida a partir de processos produzidos no âmbito do Superior Tribunal Militar (STM) entre abril de 1964 e 15 de março de 1979, e o projeto foi estruturado em vinte e um capítulos. A primeira parte aborda o aparato do sistema repressivo e as torturas aplicadas. Em seguida, explora a metodologia da pesquisa e a classificação por grupos processados. A terceira discute os resultados da pesquisa de forma mais aprofundada, especialmente no plano jurídico. Por fim, são apresentadas as transcrições dos relatos das vítimas de tortura e as conclusões.

Detendo-se nos processos judiciais, o objetivo era identificar como a repressão estava sendo legalmente fundamentada e compreender os procedimentos repressivos. Essa análise

⁴ DALLARI, Sueli Gandolfi. *Municipalização dos serviços de saúde*. Editora Brasiliense, São Paulo, 1985.

⁵ REIS, Daniel Aarão; RIDENTI, Marcelo; MOTTA, Rodrigo Patto (Orgs.). **A ditadura que mudou o Brasil: 50 anos do golpe de 1964**. Rio de Janeiro, Editora: Zahar, 2014.

aprofundada torna este estudo dos movimentos da saúde mais eficaz, preenchendo lacunas inicialmente imperceptíveis. É a partir dessa perspectiva que podemos extrair e estudar esse universo complexo. Afinal, os movimentos da saúde transcendiam as questões meramente sanitárias; o sistema de saúde tornou-se uma ferramenta política, indo além de sua função primordial.

Com o objetivo de contextualizar historicamente os movimentos, recorri à obra: *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*⁶, que aborda de forma abrangente os desafios enfrentados até a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). O livro destaca a relevância do Movimento Sanitário na transformação da concepção de saúde no âmbito da administração pública. É imperativo compreender que a criação do SUS é o resultado de anos de manifestações e debates, enfrentando, inclusive, a repressão. Nesse contexto ainda, as conferências nacionais de saúde também enfrentaram obstáculos em sua realização e implementação prática pelos setores governamentais.

Entende-se, então, que a construção de um sistema de saúde abrangente reflete a perspectiva do movimento sanitário, porque preconiza políticas de saúde eficazes, eficientes e efetivas, buscando resultados concretos, uma gestão participativa dos recursos públicos e a verdadeira abrangência nas comunidades, sobretudo por meio de novos princípios e diretrizes.

A Lei 8.080/1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) na forma como conhecemos atualmente, com as alterações subseqüentes, apresenta os seguintes princípios, dispostos em seu artigo 7º:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

⁶ LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; MANUEL SUÁREZ, Julio (Orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, Editora: Fiocruz, 2005.

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.

XV – proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes⁷.

Os dois últimos princípios foram recentemente incorporados, sendo o último adicionado em 2023, por meio da Lei 14.679/2023. Vale ressaltar que eles devem ser observados em todas as esferas do SUS, incluindo entidades privadas contratadas ou conveniadas.

Convém mencionar que os princípios mencionados e o sistema integrado eram impraticáveis antes da Constituição Federal de 1988 (CF/88). Isto é, conforme será abordado posteriormente, antes da promulgação da CF/88, o sistema de saúde era desorganizado, com atribuições mal definidas, apresentando um alto grau de privatização e oferecendo pouco retorno à comunidade.

Na realidade pré-1988, não existia um SUS e apenas pensionistas e trabalhadores com carteira assinada tinham acesso a algum serviço por meio dos sistemas previdenciários. Atualmente, o acesso é garantido a qualquer pessoa.

Além disso, urge destacar que, antes, não havia um Ministério específico para a saúde, e a maior parte do orçamento era destinada às despesas previdenciárias. O papel das conferências nacionais de saúde foi crucial para que essa transformação se tornasse possível. É evidente que essa conquista só foi viável com a participação massiva da população, sem a qual não seria possível avançar e enfrentar o sistema repressivo vigente na época.

Ademais, consta esclarecer, que no decorrer daquele contexto, muitas das discussões travadas durante as conferências nacionais de saúde foram aprimoradas e evoluíram para a formulação de políticas públicas, ou seja, muitas dessas políticas se tornaram direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988.

Com efeito, o direito à saúde foi expandido para além da mera ausência de doença, passando a abranger um conjunto de direitos que pudessem contribuir para o bem-estar integral

⁷ BRASIL. **Lei nº 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. Brasília: Congresso Nacional, [1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 22 mar. 2023.

do indivíduo. Esse conceito vai além do direito a consultas médicas e exames, incluindo o direito ao espaço, à utilização da cidade como um todo, conforme estabelecido na CF/88, que assegura o direito à "educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados"⁸, considerando que a saúde é mencionada em várias passagens do referido normativo, abrangendo os artigos e incluindo uma seção específica, que vai do artigo 196 ao 200.

Em destaque, essa seção estabelece a destinação orçamentária mínima. Atualmente, exige-se um mínimo de 15%, calculado com base na receita líquida da União durante o exercício financeiro. É reconhecido que esse percentual ainda é insuficiente, mas o processo de transformação é considerado indispensável.

Essas discussões contemplaram uma variedade de temas, com destaque para alguns escolhidos para estudo e análise. O Movimento Sanitário foi um deles, dada a sua significativa importância. Sua concepção de saúde foi amplamente debatida nas conferências. A desordem no sistema de saúde também foi abordada de diversas maneiras e em diferentes termos. As tentativas de implementação de um sistema de saúde mais robusto, sempre enfrentando desafios para obter apoio do governo federal, foram detalhadamente apresentadas nas conferências, incluindo os pormenores do funcionamento desses modelos.

Um dos modelos defendidos nas conferências foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), aplicado parcialmente no país. Criado em agosto de 1976, por meio do Decreto n.º 78.307, de 24 de agosto de 1976, o PIASS, inicialmente, visava atender o Nordeste entre 1976 e 1979, com o objetivo de implantar a estrutura básica de saúde em comunidades de até 20 mil habitantes.

Em outros termos, o modelo estabelecia as seguintes diretrizes: a utilização de pessoal de nível auxiliar recrutado dentro da própria comunidade, ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, encaminhamento para serviços especializados, aumento da quantidade de minipostos, integração, participação social e desativação das unidades itinerantes, substituindo-as por unidades permanentes.

Além disso, ao comparar-se com a Lei n.º 8.080/90, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde, nota-se uma melhoria significativa. No entanto, já era possível perceber a tentativa de incorporar as diversas reivindicações apresentadas nas conferências.

⁸ BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 30 abr. 2021.

Outro ponto de suma relevância é a discussão da saúde mental nos anos da ditadura civil-militar e as mudanças originadas dela. Houve muitas tentativas de implantar uma política para atendimento a esse grupo de usuários, mas todas eram paliativas e não tinham a intenção de estabelecer uma mudança de longo prazo. A crise da Divisão Nacional de Saúde Mental - DINSAM e o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental foram estopins para expor a necessidade de mudança drástica dentro deste âmbito de atendimento.

Com efeito, surgiu a luta antimanicomial, composta por profissionais, pacientes, familiares e a população em geral. Os manicômios eram nada mais que locais de confinamento de pessoas indesejadas em todos os sentidos, inclusive o político, e onde ocorriam inúmeras formas de tortura. Após diversos movimentos, a Reforma Psiquiátrica foi consolidada com a Lei n.º 10.216/2001, que "dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental"⁹.

A trajetória de conquistas de direitos no Brasil corrobora o fato de que o país ainda está em constante transformação, país onde existem disputas de poder, e é por meio dessas disputas que as leis são modificadas, podendo ser para o bem ou não da população. Apesar de a Constituição ser de 1988, ainda restaram pontos abertos a regulamentações infralegais. Quando normatizadas, essas regulamentações materializam os direitos e obrigações.

No estado do Amazonas, a Lei de Reforma Psiquiátrica só foi publicada em 2006, há apenas 17 anos. Isso implica na afirmação de que ainda existem muitas lacunas na implantação desse novo modelo em construção.

Em outras palavras, isto significa que, para compreender a saúde mental no Brasil, o este estudo dependeu de uma leitura prévia, sem a qual não seria possível discorrer sobre o tema. Nesse sentido, é essencial situar as origens do surgimento da loucura e, nesse intuito, utilizamos a abordagem e os conceitos empregados por Michel Foucault em seu ensaio *História da Loucura (1961)*. Nele, apreendeu-se que o autor aprofunda as definições de desatino perante a sociedade, proporcionando uma compreensão das relações de poder nesse campo.

Aliás, são interessantes os apontamentos de Foucault sobre a correlação entre o surgimento da insanidade e as mudanças na economia, causadas pela Revolução Industrial, bem como a separação entre a razão e o desatino, uma característica nítida da era classicista. O perfil do desatino já estava bem traçado: aqueles que não eram produtivos, que não se encaixavam na ética do trabalho criada pela burguesia, eram confinados em asilos ou Hospitais Gerais.

⁹ BRASIL. **Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Congresso Nacional, [2001]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm. Acesso em: 15 mai. 2021.

Para traçar um quadro cronológico abrangente sobre a história da política de saúde mental no Brasil, recorri ao trabalho da pesquisadora Míriam Thais Guterres Dias, intitulado: *História e Reflexão sobre as Políticas de Saúde Mental no Brasil e no Rio Grande do Sul*¹⁰. Além disso, destaco a relevância da discussão presente no artigo: *Panorama Histórico-Político da Luta Antimanicomial no Brasil: as Instabilidades do Momento Atual*, de 2017, elaborado pelos psicanalistas Valdene Rodrigues Amancio e Luciano Elia¹¹.

No que tange ao histórico da legislação em âmbito local, especificamente no Amazonas, recorre-se ao trabalho de Raquel Maria Navarro, apresentado como dissertação de mestrado submetida à UFAM-FIOCRUZ, intitulada: *A História da Política de Saúde Mental do Amazonas: a Reforma Psiquiátrica e sua estruturação*, datada de 2015. A pesquisa analisa, de maneira histórica, a política pública de Saúde Mental no estado do Amazonas, com ênfase em Manaus, estabelecendo correlações, especialmente com a Reforma Psiquiátrica.

Cabe destacar que a abordagem metodológica se fundamentou em pesquisa documental e fontes orais, sendo que esta última contou com profissionais de saúde mais experientes do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, enriquecendo o estudo com relatos que revelam eventos não registrados em outras fontes, exceto em suas memórias.

Igualmente importantes foram os aportes da pesquisa: *Trabalho e Transtornos Mentais Graves: Breve Histórico e Questões Contemporâneas*, de autoria de Paulo César Zambroni de Souza¹². O autor buscou evidenciar como a psiquiatria logrou disseminar a ideia de que o doente mental seria incapaz de autodireção.

Além disso, abordou a relação entre o surgimento da psiquiatria e o processo de disciplinamento social, que fundamentou as origens dos modelos asilares. Em suma, o estudo promove uma análise psicológica sobre o papel do trabalho na melhoria ou piora do quadro do paciente, destacando os efeitos prejudiciais para a formação da identidade humana no ambiente hospitalar. Também são discutidas as distinções entre disciplina e controle, ressaltando como o paciente permanece isolado, mesmo após sair dos limites do manicômio.

No trabalho de Alex Reinecke de Alverga e Magda Dimenstein, intitulado: *A Reforma Psiquiátrica e os Desafios na Desinstitucionalização da Loucura*¹³, é possível verificar a

¹⁰ GUTERRES DIAS, Míriam Thais. História e reflexão sobre as políticas de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul. **Estudos e Pesquisas em Psicologia Rio de Janeiro**, v. 12, n. 3, 2012, p. 1024-1045.

¹¹ AMANCIO, Valdene Rodrigues; ELIA, Luciano. Panorama Histórico - Político da Luta Antimanicomial no Brasil: As Instabilidades do Momento Atual. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.9, n.24, 2017, p.22-49.

¹² ZAMBRONI DE SOUZA, Paulo César. Trabalho e Transtornos mentais Graves: Breve Histórico e Questões Contemporâneas. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, 2006, p. 154-167.

¹³ ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 10, n. 20, p.299-316, 2006, p. 301.

discussão acerca da manutenção do modelo manicomial mesmo após a reforma. Os autores fizeram referência ao conceito de "desejos de manicômio," proposto por Machado & Lavrador¹⁴, relacionado ao desejo de dominação, subjugo, classificação, hierarquização, opressão e controle. O recorte espacial da pesquisa foi a cidade de Natal, no Rio Grande do Norte, mas apreendemos que seu escopo transcende o local, buscando compreender uma problemática emergente pelo paradigma da modernidade.

Além disso, as Conferências Nacionais de Saúde atravessam todos esses aspectos, culminando na 8ª CNS, ocorrida em 1986, ao entender-se que obteve ampla participação e incorporou à Constituição diversas propostas inovadoras relacionadas às políticas públicas e aos direitos fundamentais. Em suma, a pesquisa apresenta os debates contidos nos relatórios das conferências, procurando refletir sobre o papel delas na elaboração da Constituição Federal e na formação do SUS. Isso inclui a contextualização histórica e política, estabelecendo conexões com a ditadura civil-militar.

Para que esse entendimento seja alcançado, é inquestionável a necessidade de compreender a origem das conferências nacionais de saúde, seus objetivos, composição, influência política, impacto em dispositivos legais ainda vigentes no Brasil e seu papel crucial e inovador não apenas no campo das políticas públicas, mas também no âmbito científico.

Para fins desse entendimento, esta dissertação está estruturada em três capítulos, iniciando com problematizações em torno do período da ditadura civil-militar no Brasil (1964-1985). A ideia central é que as conferências estudadas nesta pesquisa atravessam essa época. Nesse sentido, o primeiro capítulo foi subdividido em dois subtópicos. O primeiro destaca a instauração do golpe, as características da ditadura e as lutas de resistência. O segundo subtópico aborda aspectos do aparelhamento do sistema de informações durante o período estudado.

O segundo capítulo, intitulado: "As Conferências Nacionais de Saúde e os Esforços para Construir um Novo Sistema de Saúde no Brasil", está estruturado em três partes. A primeira aborda a questão dos recursos humanos em saúde, sob a perspectiva da 4ª Conferência Nacional de Saúde. A segunda parte discute a desordem do sistema de saúde brasileiro na década de 70, apresentando os modelos aplicados e as tentativas de superá-los. A última, a condição materno-infantil e as endemias nas décadas de 70 e 80.

¹⁴ MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Loucura e subjetividade. In: MACHADO, L. D; LAVRADOR, M. C. C.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). **Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p.45-58.

O último capítulo, intitulado: "Movimento Sanitário e os Efeitos Causados no Âmbito da Saúde", também está dividido em três partes. Na primeira parte são analisadas perspectivas acerca da saúde mental no Brasil e no Amazonas, conforme discutidas nas conferências nacionais de saúde. A segunda parte concentra-se no Movimento Sanitário em si, explorando seus discursos presentes nos relatórios das conferências nacionais de saúde. A terceira parte deste terceiro capítulo destaca a 8ª Conferência Nacional de Saúde como de suma importância para a formação do modelo atual, o Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO 1 - DITADURA CIVIL-MILITAR (1964-1985)

1.1 Perspectivas sobre o golpe, estratégias de permanência e lutas de resistência

A 4ª Conferência Nacional de Saúde, realizada durante o período da ditadura¹⁵ civil-militar¹⁶ (1964-1985), entre 30 de agosto e 04 de setembro de 1967, foi sediada na Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública, em Manguinhos, na cidade do Rio de Janeiro. É possível afirmar que instituições do sistema de saúde no Brasil também foram utilizadas como espaços de repressão, apresentando várias nuances em seu uso, inclusive como prisões e centros de tortura.

O sistema de saúde atuou, estrategicamente, privatizando e fortalecendo ainda mais os empresários do ramo da saúde vinculados ao governo ditatorial. Isso envolveu a utilização massiva do orçamento da previdência no financiamento da construção de hospitais privados, no pagamento de serviços que nunca foram utilizados ou foram empregados de forma desnecessária, como cirurgias e outros procedimentos. Além disso, houve internações compulsórias, principalmente em manicômios, acompanhadas de práticas de tortura e asilamento perpétuo, muitas vezes resultando em mortes e desaparecimentos.

Essas práticas evidenciam a instrumentalização do sistema de saúde como parte das estratégias do golpe, para controlar a população e reprimir dissidências políticas. Esse contexto mostra-nos a complexidade e a extensão do uso político do sistema de saúde durante o período da ditadura civil-militar no Brasil.

O Sistema Único de Saúde (SUS), como perspectiva de luta, foi concebido em meio a esse processo, sendo planejado e, ao mesmo tempo, defendido pela oposição democrática. Essa oposição, responsável pelos avanços na saúde e no regime democrático brasileiro, era formada por um conjunto heterogêneo da sociedade, composto por médicos, estudantes universitários, professores, funcionários da indústria, servidores públicos, egressos do sistema manicomial, cidadãos que dependiam do serviço de saúde e saneamento, e não o tinham, entre outros.

É indispensável revisitar o contexto histórico ditatorial para proporcionar maior clareza no entendimento do processo de formação da saúde pública no Brasil. A ditadura civil-militar

¹⁵ Cf. DREIFUSS, René Armand. **1964: a conquista do Estado: ação política, poder e golpe de classe**. Petrópolis, Editora Vozes, 2006.

¹⁶ A escolha do termo "ditadura civil-militar" baseou-se no estudo sobre o Golpe civil-militar, de René Armand Dreifuss.

recebeu apoio classista de empresários de setores da indústria nacional e multinacional, do grupo oligárquico rural, parte da classe média, a imprensa, instituições religiosas e liberais de diversas profissões, incluindo profissionais da saúde, como será visto posteriormente¹⁷. No entanto, é importante destacar que esses apoiadores não representavam a maioria populacional civil, mas uma parcela dela que obtinha benefícios socioeconômicos com a ditadura civil-militar.

É também importante acrescentar que cada ditadura tem suas peculiaridades, o que não implica no encontro de diversas congruências. O olhar específico voltado para o caso brasileiro, a partir de fontes novas que vêm sendo apresentadas ao público ou as mesmas fontes, mas com novos enfoques, faz com que a reflexão e os resultados das pesquisas se tornem mais sólidos e amadurecidos, trazendo inúmeros benefícios para que a sociedade continue construindo e reafirmando a democracia.

Alguns autores e adeptos creem que a criação do sistema previdenciário universal durante a ditadura civil-militar foi um ato populista, mas os levantamentos demonstram as diversas formas de utilização da máquina pública para destinar recursos aos prestadores de serviços de saúde privados. Pode-se afirmar, sob uma perspectiva diferente, que na verdade foi um período marcado pela privatização da saúde por meio do sistema previdenciário¹⁸.

Além disso, é fundamental compreender outro fenômeno que ocorreu durante o período estudado, que foi o aumento da população urbana; no entanto, com a atuação do poder público na exploração desse amplo e diverso conjunto da classe trabalhadora.

O resultado foi um incremento na desigualdade social, racial, regional, entre outras. Sua base industrial aliada, recebeu apoio, como o protecionismo local, controle salarial, controle de preços, arrocho salarial, entre outras medidas que serão discutidas de maneira mais aprofundada no decorrer do texto.

O salário mínimo anual médio real, por exemplo, reduziu-se de um índice 100 em 1964 para 82 em 1997. Os incentivos e subsídios ao setor produtivo, a contenção dos movimentos dos trabalhadores e o arrocho salarial ampliavam o abismo distributivo e concentravam os ganhos obtidos com o crescimento e o aumento da produtividade. Apesar disso, a renda per capita dobrou entre 1940 e 1980, passando de R\$ 2.110 para R\$ 4.490 (preços de 2006), e entre 1960 e 1980 o peso da agricultura no Produto

¹⁷ REIS, Daniel Aarão; RIDENTI, Marcelo; MOTTA, Rodrigo Patto (Org.). **A ditadura que mudou o Brasil: 50 anos do golpe de 1964**. Rio de Janeiro, Editora: Zahar, 2014.

¹⁸ MOTTA, Rodrigo Patto. A modernização autoritário-conservadora nas universidades e a influência da cultura política. In: REIS, Daniel Aarão; RIDENTI, Marcelo; MOTTA, Rodrigo Patto (Org.). **A ditadura que mudou o Brasil: 50 anos do golpe de 1964**. Rio de Janeiro, Editora: Zahar, 2014.

Interno Bruto (PIB) reduziu-se de 18% para 11%, enquanto a indústria aumentava sua participação de 33% para 44%, o mais elevado percentual atingido no século XX¹⁹.

Na segunda metade da década de 1970, a população urbana ultrapassou a rural, e a falta de investimento público levou ao aumento do número de pessoas vivendo em moradias irregulares, sem acesso aos serviços de saneamento/esgoto. Isso estava diretamente ligado ao crescimento do agronegócio que, conforme se desenvolvia, também expulsava trabalhadores rurais de suas terras.

Durante a ditadura civil-militar, o agronegócio firmou bases e fortaleceu-se, impulsionado por altos incentivos governamentais, como o crédito subsidiado e a integração agroindustrial. Houve também estímulo às exportações, com o apoio à manufatura. O cenário resultante era de um grande fomento ao setor da agroindústria e mercado de capitais.

Além de apoiar essas grandes empresas, o Estado controlava os preços de mercadorias e atuava na produção de eletricidade, aço, minerais, combustíveis, fertilizantes, produtos químicos; controlava também os serviços portuários, as telecomunicações e as ferrovias; e influenciava o sistema de crédito²⁰.

Além de fornecer respaldo financeiro ao agronegócio, o governo ampliava as formas e estratégias de repressão às mobilizações rurais. Em geral, não melhorava as relações trabalhistas rurais. Com isso, justificava o apoio ao agronegócio com o discurso da necessidade de alimentos para a população, discurso este que persiste até os dias de hoje. Valiam-se do argumento de que era necessário para conter a inflação, mas mesmo com todos os investimentos, a inflação continuava subindo.

Os governos militares puseram fim ao debate sobre reforma agrária e estimularam a modernização da agricultura mantendo a concentração fundiária. A meta era ter abundância de alimentos a baixo custo, liberar mão de obra rural para a indústria urbana, abrir mercados internacionais para a produção agrícola e gerar as divisas necessárias ao crescimento.

O apoio militar à modernização agrícola abrangia várias frentes. Em primeiro lugar estava a oferta de crédito abundante e subsidiado. Em 1965, a criação do Sistema Nacional de Crédito Rural (SNCR) propiciou recursos substanciais para os produtores agrícolas e representou o principal instrumento do governo no fomento à agricultura. Além do sistema de crédito, implantaram-se os programas de garantia de preços mínimos e de formação de estoques reguladores (AGF e EGF). Em 1973 foi criada a

¹⁹ LUNA, Francisco Vidal; KLEIN, Herbert S. Transformações econômicas no período militar (1964-1985). In: REIS, Daniel Aarão; RIDENTI, Marcelo; MOTTA, Rodrigo Patto (Org.). **A ditadura que mudou o Brasil: 50 anos do golpe de 1964**. Rio de Janeiro, Editora Zahar, 2014, p. 41.

²⁰ *Ibid.*, p. 60.

Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa), que desempenhou papel fundamental na modernização da agricultura brasileira²¹.

O processo de modernização abrangeu taxas de juros abaixo da inflação e aumento de volume de crédito subsidiado, incentivando o surgimento de indústrias nacionais na produção de máquinas, implementos, fertilizantes e pesticidas. Adicionalmente, foi implementado um protecionismo contra o mercado externo, utilizando tarifas e autorizações para importação. Com efeito, o agronegócio recebeu subsídios, resultando no crescimento de sua área cultivada, composta principalmente pela criação de gado, além do plantio da soja, cana-de-açúcar e milho.

Quanto à dívida externa, o período foi marcado pelo aumento do endividamento, não apenas pela falta de recursos para pagamento, mas também pelas ações do governo em buscar cada vez mais crédito no sistema financeiro internacional. Essa dinâmica revela-nos as complexas relações de interesses associadas à ditadura civil-militar no Brasil. Isto é, o referido período enfrentou duas crises internacionais do petróleo, em 1973 e 1980. Em 1973, diferentemente de outros países latinos, o Brasil, ao invés de conter os gastos, buscou empréstimos para subsidiar a indústria e estimular o consumo interno, reduzindo as importações e aumentando as exportações.

No entanto, esse processo resultou em um aumento significativo da tomada de crédito externo em agências internacionais, caracterizado por prazos mais longos, mas também por juros mais elevados e flutuantes. Grande parte desse crédito foi direcionada ao investimento em indústrias estatais, sendo acompanhado por um intenso fluxo de corrupção nesses canais administrativos.

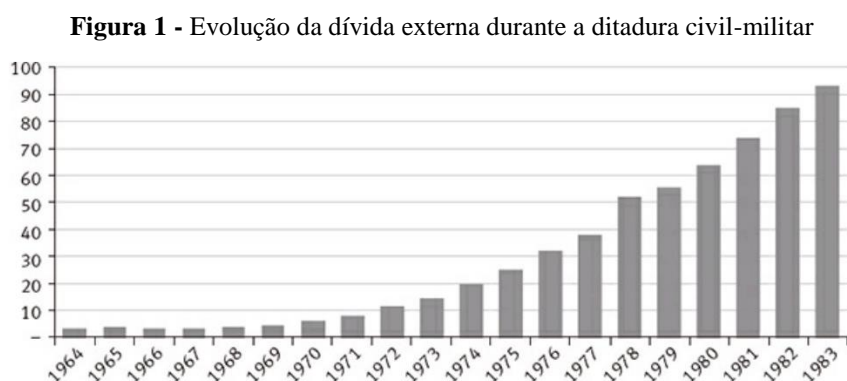
Em outras palavras, o período conhecido como o “milagre econômico” foi marcado por altos índices do PIB e maior repressão. Contudo, foi também caracterizado por um aumento do endividamento interno e externo, aumento da inflação e a implementação de um amplo sistema de subsídios²².

É crucial destacar a corrupção direta e desvio de recursos públicos como uma das dimensões mais atuantes de militares e civis ligados à ditadura civil-militar de 1964. Junto com o arrocho salarial, essa dimensão evidencia o projeto, vinculado à classe dominante que se consolidou no poder a partir do golpe civil-militar, ou seja, de transferência direta de recursos das mãos da classe trabalhadora, consolidando uma importante fase do capitalismo e

²¹ LUNA, Francisco Vidal; KLEIN, Herbert S. Transformações econômicas no período militar (1964-1985). In: REIS, Daniel Aarão; RIDENTI, Marcelo; MOTTA, Rodrigo Patto (Org.). **A ditadura que mudou o Brasil: 50 anos do golpe de 1964**. Rio de Janeiro, Editora Zahar, 2014, p. 63.

²² *Ibid.*, p. 61-62.

acumulação de bens sociais públicos no país. O gráfico abaixo mostra a evolução da dívida externa durante a ditadura civil-militar:



Fonte: Gráfico 4, LUNA; KLEIN, 2014, p. 62.

O Governo, na tentativa de angariar legitimidade e aprimorar sua imagem diante da sociedade, recorreu ao II Plano Nacional de Desenvolvimento – PND (1975-1979). O Plano tinha como objetivo a implementação de metas de longo prazo, visando realizar investimentos nos setores de bens de capital e insumos básicos, com interesses tanto da indústria privada quanto de financistas do sistema de crédito internacional, diretamente envolvidos nessas estruturas administrativas com recursos públicos²³.

Ademais, o estabelecimento dessas metas durante uma crise internacional do petróleo não refletia a realidade enfrentada. No entanto, para aparentar normalidade, o programa foi lançado, sendo necessário contrair empréstimos, tendo o Estado como fiador e devedor, e as subsidiárias da indústria privada nacional como beneficiárias²⁴.

No período em questão, ganharam importância as operações internacionais de crédito, em geral menos onerosas e com prazos mais dilatados. As multinacionais e as grandes empresas nacionais eram as maiores beneficiárias disso, pela possibilidade de acesso direto aos bancos internacionais. As empresas nacionais de menor porte dependiam do sistema bancário interno para repasse desses recursos, realizados com prazos menores e custos maiores. Esses financiamentos externos, cada vez mais procurados

²³ Bem de capital: bem corpóreo, móvel ou imóvel, que não seja perecível ou consumível e que se encontre na posse direta da empresa, de modo que será utilizado materialmente em, no mínimo, mais de um ciclo produtivo, com a finalidade de produzir bens econômicos e serviços considerando o desempenho da empresa. **Revista da Procuradoria-Geral do Banco Central.** Disponível em: <https://revistapgbcbcb.gov.br/revista/article/download/1061/48/983#:~:text=Bem%20de%20Capital%3A%20bem%20corp%C3%B3reo,considerando%20o%20desempenho%20da%20empresa>. Acesso em 02 nov. 2023.

²⁴ LUNA, Francisco Vidal; KLEIN, Herbert S. Transformações econômicas no período militar (1964-1985). In: REIS, Daniel Aarão; RIDENTI, Marcelo; MOTTA, Rodrigo Patto (Org.). **A ditadura que mudou o Brasil: 50 anos do golpe de 1964.** Rio de Janeiro, Editora Zahar, 2014, p. 62.

pelos setores privado e público, explicam parte importante da crescente dívida externa²⁵.

Com a segunda crise do petróleo, as taxas de juros internacionais aumentaram e o volume de crédito disponível diminuiu. A resolução para ajustar as contas veio por meio de um acordo com o Fundo Monetário Internacional – FMI que, ao emprestar, impõe que o país se submeta a diversas políticas. O país, já enfrentando uma recessão, passou a lidar com uma ainda mais intensa devido a esses ajustes. Como resultado, ocorreu o aumento de tributos, controle do consumo, elevação das taxas de juros, controle salarial (arrocho) e corte nos gastos públicos. A inflação disparou, atingindo 200% ao ano em 1984²⁶.

1.2 Sistemas de informação e repressão durante a ditadura civil-militar

O aparato montado para controlar a oposição formou-se ao longo da ditadura civil-militar, tanto com o uso de instituições já existentes quanto com a criação de novos órgãos. O termo “repressão” pode abranger várias formas de seu emprego, que incluem, por exemplo, “cassações, intervenções, censura, leis autoritárias, ameaças, vigilância, suspeição exacerbada, demissões injustificadas”²⁷.

A lógica do perigo interno, na qual a ditadura precisava salvar a nação do comunismo, significava perseguir qualquer oposição. Uma das instituições pré-existentes muito utilizadas foram os DOPS, Departamentos de Ordem Política e Social, subordinados às Secretarias de Segurança Pública dos estados.

No entanto, tiveram um papel renovado, central e dinâmico no sistema repressivo, atuando na abertura de inquéritos, ou seja, ficaram responsáveis pela parte administrativa/burocrática. Isso não os impedia de agir no campo prático também, com interrogatórios, prisões, torturas, desaparecimentos e ampla colaboração das instituições repressivas internacionais, como, por exemplo, na América do Sul e em outras regiões.

O Sistema Nacional de Informações (SNI), criado em junho de 1964, contando com a troca de informações pelos DSIs, Divisões de Segurança e Informações, ligadas aos Ministérios

²⁵ LUNA, Francisco Vidal; KLEIN, Herbert S. Transformações econômicas no período militar (1964-1985). In: REIS, Daniel Aarão; RIDENTI, Marcelo; MOTTA, Rodrigo Patto (Org.). **A ditadura que mudou o Brasil: 50 anos do golpe de 1964**. Rio de Janeiro, Editora Zahar, 2014, p. 66.

²⁶ *Ibid.*, p. 67-69

²⁷ JOFFILY, Mariana. O aparato repressivo: da arquitetura ao desmantelamento. In: REIS, Daniel Aarão; RIDENTI, Marcelo; MOTTA, Rodrigo Patto (Org.). **A ditadura que mudou o Brasil: 50 anos do golpe de 1964**. Rio de Janeiro, Editora Zahar, 2014.

Civis, e as ASIs, Assessorias de Segurança e Informações, atuava junto às universidades e empresas estatais.

Além disso, foi criado o Ciex, Centro de Informações do Exterior, em 1966, com a finalidade de monitorar brasileiros no exterior e estrangeiros dentro do Brasil. SNI e DSIs miravam dissidentes políticos por meio da coleta de informações, as quais eram repassadas para os órgãos repressivos que as utilizavam em seus interrogatórios e torturas.

Nas palavras de Mariana Joffily:

De acordo com a concepção dos militares, essa nova forma de combate possuía como eixo a necessidade de fazer frente a um tipo de ameaça que se diferenciava dos conflitos tradicionais: ela provinha de cidadãos comuns, imbuídos de ideais comunistas, e empregava métodos como persuadir a população pela propaganda revolucionária, organizar ações de desestabilização do governo, preparar a guerrilha, criar zonas deflagradas. O inimigo era interno, a guerra, não convencional, as estratégias, difusas e disseminadas no seio da população civil. Portanto, era preciso agir unificando os comandos políticos e militares, atuar também por meio da ação psicológica e ter controle das informações que levassem a um conhecimento profundo do inimigo, para prever e neutralizar suas ações²⁸.

O contexto da Guerra Fria foi utilizado como justificativa para escolher um lado, e a ditadura civil-militar escolheu o dos Estados Unidos, ao justificar a perseguição de cidadãos considerados subversivos e associados ao comunismo.

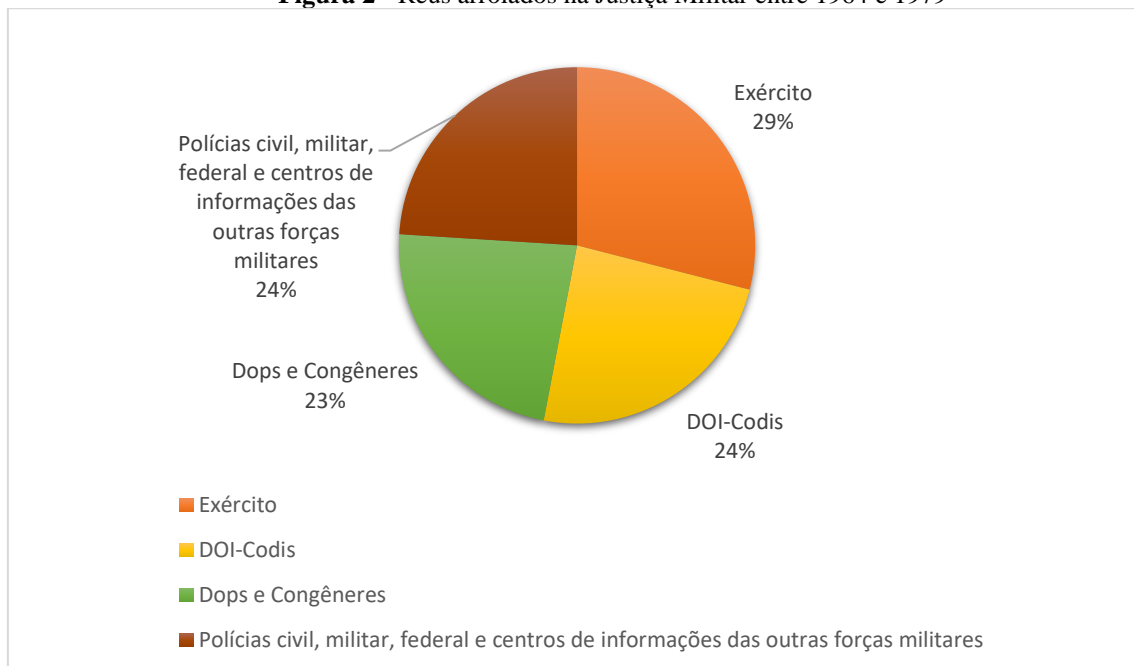
Em 1969, foi criada a Oban, Operação Bandeirante, financiada por empresários e gerida por militares do Exército que chefiavam a busca e destruição de organizações clandestinas de esquerda. A gestão envolvia a conexão de vários órgãos policiais, os quais passaram a ser ocupados, em sua maioria, por militares.

Após o Ato Institucional n. 5, em 1968, foram criados DOI-Codis espalhados pelo país. Os DOIs, Destacamentos de Operações de Informações, ficaram encarregados das ações mais repressivas no sentido prático, como, por exemplo, os interrogatórios e as torturas, enquanto os Codis gerenciavam os DOIs.

²⁸ JOFFILY, Mariana. O aparato repressivo: da arquitetura ao desmantelamento. *In*: REIS, Daniel Aarão; RIDENTI, Marcelo; MOTTA, Rodrigo Patto (Org.). **A ditadura que mudou o Brasil: 50 anos do golpe de 1964**. Rio de Janeiro, Editora Zahar, 2014, p. 98-99.

A pesquisa de Mariana Joffily, que buscou dados do *Projeto Brasil: Nunca Mais*²⁹, trouxe porcentagens de participação dos órgãos policiais nas ações de repressão e tortura, com base nos processos da Justiça Militar³⁰:

Figura 2 - Réus arrolados na Justiça Militar entre 1964 e 1979



Fonte: JOFFILY, Mariana. O aparato repressivo: da arquitetura ao desmantelamento. In: REIS, Daniel Aarão; RIDENTI, Marcelo; MOTTA, Rodrigo Patto (Org.). **A ditadura que mudou o Brasil: 50 anos do golpe de 1964**. Rio de Janeiro, Editora Zahar, 2014, pp. 100-101.

Por sua vez, a classe dominante e suas derivações sociais, em um amplo campo hegemônico, ocuparam inúmeros cargos públicos durante a ditadura civil-militar, estendendo-se por vários órgãos. Alguns desses órgãos foram designados especificamente para operações repressivas. Além disso, organizaram métodos de ação, mantendo um conjunto coordenado de ações que fortalecia o sistema estabelecido. “A rede era ainda composta por uma miríade de instituições complementares, cúmplices do que se fazia nos órgãos repressivos: institutos médico-legais, hospitais, auditorias da Justiça, cemitérios etc.”³¹.

Como será visto, em momento posterior, os hospitais psiquiátricos fizeram parte dessa rede, ou seja, com o envio de inimigos políticos para essas instituições. Neles, foram torturados

²⁹ O Projeto Brasil Nunca Mais foi realizado pela Arquidiocese de São Paulo. O referido Projeto foi uma pesquisa aprofundada com base em 707 processos completos na Justiça Militar, especialmente os do Superior Tribunal Militar (STM), entre abril de 1964 e março de 1979.

³⁰ ARQUIDIOCESE DE SÃO PAULO. **Brasil: nunca mais**. 12ª ed. – Petrópolis: Editora Vozes, 1985.

³¹ JOFFILY, Mariana. O aparato repressivo: da arquitetura ao desmantelamento. In: REIS, Daniel Aarão; RIDENTI, Marcelo; MOTTA, Rodrigo Patto (Org.). **A ditadura que mudou o Brasil: 50 anos do golpe de 1964**. Rio de Janeiro, Editora Zahar, 2014, p. 100

e esquecidos, quando não faleciam como indigentes. Muitos desses indivíduos ainda hoje são dados como desaparecidos ou não identificados em valas comuns em todo o país. Toda essa rede complementava o sistema.

Quanto aos níveis de repressão, há uma subdivisão temporal sugerida. A primeira fase vai de 1964 a 1968, caracterizada por uma repressão menos intensa do que a fase posterior, que ocorreu de 1968 a 1974. Este último período, a partir da institucionalização do AI-5, considerado um momento de recrudescimento das ações repressivas do Estado, caracterizou-se por meio da aplicação metódica e organizada da perseguição e outras estratégias.

A terceira fase, que vai de 1975 ao fim da ditadura civil-militar em 1985, é conhecido como o “período de distensão”³². Não é objetivo desta pesquisa aprofundar as discussões de periodização, mas serve apenas para se situar com relação aos principais eventos ocorridos relacionados aos atos repressivos, como a decretação do AI-5 em dezembro de 1968³³.

O período foi marcado pela utilização de variadas estratégias de coleta de informações. Militares, policiais civis, agentes da imprensa, setores da própria indústria (como no caso da Volkswagen) e movimentos civis diversos, inclusive católicos, atuaram sem fardamento, assumindo papéis para se infiltrarem nas organizações sindicais, estudantis e partidárias. Seu objetivo foi conquistar a confiança das pessoas, participando de reuniões e coletando informações sobre movimentos, de planos de ação contra a ditadura civil-militar, entre outros.

Além disso, empregaram torturas nos interrogatórios, utilizando agressões físicas como socos, tapas, afogamentos, palmatórias, pau de arara, “telefone”, cadeira do dragão, “geladeira” e outras, eventualmente criadas e especialmente aplicadas contra mulheres³⁴.

Em termos nacionais, houve concentração da violência registrada nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, seguidos, em menor escala, por Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Ceará, Rio Grande do Sul e Distrito Federal. Os dados disponíveis, porém, refletem apenas uma parte reduzida do que foi o fenômeno da tortura no país durante a ditadura militar. Eles provêm do levantamento do projeto Brasil: Nunca Mais, que se baseou nas informações contidas nos processos do Superior Tribunal

³² JOFFILY, Mariana. O aparato repressivo: da arquitetura ao desmantelamento. In: REIS, Daniel Aarão; RIDENTI, Marcelo; MOTTA, Rodrigo Patto (Org.). **A ditadura que mudou o Brasil: 50 anos do golpe de 1964**. Rio de Janeiro, Editora Zahar, 2014, p.100. Para problematizações quanto às definições de “etapas” em torno da ideia de “regime” e seus desdobramentos governamentais no país durante a ditadura de 1964, conf. SILVA, Marcos. **Ditadura relativa e negacionismos: Brasil, 1964 (2016, 2018...)**. São Paulo: Maria Antonia Edições, 2021.

³³ *Ibid.*, p.100

³⁴ *O Projeto: Brasil Nunca Mais*, publicado em 1985, representou a resistência à ditadura civil-militar, expondo os inúmeros crimes cometidos pelos agentes que agiam em nome dela, e na primeira parte da obra, foram relatados diversos métodos de tortura, tais como: pau-de-arara, choque elétrico, a “pimentinha”, dobradores de tensão, o afogamento, a “cadeira do dragão”, “geladeira”, produtos químicos e lesões físicas. Isso não exclui a evidência de outros. ARQUIDIOCESE DE SÃO PAULO. **Brasil: nunca mais**. 12ª ed. – Petrópolis: Editora Vozes, 1985, pp. 33-41. Diversos documentos podem ser encontrados no site <https://bnmdigital.mpf.mp.br/pt-br/>.

Militar. Ora, apenas uma parcela dos detidos e torturados foi condenada nessa instância. Dessa parcela, o universo dos denunciantes é ainda menor. Ainda assim, são informações significativas para se ter ideia de como se distribuiu a violência política no país³⁵.

Desta forma, entendo que as pesquisas realizadas hoje ainda podem ampliar diversos aspectos sobre a realidade que o Brasil viveu durante a ditadura civil-militar, uma vez que os dados disponíveis são falhos por inúmeros motivos, como mencionado anteriormente. Um deles é o fato de que foram utilizados apenas os registros do Superior Tribunal Militar. Muitas pesquisas já consideram, como também ampliam seus estudos, diante da destruição de arquivos por parte dos militares e da sociedade civil empresarial da época, o entendimento de tais aspectos como forma de ocultar os crimes que foram realizados.

No documentário “Cabra marcado para morrer”, de Eduardo Coutinho, são apresentados os sofrimentos e perseguições que os camponeses enfrentaram durante a ditadura civil-militar, mostrando como o golpe foi implacável em ações contra os movimentos rurais desde o dia 31 de março de 1964.

Pode-se afirmar que esses grupos foram atingidos desde os primeiros dias daquela ditadura, enfrentando a violência em espaços de isolamento social, muitas das vezes sem o recurso de meios de comunicação mais organizados de denúncia. Além disso, parte dessa população foi expulsa de suas terras para as cidades. Os grandes proprietários tinham suas próprias milícias, que atuavam em conjunto com o Estado por meio de suas polícias e militares, praticando desde torturas até assassinatos.

As vítimas da luta pela terra, em geral mortas por jagunços, foram num crescendo que se prolongou para além da ditadura, até 1987. No que tange à repressão propriamente política, ela foi em particular intensa contra os camponeses do sul do Pará e da região do Bico do Papagaio, acompanhando o combate à guerrilha do Araguaia (1972-1975)³⁶.

³⁵ Joffily usou o *Projeto: Brasil Nunca Mais*, na qual está consubstanciada uma gama de fontes primárias, baseada em processos judiciais do Superior Tribunal Militar, visando estudar como se comportava o sistema repressivo no mundo jurídico. Essas fontes servem-nos com muito conhecimento acerca da ditadura civil-militar brasileira. JOFFILY, Mariana. O aparato repressivo: da arquitetura ao desmantelamento. In: REIS, Daniel Aarão; RIDENTI, Marcelo; MOTTA, Rodrigo Patto (Org.). **A ditadura que mudou o Brasil: 50 anos do golpe de 1964**. Rio de Janeiro, Editora Zahar, 2014, p. 102

³⁶ JOFFILY, Mariana. O aparato repressivo: da arquitetura ao desmantelamento. In: REIS, Daniel Aarão; RIDENTI, Marcelo; MOTTA, Rodrigo Patto (Org.). **A ditadura que mudou o Brasil: 50 anos do golpe de 1964**. Rio de Janeiro, Editora Zahar, 2014, p. 103.

Um aspecto muito importante da ditadura civil-militar foi a existência de divergências entre os membros das forças armadas, evidenciando disputas classistas históricas entre esses grupos. Isto é, tanto entre civis e militares quanto entre as diferentes facções militares, havia disputa de poder e conflitos de interesses.

Essa disputa interna resultou em duplicidade de ações repressivas, tornando o processo repressivo no Brasil ainda mais intenso. Segundo Joffily³⁷, há relatos de presos políticos que foram interrogados sobre os mesmos assuntos mais de uma vez por órgãos diferentes. No entanto, essa divergência ia além das questões de atribuições, pois os servidores dos órgãos de informações eram priorizados nas promoções e condecorações, causando mal-estar político entre eles.

³⁷ *Ibid.*, p. 103.

CAPÍTULO 2 - AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E OS ESFORÇOS PARA CONSTRUIR UM NOVO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas por meio da Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937³⁸, a qual também instituiu as Conferências Nacionais de Educação, isto é:

[...] destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde, realizadas em todo o país, e a orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federais^{39, p.84}.

A literatura propõe uma periodização para as Conferências Nacionais de Saúde, e é importante colocá-las aqui, pois trata-se de um evento relacionado à pesquisa em epígrafe. A primeira fase é chamada de Sanitarismo Clássico, representada pelas 1ª e 2ª Conferências Nacionais de Saúde (1941-1962). A segunda fase é a de Transição, abrangendo as 3ª e 4ª Conferências Nacionais de Saúde (1963-1974). A terceira fase engloba as 5ª, 6ª e 7ª Conferências (1975-1985), conhecida como Modernização Conservadora e Planejamento Estatal. A quarta fase é chamada de Reforma Sanitária, compreendendo as 8ª e 9ª Conferências Nacionais de Saúde (1986-1992). A fase de Consolidação do SUS ocorre da 10ª a 12ª Conferências (1996-2003)⁴⁰.

Esta pesquisa abrange até a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ou seja, até a quarta fase, a da Reforma Sanitária, com reflexões ligadas à criação do SUS. O objetivo é entender como esses debates ocorreram e influenciaram outros movimentos na redemocratização do país, analisando os atores envolvidos, os temas considerados importantes e os argumentos apresentados. Através dos relatórios das conferências, é possível abstrair evidências das relações de poder, lutas das classes populares e identificar os interesses das classes conservadoras.

³⁸ BRASIL. **Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937**. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Rio de Janeiro, Presidência da República [1937]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacaooriginal-1-pl.html#:~:text=D%C3%A1%20nova%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20ao%20Minist%C3%A9rio%20da%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20e%20Saude%20Publica.&text=Art.,Ministerio%20da%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20e%20Saude>.

³⁹ ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; MANUEL SUÁREZ, Julio (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, Editora: Fiocruz, 2005, p. 83-119.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 83.

As conferências nacionais de saúde foram criadas para aproximar o governo federal das demandas locais, trocando informações em nível científico e burocrático para a implementação de políticas públicas. Inicialmente, não tinha o papel deliberativo, mas, posteriormente, tomaram outras proporções, devido à participação popular. O ideal era que tivesse uma comunicação mais efetiva com estados e municípios, para entender suas peculiaridades e necessidades, controlando mais a descentralização de recursos.

Nesse bojo, a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990⁴¹, regulamentou a participação popular no SUS, elevando as conferências e conselhos a instâncias colegiadas, realizadas em todas as esferas governamentais, demonstrando a importância que as instâncias foram adquirindo cada vez mais no cenário político e social. A lei definiu a periodicidade das conferências a cada quatro anos, visando a participação de diversos segmentos sociais na análise da situação e na proposição de políticas e diretrizes. A representação paritária dos usuários em relação aos outros participantes foi uma conquista resultante das lutas do período ditatorial.

Apesar da regulamentação das conferências, o dispositivo não detalhou muito seu funcionamento. No entanto, as conferências deveriam colaborar com o Conselho Nacional de Saúde. A esse respeito, Sarah Escorel destaca que a lei definiu que:

[...] as conferências propõem diretrizes para a formulação de políticas a partir da avaliação da situação de saúde, os conselhos formulam estratégias e controlam a execução das políticas e as instâncias executivas, implementam as políticas e homologam as deliberações dos conselhos⁴².

Posteriormente, com a visualização dos debates das conferências, foi possível observar esse aspecto de proposição de diretrizes e formulação de políticas, inclusive, a questão de ocorrer a partir da avaliação da situação de saúde existente é um aspecto duramente criticado, pois, várias vezes foi reivindicado que o governo investisse em levantamento de informações. No entanto, a dinâmica ditatorial era justamente contrária aos Princípios da Publicidade e Transparência.

A lei também subordinou as conferências aos conselhos quando atribuiu a eles o papel de aprovação do regimento interno delas. Isto é, sempre antes da realização das conferências,

⁴¹ BRASIL. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, [1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm, grifo nosso.

⁴² ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; MANUEL SUÁREZ, Julio (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, Editora: Fiocruz, 2005, p. 85.

devem ser elaborados o regimento interno e o regulamento. O primeiro, como dito antes, depende de aprovação do Conselho Nacional de Saúde, enquanto o regulamento depende de aprovação da própria conferência, no dia da abertura.

Por sua vez, o Conselho Nacional de Saúde emite resoluções com diversos temas importantes, atualizando acerca de novas propostas, determinações, orientações, regulamentações etc. No *site* do Conselho está organizada toda essa documentação desde 1995⁴³.

Um estudo minucioso dessas resoluções pode esclarecer e acrescentar muito acerca dos temas debatidos, como também apreender os maiores problemas enfrentados no período pesquisado e verificar disputas de poder, entre outros. Ano passado, por exemplo, a Resolução nº 726, de 09 de novembro de 2023, dispõe sobre as propostas e moções aprovadas na 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. A I Conferência Nacional de Saúde Indígena só ocorreu em 1986, como consequência da VIII Conferência Nacional de Saúde.

A referida resolução foi aprovada pela primeira-Ministra da Saúde mulher na história do Brasil, Nísia Trindade Lima, selecionada na Gestão do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, em 2023. Formada em Ciências Sociais pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em 1980, Mestre em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, em 1989, e Doutora em Sociologia, em 1997, tem imenso conhecimento na área de saúde e políticas públicas, sendo autora e organizadora de estudos sobre o tema⁴⁴.

A conclusão de Sarah Escorel destaca a escassez de normatizações das conferências, indicando a necessidade de estudar as próprias conferências no intuito de se obter informações sobre elas. Essa abordagem permite observar o estado das disputas de poder. Nesse sentido, a 1ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1942 durante a fase do Sanitarismo Clássico, foi convocada pelo Decreto 6.788, de 30 de janeiro de 1941, e foi organizada em conjunto com a conferência nacional de educação.

Segundo a exposição de motivos enviada ao Presidente da República Getúlio Vargas (1937-1946), em 27 de janeiro de 1941, a conferência nacional de saúde e de educação destinou-se a promover o entendimento permanente do Ministério com os governos estaduais, “no terreno da administração dos negócios de sua competência”⁴⁵. Ademais, a exposição de motivos

⁴³ Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns>. Acesso em: 18 jun. 2023.

⁴⁴ Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/nisia-trindade-de-lima>. Acesso em: 18 jun. 2023.

⁴⁵ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1., 1941. **Relatório** [...]. Ministério da Educação e Saúde, 1941, p. 3. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_1.pdf. Acesso em: 20 out. 2021.

destacou o objetivo de descentralizar as ações de saúde de forma organizada e integrada, incumbindo as conferências dessa responsabilidade:

O considerável desenvolvimento das atividades federais em matéria de educação e saúde, a magnitude dos empreendimentos projetados, a necessidade de que para esses empreendimentos concorram os governos estaduais e municipais, com trabalhos e recursos, tudo está a mostrar a conveniência da imediata convocação das citadas conferências nacionais⁴⁶.

Nessa nova exposição de motivos enviada ao Presidente, datada de 21 de junho de 1941, seis meses após a primeira exposição de motivos, reforçou-se a necessidade de realização da conferência, destacando mais uma vez suas funções e sua importância na gestão da Saúde:

Estas conferências se destinam ao objetivo de firmar princípios e entendimentos que articulem o Ministério da Educação e Saúde com as administrações estaduais, e, por intermédio destas, com as administrações municipais, tudo afim de que a educação e a saúde, em todo o território do país, se organizem em termos de serviços públicos nacionais convenientemente racionalizados, mediante a cooperação das três ordens da administração pública, - a federal, a estadual e a municipal, - com a participação ainda dos serviços da iniciativa particular⁴⁷.

A tentativa de estabelecer um Sistema de Saúde Nacional integrado, com coordenação e implementação eficientes, já era vislumbrada na década de 40. A exposição de motivos destacou as necessidades prementes da época, enfatizando que a conferência nacional de saúde desempenhava papel fundamental na organização da situação sanitária estadual e municipal. Isso abrangia a criação de campanhas nacionais contra a tuberculose e a lepra, bem como o estabelecimento mais abrangente de instituições voltadas para a proteção à maternidade, à infância e à adolescência⁴⁸, além da gestão dos serviços de água e esgoto em municípios por todo o país.

Durante a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde (1ª CNS), iniciada em 10 de novembro, já constava o Decreto-Lei nº 3.799, publicado em 5 de novembro de 1941, estabeleceu o Serviço de Assistência a Menores (SAM). Importante ressaltar que este órgão estava subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

⁴⁶ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1., 1941. **Relatório** [...]. Ministério da Educação e Saúde, 1941, p. 3. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_1.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 3.

⁴⁷ *Ibid.*, p. 8.

⁴⁸ Enquanto, em 1964, foi criada a FEBEN.

Infelizmente, o documento denominado relatório da 1ª Conferência Nacional de Saúde não consiste em um relatório convencional, mas sim em dois questionários aplicados aos estados, incluindo portarias, decretos e exposições de motivos. O próprio evento enfrentou adiamentos, sendo inicialmente postergado pelo Decreto n. 7.196, de 19 de maio de 1941, que adia a realização para a segunda quinzena de setembro. Subsequentemente, houve uma solicitação de convocação na Exposição de Motivos, datada de 20 de outubro de 1941, propondo a realização entre os dias 10 e 15 de novembro. Somente com o Decreto n.º 8.090/1941, foi confirmada a data de 10 a 15 de novembro para a realização do evento, sem mais adiamentos.

Nesse contexto, o Decreto 6.788, de 30 de janeiro de 1941, que convocou a 1ª Conferência Nacional de Saúde (1ª CNS), já estabelecia os temas a serem discutidos, a saber:

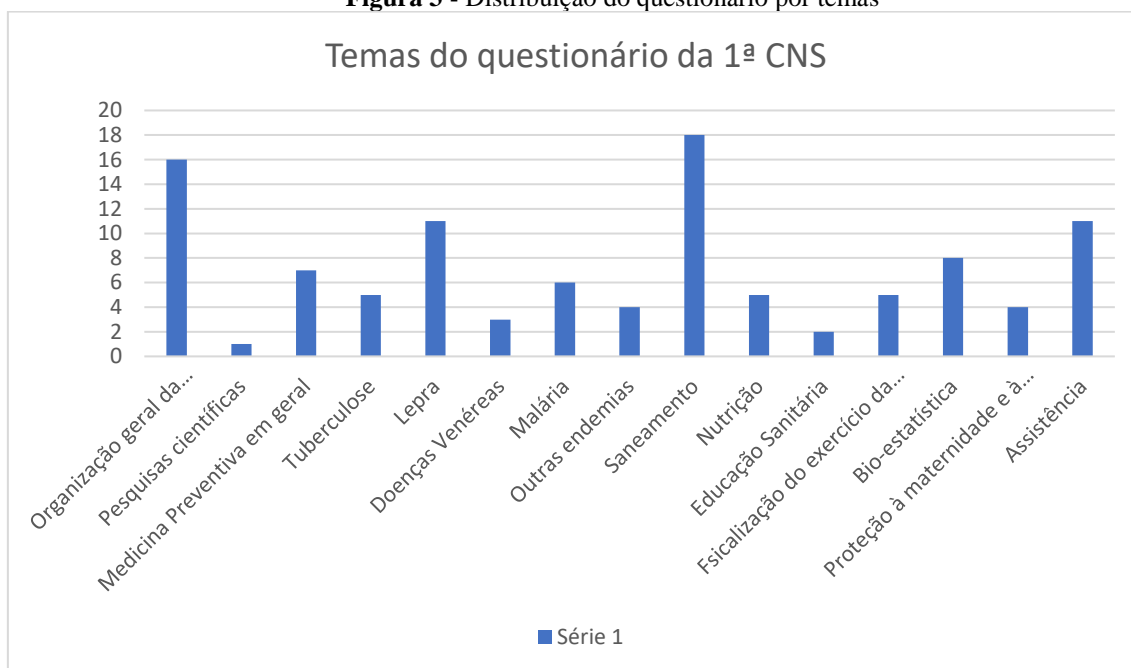
- a) organização sanitária estadual e municipal;
- b) ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose;
- c) determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento;
- e
- d) plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.

Essa clara definição demonstra a fase do sanitarismo clássico, evidenciada pelo fato de o Secretário Geral da 1ª CNS ter sido o diretor do Serviço Nacional de Lepra, e os Relatores Gerais, os diretores do Departamento Nacional de Saúde e do Departamento Nacional da Criança, conforme definido na Portaria Ministerial n.º 73, de 25 de abril de 1941.

Convém mencionar que o questionário encaminhado aos governantes estaduais e locais na área de saúde consistiu em cento e seis questões, abrangendo uma variedade de temas e reflete o grau de desconhecimento do governo federal, à época, em relação à saúde praticada no Brasil.

Adicionalmente, o questionário foi subdividido em quinze temas, conforme detalhado no gráfico abaixo, indicando a porcentagem de questões para cada subtema.

Figura 3 - Distribuição do questionário por temas



Fonte: Relatório da 1ª Conferência Nacional de Saúde.

Os temas de saneamento e organização geral da administração da saúde foram os mais relevantes no questionário, totalizando 34 questões. Na exposição de motivos de 20 de outubro de 1941, reforçou-se o conjunto de temas a serem discutidos, evidenciando a importância do "sanitarismo".

Este período caracterizou-se pela prevalência de doenças no Brasil, resultantes da ausência de um sistema sanitário e de abastecimento adequados à população. Assim, o tema foi amplamente debatido com atenção especial, conforme esclarece a exposição de motivos:

II. A 1ª CNS deverá:

estudar as bases da organização de um programa nacional de saúde e de um programa nacional de saúde e de um programa nacional de proteção da infância, sínteses dos objetivos a serem atingidos e dos meios a serem mobilizados, nesses dois terrenos do serviço público nacional;

Estudar e definir o sistema de organização e de administração sanitárias e assistenciais, nas órbitas estadual e municipal.

Considerar, de modo especial, as campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose, para o fim de serem assentadas medidas relativas à sua coordenação e intensificação, e bem assim a situação das cidades e vilas de todo o país quanto à montagem e funcionamento dos serviços de águas e esgotos⁴⁹.

⁴⁹ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1., 1941. **Relatório** [...]. Ministério da Educação e Saúde, 1941, p. 3. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_1.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 36.

Quanto à organização geral da administração da saúde, foram solicitados dados dos governos locais sobre quantitativos gerais, como o número de médicos sanitaristas, enfermeiras diplomadas ou não, a oferta de cursos especiais para profissionais de saúde, a quantidade de distritos no estado, bem como o montante do orçamento destinado à saúde anualmente nos estados e municípios.

Em relação ao saneamento, a 1ª CNS levantou informações sobre a quantidade de prédios na zona urbana, como também a sua conexão à rede de água e esgoto, além de saber se a fonte era superficial ou subterrânea, o volume per capita fornecido diariamente, a metodologia de controle de qualidade e tratamento da água, bem como a metodologia de distribuição tanto para os prédios conectados à rede quanto para aqueles que não estavam.

A lepra e a assistência foram alvo de 22 questionamentos, visando obter dados sobre o número de pessoas com hanseníase, tanto aquelas internadas quanto as não hospitalizadas, os locais destinados ao isolamento, e a existência de tratamento para os enfermos, entre outros aspectos. Uma análise das perguntas revela a precariedade das condições de saúde no Brasil no início da década de 40. Essas questões persistiram por longos anos durante a ditadura civil-militar, como será evidenciado mais adiante.

Quanto à 2ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em novembro de 1950, não há relatório disponível para análise. Entretanto, é conhecido que foram abordados temas relacionados à higiene e segurança no trabalho, prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores, bem como questões relacionadas à saúde de gestantes e o combate à malária⁵⁰.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 1963, durante o governo de João Goulart, teve como propósito mapear o cenário da questão sanitária no país e deliberar sobre programas de saúde⁵¹. Os temas abordados incluíram a situação sanitária da população brasileira, a distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal, a municipalização dos serviços de saúde e a definição de um Plano Nacional de Saúde. A esse respeito, Sarah Escorel destaca que essa conferência foi a mais

⁵⁰ ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. *In*: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; MANUEL SUÁREZ, Julio (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, Editora: Fiocruz, 2005, p. 91.

⁵¹ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 3., 1963, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1963, 219 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_3.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 3.

politicizada antes da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Em contrapartida, a 4ª Conferência foi considerada a mais técnica⁵².

2.1 A 4ª Conferência Nacional de Saúde e a questão dos recursos humanos

Em meio a esse contexto, podemos imaginar o ambiente durante a realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde, após três anos do golpe. A ditadura civil-militar (1964-1985), assim como grande parte da classe dominante no país, buscou perseguir e criminalizar movimentos sociais voltados à invenção, manutenção e defesa da democracia e dos direitos no Brasil. As conferências nacionais não ocorreram de forma isolada dos movimentos sociais, tanto os articulados por trabalhadores quanto aqueles liderados por categorias profissionais.

As transformações que estavam ocorrendo no campo do pensamento em saúde foram intensas, com influências inclusive internacionais, como propugnado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No entanto, perspectivas políticas mais amplas no campo das resistências e lutas por participação no direito à saúde, com consequências distintas de entendimento nesse meio, desenvolveram-se gradualmente.

Nesse cenário, enfrentaram contradições e conflitos dentro das instituições de representação no campo da saúde e na sociedade como um todo, tornando-se uma experiência histórica de invenção de democracia e direitos no país.

Ocorre que os movimentos sociais dialogavam entre si, e a questão da Saúde Pública permeava e abrangia diversas reivindicações no campo político, dos direitos humanos e da democracia, tornando os movimentos da área de saúde verdadeiros impulsionadores de ideias centrais que seriam incorporadas na Constituição Federal Brasileira de 1988. Quando a ditadura civil-militar foi instaurada em 1964, todo o seu sistema político-econômico do estado foi articulado, atingindo também os espaços públicos e afetando as formas de coletivização populares, nos aspectos político, social, cultural, privado etc.

Nesse contexto ainda, os movimentos enfrentaram muitos obstáculos. A 4ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em um quadro político-social-econômico, no período de 30 de

⁵² ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. *In*: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; MANUEL SUÁREZ, Julio (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, Editora: Fiocruz, 2005, p. 91-92.

agosto a 04 de setembro de 1967, na Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública, atual Fundação Instituto Oswaldo Cruz, em Mangueiras (RJ)⁵³.

O tema da 4ª Conferência foi "Recursos Humanos para as Atividades de Saúde". Os organizadores/signatários foram o Marechal Arthur da Costa e Silva, que assumiu a Presidência em março de 1967; o Ministro da Saúde, Leonel Miranda Tavares de Albuquerque, médico e um dos signatários do AI-05, de 1968; Hélio Fraga, médico e Presidente da Comissão Organizadora; Manoel José Ferreira, médico sanitário como Relator-Geral; Edmar Terra Blois, médico e Secretário Geral.

A ditadura civil-militar, caracterizada pela escassa ou nenhuma abertura às classes populares, foi marcada pela presença de profissionais, políticos e servidores públicos. O próprio relatório da 4ª Conferência apresenta-nos uma lista dos participantes.

A IV Conferência Nacional de Saúde, reunindo autoridades e professores universitários, autoridades e profissionais de saúde, para a discussão de problemas comuns, representou, no dizer do Exmo. Sr. Ministro da Saúde, a oportunidade "de os educadores se tornarem mais sanitários e de os sanitários se tornarem mais educadores"⁵⁴.

Nessa época, é evidente que a corrente sanitária predominava nos discursos políticos, científicos e sociais. Segundo o relatório da 4ª Conferência Nacional de Saúde, o Comitê Executivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou, no campo da educação, a redução do número de profissionais médicos, em favor de mais investimentos em auxiliares, como engenheiros sanitários, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, entre outros.

Em outras palavras, o governo em questão já seguia a lógica dos Estados Unidos, buscando tornar o investimento em saúde mais "econômico". O relatório justificava que, mesmo com uma "geração" de investimentos, não seria possível suprir a demanda por médicos. Portanto, alternativas menos custosas deveriam ser consideradas para preencher as lacunas ou corrigir deficiências no sistema de saúde do Brasil.

⁵³ Esta conferência deveria ter ocorrido em abril do mesmo ano, em pesquisa realizada no acervo do Estadão, o jornal é de 11 de fevereiro de 1967. O ESTADO DE S. PAULO: PÁGINAS DA EDIÇÃO DE 11 DE FEVEREIRO DE 1967. Disponível em: <https://acervo.estadao.com.br/pagina/#!/19670211-28167-nac-0005-999-5-not/tela/fullscreen>. Acesso em 14 mai. 2022.

⁵⁴ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., 1967, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1967, 296 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 13

Os planos de ensino e os currículos universitários foram amplamente discutidos nas conferências nacionais de saúde, especialmente na 4ª conferência, que abordou a formação e alteração da matriz curricular devido aos novos conhecimentos médicos e às mudanças no panorama nosológico.

Dessa maneira, os critérios para essas alterações levaram em conta o perfil da saúde no país, a disponibilidade de profissionais, as doenças mais prevalentes, entre outros aspectos. Muitas dessas discussões integraram a Reforma Universitária de 1968, estabelecida pela Lei n.º 5.540, de 28 de novembro de 1968, embora tal reforma não tenha escapado de ser considerada autoritária.

Ademais, o então Ministro da Saúde, Leonel Miranda, participou de eventos que demonstrava grande interesse na área da saúde. Em 1974, ele conseguiu aprovar o Plano de Pronta Ação (PPA), por meio da Portaria n.º 39, fortalecendo o setor privado de asilos no Brasil. Essa medida de privatização contradizia as intenções preventivistas da Previdência Social e do Ministério da Saúde.

De acordo com Amarante, o PPA regulava "o destino dos hospitais da Previdência; o credenciamento dos médicos, dos convênios e a sua renovação; a condição para a expansão dos serviços; o seguro-saúde privado". O alinhamento do ministro com o empresariado era evidente, e ao abrir a 4ª CNS, um evento de grande porte com a presença de figuras internacionais da Organização Mundial de Saúde e OPAS, ele proferiu a seguinte declaração:

Médico, eu me sinto instalando uma Junta que vai procurar identificar e desenvolver um meio de tratamento para um paciente com uma família composta de milhões de dependentes. É uma questão de amor ao próximo e à profissão. Integrante do Governo, eu espero, também ansioso, que as indicações dêem ao paciente condições de assumir, sem mais demora, o destino que lhe está reservado. É uma questão de idealismo e amor à Pátria. Nós, os médicos, especialmente nos países em desenvolvimento, passamos a vida, ao longo de nossa carreira, pugnando pela melhoria dos recursos humanos necessários ao progresso das nações. É um sentimento inerente ao nosso juramento, indispensável a melhor desempenharmos nossa missão, inadiável ao bem-estar dos povos e ao julgamento da posteridade. Éste o espírito que tem inspirado todos os conclave que temos realizado no país e dos quais tantos resultados floresceram e frutificaram⁵⁵.

Trata-se de uma introdução que negligencia a realidade dos conflitos internos e a apresentação inicial do Dr. Abraham Horwitz, Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana, intitulada "Política e Realizações da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização

⁵⁵ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., 1967, Rio de Janeiro. *Anais* [...]. Ministério da Saúde, 1967, 296 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 23

Mundial da Saúde nas Américas". Seu discurso abrangia os projetos já executados, algumas diretrizes essenciais, e discutia a alocação de pessoal na área de saúde; contudo, não evidenciava o conflito subjacente.

O relatório destacava ainda a participação do Dr. Carlos Luiz González, então secretário executivo da Associação Venezuelana de Faculdades (Escolas) de Medicina. Em seu texto, presente no relatório, percebe-se os primeiros sinais da discussão sobre territorialização, posteriormente defendida pelos sanitaristas e incorporada na construção do SUS. No seu relato, ele informou sobre um estudo conduzido para avaliar o acesso das populações rurais aos serviços médicos:

En una publicación reciente de la OPS se indica que según los censos efectuados alrededor de 1960 en 11 de 18 países de las Américas más del 50 por ciento de la población vivía en zonas rurales, que fueron definidas como "localidades de menos de 2,000 habitantes o fuera de los conglomerados". Ahora bien, de ese sector demográfico una gran parte, lo que pudiera denominarse "población dispersa", está ubicada en pequeños caseríos o viviendas aisladas, separados entre sí por grandes distancias, con dificultosas vías de comunicación que empeoran durante las largas estaciones de lluvia y de sequía⁵⁶.

Naquela temporalidade, a territorialização estava sendo amplamente discutida, principalmente nos países mais pobres, a qual os atendimentos nas regiões afastadas eram escassos.

Nesse cenário, o próximo país que colaborou no relatório é a Colômbia. O médico Raul Paredes Manrique, um dos expositores na 4ª Conferência Nacional de Saúde, o qual também era Chefe da Divisão de Educação, Planejamento e Desenvolvimento da Associação Colombiana de Faculdades de Medicina, apontou as causas das disfunções do sistema de saúde e apresentou algumas estatísticas, apesar de escassas, indicando fragilidades nas existentes.

Além disso, elaborou críticas aos países latino-americanos por ainda possuírem características da administração colonial, além de apontar a desvalorização dos profissionais auxiliares.

Ademais, através desses apontamentos feitos por pessoas de outros países da América Latina, observa-se essa conjuntura não só no Brasil conjugando esforços para dialogar em eventos internacionais em busca de soluções eficazes, como também em propostas que pudessem ter resultados positivos.

⁵⁶ Nasceu em Capacho, no estado de Táchira, em 12 de março de 1916, na Venezuela. Formado em Ciências Médicas em 1938. Disponível em: <http://www.ula.ve/medicina/medicina-preventiva/125-medicina-preventiva/704-semblanza-del-dr-carlos-luis-gonzalez>. Acesso em: 11 out. 2022.

No caso do Brasil, o Dr. Raymundo Moniz de Aragão, Reitor da Universidade Federal do Rio de Janeiro, foi o relator brasileiro na conferência. Como Reitor, em seu discurso contou com citação de Charles-Edward Amory Winslow, que "assinala ser no plano moral, antes de qualquer outro, que o problema da saúde se coloca". Dr. Raymundo também argumentou pela lógica capitalista em favor da Saúde Pública brasileira:

Mas existem correlações evidentes e perfeitamente identificadas, entre o estado de saúde do indivíduo e a sua capacidade de trabalho, como entre o grau de higidez de uma população e a sua produtividade. Nesses termos, o problema da saúde desloca-se, de imediato, ao plano econômico, afetando a economia individual, comunitária e nacional, e refletindo-se no desenvolvimento do país. Em razão disso, o direito transforma-se em necessidade, e torna efetivo o primeiro, como dar atendimento adequado à segunda, são deveres do Estado moderno⁵⁷.

Foi discutida a importância do planejamento, inclusive de forma periódica, junto com a avaliação dos recursos humanos, a fim de identificar pontos críticos e aprimorá-los. Também foi reforçada a crítica à fragilidade do recenseamento brasileiro e à necessidade de formação e "reciclagem" do pessoal da saúde, além da tentativa de delimitar algumas competências que pareciam entrar em choque sobre o que era atribuição do estado e o que era atribuição do município.

Abordou-se ainda a questão da saúde individual e coletiva⁵⁸, medicina pública assistencial e preventiva; estrutura do serviço com base na configuração nosológica por região; ampliação do atendimento para áreas afastadas dos centros industriais-urbanos; integração comunitária; e investimento em capacitação. Enfim, o foco da discussão era melhorar o que já se tinha, visando a Saúde Pública.

Em outras palavras, deve-se sempre lembrar que, naquele período ainda, não existia o Sistema Único de Saúde. Essas discussões ocorriam em um plano de atendimento ainda muito precário, com alcance limitado à população rural, distante dos centros que ofereciam assistência.

⁵⁷ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., 1967, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1967, 296 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 83

⁵⁸ Achilles Scorzelli Junior foi médico sanitarista no Departamento Nacional de Saúde. Elaborou parte de Relatório apresentado em 1939, intitulado: *Questões de Organização Sanitária do Amazonas*, do Centro de Documentação e Memória da Amazônia. Disponível em: https://issuu.com/bibliovirtualsec/docs/quest_es_de_organiza_o_sanit_ria_do_amazonas. Acesso em: 28 ago. 2021.

Outro aspecto bem defendido pelos médicos⁵⁹, não apenas os da corrente sanitária, era o reforço da medicina preventiva. Este tema foi discutido inúmeras vezes e atualmente pode-se dizer que representou um avanço, embora ainda haja melhorias a serem feitas. Para exemplificar e facilitar a compreensão da noção mais ampla de prevenção, René Dubos comentou o seguinte:

O homem sente-se ameaçado e ameaçado está, com efeito pela cisão que se produziu entre a vida e as condições e ciclos naturais que determinaram a evolução humana; pela exposição constante e inevitável aos estímulos da civilização urbana e industrial; pela contaminação do ambiente, intensa e variada, pelo trauma emocional e, com frequência, pela solidão do indivíduo nas cidades congestionadas; pela monotonia, o tédio, o ócio compulsório imposto pela automatização do trabalho. São estas as verdadeiras raízes da maioria dos problemas médicos. As alterações do corpo e da mente não passam, em grande medida, de reações canhestras às influências do ambiente⁶⁰.

Na época em questão, os debates já se aprofundavam nos conceitos de saúde, abordando as principais enfermidades por região e estabelecendo comparações com os níveis de riqueza de cada estado. Em outros termos, emergia a compreensão de que "a saúde do povo é determinada não por sua raça, mas por suas condições de vida"⁶¹.

Nesse contexto, tornava-se indispensável a integração do conhecimento científico com a implementação de medidas políticas e sociais eficazes. A definição de saúde adotada coincidia com aquela proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que a concebia da seguinte maneira:

Bem-estar físico, mental e social - expressa o reconhecimento dos homens deste direito. Direito conquistado e que se continua conquistando palmo a palmo. Daí não ser uma definição e sim meta a ser atingida - equilíbrio harmônico do indivíduo com seus ambientes exterior e interior, mesmo que em antítese com a condição biológica⁶².

⁵⁹ Este foi por Sávio Antunes, nascido em 11 de fevereiro de 1908, em Nova Friburgo (RJ). Estudou no Colégio Militar do Rio de Janeiro (1919-1925), na Escola Politécnica da Universidade do Rio de Janeiro, onde fez o 1º (1926) e 2º (1930) anos do curso geral, e na Universidade do Distrito Federal como ouvinte do Curso de Física (1936). Entre as décadas de 1930 e 1960 atuou em empresas públicas e privadas. Na Escola Nacional de Saúde Pública foi professor contratado de matemática e de estatística (1965-1966), de estatística e ciência da informação (1966-1969) e de estatística (1970). Ainda na instituição, atuou como chefe do Departamento de Ciências Estatísticas e do Departamento de Ensino (1966-1970). Em paralelo as suas atividades profissionais, desempenhou as funções de diretor, ensaísta, editor e livreiro das empresas Sávio Antunes - Livreiro e Editor e Gavião: Editora e Livraria S. A. (1960-1965). Disponível em: http://arch.ensp.fiocruz.br/index.php/savio-antunes?sf_culture=en. Acesso em: 12 mai. 2023.

⁶⁰ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., 1967, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1967, 296 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 136-137

⁶¹ *Ibid.*, p. 138

⁶² *Ibid.*, p. 195

O relatório manteve seu enfoque nos Recursos Humanos, abordando a temática da formação continuada, reiterando a importância de capacitar constantemente os profissionais da área de saúde.

Aliás, a esse respeito, é crucial observar que, naquele período, as exigências quanto à qualificação profissional eram menos rigorosas. O documento apresenta definições para as terminologias "pessoal auxiliar de nível médio", referindo-se a indivíduos com ensino secundário, e "pessoal auxiliar de nível elementar", aqueles com apenas ensino primário. Na época, a demanda e a urgência eram tão expressivas que a adoção de tais medidas se mostrava necessária.

Nas palavras de Sávio Antunes:

Nos países em desenvolvimento o emprêgo de pessoal auxiliar é uma necessidade. A formação do pessoal profissional tende a tornar-se mais demorada e, por isso, mais dispendiosa. Agrava esta situação a necessidade de instituições e equipamentos cada vez mais custosos. As despesas com a formação de pessoal profissional podem ser mais onerosas do que os países subdesenvolvidos possam pagar. (...) Outra razão aconselha o emprêgo de pessoal auxiliar: a resistência dos profissionais a trabalhar nas zonas rurais, sem comodidade, e atrativos⁶³.

A ausência de investimentos na contratação de profissionais para atuação em áreas rurais dificultava o acesso aos serviços de saúde. Essa problemática é particularmente evidente no estado do Amazonas, onde a locomoção de pacientes para Manaus é necessária para acessar especialistas indisponíveis nos municípios do interior.

Não são incomuns os casos de famílias que se deslocam até Manaus, ficando sem recursos financeiros para medicações e necessidades básicas, dependendo da caridade para suprir suas necessidades. Soma-se a isso a ausência de investimento público na infraestrutura local, tornando as áreas rurais de difícil acesso e moradia. A ponte que conecta Manaus à sua região metropolitana só foi construída em 2011.

O modelo de ensino técnico atualmente adotado no Brasil parece ser uma resposta a discussões e reivindicações por melhorias, sendo uma pauta constante nesta Conferência:

⁶³ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., 1967, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1967, 296 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 143-144

Submetemos à consideração dos Srs. Participantes desta Conferência e solicitamos que façam suas as seguintes indicações: 1. Da necessidade de funcionarem estabelecimentos de ensino técnico, que não ministrem instrução secundária geral; 2. Cursos técnicos de nível médio devem ser realizados em conexão com o secundário colegial, seja simultaneamente, seja sucessivamente, de tal modo, entretanto, que nunca o estabelecimento de ensino técnico, que não ministre ensino secundário geral possa fazer a entrega de seu diploma a quem ainda não seja portador do título de conclusão do ciclo colegial secundário⁶⁴.

Com forte influência sanitarista, o relatório da conferência destacou a necessidade primordial de expandir as contratações e promover a formação de auxiliares nas áreas sanitárias. Entre esses profissionais, destacam-se inspetores de saneamento, auxiliares de saneamento, guardas sanitários, visitadoras sanitárias e profissionais da equipe de enfermagem. Em menor escala, incluíam-se atendentes, operadores de raio-x, profissionais de serviço social, vacinadores, técnicos de laboratórios e estatística.

Esta conferência aplicou questionários a grupos de participantes para obter informações sobre os profissionais de saúde, abordando tanto a quantidade quanto a qualidade. Ao final do relatório, os nomes dos participantes foram listados. A tabela abaixo apresenta as proporções:

Tabela 1 - Proporção de participantes na 4ª CNS

Médicos	enfermeiros	engenheiros	outros
170	13	9	8
85%	6,5%	4,5%	4%

Fonte: Lista de participantes no Relatório da 4ª Conferência Nacional de Saúde.

Antes de prosseguir, é importante observar que a grande maioria dos participantes era composta por médicos, seguidos por enfermeiros, engenheiros e outros profissionais. Ao final do relatório, há uma lista de participantes, todos com abreviações associadas as suas profissões, como "dr.", "dra.", "enfa" etc.

No entanto, diante de alguns nomes precedidos apenas por "d.", foram considerados aqui como possíveis usuários, familiares ou cidadãos. Essa disparidade também se deve ao fato de que, dentro da categoria médica, havia uma proporção maior de profissionais com uma abordagem mais liberal e conservadora, resultando em eventos que ainda abordavam temas muito científicos.

⁶⁴ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., 1967, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1967, 296 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 147-148

De fato, no ano em que ocorreu a 4ª Conferência Nacional de Saúde, a categoria médica já havia conquistado considerável poder político. Em *Danação da Norma*⁶⁵, de Roberto Machado, Angela Loureiro, Rogério Luz e Kátia Muricy, é delineada a trajetória da psiquiatria brasileira, abrangendo casos desde o século XVII até o XIX, destacando o desenvolvimento da medicina social, que compreende a normalização e medicalização tanto do espaço institucional quanto do espaço urbano.

Além disso, a luta pelo poder político e a consolidação da categoria médica continuava, sobretudo com sua participação intensa nos movimentos. Assim sendo, não se pode desconsiderar que, em certo período da ditadura civil-militar, essa categoria conseguiu se organizar mais e ampliar suas estratégias de luta.

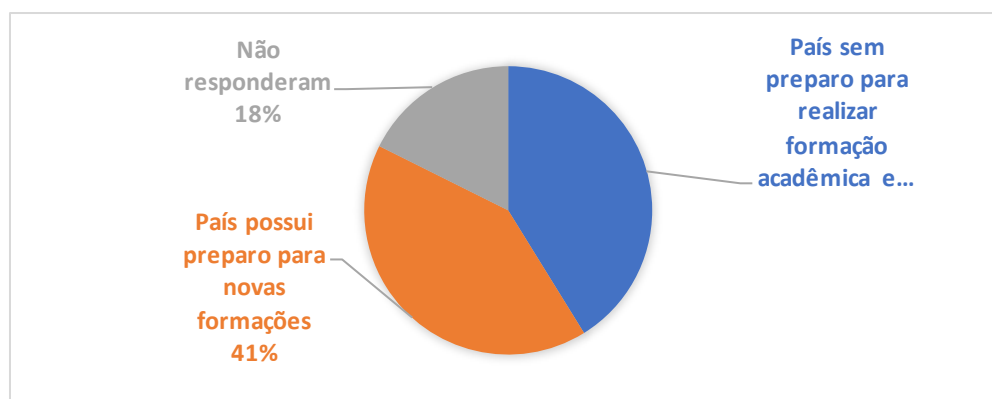
Os conferencistas e participantes da 4ª Conferência foram unânimes em destacar a ausência de levantamentos estatísticos sobre a estrutura de saúde no país na época, bem como sobre os tipos de atendimentos oferecidos. Também concordaram sobre a falta de dados epidemiológicos, enfatizando ser uma ação pública prioritária. No entanto, expressaram suas opiniões sobre a precariedade, tanto em quantidade quanto em qualidade, dos profissionais de saúde.

Os grupos responderam a perguntas sobre a preparação do país para treinar o pessoal necessário, a responsabilidade dos serviços de saúde nesse treinamento e a participação das Escolas de Saúde Pública na formação do pessoal de nível médio. Dos grupos pesquisados, 59% concordaram que o treinamento deveria ser realizado por instituições de saúde, e as Escolas de Saúde deveriam participar ativamente da formação técnica. A maioria acreditava que os profissionais auxiliares deveriam ter conhecimentos e experiências além do preconizado para sua atividade, proporcionando maior flexibilidade diante das situações cotidianas, com conhecimentos adicionais.

É relevante mencionar que parte dos participantes do evento poderia ser médicos da categoria empresarial, proprietários de clínicas. As reivindicações grevistas sobre as condições de trabalho surgiriam posteriormente. O gráfico abaixo apresenta o resultado do questionário 1:

⁶⁵ MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma**: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

Figura 4 - Distribuição de opinião dos grupos para o questionário 1



Fonte: Relatório da 4ª Conferência Nacional de Saúde.

Retomando a questão do poder médico, o relatório evidencia esse fenômeno. O tópico "A responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e organização dos profissionais de saúde e do pessoal de nível médio auxiliar", reforça o que foi argumentado em "Danação da Norma", mostrando como consideravam que a medicina, representada pelos médicos, era a ciência mais qualificada para abordar diversos temas e, nesse caso específico, regular e aprimorar a educação na área de saúde.

Um ponto positivo desse enfoque é a defesa da educação como um investimento. Ao tratar de questões educacionais, o relatório propõe características do processo de aprendizagem:

- a) Aprendizagem como um processo individual realizado pelo aluno e não somente desenvolvido, por métodos mágicos de transmissão, pelo professor. O mestre deve considerar que há diferentes alunos, diversos caminhos, inúmeros meios, não sendo ele a fonte de conhecimento para o aluno - deve encorajar conscienciosamente a auto-aprendizagem.
- b) Estabelecimento em forma precisa sobre o que professores e estudantes estão tentando fazer, mediante "encontros" constantes.
- c) Motivação compreendida como processo bem caracterizado. Motivar não para aquilo que eles, professores, são - a tarefa do mestre é identificar e explorar quais os interesses e motivações que os estudantes já tenham.
- d) Programação de meios efetivos e regularmente avaliados a fim de que se possa conhecer o que os alunos aprendem e o que eles ainda têm de aprender, possibilitando-lhes expressar seu saber, suas dúvidas e, mesmo, sua ignorância sem medo ou ameaça⁶⁶.

⁶⁶ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., 1967, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1967, 296 p. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 182-183

Mesmo na década de 1960, quando o golpe controlava o discurso permitido, é perceptível que uma das características das conferências era transcender o âmbito estritamente científico da medicina, avançando para outras áreas, como as de direitos e garantias individuais e coletivos.

Nessa premissa, a defesa da maior alfabetização e do aumento da educação secundária para que os jovens pudessem ingressar na universidade ou obter qualificação profissional, refletia o objetivo de atender às demandas da expansão socioeconômica⁶⁷.

Além disso, a questão da Saúde Pública foi amplamente discutida, destacando sua complexidade de ações e técnicas para um bom gerenciamento, o que implicava na necessidade de habilidades especializadas e diversificadas. Essa valorização da carreira sanitária, comum entre os profissionais dessa corrente, também era evidente nos relatórios.

A esse respeito, o professor David Tejada, que ressalta a importância da profissão de Saúde Pública, foi citado:

Este acervo comum de conhecimentos, que se superpõe aos das profissões básicas, constitui a essência da profissão de Saúde Pública, que não é simplesmente uma especialização, mas uma nova profissão social, como outras novas profissões justificadas e necessárias em vista da complexidade das realidades do mundo moderno⁶⁸.

Também apresentaram uma lista de ações que precisavam ser realizadas para melhorar a qualidade da educação em Saúde Pública, como, por exemplo: a sensibilização necessária dos alunos para a prevenção e Saúde Pública, considerando o contexto local, como também a prioridade para a admissão de alunos com experiência em Saúde Pública, bem como a preparação e adequação do corpo docente; ênfase no trabalho, associado à pesquisa; uso das dificuldades no ensino de Saúde Pública para sua diversificação.

Ademais, a integração e programação das modalidades de ensino, reunindo esforços das esferas federal, estadual e municipal, instituições privadas e "semi-oficiais", no intuito de preparar o pessoal para "servir a uma comunidade que é viva e atuante"⁶⁹.

⁶⁷ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., 1967, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1967, 296 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 184

⁶⁸ *Ibid.*, p. 184

⁶⁹ *Ibid.*, p. 185-186

A estratégia da síntese histórica com figuras da medicina e os avanços trazidos por elas representou outro padrão de argumentação para o convencimento de que a medicina era uma ciência capacitada para resolver os problemas do país.

Nesse contexto, destacaram diversos acontecimentos, como a reforma do ensino superior (Reforma Rocha Vaz), que determinou a especialização médica em Saúde Pública em 1923, com inspiração de Carlos Chagas, Diretor-Geral do Departamento de Saúde Pública; a reforma Francisco Campos, que criou a Escola de Higiene e Saúde Pública em 1931; os sinais de necessidade de pessoal na Saúde Pública dados por Carlos Sá, no 1º Congresso Brasileiro de Higiene em 1924; o incentivo de João de Barros Barreto para a criação de vários cursos na década de 40; a Lei de Proteção à saúde na década de 50, com a manutenção de uma Escola Nacional de Saúde Pública, idealizada por Ernani Braga, e a preparação da estrutura básica desta Escola atribuída aos sanitaristas "Lincoln de Freitas Filho, e, principalmente, a de Achilles Scorzelli Junior"; que destacou o trabalho do Ministro da Saúde Raymundo de Britto no preparo de pessoal em 1964; em 1966, a autorização e criação do Estatuto da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública (FENSP), assim como seu Regulamento em 1967, e vários órgãos, setores e cargos. Um breve trecho que pode demonstrar essa autoafirmação é:

Em fins do mesmo ano, transforma-se o Instituto de Higiene de São Paulo em Faculdade de Higiene e Saúde Pública, graças, à visão e aos esforços de GERALDO HORACIO DE PAULA SOUZA que, além desse galardão, associou outro de relevância - o de ser idealizador da Organização Mundial da Saúde.

(...)

Desde o início da batalha para a criação de um órgão nacional de ensino da saúde pública, um homem, mestre na genuína acepção do termo, vem acompanhando, dirigindo e orientando a preparação do profissional de saúde pública - trata-se do professor honoris causa MANOEL JOSÉ FERREIRA⁷⁰.

O texto discute a conclusão, com fatos históricos, de epidemias (malária e febre amarela) que afetaram a população, destacando a necessidade de pessoal preparado para atendê-la.

Fazendo um paralelo com o Amazonas, onde a conferência abordou centralmente a formação de pessoal, destaca-se a relevância do currículo dos cursos na área de saúde, tema discutido nacionalmente e no Amazonas, especialmente durante as décadas de 60 a 90, com a participação intensa de médicos e alunos.

⁷⁰ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., 1967, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1967, 296 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 188, 190

A criação da Escola Livre de Manaus, originada de reuniões informais na residência do Dr. Eulálio Chaves, na Rua Lobo D'Almada, e a subsequente criação do Hospital Universitário Getúlio Vargas, foram marcadas por conflitos. A maioria dos médicos no estado do Amazonas era inicialmente contrária à criação de um hospital universitário. No entanto, o Hospital Universitário foi finalmente inaugurado em 1965 pelo governo do estado do Amazonas⁷¹.

Juntamente com a proposta mencionada, o texto apresentava ainda sugestões de atividades a serem realizadas pelo Ministério da Saúde, relacionadas à formação e ao aperfeiçoamento dos profissionais de saúde.

Com efeito, o Ministério da Saúde, por meio dos órgãos e instituições a ele vinculados, iniciou ações em torno do aperfeiçoamento de pessoal na época da conferência. Dados apresentados indicam que, de 1962 a 1966, foram formados 1.351 profissionais de nível superior e 9.687 de nível auxiliar, com ênfase especial na Campanha de Erradicação da Malária, que formou 7.570 profissionais.

Por último, foi abordada a Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública (FENSP), criada pelo Decreto n. 59.050/1966, que formou 17 profissionais. O texto explorou o papel da FENSP e suas responsabilidades.

A FENSP, de acordo com a legislação, cabe um conjunto de iniciativas e responsabilidades. Entre elas, preparar pessoal de nível profissional e auxiliar; promover medidas que visem ao treinamento do pessoal; estabelecer normas para a preparação e o treinamento em saúde pública, valendo-se das experiências anteriores; orientar técnica e didaticamente o ensino de saúde pública, no âmbito do Ministério da Saúde; promover pesquisas aplicadas com ênfase naquelas que digam respeito a recursos humanos; estimular o treinamento, em serviço, nos órgãos que atuam no campo de saúde; cooperar com as universidades e demais instituições de ensino do país.

Cabe ainda à FENSP definir sua linha geral de ação, a qual não poderá se afastar das diretrizes da política nacional de saúde.

O preparo de pessoal exige a valiosa colaboração dos órgãos de experiência no assunto e cujas responsabilidades neste preparo continuariam a existir, obedecidas as normas técnicas e didáticas previstas pela FENSP e respeitadas as peculiaridades e experiências dos órgãos de saúde⁷².

⁷¹ GALVÃO, Manoel Dias. **História da Medicina em Manaus**. Manaus: Editora Edua, 2003, p. 208. Cf. MOTTA, 2014.

⁷² CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., 1967, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1967, 296 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 192

A partir desse momento, surgiu uma Fundação dedicada exclusivamente ao aprimoramento do pessoal de Saúde Pública. Em seu ano de criação, ela desenvolveu um programa didático a ser implementado, inclusive pelos órgãos de apoio. O programa incluiu a criação de projetos de ensino e pesquisa, com alguns já concluídos, como censos, um seminário sobre a saúde como um direito social na região do Nordeste, o curso de Mestrado em Saúde Pública e o curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde, voltado para profissionais de todos os níveis e áreas, com ênfase em Saúde Pública como parte integrante das Ciências Sociais.

Em geral, são apresentadas quatro definições em relação às qualificações na área de Saúde Pública, e é relevante descrevê-las: trabalhador de saúde, que é o profissional de qualquer nível que atua na área de saúde e compreende o processo geral de Saúde Pública; trabalhador profissional de Saúde Pública, que possui pós-graduação em Saúde Pública; trabalhador profissional de saúde, que tem formação de nível superior e outros cursos essenciais para o entendimento de Saúde Pública; e trabalhador auxiliar, com especial atenção aos aspectos descritos:

-trabalhador auxiliar- indivíduo cujas atividades complementam ou suplementam a ação do profissional e cuja preparação está na dependência do quatro variáveis:

- a) nível de informação científica e geral;
- b) exercício de capacidade decisória;
- c) condições ambientais de suas funções (polivalência);
- d) funções a exercer após a preparação.

Na base dessas variáveis entendemos que o Pessoal Auxiliar poderia ser classificado em:

- I - Auxiliar de Nível Médio;
- II - Auxiliar de Nível Elementar⁷³.

Convém ainda destacar que os trabalhadores auxiliares passavam por uma formação mais breve e menos dispendiosa, além de receberem salários mais baixos, atendendo a uma necessidade constante de suprir a carência de recursos humanos na área de saúde, claramente demonstrado da seguinte maneira:

⁷³ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., 1967, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1967, 296 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 193

Evidente que estão implícitos dois processos simultâneos: a) a utilização de pessoal simplesmente treinado (de custo baixo e decorrente da urgência); b) os mecanismos formais a fim de que possamos criar circunstâncias de utilização de técnicos conscientes. Em forma de investimento, a simultaneidade é válida - rentabilidade a curto e médio prazo, compatibilizando-se⁷⁴.

Seria anacrônico avaliarmos os profissionais de nível médio ou elementar da década de 60 da mesma forma que avaliamos os de hoje. Há quase trinta anos, possuir o ensino médio era motivo de grande prestígio, e os cursos frequentemente incluíam alguma grade de formação técnica. Isso é claramente evidenciado nas definições apresentadas no relatório:

O auxiliar de nível médio seria um indivíduo com formação científica e conhecimento geral equivalentes ao 2º ciclo do curso secundário, com preparação especializada e capacidade decisória para complementar e suplementar o trabalho de grupo profissional.

O auxiliar de nível elementar entendemos seja um indivíduo preparado na base de um mínimo de informação, visando desenvolvimento de uma ou algumas habilidades, para a execução de tarefas específicas⁷⁵.

O profissional de nível médio possui os conhecimentos científicos necessários para realizar atividades equiparáveis aos profissionais graduados. Deve ser polivalente, desempenhando funções diversificadas e decisórias, conforme exigências do cotidiano de trabalho. Em contraste, o profissional de nível elementar necessita dominar uma ou mais habilidades específicas. Em suma, percebe-se que o profissional de nível médio possui uma base teórica mais sólida, enquanto os de nível elementar têm conhecimentos mais voltados para a prática. Além disso, é notável que o primeiro detém maior poder, indicado pela "capacidade decisória".

Urge destacar ainda que a classe médica sugeriu a criação de uma profissão na Saúde Pública completamente independente da medicina tradicional, constituindo-se como uma subdivisão das Ciências Sociais. Essa proposta visava ampliar os domínios da classe médica, expandindo sua área de atuação e, conseqüentemente, seu poder, que tem crescido constantemente, como destacado por Terra Blois:

Deseja-se atingir os quadros de uma profissão com características próprias e cujo campo de conhecimento poderia se situar como um dos ramos das ciências sociais. Os contextos fundamentais seriam: Ciências Biológicas, Ciências Sociais, Estatística, Saneamento, Epidemiologia, Planejamento e Administração.

⁷⁴ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., 1967, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1967, 296 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 195-196

⁷⁵ *Ibid.*, p. 193-194

O Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde tem programação que oferece aspectos muito mais amplos e próprios que os anteriormente realizados por outras instituições de ensino⁷⁶.

É crucial destacar um detalhe evidenciado no relatório, que é a disparidade na oferta de serviços entre áreas urbanas e rurais. As dificuldades de acesso à saúde na área rural persistem há muito tempo, refletindo uma preocupação maior com a área urbana.

Essa disparidade estava vinculada à questão produtiva, uma vez que fábricas, grandes empresas e a maioria da mão de obra estavam concentradas na área urbana. No entanto, não era apenas esse o motivo que caracterizava tais aspectos, havia também a competição intensa entre empresas privadas de assistência médica e em busca de recursos da Previdência Social, a qual a maioria delas estava situada na área urbana:

Voltou-se também a FENSP para a implantação de atividades que permitissem o treinamento de campo - reorganizou-se a unidade de tipo urbano-rural; ultimam-se medidas para implantação da de tipo urbano e, finalmente, elabora-se projeto de unidade mínima ou simples, em área tipicamente rural, a ser operada por pessoal de nível auxiliar⁷⁷.

Uma das estratégias fundamentais para o avanço e aprimoramento na área da saúde foi a utilização de pessoal auxiliar. Além de atender a uma necessidade orçamentária, ao exigir menos recursos, também supria a demanda por mão de obra, permitindo a implementação de muitos programas exclusivamente com o uso de pessoal auxiliar e técnico.

Durante a conferência, realizou-se uma pesquisa com o grupo participante, seguindo o modelo de levantamento de opiniões junto ao público presente. Os resultados, apresentados no relatório, revelaram que a principal reivindicação dos participantes foi a realização de parcerias e convênios com universidades, secretarias e outros órgãos de ensino e saúde. A maioria solicitou apoio financeiro para essas parcerias (52% dos grupos), indicando divergências dentro da classe médica entre os que apoiavam o empresariado e os que defendiam o serviço público.

Outro ponto destacado pelos grupos foi a necessidade de elaboração de normas de ensino e cursos de especialização, mencionados por seis grupos (35%). A normatização era vista como crucial para a classe médica, que buscava manter controle sobre as normas próprias

⁷⁶ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., 1967, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1967, 296 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 195

⁷⁷ *Ibid.*, p. 195

e alheias. A realização, promoção e criação de cursos de especialização, representariam uma expansão qualitativa dos profissionais de saúde no mercado.

Conforme os apontamentos de Sarah Escorel, é perceptível que surgiram divergências internas na classe médica, dividindo-se entre aqueles que favoreciam o empresariado e os defensores do serviço público. Essa dicotomia refletiu diretamente nos resultados das enquetes realizadas. Isto é, o empresariado mostrava desinteresse em estabelecer parcerias, resistindo às ideias que pudessem aprimorar as políticas públicas de saúde, temendo a perda de recursos financeiros, de um lado.

Por outro lado, um grupo mais inclinado ao serviço público também estava presente na conferência e consolidava sua posição, defendendo a realização de parcerias com outras instituições, incluindo suporte financeiro. Essa postura decorria da escassez de recursos destinados à saúde, tornando a busca por parcerias com apoio financeiro uma estratégia interessante para ampliar os orçamentos destinados às ações de saúde. Naquela época, a maior parte do orçamento estava concentrada na Previdência Social.

Em seguida, os grupos destacaram dois pontos cruciais: a necessidade de elaboração de normas de ensino e cursos de especialização. Ambos os itens foram mencionados por seis grupos, totalizando 35%. Não surpreende que a normatização seja tão relevante, dado o esforço da classe médica em conquistar espaço e manter controle sobre as normas, mesmo que a responsabilidade pudesse recair no âmbito do Ministério da Educação, haja vista a presença da classe médica corporativista no Ministério da Saúde garantir o controle, por meio da edição de normas gerais, enquanto a execução seria descentralizada.

A realização, promoção e criação de cursos de especialização, abrangendo não apenas a área de saúde, sinalizaria que o fortalecimento da classe médica envolvia não apenas a ampliação quantitativa, mas também a qualitativa. A especialização proporcionaria diversificação dos profissionais de saúde disponíveis no mercado, contribuindo para atender às demandas variadas. Essa estratégia representaria um avanço significativo no papel desempenhado pela medicina brasileira, garantindo uma presença mais robusta e diversificada no mercado de trabalho.

Em terceiro lugar, emergiram as reivindicações de bolsas de estudo e de assistência técnica e financeira para órgãos nas áreas de saúde e educação. Dentre os participantes, 23% dos grupos consideraram apropriado atribuir ao Ministério da Saúde a responsabilidade por esses itens. Buscavam um estímulo máximo para atrair profissionais para um mercado de trabalho ainda escasso na época.

Nesse bojo, a assistência técnica e financeira visava promover cursos na área de saúde por entidades estaduais, municipais e particulares, incluindo a preparação e o aperfeiçoamento de instrutores e profissionais auxiliares de nível médio e elementar.

Em outras palavras, as bolsas poderiam ser concedidas tanto no país quanto no exterior, condicionadas ou não à fidelidade profissional. Era claro que, após décadas de luta pela consolidação do espaço próprio, afastando leigos, religiosos e charlatães do cenário⁷⁸, esse momento representaria um passo decisivo na história da medicina brasileira: a expansão e diversificação de profissionais qualificados para o mercado, evitando que esse espaço fosse ocupado por outros interessados⁷⁹. Essa medida seria crucial para fortalecer os recursos humanos e, conseqüentemente, contribuir significativamente para a melhoria das condições de saúde da população.

Nesta porcentagem de apoio financeiro às bolsas, o grupo incluía os médicos liberais favoráveis ao empresariado, que naturalmente se oporiam à concessão de bolsas, independentemente de ser financiada pelo Ministério da Saúde ou não. Outro grupo votou com uma porcentagem menor, talvez porque estivessem cientes de que as questões orçamentárias seriam demasiado pesadas para serem atribuídas ao Ministério da Saúde, haja vista que já dispusessem de recursos escassos.

Quanto à responsabilidade do Ministério da Saúde no treinamento do pessoal auxiliar de nível médio e elementar, os participantes destacaram a ação normativa, a assistência técnica e financeira aos órgãos locais, regionais e particulares, bem como o estímulo ao treinamento e formação desses profissionais.

Essas propostas refletem a busca por uma abordagem integrada, descentralizada e colaborativa, visando fortalecer os recursos humanos na área da saúde e melhorar as condições de atendimento à população.

Na sequência, reivindicaram, de forma simultânea, assistência técnica e pedagógica e realização de cursos de atualização, com manifestação nas respostas de 17% dos grupos. A assistência técnica e pedagógica pode configurar-se como corresponsabilidade na formação e especialização do pessoal de nível superior. Os cursos de atualização podem ser realizados ou promovidos pelo Ministério da Saúde.

⁷⁸ MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma:** a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

⁷⁹ Cf. AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Oswaldo Cruz, 1998, pp. 203 - 211, os conflitos gerados em torno da ascensão da Homeopatia no território brasileiro.

Contudo, isso entrou em contraste com o discurso de Edmar Terra Blois, ao sugerir que o Ministério da Saúde estivesse pronto para assumir mais responsabilidades, o que não refletia o pensamento dos grupos participantes.

Também mencionaram, na mesma ordem de relevância, que preferiam uma ação suplementar do Ministério da Saúde na preparação dos profissionais de saúde, como também a realização de cursos de formação, levantamento do mercado de trabalho para verificação dos profissionais mais escassos, preparo do pessoal docente, descentralização do ensino da saúde, apoio com recursos técnicos, facilidade de treinamentos, manutenção e ampliação das atividades da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública, realização de seminários.

Em ordem de menor relevância, pois, foram menos mencionados, apareceram reivindicações de que o trabalho do Ministério fosse apenas coordenado. Nisso, pediram o preparo de pessoal de alto nível para os escalões de planejamento, formação de elementos capacitados para o treinamento de pessoal auxiliar, cursos de aperfeiçoamento, financiamento de programas de ensino, estímulo aos programas que buscassem adaptar os cursos à realidade do país, estímulo às demais escolas de saúde, promoção de uma mentalidade de Saúde Pública, assegurando o funcionamento dos cursos de Saúde Pública existentes, realização de programas de residência, aproveitamento de profissionais em órgãos regionais, reformulação do ensino de medicina preventiva e manutenção de escolas autônomas para o ensino de Saúde Pública.

No que diz respeito à pesquisa realizada, é importante destacar a pergunta crucial: "Qual é a responsabilidade do Ministério da Saúde no treinamento do pessoal auxiliar de nível médio e elementar?"

Com base nas respostas apresentadas no relatório, os participantes destacaram de maneira significativa a função normativa do Ministério da Saúde em auxiliar técnica e financeiramente os órgãos locais, regionais e particulares. Além disso, uma atuação supletiva na formação, assessoria e responsabilidade pela capacitação do pessoal de nível médio. Houve também ênfase no estímulo ao treinamento e à formação de pessoal, sobretudo no levantamento do mercado de trabalho, na formação de pessoal de nível elementar, na orientação para o pessoal de saúde de nível elementar e no treinamento em serviço.

Por fim, mencionaram apenas uma vez, parecendo ser de menor importância: formação de pessoal necessário ao Ministério, preparação de "treinadores", estágios, estabelecimento de metas, planejamento, orientação e assistência ao treinamento de pessoal auxiliar, conclusão do treinamento em serviço para aqueles que trabalham e não têm formação, descentralização do treinamento, suporte com material e pessoal, estímulo ao treinamento permanente em serviço, promoção da qualificação, coordenação dos recursos existentes, criação de cursos de nível

médio, manutenção de centros de treinamento locais e apoio na formação de nível elementar de execução local. Esses tópicos foram mencionados em proporção significativamente menor, representando ideias com poucos apoiadores.

Quanto às responsabilidades a serem atribuídas ao Ministério da Saúde e às Universidades na realização de pós-graduações em Saúde Pública, os participantes manifestaram predominantemente o apoio à condução desses cursos por ambas as instituições. Além disso, solicitaram um entrosamento e intercâmbio efetivo entre elas, promovendo parcerias com instituições estaduais, municipais, privadas, entre outras.

Destacaram ainda a importância da criação de bolsas de estudo, implementação de novos cursos, assessoria da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública (FENSP), além do assessoramento e cooperação técnica e financeira do Ministério da Saúde. A atração de estudantes para a pós-graduação em Saúde Pública também foi enfatizada.

Em geral, entende-se que as reivindicações de bolsas de estudo caminharam em paralelo com os movimentos estudantis dos residentes médicos que, à época, enfrentaram condições de trabalho desprovidas de direitos trabalhistas. Uma das principais reivindicações desse grupo foi o reconhecimento adequado de seus direitos laborais. Pode-se argumentar que tanto o governo quanto os estudantes viam com interesse a concessão de bolsas de estudo, sendo particularmente vantajosa para reduzir custos com mão de obra.

No que diz respeito à contribuição do Ministério da Saúde em relação aos campos de prática urbana e rural dos trabalhadores de saúde, a maioria expressou a preferência por uma atuação integrada do Ministério com outras instituições, como outros ministérios, estados, municípios e universidades.

Em outros termos, essa abordagem envolveria a formação local de pessoal de nível elementar, o fornecimento de recursos para apoiar o desenvolvimento de ações, incluindo recursos técnicos, humanos e financeiros, bem como assessoramento. Além disso, o Ministério da Saúde seria responsável por manter unidades para campo de prática e apoiar outras entidades na instalação/adaptação de seus campos de prática.

Uma sugestão adicional foi a criação de Centros Regionais e Unidades Periféricas para garantir o bom funcionamento de programas globais ou regionais de saúde. Essa ênfase na necessidade de parcerias refletiu uma estratégia adotada pelo movimento sanitário que, diante da dificuldade de obter orçamento próprio, buscou apoio em parcerias para viabilizar a implementação de seus projetos.

Uma das propostas para solucionar esse problema consistiu na adaptação da rede de saúde à realidade local, com a correspondente adequação dos cursos nos campos de prática.

Esse aspecto esteve intrinsecamente relacionado à descentralização, a qual se concretizou por meio da integração. A integração visou otimizar a utilização dos recursos, unificando o sistema para que o controle dos serviços ofertados fosse abrangente e acessível a todas as entidades, facilitando assim o uso racional do orçamento e evitando a duplicidade na oferta de serviços.

Outra sugestão, também no âmbito da descentralização, foi a criação de equipes volantes, considerando que essa medida poderia facilitar a prestação de serviços em regiões de difícil acesso. Essas propostas refletiram uma abordagem estratégica para fortalecer o sistema de saúde, tornando-o mais eficiente e adaptado às peculiaridades de cada localidade.

O tema "Responsabilidade das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde" e o subtema "Universidade e Serviços Comunitários de Saúde" foram abordados, destacando a defesa da universidade e sua importância na formação de profissionais de nível superior, tema apresentado por Roberto Figueira dos Santos, um dos membros expositores de tema na 4ª Conferência Nacional de Saúde⁸⁰.

O caráter individualista dos profissionais de saúde foi ressaltado, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento social e econômico da comunidade local, evidenciando a necessidade de esses profissionais conhecerem mais sobre o meio para compreenderem suas reais necessidades. Houve críticas ao fato de a academia não aplicar seu conhecimento no meio externo.

Ao reconhecer e proclamar a obrigação que têm as nossas universidades de participar mais ativamente do esforço comunitário pelo desenvolvimento social e econômico, parece-me conveniente deixar bem claro que julgo não dever essa participação consistir na implantação de serviços custeados pela própria universidade para execução de tarefas não educacionais, como tem ocorrido entre nós, sobretudo nas regiões mais pobres do país. Estaríamos assim desviando os escassos recursos destinados ao ensino superior para manter empreendimentos que, embora úteis e mesmo necessários, devem encontrar outras fontes de financiamento na comunidade⁸¹.

⁸⁰ Este tema foi apresentado por Roberto Figueira Santos, nascido em Salvador, em 1926. Seu pai era médico e como a tradição da classe média e alta era forte, seguiu a mesma carreira de seu pai. Além disto, sua família tinha relações com a União Democrática Nacional (UDN) que apoiou a ditadura civil-militar no estado. Estudou nos Estados Unidos, concluindo especializações, e na Inglaterra. Em 1964, três anos antes desta conferência, fez parte do Conselho Federal de Educação, tendo envolvimento com este campo de gestão. Em um ano foi secretário de Saúde do estado da Bahia e reitor da Universidade Federal da Bahia, de 1967 a 1971, consulta feita no Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil Fundação Getúlio Vargas - CPDOC/FGV FGV/CPDOC. Roberto Figueira Santos. **Verbetes.** Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/roberto-figueira-santos>. Acesso em 29 ago. 2022.

⁸¹ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., 1967, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1967, 296 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 236

No entanto, as divergências entre os profissionais de saúde atuantes no campo da saúde e os do campo da educação ficaram evidentes, especialmente quando foi declarado que a exteriorização da academia não devia ser confundida com prestações de serviços comunitários. Isso sugere que essa prática existia na época e era alvo de críticas. Logo, o relatório deixa claro que as universidades não assumiriam responsabilidades que pertenciam ao setor da saúde.

É importante ressaltar que essa posição não é casual, mas decorre do fato de que a conferência estava abordando temas cruciais para a definição de atribuições de várias entidades públicas, incluindo as universidades. A ênfase dada estava diretamente relacionada aos assuntos discutidos nos tópicos anteriores sobre a participação das universidades nas questões de saúde.

No que diz respeito à elaboração da política de saúde, ficou estabelecido que as universidades poderiam contribuir para sua elaboração, em colaboração com profissionais da própria rede de saúde, uma vez que eram escassos os profissionais da saúde no âmbito da educação. Esses ajustes frequentemente ocorriam mediante intensas negociações.

No contexto educacional, essa colaboração representava, de certa forma, uma competição por recursos orçamentários, muitas vezes manifestando uma postura pouco colaborativa em relação ao Ministério da Saúde.

Mesmo que muitos pertencessem a uma mesma base aliada, a influência da disputa orçamentária era preponderante. Isto é, essa prática, embora comum, evidenciou como a competição por recursos financeiros, muitas vezes, prevalecia, mesmo entre setores que, teoricamente, deveriam atuar em conjunto.

Além das disputas orçamentárias, as conferências, majoritariamente compostas por profissionais de saúde, evidenciaram um conflito interno entre liberais e progressistas dentro da categoria médica, fato claramente refletido no relatório.

Em outras palavras, através dos discursos, tornou-se perceptível que o membro e expositor de tema da 4ª Conferência Nacional de Saúde, Roberto Figueira Santos, foi um liberal que não estava disposto a ceder nenhum pedaço do orçamento destinado à Saúde. Este período também se caracterizou como um momento político, no qual a busca por orçamentos adicionais foi crucial para a implementação de políticas públicas:

Tão propícias são as condições da universidade para a realização de muitos dos estudos imprescindíveis ao planejamento de saúde, que se poderiam suprir freqüentes lacunas nas informações procuradas, mediante a encomenda pelo Estado de trabalhos a serem realizados pelas entidades universitárias⁸².

⁸² CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., 1967, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1967, 296 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 238

As pesquisas deveriam abranger diversas áreas de conhecimento, proporcionando uma oportunidade para os alunos se interessarem pelo estudo dos problemas coletivos. No entanto, é crucial ressaltar que isso não implica na assunção de compromissos estatais para a execução de serviços sociais, principalmente no setor da saúde, utilizando recursos destinados à educação.

Com efeito, o discurso refletiu uma tentativa de angariar mais recursos, em vez de contribuir para a melhoria de outros setores. Nesse sentido, houve uma defesa enfática do espaço da universidade, que não estava disposta a deixar de investir em pesquisas. Aliás, elas, argumentava-se, poderiam colaborar, inclusive, com os planos de ensino das universidades, realizando assistência médica que, em princípio, deveria ser providenciada pelo Estado.

Ao expor a situação da saúde pública no Brasil, o representante da educação destacou a ausência de triagem nos serviços de saúde, resultando na busca de atendimento por parte da população nas universidades. Essa abordagem, entretanto, poderia ser mais eficiente e econômica se fosse realizada pelo Estado.

Como alternativa, propõe-se a integração dos hospitais universitários nos planejamentos de saúde estaduais ou regionais, com serviços de triagem conduzidos por profissionais designados exclusivamente para essa finalidade, em um prédio específico destinado a ser o centro de saúde da universidade.

Enfim, essa integração, juntamente com uma parceria com o Estado, permitiria aos alunos aprenderem ao lidar com uma realidade "compatível com as limitações financeiras do ambiente onde exercerão a profissão", ao mesmo tempo em que contribuiriam para o plano de saúde.

Em resumo, pois, o plano de saúde elaborado pela iniciativa das autoridades estaduais e com a participação de vários setores da universidade, envolverá a redefinição dos objetivos dos hospitais de ensino, os quais serão integrados na rede regional de saúde e se ocuparão quase exclusivamente com o atendimento de pacientes que necessitem dos recursos altamente especializados e custosos ali concentrados. A experiência relativa às situações clínicas mais frequentes e menos complexas irá o estudante colher em unidades sanitárias do Estado devidamente solucionadas, onde se instalarão dispositivos didáticos sob a orientação da escola⁸³.

⁸³ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., 1967, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1967, 296 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 241

Manifesta-se uma clara preocupação com o orçamento da educação, pois a proposta envolve a contribuição dos recursos didáticos pela universidade e dos demais recursos pelo Estado. Naquela época, a falta de organização nos serviços de saúde era notória (diga-se no sentido, de uma integração, unificação, com controle dos dados), caracterizada pela oferta indiscriminada desses serviços.

Diante desse cenário, ressalta-se a importância da integração dos serviços em todas as esferas, incluindo os particulares. A responsabilidade do Governo Federal seria estabelecer as diretrizes gerais e oferecer assessoria técnica, enquanto as universidades assumiriam a condução dos programas de treinamento em serviço, abrangendo tanto o pessoal de nível médio quanto o de nível superior.

Dentre as sugestões para a contribuição das universidades na melhoria do sistema de saúde, uma propôs que cada instituição se responsabilizasse por duas comunidades, cada uma com no máximo cinquenta mil habitantes, para a prestação de assistência médica, abrangendo uma zona rural e uma zona urbana. Em geral, entende-se que essa proposta sugere a importância de estabelecer uma proximidade entre os profissionais de nível superior e médio, evidenciando uma possível falta de integração entre esses dois grupos. Essa lacuna foi mencionada pelo expositor Roberto Figueira Santos ao abordar a necessidade de comunicação entre esses profissionais.

Além disso, destacou a importância da valorização do pessoal de nível médio e o acompanhamento do seu treinamento. Ele insistia na ideia de atribuir à educação o papel de assessoria, enfatizando que as pesquisas realizadas deveriam "servir para esclarecer e orientar as autoridades responsáveis por decisões de caráter administrativo", sugerindo uma maior aproximação com os altos escalões do Estado. Essa proximidade com atividades de planejamento e assessoria representava uma estratégia na disputa pela hegemonia nas relações de poder⁸⁴.

No contexto da ditadura civil-militar, percebe-se que sua ideologia permeava as instituições, o que, mais uma vez, reflete-se na escassa participação de usuários na conferência nacional. Essa ausência não ocorria por acaso, mas sim devido ao controle exercido na época. Embora todos estivessem presentes em prol da comunidade, notava-se a falta de representantes diretos dessa comunidade:

⁸⁴ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., 1967, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1967, 296 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 244

A simples enunciação das idéias que acabo de expor se constitui a mais vigorosa demonstração da importância de reuniões como esta, em que se juntam responsáveis pelos problemas de Saúde e de Educação para discutirem soluções de interesse da comunidade. Quero, pois, ao encerrar minhas palavras, louvar a iniciativa da qual resultarão, seguramente, conclusões e recomendações da mais alta importância para a formação do pessoal indispensável à preservação e à restauração da saúde da população brasileira⁸⁵.

Neste contexto, quem são os responsáveis pela saúde e pela busca de soluções para a comunidade? O problema reside não na busca por soluções, mas sim em identificar quem é o verdadeiro interessado em empreender tais esforços. Se a comunidade é a principal interessada, sua participação limitada não encontra justificativa. Emerge assim um distanciamento entre as autoridades e a comunidade, que aparenta ser relegada a uma posição passiva diante das decisões emanadas "de cima". Notavelmente, a maioria dos participantes listados foi composta por médicos, incluindo gestores.

Assim, a 4ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu inevitavelmente com características próprias do período ditatorial brasileiro, de forma inequívoca não se deu com o mesmo nível de abertura e participação social que marcou a 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986. O governo Geisel (1974-1979) é reconhecido como o período da "distensão"⁸⁶. Para além das perspectivas ideológicas que conferem sentidos de "aberturas" ao "regime" ditatorial, outros atores e suas resistências, como as lutas de classes presentes na época, garantiriam diferentes articulações sociais. A partir desse momento, eventos como as conferências nacionais de saúde passaram a contar, gradualmente, com maior participação popular, culminando na VIII CNS, um evento de grande porte que atraiu pessoas de diversas classes sociais. Sua característica não era meramente científica, mas sim política.

2.2 A desordem do sistema de saúde brasileiro na década de 70

Na década de 70, ocorreu uma transição dentro da classe médica, que se via em conflito constante. O lado progressista ganhava pouco a pouco espaço, e ao final da década de 70 teria mais abrangência. O tema dos recursos humanos trouxe à tona um conflito bastante discutido,

⁸⁵ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., 1967, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1967, 296 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 245

⁸⁶ Cf. BEZERRA DE MELO, Demian. O golpe de 1964 e meio século de controvérsias: o estado atual da questão. In: BEZERRA DE MELO, Demian (Org.). **A Miséria da Historiografia**: uma crítica ao revisionismo contemporâneo. Rio de Janeiro, Consequência, 2014, p. 157-188, quanto à "ditabranda" e o período de "transição democrática".

que foi a questão da regulamentação trabalhista dos bolsistas e o fato de o governo não querer aumentar seus gastos com pessoal de saúde. No relatório, não são citados os movimentos que ocorriam por fora, liderados por alunos médicos residentes, docentes e profissionais envolvidos na causa, por exemplo; no entanto, havia uma crise profunda criada por essa situação, em que diversos órgãos do país entraram em greve, como exemplo pode-se citar a greve da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM).

A 5ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em agosto de 1975, seguida pela promulgação da Lei 6.229, em outubro do mesmo ano, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde. Em agosto de 1976, foi publicado o Decreto 78.231, responsável por regulamentar a mencionada lei. Durante o período que se estende da 4ª Conferência Nacional de Saúde até a 5ª, realizada em Brasília, diversos movimentos foram criados com o propósito de regulamentar as condições trabalhistas dos profissionais de saúde, a maioria dos quais eram bolsistas. Esses profissionais faziam parte do grupo mais progressista da classe médica, não hesitando em unir-se à massa popular em busca de maiores articulações.

A realização do evento ocorreu após um considerável intervalo em relação à 4ª Conferência Nacional de Saúde, indicando um período hostil aos encontros e debates políticos. A 5ª CNS abordou temas sensíveis, especialmente em um contexto de aumento da repressão, sob o discurso ideológico da “distensão”.

A abertura da 5ª Conferência Nacional de Saúde (5ª CNS), em 1975, foi conduzida por Paulo de Almeida Machado, que também ocupava o cargo de Ministro da Saúde na época. Nascido em 1916, em Uberaba, filho de médico, graduou-se em 1938 pela Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil. Trabalhou como auxiliar-acadêmico no Hospital Nacional de Alienados, desempenhando, posteriormente, funções como professor. Machado assumiu o cargo de Ministro da Saúde de 1974 a 1979, sendo convocado para a pasta pelo recém-empossado presidente Ernesto Geisel⁸⁷.

A conferência estruturou espaços para 14 grupos de trabalho, compostos por até 15 participantes cada. Esses grupos dedicaram-se à discussão de cinco temas prioritários: "política e administração sanitária", com foco no desenvolvimento em nível local, aprimoramento das vias de intercomunicação e uniformização dos métodos de avaliação⁸⁸.

⁸⁷ Disponível em: <https://www18.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/machado-paulo-de-almeida>. Acesso em 29 nov. 2022

⁸⁸ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5., 1975, Brasília. **Relatório** [...]. Ministério da Saúde, 1975, 121 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_5.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 12

No total, participaram 217 delegados, acompanhados por 77 observadores, distribuídos em 7 sessões plenárias. O propósito principal do evento foi coletar subsídios para a regulamentação da Lei nº.6.229, de 1975, que delineava a organização do Sistema Nacional de Saúde. Essa lei definia as esferas de atuação do Ministério da Saúde (preventivo/coletivo) e da Previdência e Assistência Social (curativo/individual), acentuando ainda mais a separação entre os ministérios, o que se traduzia em um claro enfraquecimento do dele⁸⁹.

Na década de 70, diversos movimentos pró-democracia ganhavam força em meio às oposições políticas. Mesmo em um período repressivo, a situação precária do sistema de saúde brasileiro foi progressivamente exposta. A 5ª Conferência Nacional de Saúde apresentou uma análise detalhada da realidade do sistema de saúde do Brasil naquela época. A tabela a seguir oferece uma visão concisa dos temas discutidos:

Tabela 2 - Temas da 5ª Conferência Nacional de Saúde

Tema
Sistema Nacional de Saúde
Programa de Saúde materno-infantil
Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
Programa de Controle das Grandes Endemias.

Fonte: Relatório da 5ª Conferência Nacional de Saúde

Ao contrário da conferência anterior, realizada em 1967, que se concentrou no tema dos recursos humanos, a conferência subsequente, ocorrida em data posterior, ampliou seu escopo para abranger temas prioritários para a população brasileira. Os dados apresentados durante essa conferência revelaram um quadro alarmante, ilustrando que a população enfrentava condições precárias, a ponto de não conseguirem garantir a sobrevivência de uma criança recém-nascida por, pelo menos, um ano.

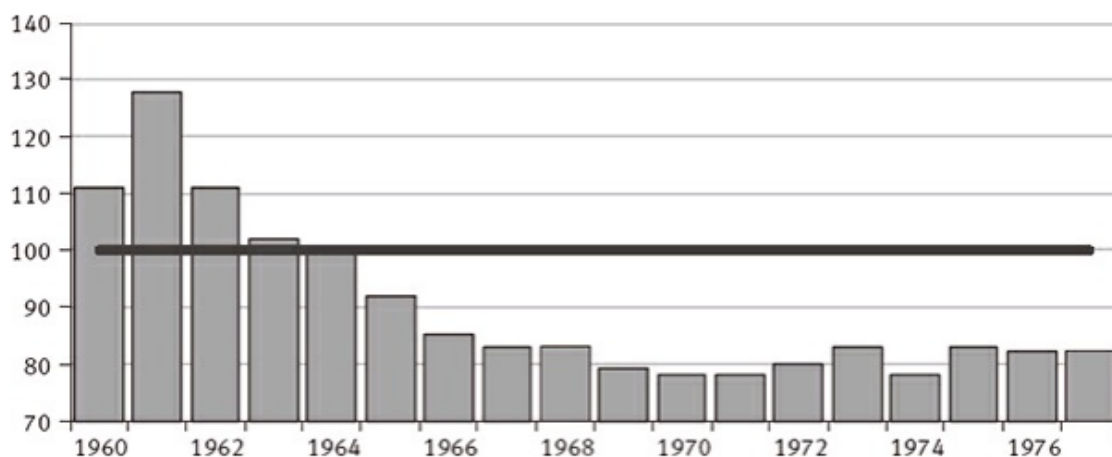
Na realização dessa conferência foram levantados os principais entraves do sistema de saúde na década de 1970, ou seja: falta de políticas de diretrizes, duplicação programática, ausência de coordenação entre os níveis de governo, falta de compatibilização do programa de saúde em nível regional, carência de levantamento de dados e de disponibilização de informações, a necessidade de incentivos salariais, integração das informações, administração dos programas em nível nacional, aperfeiçoamento da formação profissional.

⁸⁹ AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Oswaldo Cruz, 1998, p. 102

Para compreender o contexto da 5ª Conferência Nacional de Saúde (5ª CNS), é relevante observar que, em 1974, foi lançado o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), o qual estabelecia diversas metas a serem alcançadas no período de cinco anos, de 1975 a 1979. Diante dos diversos movimentos sociais e da queda de popularidade do governo após o declínio do Milagre Econômico (1967-1973)⁹⁰, a elaboração desse plano visava melhorar a imagem dos representantes junto à população. Embora tenha sido prometida a “distensão do regime”, na prática, a censura e a repressão persistiram. Isto é, como evidência de sua baixa popularidade, em 1974, o governo perdeu espaço nas eleições para o Senado, Assembleias e Câmara Federal, em um formato de eleição mais aberto e bipartidarista.

As taxas anuais de crescimento não refletiam a realidade da qualidade de vida do brasileiro nas décadas de 60 e 70. Durante o período do Milagre Econômico, uma das alterações significativas ocorreu na legislação trabalhista, especialmente em relação aos reajustes salariais, que passaram a ser realizados anualmente com base na inflação passada e na projeção futura, sempre subestimada. Isso resultou na queda do índice do salário-mínimo anual médio real. O gráfico abaixo ilustra as oscilações desse índice no período de 1960 até estabilizar-se em quedas progressivas, com poucos períodos de recuperação, após 1964:

Figura 5 - Índice de Salário-Mínimo Real, de 1960 a 1977

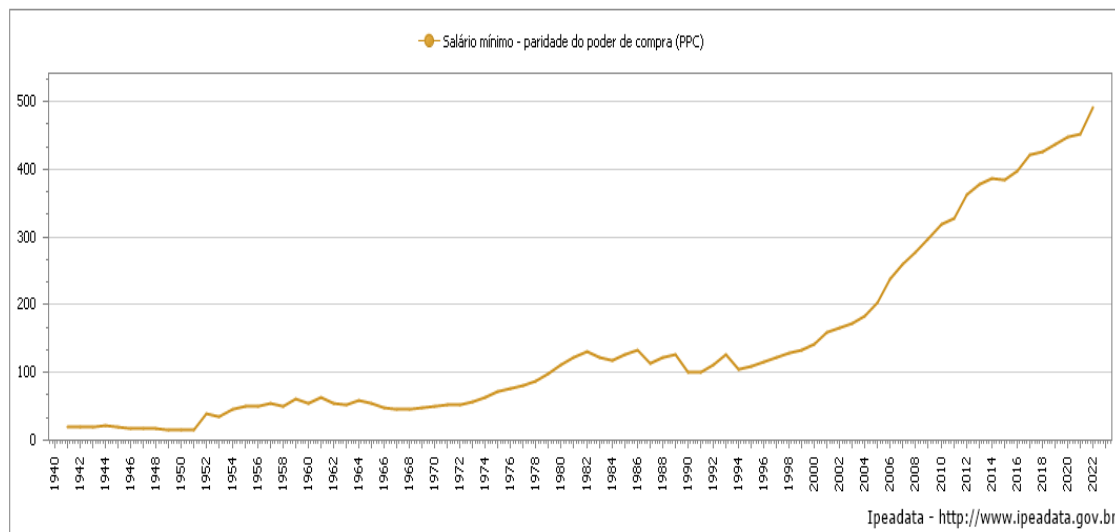


Fonte: Gráfico 1, em *A ditadura que mudou o Brasil*, p. 58.

No gráfico abaixo está a evolução do poder de compra com base no salário-mínimo desde 1940:

⁹⁰ LUNA, Francisco Vidal; KLEIN, Herbert S. Transformações econômicas no período militar (1964-1985). In: REIS, Daniel Aarão; RIDENTI, Marcelo; MOTTA, Rodrigo Patto (Org.). **A ditadura que mudou o Brasil: 50 anos do golpe de 1964**. Rio de Janeiro, Editora Zahar, 2014, p. 59

Figura 6 – Salário-mínimo em paridade com o poder de compra



Fonte: Ipeadata, <http://www.ipeadata.gov.br/Default.aspx>

No período abrangido pela gestão do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), o país enfrentou um elevado endividamento. Para manter um mínimo de crescimento econômico, o governo recorreu à estratégia de captar recursos estrangeiros por meio de projetos em estatais, visando fornecer suporte ao crescimento das empresas privadas. Nesse processo, as estatais assumiram o papel de fiadoras dos projetos, resultando em um aumento do endividamento e condicionando o pagamento das empresas à obtenção desses recursos.

Além desse aspecto, o Plano Nacional de Desenvolvimento abandonou diversas metas, uma vez que foi elaborado com um excesso delas, tornando sua execução integralmente inviável. Em 1978, a inflação atingiu a ordem de 42%, a dívida externa alcançou 42 bilhões de dólares, os índices de reajustes salariais foram manipulados, a produtividade econômica declinou, houve aumento na concentração de renda e elevação na especulação financeira. Esse cenário evidenciou a complexidade e os desafios enfrentados pela economia brasileira nesse período.

Depois dessa experiência, o governo decidiu não se lançar tão livremente nas eleições de 1976. A Agência Central do SNI analisou os mapas e pesquisas eleitorais de 74 e

concluiu que o acesso ao rádio e à TV contribuía consideravelmente para a vitória do MDB⁹¹.

A impopularidade do governo resultou em diversas derrotas eleitorais, evidenciando que o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) não foi capaz de equilibrar a economia e melhorar as condições sociais da população. É relevante destacar que muitas necessidades identificadas na última conferência, a de 1967 (4ª CNS), persistiram ao longo de oito anos, como a regionalização e a administração em nível local. Isso sugere que as metas estabelecidas na conferência anterior não foram concretizadas, especialmente no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde em regiões geograficamente mais distantes.

Como novidade, destacou-se a implementação da avaliação dos programas de saúde e subsistemas adaptáveis ao Sistema Nacional de Saúde, bem como a execução sistêmica desses programas. Além disso, recomendações recorrentes incluíram a realização de cursos em nível regional, como seminários, palestras e simpósios. Nesse mesmo período, ocorreu a criação do Ministério da Previdência Social, marcando a separação do tripé da seguridade social, que engloba assistência social, seguridade e saúde.

Na 5ª CNS, é possível observar ainda a existência de conflitos entre ministérios, instituições e a disputa por recursos orçamentários. Esses embates refletem os desafios enfrentados no âmbito da saúde pública:

A inclusão deste tema para discussão buscou orientar a aceitação das atividades de saúde como partes de um sistema geral de saúde, em que se anulam a competição, as rivalidades e as lutas entre instituições que prestam serviços de saúde, visando proporcioná-los em quantidade e qualidade suficientes tanto à pessoas quanto à coletividade⁹².

O cenário político encontrava-se agitado com a atuação de resistência, e nas eleições de 1976 e 1978, mais uma vez, o MDB obteve vitória para o Senado, Assembleias e Câmara. Em 1978, mais de meio milhão de trabalhadores estavam em greve, incluindo metalúrgicos, trabalhadores de transportes urbanos, trabalhadores têxteis, trabalhadores rurais, bancários, professores e médicos⁹³. A crise provocou um aumento significativo na participação de profissionais liberais em movimentos populares, com a classe médica se destacando e se aproximando de outros movimentos para obter maior alcance e visibilidade.

⁹¹ ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 34

⁹² CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5., 1975, Brasília. **Relatório** [...]. Ministério da Saúde, 1975, 121 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_5.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 21

⁹³ ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 38

Em sintonia com os movimentos democráticos da década de 70, em janeiro de 1979, ocorreu o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental em São Paulo, que apresentou reivindicações abrangentes. Este congresso criticou o modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos e buscou envolver os técnicos nas decisões e formulações das políticas e programas de saúde. As pautas de interesse geral debatidas foram:

De acordo com tal espírito, são aprovadas moções pelas liberdades democráticas, pela livre organização de trabalhadores e estudantes, pela Anistia Ampla, Geral e Irrestrita, bem como reivindicações trabalhistas e repúdio à manipulação da instituição psiquiátrica como instrumento de repressão⁹⁴.

Quanto ao salário-mínimo, em 1978, Plínio Valério denunciou, no jornal *A Crítica*, a queda do poder de compra do trabalhador amazonense, na matéria intitulada: "O Pão de Cada Dia que o Diabo Amassou":

Salário mínimo, uma arte de viver. No Amazonas ele é de 1.226,60, e uma família composta de quatro pessoas, gastando um mínimo ainda maior que o salário, comendo apenas pão e café pela manhã, jaraqui, farinha e um limão no almoço e janta, com exceção dos domingos, onde ela vai comer um quilo de carne, gasta nada menos que 1.135 cruzeiros. Essa família não merenda, também é proibido adoecer. Os outros 91 cruzeiros serão gastos em vestuária, transporte, higiene e habitação. Lazer é palavra desconhecida. Para os padrões atuais, o que há de errado é que o trabalhador insiste em casar e ter filhos, o que não estava previsto na definição dos critérios técnicos que determinaram o valor do salário, ou se estava ninguém se encarregou de avisá-lo. Vale à pena jogar a culpa em alguém? Em quem? No governo que não aumenta o valor do salário mínimo ou no trabalhador, que teima em viver com tal salário? E quem é mais artista, o Francisco Cuoco, que ganha milhões ou o "João da Silva" que ganha o salário mínimo e mantém a família?⁹⁵.

Refletindo brevemente sobre o uso de fontes jornalísticas, é necessário um cuidado especial por parte do historiador, considerando que a incorporação dessas fontes está se tornando cada vez mais comum, inclusive como objeto de pesquisa. Nessa premissa, Heloisa de Faria Cruz e Maria do Rosário da Cunha Peixoto destacam a relevância do uso dessas fontes na maioria das pesquisas:

⁹⁴ AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Oswaldo Cruz, 1998, p. 55

⁹⁵ Jornal A Crítica, 01/10/1978, p. 7

[...] quando estes materiais são utilizados como fontes em nossas atividades de pesquisa e ensino, na maioria das vezes, a sensação que fica é a de que aparecem como objetos mortos, descolados das tramas históricas nas quais se constituem⁹⁶.

Em outros termos, havia a necessidade de ampliar a visão sobre a participação da imprensa na formação das relações de poder, considerando-a não apenas como uma mera registradora de fatos e eventos, mas como um agente social atuante, dotado de "enorme poder econômico e político, decisivos para o atrofamento do espaço público e democrático na contemporaneidade"⁹⁷. Portanto, a análise de fontes da imprensa pelo historiador requer a aplicação de metodologias específicas.

A concepção de neutralidade e objetividade da imprensa, construída ao longo do tempo, deve ser questionada. A abordagem dessas fontes exige cuidados, considerando que a imprensa não é neutra, mas uma "prática constituinte da realidade social, que molda formas de pensar e agir, define papéis sociais, generaliza posições e interpretações que se pretendem compartilhadas e universais"⁹⁸. Além disso, a imprensa não apenas incorpora projetos e ideologias que lhe convêm, mas também cenário de pactuações de novas ideias.

Nesse processo de configuração dos veículos, seus conteúdos e formas, as convenções sobre como deve ser feito e o que deve conter um determinado jornal ou revista são negociados social e culturalmente, num espaço de um diálogo conflituoso sobre o fazer imprensa a cada momento histórico⁹⁹.

Entende-se, então, que a imprensa desempenha um papel abrangente em várias áreas da vida, como conhecimento, política e cultura. Sua linguagem reflete a esfera social, o que implica a necessidade de compreender a conjuntura social mais ampla do veículo de comunicação, seja um jornal ou uma revista.

Essa compreensão é essencial para descobrir as intenções e a força histórica subjacentes à publicação. Nessa análise, é crucial adotar uma leitura sensível, superando questões que envolvam ideologia, objetividade e imparcialidade¹⁰⁰.

⁹⁶ CRUZ, Heloísa de Faria; PEIXOTO, Maria do Rosário da Cunha. Na Oficina do Historiador: Conversas sobre História e Imprensa. In: **Projeto História**. São Paulo: 2007, p.256

⁹⁷ *Ibid.*, p. 257

⁹⁸ *Ibid.*, p. 258

⁹⁹ *Ibid.*, p. 259

¹⁰⁰ *Ibid.*, p. 259-264

2.3 A condição materno-infantil e as endemias nas décadas de 70 e 80

Os debates da década de 70 ultrapassaram os limites científicos, abrangendo questões sociais cruciais. O Estatuto da Criança e do Adolescente é um exemplo concreto desse contexto, sendo resultado das lutas, discussões e denúncias que ocorreram durante o período da ditadura civil-militar. Essa temática, inclusive, teve início nas discussões da 1ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1941.

Durante a realização da 1ª CNS, que teve início em 10 de novembro, o Decreto-Lei nº 3.799, de 5 de novembro de 1941, foi instituído, dando origem ao Serviço de Assistência a Menores – SAM. Os objetivos desse serviço foram delineados pela lei e incluíram:

- a) sistematizar e orientar os serviços de assistência a menores desvalidos e delinquentes, internados em estabelecimentos oficiais e particulares;
- b) proceder à investigação social e ao exame médico-psicopedagógico dos menores desvalidos e delinquentes;
- c) abrigar os menores, á disposição do Juízo de Menores do Distrito Federal;
- d) recolher os menores em estabelecimentos adequados, afim de ministrar-lhes educação, instrução e tratamento sômato-psíquico, até o seu desligamento;
- e) estudar as causas do abandono e da delinquência infantil para a orientação dos poderes públicos;
- f) promover a publicação periódica dos resultados de pesquisas, estudos e estatísticas¹⁰¹.

O SAM teve origem na transformação do Instituto Sete de Setembro, estabelecido pelo decreto nº 21.548, de 13 de junho de 1932. Já na 5ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), o tema do Programa de Saúde Materno-Infantil foi amplamente debatido, apresentando dados alarmantes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), isto é: 70,98% da população compunha a parte vulnerável, enquanto a taxa de mortalidade infantil variava entre 40,2 e 229,0.

O Programa Materno-Infantil (PROMATER), instituído em 1974, refletiu mais uma tentativa de legitimação da ditadura civil-militar, prevista no II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND). Esse plano estabeleceu diversas metas, muitas das quais eram impraticáveis diante do cenário econômico estagnado do Brasil na época, como, por exemplo, com altas taxas de inflação, desemprego e concentração de renda.

¹⁰¹ BRASIL. **Decreto-Lei n.º 3.799, de 05 de novembro de 1941.** Transforma o Instituto Sete de Setembro, em Serviço de Assistência a Menores e dá outras providências. Rio de Janeiro: Presidência da República, [1941]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3799-5-novembro-1941-413971-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 15 mai. 2021.

Dessa maneira, o plano prometia alcançar objetivos na área social e no aumento da nutrição populacional. No entanto, o relatório da 5ª CNS destacou diversas dificuldades na implementação do programa, incluindo a falta de informações sobre a situação materno-infantil, problemas socioeconômicos e precariedade de infraestrutura.

Os dados conhecidos sobre a mortalidade materna, apesar de insuficientes, indicam a necessidade de melhorar as condições de atendimento adequado durante a gestação, o parto e o puerpério, para reduzir os riscos de complicações e morte materna. Condições de alimentação e nutrição, à prevalência das doenças transmissíveis e à insuficiente cobertura do grupo, pelos serviços de assistência materno-infantil, em especial nas áreas rurais. Fatores sociais e a má distribuição de renda “per capita” – preocupação do Governo, evidenciada no II PND – aumentam os riscos de adoecer e morrer do grupo materno-infantil, como consequência de alimentação deficiente e precárias condições de saneamento básico. O resultado dessa situação é, além da desnutrição, a existência de condições favoráveis à disseminação de doenças transmissíveis, responsáveis principais pelas causas de morte mais importantes no grupo infantil, tais como as gastroenterites, as infecções respiratórias e as doenças evitáveis por vacinação¹⁰².

Na discussão da conferência, foram explicitados diversos entraves e dificuldades para a implementação do PROMATER, tais como: a pluralidade de instituições, a utilização de modelos programáticos distintos, a carência de recursos humanos, a ausência de controle na aplicação dos gastos e a falta de normas técnicas aplicáveis a todos os níveis.

Convém ainda esclarecer que o referido programa foi criado com o propósito de integrar e racionalizar os recursos, isto é:

O Promater, implantado e implementado a partir de 1974, estendido por intermédio das Secretarias de Saúde a todo o território nacional, apresentou as bases técnicas de operação do Programa Materno-Infantil, visando à integração de atividades nesse campo e à racionalização dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis¹⁰³.

A partir das problemáticas apontadas, foram elencadas recomendações visando melhorar o programa, tais como: a adequação à realidade local, a priorização do PROMATER, a discussão prévia à execução, a adoção de um modelo operacional e padronização, a elaboração de mecanismos de avaliação, a compatibilização em todas as esferas de governo, a regionalização, o cadastro de instituições, a formação de pessoal auxiliar e superior, a

¹⁰² CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5., 1975, Brasília. **Relatório** [...]. Ministério da Saúde, 1975, 121 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_5.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 28

¹⁰³ *Ibid.*, p. 29

disciplinarização dos recursos, a criação de um sistema de informação e a participação da comunidade.

No entanto, as áreas da saúde materna e infantil não estavam devidamente incluídas em programas sociais e esse quadro só começou a se estabilizar na década de 80. Em relação às crianças, por exemplo, o Estatuto da Criança e do Adolescente só foi criado em 1990, pela Lei 8.069¹⁰⁴. Alguns marcos são importantes para visualizar o panorama das modificações nesse âmbito:

Tabela 3 - Medidas governamentais relacionadas às crianças

Ano	Fato
1921	maioridade penal foi estabelecida para ser a partir de 14 anos
1927	1º Código de Menores que subiu a maioridade penal para 18 anos
1932	na Era Vargas essa maioridade retornou para 14 anos
1941	é criado o Serviço de Assistência a Menores, órgão federal que atendia menores abandonados
1964	foram criadas a Fundação Nacional do Bem Estar do Menor e as FEBEMs, período que a infância foi tratada como questão de segurança nacional
1979	é criado 2º Código de Menores, com internato até a maioridade de crianças desassistidas, abandonadas, ou em situação irregular
1988	Constituição Federal, com o artigo 227, traz os direitos da infância que devem ser resguardados
1990	Estatuto da Criança e Adolescente - ECA

Fonte: História dos direitos da criança. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/historia-dos-direitos-da-crianca>.

A Empresa Brasil de Comunicação (EBC) publicou, em 2015, dados relativos à mortalidade infantil, informando que, após a criação do ECA, a taxa de mortalidade infantil até 1 ano de idade caiu 24%, chegando a 12 mortes para cada mil crianças naquela época. O ECA aprimorou a questão da saúde materna e infantil, assegurando atendimento integral à maternidade, durante o parto e no puerpério, assim como garantiu o atendimento infantil. Isso

¹⁰⁴ BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, [16 jul. 1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 12 set. 2022.

inclui a questão da nutrição, acesso a consultas, acompanhamento de crescimento, acesso a escolas¹⁰⁵, entre outros.

Com relação às instituições responsáveis pela infância durante a ditadura civil-militar, Luisa Rita Cardoso, nas 4tas Jornadas de Estudios sobre la Infancia, menciona o seguinte:

Se a FUNABEM pretendia tratar da questão do menor de forma humanizada, promovendo a convivência das crianças com suas famílias ou aproximando suas instituições de uma, na prática o que se viu foi internamento massivo de crianças e jovens pobres e o reforço do “estigma que associa pobreza e miséria a abandono e delinquência” (PASSETTI, 2013, p. 357). A compreensão da postura da FUNABEM em relação aos menores foi assim interpretada por Bazílio:
A documentação produzida pela Funabem utiliza abundantemente termos e conceitos de origem médica para explicar os fenômenos sociais. (...) Palavras como “tratamento” do jovem infrator, “prevenção” à marginalidade, “terapia”, são constantes em sua produção documental. (...) e a marginalidade compreendida como uma doença ou disfunção. A moral é clara: a sociedade é boa, o homem marginal é quem está doente¹⁰⁶.

O controle de endemias foi uma meta apresentada no II PND e não poderia ser deixado de fora das discussões da 5ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foi exposta a precariedade do serviço de epidemiologia. Conforme indicado no relatório, o serviço enfrentava dificuldades administrativas, como o deslocamento das equipes, problemas com transporte, diárias, entre outros. Além disso, os laboratórios estavam defasados¹⁰⁷. Como resultado, não havia um controle efetivo de doenças transmissíveis, incluindo a falta de controle sobre doenças que poderiam se originar de outros países, devido à ausência de busca por essas informações.

Adicionalmente, não existia uma coordenação em nível federal dedicada exclusivamente a esse problema, o que gerava uma multiplicidade de solicitações às secretarias estaduais, porque não ofereciam o devido apoio, dada a natureza sistêmica da esfera federal. Também não havia normas gerais ou leis que tratavam de vacinação e notificação compulsória.

Entre as reivindicações contidas no relatório estavam o apoio técnico e financeiro por parte do Governo Federal às secretarias estaduais de saúde em seus Serviços de Epidemiologia, com a devida adaptação à realidade local. Além disso, a conferência propôs a ampliação da rede de postos de notificação de doenças transmissíveis, visando incentivar a notificação voluntária, bem como fornecer resposta imediata quando necessário. Outras demandas incluíam suporte

¹⁰⁵ CARDOSO, Luisa Rita. **Infância e direitos humanos na ditadura civil-militar brasileira**. 4tas Jornadas de Estudios sobre la Infancia, Buenos Aires: 2015, p. 554. Disponível em: <https://www.academica.org/4jornadasinfancia/47.pdf>. Acesso em: 20 out. 2022.

¹⁰⁶ BAZÍLIO, 1985 *apud* CARDOSO, 2015, p. 51

¹⁰⁷ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5., 1975, Brasília. **Relatório** [...]. Ministério da Saúde, 1975, 121 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_5.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 38

aos profissionais de saúde para a realização de exames, a fim de confirmar diagnósticos e notificar, se necessário. Uma meta estabelecida durante a conferência foi a criação de normas gerais, que ainda não existiam.

O cenário que se delineava na conferência demonstrava claramente a inviabilidade de alcançar tantas metas em um período tão curto (1975-79), especialmente considerando as precárias condições econômicas do país. No tocante aos recursos humanos, a solução consistiu em recorrer à subutilização do pessoal técnico nos estados, conforme proposta de uma das metas, que visava tanto a utilização desse pessoal quanto a formação de técnicos de nível auxiliar.

Outra meta destacava a necessidade de difusão de dados atualizados, abrangendo informações do Brasil e de outros países, uma parte significativamente defasada no Sistema de Vigilância Epidemiológica. Nesse contexto, é importante mencionar que os movimentos dos médicos bolsistas, que abalaram o cenário nacional, foram combatidos pela ditadura civil-militar com o remanejamento deles e a ausência de regulamentação trabalhista.

No âmbito epidemiológico, há conclusões e recomendações a serem consideradas, especialmente após a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Ocorre que o relatório revelou as principais deficiências do sistema de vigilância e epidemiologia da época.

Em outras palavras, os Serviços de Epidemiologia e Estatística limitavam-se a coletar e processar dados, realizando essas tarefas com atraso e apenas nas capitais. Essa deficiência resultava na falta de dinamismo, pois não existiam análises de dados estruturadas para embasar decisões. Os dados não eram utilizados como ferramenta efetiva nos programas de vigilância sanitária. Além disso, não havia programas qualificados e direcionados para o controle de doenças transmissíveis. A falta de preocupação com as notificações de casos de doenças transmissíveis era decorrente, em parte, da falta de conhecimento dos médicos e, em outra parte, da ausência de financiamento governamental para a contratação de profissionais e o aprimoramento do serviço epidemiológico.

A demanda por melhorias nas notificações, incluindo franquia postal, solicitação de incentivos fiscais para notificações, e a obrigatoriedade de notificação por parte de profissionais de saúde e educadores na área de saúde, sugere que os números de notificações eram baixos. Possivelmente, o temor de que as notificações levassem a situações de tortura, somado à escassa divulgação de informações, poderia contribuir para essa situação. Essa lacuna gerava sérias consequências para o sistema epidemiológico, uma vez que a coleta de dados é fundamental para a elaboração de relatórios que possam subsidiar o controle de doenças transmissíveis.

Na época, o país enfrentava diversos problemas relacionados a doenças transmissíveis que não estavam sob controle, conforme indicava o relatório:

As doenças transmissíveis, entretanto, continuam a representar a principal causa de óbito da população infantil, entre as quais se destacam, além das gastroenterites e das doenças respiratórias, as enfermidades controláveis por vacinação, como sarampo, a coqueluche, o tétano, a difteria, a tuberculose e mais recentemente a meningite meningocócica.

A partir de 1950 e principalmente depois da XXI Assembléia Mundial da Saúde, quando a “Vigilância Nacional e Universal das Doenças Transmissíveis” foi tema das discussões técnicas daquela Assembléia em 1968, a vigilância epidemiológica evoluiu, de uma relacionada apenas ao indivíduo doente e poderíamos dizer, quase policial, para um sentido dinâmico e mais eficiente¹⁰⁸.

O texto aborda a Campanha da Organização Mundial de Saúde, cujo tema foi a vigilância epidemiológica, tendo influência nos movimentos por mudanças nessa área, como o movimento sanitário.

Ao analisar os participantes envolvidos nos grupos de respostas às enquetes da 5ª Conferência Nacional de Saúde, observa-se uma diminuição da presença da classe médica e maior participação de outras categorias profissionais.

No entanto, cerca de cinquenta por cento dos participantes eram médicos, enquanto o restante incluía assessores, delegados federais de saúde, economistas, médicos veterinários, secretários de saúde, técnicos de administração, engenheiros, diretores, cirurgiões dentistas, educadores, enfermeiros, farmacêuticos, professores, entre outros, em proporções reduzidas. Muitas dessas categorias profissionais também estavam envolvidas nas greves gerais de 1978, evidenciando a troca de informações e articulação entre as categorias participantes das conferências, levando a luta para além dos limites desses eventos.

Durante a realização da 6ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em Brasília e abertura em 1º de agosto e sequência até 05 de agosto de 1977, ainda tinha como presidente, Ernesto Geisel. O seu ministro da Saúde, Dr. Paulo de Almeida Machado, em discurso proferido, abordou as leis produzidas na área da saúde da seguinte maneira:

Examinando a legislação federal do setor saúde, desde a criação do Ministério, verifica-se que até 1964, muito pouco foi feito no sentido de se abordar uma política, adotar uma doutrina e criar uma estrutura operacional (...).

¹⁰⁸ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5., 1975, Brasília. **Relatório** [...]. Ministério da Saúde, 1975, 121 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_5.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 34

Somente em 1964, foi iniciada uma série de medidas de racionalização, série que veio atingir o clímax durante o governo de Vossa Excelência¹⁰⁹.

Considerando que Geisel estava conduzindo a "distensão do regime", a VI CNS já passou a contar com outras classes profissionais. Em um discurso legitimador dessa imagem que ele queria transmitir à população, Geisel proferiu:

Reúnem-se aqui representantes de diferentes órgãos da administração pública dos níveis federal, estadual e municipal, de entidades de classe, da empresa privada, da área da saúde pública, da educação, da previdência e assistência social, do trabalho e do planejamento¹¹⁰.

No programa, os temas principais desta conferência ficaram definidos da seguinte forma:

- Tema 1: Situação Atual do Controle das Grandes Endemias (Ernani Guilherme Fernandes da Motta, Superintendente da SUCAM, Superintendência de Campanhas de Saúde Pública);
- Tema 2: Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde;
- Tema 3: Interiorização dos Serviços de Saúde;
- Tema 4: Política Nacional de Saúde.
- A conferência também discutiu temas complementares distribuídos em conferências:
- Diretrizes programáticas de saúde mental – Josicelli Freitas, lançou o Plano Integrado de Saúde Mental em 77 e tratou do tema pouco debatido nas conferências nacionais de saúde.
- Instituição do Grupo Saúde Pública – importância na política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- Ação interinstitucional e intersetorial do Programa Nacional de Alimentação, e nutrição PRONAN;
- A medicina Previdenciária e a nova instituição de assistência médica;
- Programa Especial de Combate à Esquistossomose – Paulo de Almeida Machado.

Seguindo os temas que estavam sendo discutidos à época, na cidade de Manaus, estado do Amazonas, ocorreu em 1978 o I Encontro de Saúde da Amazônia. O evento teve como

¹⁰⁹ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6., 1977, Brasília. **Relatório** [...]. Ministério da Saúde, 1977, 165 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_6.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 15

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 11.

finalidade revisar a Política Nacional de Saúde, a Política de Recursos Humanos na área de Saúde, Mortalidade Infantil, Controle das Endemias, Programa Nacional de Imunizações, Interiorização das Ações de Saúde, Modernização Administrativa, convênios envolvendo o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde da região, assim como a formação de agentes de saúde rural e o Programa Nacional de Imunizações¹¹¹.

¹¹¹ Propostas, Jornal **A Crítica**, Manaus, 23 jan. 1978, p. 3

CAPÍTULO 3 - MOVIMENTO SANITÁRIO E OS EFEITOS CAUSADOS NO ÂMBITO DA SAÚDE

3.1 O Movimento Sanitário

O Ministério da Previdência e Assistência Social foi criado pela Lei nº 6.036, de 1º de maio de 1974, e teve sua estrutura básica aprovada pelo Decreto nº 74.254, de 4 de julho de 1974. Dentre os órgãos apresentados como assistência direta ao Ministro de Estado, destacam-se o Gabinete do Ministro (GM), a Consultoria Jurídica (CJ), a Divisão de Segurança e Informações (DSI) e a Coordenação de Relações Públicas (CRP).

No ano de 1977, foi instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Sociais (SINPAS) pela Lei nº 6.439, com o propósito de controlar benefícios, prestação de serviços e gerenciar atividades, programas, assim como a gestão administrativa, financeira e patrimonial. Este sistema estava sob a coordenação (vinculação) do MPAS.

Subordinavam-se ao SINPAS instituições como o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) e Central de Medicamentos (CEME)¹¹².

Naquele período de criação do MPAS, houve a separação da área previdenciária em relação à área trabalhista, concentrando ainda mais recursos do orçamento. O MPAS ficou responsável pelos benefícios, assistência médica e assistência social. A participação universitária foi um elemento crucial no movimento sanitário.

Aliás, os universitários, especialmente os da área médica, enfrentaram dificuldades no sistema político e de saúde vigente. Eles buscavam espaço nas instituições de atendimento para adquirir experiência prática, mas o sistema privatizante hegemônico impedia essa oportunidade. Isto significa que, nos anos 70, os convênios visavam expandir a cobertura e a formação de pessoal; porém, atendendo principalmente às necessidades empresariais:

¹¹² Disponível em: <https://dibrarq.arquivonacional.gov.br/index.php/ministerio-da-previdencia-e-assistencia-social-brasil-1974-1990>. Acesso em: 26 jun. 2023.

O movimento transformador na área da saúde surgiu e articulou-se dentro de um panorama muito bem definido: a política de saúde então hegemônica era a da mercantilização da medicina sob o comando da Previdência Social. O movimento sanitário representava um pensamento contra-hegemônico que objetivava a transformação do sistema vigente, caracterizado pela dicotomia das ações estatais, pela predominância da compra dos serviços privados, pela modalidade hospitalar de atendimento e pela corrupção normatizada(...) ¹¹³.

Alguns hospitais universitários foram financiados com verbas da previdência, o que dificultava sua sustentabilidade, pois disputavam recursos com o setor privado, seguindo a lógica de pagamento por Unidades de Serviço. No entanto, o setor privado fornecia apenas serviços básicos, enquanto os hospitais universitários realizavam procedimentos de maior complexidade.

Ainda nesse cenário, os serviços dos hospitais universitários enfrentavam escassez de recursos, os médicos ainda recebiam uma remuneração adicional por prestarem serviços nessas instituições, criando uma contradição interna. Em 1980, essa situação ainda era evidente, conforme destacado na 7ª Conferência Nacional de Saúde:

As evidências epidemiológicas demonstraram ser cientificamente incorreta – e moralmente inaceitável – a absorção de recursos vultosos em atividades de alta complexidade, com baixa cobertura, em detrimento de outras, mais simples, de abrangência ampla sobre o meio e as coletividades ¹¹⁴.

Desta forma, insistentemente essa questão foi apontada, demonstrando incômodo por parte dos profissionais de saúde com relação a este tipo de medida tomada pelo governo. Sendo alvo de críticas nas conferências nacionais de saúde, os gastos com equipamentos de alta complexidade, sem retorno efetivo para a população merece destaque:

A observação mostra também que a introdução dessa tecnologia médica, sofisticada e onerosa, não tem sido acompanhada de melhoria significativa nos níveis de saúde da população. Isto deixa-nos a convicção nos limites da capacidade de intervenção da medicina científica no processo saúde/doença ¹¹⁵.

¹¹³ ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 51

¹¹⁴ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., 1980, Brasília. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1980, 263 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_7.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 61

¹¹⁵ *Ibid.*, p. 70

Em 1974, foi estabelecido um convênio entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) com o objetivo de aumentar os recursos e melhorar as condições dos hospitais universitários. Notavelmente, esse convênio abandonou a lógica de pagamento por Unidade de Serviço, passando a ser determinado pelo número e tipo de altas, o que representou uma inovação significativa nos pagamentos pelos serviços médicos. Entretanto, a classe hegemônica do MPAS conseguiu sabotar o convênio ao utilizar valores desatualizados no cálculo dos recursos. Essa gestão desordenada dos recursos culminou na chamada "Crise da Previdência" em 1981.

Em 1978, no Amazonas, o Reitor da Universidade do Amazonas abordou a situação durante o encerramento do I Seminário Amazonense de Atividades Hospitalares, que teve como tema "Aproveitamento dos Hospitais Comunitários para Fins de Ensino".

(...) revelou que ao hospital de ensino é encaminhada apenas uma pequena percentagem da população de assistência mais apurada ou mais especializada. Desse modo, disse ele, ela não representa amostra adequada da patologia para treinamento do médico geral que quer se formar.

- Assistência, ensino e pesquisa não devem ser consideradas atividades e sim complementares. (...) "eu iria mais longe e diria que nenhum hospital pode desempenhar completamente sua missão se não for um centro de instrução de estudantes e médicos"¹¹⁶.

Naquele período, o Ministério da Saúde enfrentou limitações em sua atuação, isto é, embora abrigasse uma nova geração de gestores de saúde com uma perspectiva mais centrada na abordagem médico-social, estava lidando com um orçamento extremamente reduzido. Mesmo com o aumento relativo em 1975, isso representou a alocação de apenas 7,8% do total de recursos destinados à saúde. Em contrapartida, a Previdência Social respondia por expressivos 92,5% dos gastos na área. Essa disparidade evidenciou a desigualdade na distribuição de recursos entre os setores de saúde e previdência¹¹⁷.

Em 1977, durante a realização da VI CNS, Geisel abordou as dificuldades enfrentadas na área da saúde, apresentando uma análise marcada por diversos obstáculos. Seu discurso assumiu uma tonalidade quase poética, por vezes trágica, ao empregar recursos estilísticos, como a anáfora¹¹⁸:

¹¹⁶ Reitor: Hospital deve ser centro de instrução de estudantes e médicos. *Jornal A Crítica*: de mãos dadas com o povo, Manaus, ano 9.926, 01 out. 1978, p. 8

¹¹⁷ ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 59

¹¹⁸ repetição de uma ou mais palavras no início dos versos ou orações. Disponível em: <https://www.portugues.com.br/gramatica/figuras-estilo-ou-linguagem.html#:~:text=An%C3%A1fora%3A%20repeti%C3%A7%C3%A3o%20de%20uma%20ou,in%C3%ADcio%20dos%20versos%20ou%20ora%C3%A7%C3%B5es>. Acesso em: 26 jun. 2023.

Difícil é a tarefa atribuída a cada um dos presentes.

Difícil, em virtude da complexidade dos fatores que influem sobre a saúde de um povo em desenvolvimento, em particular num país onde se encontram, lado a lado, todos os estágios de evolução econômica, social e cultural.

Difícil, em virtude da extensão do nosso território e da distribuição irregular da população, concentrada nas áreas metropolitanas ou dispersa e rarefeita em amplos espaços do interior.

Difícil, em virtude da escassez de recursos materiais e humanos, da disparidade entre demanda e disponibilidade dos mesmos para atendimento do problema de saúde, fenômeno universal, particularmente agravado nos países em desenvolvimento.

Difícil, em virtude das transformações ora em processo, requerendo opções políticas capazes de harmonizar e compatibilizar as ações de todos os integrantes do Sistema Nacional de Saúde.

As dificuldades são muitas; a tarefa, imensa¹¹⁹.

Era evidente que os movimentos estavam prestes a abalar o sistema hegemônico existente. Os conflitos se apresentavam de forma clara e com grande intensidade; desta forma, como salientado por Geisel:

Que este encontro sirva para consolidar a união de todos, acima de interesses pessoais ou de grupos, com visão ampla e objetiva da problemática da saúde no Brasil.

A análise dos fatos e a discussão, ainda que acalorada, desde que inspiradas pelo desejo único de bem servir, certamente conduzirão a uma unidade de vistas, capaz de aprimorar o atendimento à população¹²⁰.

O movimento sanitário contou com a sustentação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), do Movimento de Médicos Residentes e Renovação Médica, e da Academia. O envolvimento dos estudantes foi crucial para fortalecer a resistência contra o autoritarismo, sendo, aliás, uma categoria mais perseguida pela ditadura civil-militar em comparação com outras.

Na esfera da saúde, os estudantes organizaram as Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária (SESACS) com o propósito de discutir questões de natureza social, política, econômica e de saúde comunitária, sendo a primeira SESAC realizada em Belo Horizonte. As universidades passaram a ter um diálogo mais efetivo entre si, e as SESACs reuniram estudantes de diversas áreas da saúde, não se limitando apenas à medicina. Dessa forma, a consciência sanitária se disseminava em várias disciplinas relacionadas à saúde. Os principais objetivos desses movimentos foram a luta pela democracia e a resistência contra a privatização da saúde.

¹¹⁹ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6., 1977, Brasília. **Relatório** [...]. Ministério da Saúde, 1977, 165 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_6.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 10

¹²⁰ *Ibid.*, p. 11

Apesar disso, após a prisão de um militante do MR8, a polícia chega até eles e todo o grupo é preso. Soltos pouco tempo depois, retomam seus propósitos. E outros que estudavam medicina, ao se formarem, deslocam-se para a periferia, onde trabalham como sanitaristas orientando todos os seus esforços para estimular formas populares de organização a partir dos temas da Saúde Pública. Eles se tornaram elementos decisivos na formação de movimentos populares em torno da questão da saúde na zona leste¹²¹.

A atuação dos universitários foi fundamental, dada a iniciativa que tomaram para organizar os movimentos, especialmente dadas as circunstâncias da época. A base universitária desempenhou um papel crucial, principalmente pela coragem de iniciar os movimentos, disseminar ideais e enfrentar a repressão.

Nesse cenário, as reuniões anuais da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) também passaram a incorporar a luta pela saúde e democracia, com a participação aumentando significativamente, incluindo membros ligados ao Partido Comunista Brasileiro (PCB). Com efeito, em 1977, o evento foi controlado e impedido de ocorrer em Fortaleza. Foi nessas reuniões da SBPC que médicos conceberam a ideia de criar o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que surgiu com o propósito de publicar a revista *Saúde em Debate*, abordando temas de saúde e política.

Por conseguinte, lançada em 1976, a revista serviu como meio de expressão para suas oposições, apresentando projetos de saúde comunitária, modelos assistenciais em saúde e outros instrumentos de pesquisa nesse campo. O CEBES também se tornou uma instituição utilizada como instrumento de luta pelos pesquisadores, defendendo e divulgando cada vez mais o pensamento médico-social, além de se engajar em outros movimentos, como a luta contra a carestia e pela anistia¹²².

A Reforma Sanitária (lema originado da experiência italiana) persistiu durante algum tempo como palavra de ordem, mas foi abandonada e só foi retomada em 1985/1986. A unificação do sistema de saúde continuou a orientar o movimento (...). A democratização passou a ser o princípio básico: da democracia tudo dependia. O CEBES que inicialmente tinha como lema a luta pela Reforma Sanitária, pela unificação do sistema de saúde e pela democracia, acabou por se concentrar ‘durante aquele período na luta que era a luta fundamental: a luta pela derrubada da ditadura’¹²³.

¹²¹ SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo (1970-1980)**. 2ª edição. Rio de Janeiro, Editora: Paz e Terra, 1988, p.174-175

¹²² ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 79-81

¹²³ *Ibid.*, p. 81

Em 1979, o CEBES já estava ativamente envolvido junto à Câmara dos Deputados, conseguindo a realização do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, em Brasília. Durante o evento, foi apresentado o documento intitulado: "A questão democrática na área da saúde", que abordou inúmeros aspectos da condição social do Brasil e propôs medidas como a descentralização do sistema, a participação popular nas políticas de saúde e a administração integral do sistema pelo Estado. Esse documento fundamentou-se no modelo do Sistema Único de Saúde proposto pelo grupo de pesquisa Estatização e Privatização, que se tornou uma bandeira para outros movimentos subsequentes, incluindo a VIII Conferência Nacional de Saúde e a Constituição Federal de 1988.

Dentro do contexto do movimento sanitário, é imprescindível mencionar o papel significativo do Movimento dos Médicos Residentes e o Movimento de Renovação Médica. Esses movimentos, com uma abordagem mais voltada para questões trabalhistas, estabeleceram uma conexão sólida com sindicatos e trabalhadores em geral. Os médicos residentes, nesse sentido, identificavam-se como uma classe trabalhadora semelhante às demais. Essa perspectiva, ainda não amplamente aceita entre os médicos, dada a prevalência do liberalismo, tornou-se mais ousada ao longo do tempo, resultando em um aumento gradual no número de participantes.

O movimento dos residentes teve reivindicações importantes a exemplo da aceitação de remuneração inferior à dos médicos especialistas, mesmo com o comprometimento de prestar os mesmos serviços à população. Essa abordagem visava atingir tanto as reivindicações trabalhistas da categoria quanto melhorias efetivas na saúde pública. Estrategicamente, os médicos residentes alinharam-se às táticas dos movimentos trabalhistas, buscando se aproximar mais dos trabalhadores. Nesse bojo, participaram de greves, associaram-se a sindicatos e engajaram-se em lutas salariais, conquistando um aumento significativo no número de adeptos ao movimento.

Demonstrando um alto nível de organização, os médicos residentes fundaram a Associação Nacional de Médicos Residentes em 1966. Inicialmente, suas discussões centravam-se mais nas necessidades educacionais, mas à medida que a participação de residentes renovados aumentava, direcionaram-se cada vez mais para questões trabalhistas. Uma de suas conquistas foi a alteração no processo de conclusão do curso para obtenção do título de especialista, sendo a certificação agora obtida ao término da residência, em vez de por meio de exames.

Nesse contexto, no XII Congresso Nacional dos Médicos Residentes, foi apresentada a Carta dos Profissionais de Saúde à População Brasileira, sendo celebrado com entusiasmo pelo

movimento sanitário, que instituiu o Dia Nacional de Saúde e Democracia, em 1977. Dois dias após o término do evento, a residência médica foi regulamentada. Contudo, a batalha não se encerrou aí, visto que o decreto emitido não reconheceu os direitos trabalhistas dos residentes.

Exercendo influência significativa, diversas greves de médicos em hospitais no Brasil ganharam destaque. Uma delas foi a mencionada crise da DINSAM, na qual os bolsistas protestaram por seus direitos trabalhistas em 1978. O movimento de Renovação Médica (REME) desempenhou um papel fundamental na disseminação do pensamento médico-social e na luta pela democracia. Embora tenha surgido no Rio de Janeiro e São Paulo, a repercussão desses movimentos foi tão expressiva que provocou mudanças efetivas nas políticas públicas em diversas regiões do país.

Com efeito, o REME adotou como estratégia a reivindicação de direitos utilizando a perspectiva das classes trabalhadoras, ocupando sindicatos e assumindo a condição de assalariado, bem como assumindo posições importantes em diversas instituições. O REME se identificava como "representante dos assalariados, liberais, residentes, médicos funcionários públicos e do INPS enfim, todos aqueles que se ressentem do atual estado de coisas no campo da saúde"¹²⁴.

Além disso, o Movimento de Renovação Médica engajou-se na campanha pela anistia, promoveu várias Semanas de Saúde do Trabalhador para se aproximar da realidade desses profissionais, no intuito de propor melhorias e fortalecer sua relação com os sindicatos. A estratégia visava estabelecer parcerias com movimentos sociais, e ao final dos "anos Geisel", o movimento médico revelou-se vigoroso, crescendo e ampliando seu espaço de atuação na sociedade brasileira¹²⁵.

A base universitária continuou a impulsionar o cenário de lutas e saúde. Na década de 70, no âmbito das pesquisas, houve uma mudança de foco em direção à saúde coletiva, caracterizando-se por investigações realizadas em equipe e com abordagem interdisciplinar. Os estudos foram fundamentados nas próprias deficiências e desafios do Sistema Nacional de Saúde então vigente. Dentre os temas mais explorados estavam a epidemiologia, práticas de saúde, nutrição e doenças endêmicas, todos fundamentados na compreensão do contexto social como um elemento determinante da condição de saúde ou doença.

Conforme evidenciado nas discussões das 5^a, 6^a e 7^a Conferências Nacionais de Saúde, temas como saúde materno-infantil, vigilância epidemiológica e controle de grandes endemias

¹²⁴ REME *apud* ESCOREL, 1999, p. 102

¹²⁵ ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 109

foram abordados, revelando claramente a mudança nos argumentos apresentados e deixando evidências dos conflitos internos dentro da própria categoria profissional médica.

Nesse sentido, a 5ª CNS destacou questões como: controle de grandes endemias, extensão das ações de saúde à população rural, vigilância epidemiológica e saúde materno-infantil. Por sua vez, a 6ª CNS retomou temas como: controle de grandes endemias, interiorização dos serviços de saúde e política nacional de saúde. Por conseguinte, a 7ª CNS abordou tópicos como: extensão das ações de saúde através de serviços básicos, atendimento em áreas rurais e metropolitanas, educação e saúde, responsabilidade pública pela saúde do trabalhador, atuação do Ministério do Interior no desenvolvimento social, integração dos serviços locais, participação do MPAS na ampliação da cobertura, modelo do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), articulação entre serviços básicos e especializados, entre outros.

A 7ª CNS, em comparação com as conferências anteriores, destacou-se como uma das mais ricas em discussões, apresentando um relatório com 263 páginas repletas de conteúdo, opiniões, referências, experiências e modelos. Esse evento serviu como uma espécie de prévia para a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Nesse contexto, os estudantes universitários desempenharam um papel fundamental na transformação do pensamento na área médica e no fortalecimento da democracia brasileira. Contribuíram significativamente para os avanços nas políticas de formação de recursos humanos, incluindo a implementação de mestrados, a modificação na obtenção de títulos de especialista, a descentralização na formação de sanitaristas e a promoção de residências como uma modalidade de medicina voltada para a prevenção e aspectos sociais da saúde.

O aumento na busca por formação na área da saúde, especialmente entre os anos de 1975 e 1980, foi notável, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país. Nesse cenário, uma demanda recorrente, discutida inclusive nas conferências nacionais de saúde, foi a descentralização da formação em saúde, uma reivindicação que, pouco a pouco, foi sendo atendida. Em suma, esse período representou um movimento significativo em direção à democratização do acesso à formação e qualificação na área da saúde.

Entre 1975 e 1980, os cursos regionalizados foram o instrumento mais importante de formação de sanitaristas, tanto numérica quanto geograficamente. Neles se concentraram as discussões renovadoras das propostas de recursos humanos na área de saúde coletiva, neles foram introduzidos as ciências sociais e o posicionamento político como elementos de uma 'ética sanitária'. Também romperam com a visão

tradicional da saúde pública ao incorporar a análise da política de saúde e da assistência médica previdenciária¹²⁶.

O Programa de Apoio às Residências, a partir de 1980, desempenhou um papel extremamente relevante no contexto das residências em Medicina Preventiva e/ou Social. Por meio desse programa, foi possível obter orçamentos do Ministério da Previdência e Assistência Social, sendo a Escola de Saúde Pública (ESNP) a instituição formadora. A residência em Medicina Preventiva e Social foi oficialmente regulamentada em 1979, conforme estabelecido pela Resolução 08/79 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Em 1978, o jornal *A Crítica* noticiou uma declaração do Reitor da Universidade do Amazonas, que pleiteava parcerias e sugeria medidas para o fortalecimento do ensino e pesquisa na área da saúde:

Que devemos utilizar a rede de hospitais fora do âmbito das universidades, para o ensino, incluindo-se entre eles, os Instituto Médicos isolados, os hospitais do Ministério da Saúde, em especial da Previdência Social, e particularmente os hospitais da iniciativa privada¹²⁷.

Na 7ª Conferência Nacional de Saúde, manifestou-se um discurso médico-social mais racionalizador. As denúncias em relação ao sistema político e ao descaso tornaram-se mais evidentes. Realizada em 1980, em um período que já indicava certa vitória dos grupos de oposição, a conferência passou a apresentar um discurso político cada vez mais crítico em relação à ditadura civil-militar e já antecipava alguns aspectos do que se tornaria o Sistema Único de Saúde (SUS). O sistema privado foi alvo de diversas críticas durante o evento.

No campo específico da saúde, os recursos destinados ao setor estiolam-se, consumidos por um sistema de prestação de serviços desvirtuado em sua finalidade, concentrado e sofisticado em demasia, em contradição com a estrutura de necessidades, e orientado, prioritariamente, para os interesses dos produtores de serviços e de insumos e outros bens de “saúde”. A “indústria da doença”, nascida desses interesses, absorve os recursos disponíveis e se amplia e fortalece com seu crescimento: concentra esforços na recuperação, tão sofisticada e onerosa quanto possível, da saúde perdida (mais de 90%), pois é a doença e não a saúde a “mercadoria” que a alimenta¹²⁸.

¹²⁶ ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 128

¹²⁷ Reitor: Hospital deve ser centro de instrução de estudantes e médicos. Jornal **A Crítica**: de mãos dadas com o povo, Manaus, ano 9.926, 01 out. 1978, p. 8

¹²⁸ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., 1980, Brasília. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1980, 263 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_7.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 21

A conjuntura da criação de um sistema de saúde praticamente do zero era desafiadora, e uma das metas para os próximos anos era o estabelecimento de serviços básicos. Entende-se por serviços básicos um conjunto integrado de serviços prestados às pessoas e às comunidades, voltado para a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento das afecções e traumatismos mais comuns, bem como para a reabilitação básica de suas consequências¹²⁹.

Essas unidades seriam descentralizadas, tendo como orientador o princípio da regionalização. A formulação dos serviços básicos visava atender à população com o mínimo de assistência necessário. Esse mínimo necessário abrangia imunizações obrigatórias, vigilância epidemiológica de base, saneamento básico (incluindo abastecimento de água), orientação à população sobre temas de saúde, controle de endemias prevalentes, alimentação, tratamento de afecções e traumatismos, habitação e educação, com prioridade para os mais necessitados.

Para implantar o sistema, foi desenvolvido o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), cujo propósito foi expandir os serviços de saúde, implementando rapidamente unidades de saúde com cobertura universal, sobretudo com ênfase nas populações rurais e periféricas. O programa também enfatizou a responsabilidade integral do setor público, refletindo a visão de saúde como um dever do Estado. Com efeito, a noção de participação popular estava amadurecendo:

Dentro das características multiinstitucionais da nossa sociedade e do regime político administrativo, o setor público deverá englobar, além das instituições públicas federais, estaduais e municipais, as associações comunitárias de interesse social e sem fins lucrativos¹³⁰.

A importância desse tipo de atendimento ganhou enorme destaque para atingir os princípios de regionalização, cobertura universal e atuação preventiva. Isto é, as unidades locais:

São aquelas que prestam serviços de saúde diretamente às pessoas e à comunidade. Em razão do conceito de especialidade, durante muito tempo essas unidades foram tidas como não significativas para a saúde, pela sua incapacidade de solucionar problemas especiais. O reconhecimento atual da causalidade múltipla da doença conferiu ao meio e às condições psicossociais grande importância. E estes fatores, só podem ser atingidos por unidades locais de saúde dinâmicas, que atuem extramuros e

¹²⁹ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., 1980, Brasília. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1980, 263 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_7.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 21-22

¹³⁰ *Ibid.*, p. 24

no interesse das comunidades. Elas constituem, hoje, em seu conjunto, a base do sistema de saúde¹³¹.

O PREV-SAÚDE, ao que parece, representou uma tentativa de integração entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social, visando um aumento nos recursos destinados à saúde. As Secretarias de Estado assumiriam a responsabilidade de coordenar as atividades em âmbito regional e local, prestando apoio administrativo e técnico aos municípios. Em outros termos, a proposta para solucionar o problema dos recursos humanos incluiu a utilização de pessoal de nível auxiliar, sugestão que já havia sido apresentada em conferências anteriores.

Ademais, é necessário abordar o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), pois teve influência significativa em diversos aspectos na formação do Sistema Único de Saúde. Na 7ª Conferência Nacional de Saúde, o modelo foi amplamente discutido e bem recebido pela categoria médica. Esse programa representou a iniciativa de maior abrangência e cobertura de serviços básicos de saúde. Na época, o sistema de saúde no Brasil era vasto, desorganizado, com vários programas e modelos em funcionamento simultâneo, conforme o público atendido,

a) Área institucional: seguro social obrigatório (INAMPS); direto (Ministério e Secretarias de Saúde); filantrópico (LBA); específico para categorias (Forças Armadas);

b) Área liberal-clássica: hospitalar e consultórios particulares;

c) Área privatizada: empresas médicas, consultórios conveniados, grupos médicos, cooperativas médicas.

Este quadro aparentemente caótico e irracional é produto da ação histórica de diferentes setores sociais, que segundo suas forças políticas, nele imprimiram em maior ou menor grau a marca de seus interesses¹³².

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) foi instituído em agosto de 1976, através do Decreto n.º 78.307, datado de 24 de agosto de 1976. Este decreto delineou os objetivos e diretrizes do programa. Inicialmente, a meta era atender a região Nordeste no período de 1976 a 1979, visando estabelecer a estrutura básica de saúde em comunidades com até 20 mil habitantes.

O programa tinha diretrizes específicas a serem seguidas para assegurar sua eficácia, como, por exemplo: a utilização de pessoal de nível auxiliar recrutado localmente, a ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, o encaminhamento para serviços especializados, o

¹³¹ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., 1980, Brasília. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1980, 263 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_7.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 62

¹³² *Ibid.*, p. 77-78

aumento da quantidade de minipostos, a integração, a participação social, a desativação de unidades itinerantes com a subsequente substituição por unidades permanentes.

Cada município foi dotado de um módulo básico, composto pelo centro de saúde e postos de saúde. O posto de saúde, uma unidade simples, permitiria que um auxiliar de saúde realizasse ações básicas para as quais fosse capacitado, de um lado. Por outro, o centro de saúde, uma unidade maior e mais complexa, ofereceria atendimento médico e laboratorial, proporcionando apoio e supervisão aos postos de saúde.

Além dessa estrutura básica, havia suporte para os serviços de saneamento: As ações básicas desenvolvidas pelas unidades de saúde são complementadas pelo apoio à implantação de equipamentos de saneamento básico (unidades simplificadas de abastecimento de água e soluções domiciliares para destinação de dejetos)¹³³.

Também estava presente a unidade regional de saúde, que coordenava diversos módulos básicos organizados em um sistema hierarquizado de serviços, abrangendo todos os níveis. Nesse bojo, o relatório da 7ª CNS apresentou um quadro-resumo da estrutura do modelo do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o qual é reproduzido a seguir:

Tabela 4 - Características do módulo básico por componentes do modelo PIASS

CARACTERÍSTICA	COMPONENTES	
	I – POSTO DE SAÚDE	II – CENTRO DE SAÚDE
Localização	Distritos, vilas e povoados	Sedes municipais.
População-alvo	2000 pessoas	6000 pessoas
Ações Básicas	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento comunitário • Controle de doenças transmissíveis • Atenção materno-infantil • Primeiros socorros • Tratamentos padronizados • Controle de egressos • Coleta de amostras • Visitação domiciliar • Apoio às curiosas, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • As mesmas do posto mais consulta médica e/ou odontológica • Laboratório • Vigilância epidemiológica • Supervisão e treinamento • Atenção hospitalar geral (no caso de unidades mistas)
Referência	Para o centro	Para unidades mais complexas

¹³³ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., 1980, Brasília. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1980, 263 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_7.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 79

Recursos Humanos	Atendentes polivalentes (geralmente em número de 2)	Atendentes polivalentes, visitadoras, laboratorista, auxiliar de saneamento, apoio administrativo, dentista, médico
Instalações e equipamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Área de 40 a 70 m² • Construção simples • Material de técnicas básicas de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> • Área de 70 a 150 m² • Construção simples • Material e equipamento padronizado para unidade ambulatorial ou mista
Custo médio de instalação e operação anual	Cr\$ 150 000,00 e Cr\$ 120 000,00	Cr\$ 350 000,00 Cr\$ 840 000,00
<p>III – REGIONAL DE SAÚDE Localizada no município mais estratégico de uma microrregião sócio-geográfica. Conta com equipe multiprofissional e sua função é de supervisão, coordenação, administração e apoio a vários módulos básicos.</p> <p>IV – SANEAMENTO</p> <p>a) Abastecimento de água: poços, reservatórios, ligações domiciliares, chafarizes e lavanderias.</p> <p>b) Destino de dejetos: fossas secas.</p>		

Fonte: *RELATÓRIO da 7ª CNS*, 1980, p. 80

O modelo representou o que de melhor estava disponível na época, tornando-se uma referência para o restante do país. Sua gestão foi conduzida por diversos ministérios, constituindo o GEIN, Grupo Executivo Interministerial. Os ministérios integrantes do GEIN foram: o Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério do Interior e Secretaria de Planejamento da Presidência da República, que, com a emissão da Portaria n.º 374, em outubro de 1976, designou seus representantes. É notável observar que o Ministério da Saúde conquistou mais espaço ao participar desse grupo, ao lado dos ministérios mencionados, com destaque para o Ministério da Previdência e Assistência Social, que detinha o maior orçamento.

É crucial esclarecer algumas diretrizes que foram implementadas posteriormente, mas não menos importantes, como a regionalização, foram compostas por três ideias principais para sua efetivação: descentralização, desconcentração e hierarquização. A descentralização, neste caso, implicava transferir o poder de decisão para a periferia; a desconcentração envolvia a

transferência de recursos e atividades para as regiões, enquanto a hierarquização visava organizar o atendimento em instâncias crescentes de complexidade dos serviços. Em geral, cada diretriz complementava a outra, sendo a regionalização e participação comunitária complementadas pela horizontalização programática, e ambas implicavam em um novo paradigma na organização dos serviços de saúde. Isto é, na transformação do processo tradicional de planejamento vertical por programas. O planejamento das atividades passa a ser feito de forma integrada, a partir do nível local e segundo as necessidades da população¹³⁴.

Esses termos passaram a integrar, desde então, os discursos médicos e os movimentos, sendo diretrizes que, posteriormente, fizeram parte do Sistema Único de Saúde. A integralização das ações de saúde foi uma diretriz que abrangia o âmbito da assistência individual e coletiva, visando atender de maneira integral às medidas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, para satisfazer as necessidades básicas do indivíduo e da comunidade¹³⁵. Para que isso ocorresse, essa diretriz precisou ser complementada pela Integração Interinstitucional, também relacionada ao Sistema Único de Saúde, pois, visou combater a dualidade das ações e o desperdício de esforços.

Como mencionado anteriormente, é importante lembrar que vivíamos um período de desorganização na assistência médica, refletida na oferta redundante de serviços desnecessários ou excessivamente complexos, o que encarecia as despesas, sem atingir eficazmente a comunidade. Essa situação justificava a busca por uma abordagem integrada e eficiente no campo da saúde pública.

Salienta-se a importância de destacar como as facetas dessas diretrizes se modificaram ao longo dessa jornada de lutas. Em 1992, na 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), por exemplo, as diretrizes de regionalização, integralização e participação comunitária assumiram outra faceta denominada controle social, tema que já era discutido, mas que, à medida que agregava conquistas, mais buscava novos objetivos.

A 10ª CNS teve como objetivo fortalecer os Conselhos e foi subdividida em diversas temáticas, incluindo controle social sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), funcionamento dos conselhos de saúde, composição dos conselhos de saúde, autonomia dos conselhos e os próprios conselheiros de saúde. Entre as exigências, destacaram-se a criação de ouvidorias vinculadas ao SUS, ampla divulgação das informações sobre os atos normativos e deliberações dos conselhos, bem como o livre acesso desses órgãos às informações do SUS.

¹³⁴ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., 1980, Brasília. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1980, 263 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_7.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 82

¹³⁵ *Ibid.*, p. 82

A autonomia dos conselhos abrangeu desde orçamento próprio, até a liberação para registro de ponto, com o intuito de evitar interferências políticas. Ademais, a conferência propôs uma composição dos conselhos dividida em 50% de usuários do serviço, 25% trabalhadores de saúde e 25% gestores e prestadores de serviço.

No que diz respeito à diretriz de Recursos Humanos, é possível observar uma ênfase no treinamento em campo, mencionado no relatório da 7ª Conferência Nacional de Saúde, como capacitação de recursos humanos vinculada ao serviço. Essa expressão foi amplamente utilizada na época, especialmente durante os movimentos relacionados aos profissionais de saúde, residentes e estudantes das carreiras da saúde em geral.

Em relação à tecnologia, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) apresentou uma proposta inversa ao que ocorria nas despesas governamentais durante a ditadura civil-militar. Ele visou adotar procedimentos simples, apropriados, eficazes e de baixo custo, especificados em normas e instruções condicionadas às situações locais, aplicadas sob supervisão permanente¹³⁶. Essa abordagem refletiu uma consciência e cuidado em relação aos custos associados à aquisição de equipamentos médicos, visando combater o enriquecimento de uma categoria empresarial que consumia os orçamentos públicos. Além disso, buscou enfrentar os médicos em entidades públicas responsáveis por práticas dessa natureza, pois também se beneficiaram desse tipo de "gestão".

Para o desenvolvimento do programa, a estratégia inicial consistiu em estabelecer uma organização normativa e padronizações que iria compor o modelo do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). No entanto, essa abordagem não se mostrou eficaz e foi revista. Diante disso, uma abordagem alternativa foi aplicada, ainda que malvista por conservadores; mas, muitas vezes, necessária.

A fim de viabilizar a execução do programa sem se deter em normatizações e na criação de modelos, o Grupo Executivo Interministerial (GEIN) fundamentou suas ações em dois princípios orientadores, essenciais para a continuidade do programa. Um desses princípios foi a emergência do modelo a partir da própria experiência do programa. O outro, igualmente crucial para o sucesso da expansão desse modelo, foi a rápida implantação dos serviços, gerando expectativa de permanência junto às populações beneficiadas e ampliação da cobertura de atendimento.

¹³⁶ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., 1980, Brasília. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1980, 263 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_7.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 82

Tabela 5 - Levantamento de ações realizadas

Ação Executada	Quantidade ou %	Observações complementares
Centros de Saúde	642	
Postos de Saúde	1.250	
Cobertura potencial	6.400.000 pessoas	
Municípios	699	56% do planejado
Profissionais treinados	2.873	Nível médio e elementar
Sistema simplificado de abastecimento de água	172	Em áreas rurais
Instalação de privadas de fossa seca	22.000	

Fonte: *Relatório da 7ª CNS*, 1980, p. 83

Na referida conferência, foram apresentados os primeiros dados sobre a implementação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que teve início no Nordeste. Até o final de 1978, Minas Gerais, Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Alagoas apresentaram avanços significativos; porém, sem a devida atenção ao desenvolvimento das funções essenciais às operações dos serviços.

Já nos casos do Ceará e da Paraíba, houve progresso na implantação, mas sem acompanhamento adequado da extensão da cobertura e das operações dos serviços. Por sua vez, Maranhão, Piauí e Sergipe encontraram-se em estágio inicial de implementação.

Apesar das dificuldades, a proposta do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) já demonstrava retornos positivos. Em virtude disso, a ideia de sua expansão para todo o território nacional já era defendida, incluindo a possível inclusão da região Norte no planejamento da próxima fase de implementação.

Com as mesmas diretrizes já propostas e desenvolvidas no Nordeste será dada ênfase à intensificação do programa na região e à expansão para as regiões Norte e Centro-Oeste, estado do Espírito Santo e, no estado de Minas Gerais, às macrorregiões do polígono das secas, noroeste e vale dos rios Jequitinhonha, Mucuri e Doce, além de prioridade para as áreas de maior densidade de pobreza nas demais macrorregiões do estado de Minas Gerais e estados das regiões Sudeste e Sul¹³⁷.

¹³⁷ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., 1980, Brasília. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1980, 263 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_7.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 85

Os valores de financiamento do programa foram apresentados na conferência, evidenciando a resistência da ditadura civil-militar em aumentar o orçamento para a implementação do programa¹³⁸. As informações foram organizadas em categorias de despesa:

Tabela 6 - Recursos para financiamento do PIASS

Dados médios para	Centro de Saúde	Posto de Saúde
1 – Obras		
a) Construção	Cr\$ 354 100,00	Cr\$ 128
b) Reformas	Cr\$ 124 600,00	300,00
c) Área construída	108 m ²	Cr\$ 41 100,00
d) Custo por m ²	Cr\$ 3 200,00	49 m ²
		Cr\$ 2 600,00
2 – Equipamento Total	Cr\$ 132 100,00	Cr\$ 45 000,00
3 – Recursos Humanos		
a) Equipe mínima	3 (nível elementar), 2 (nível médio) 2 (nível superior)	2 (nível elementar)
b) Custo total de treinamento/pessoa	Cr\$ 10 000,00 (formação) Cr\$ 5 000,00 (reciclagem)	
4 – Custo de manutenção mensal	Cr\$ 70 000,00	Cr\$ 10 000,00

Fonte: *Relatório da 7ª CNS*, 1980, p. 91

Octávio Hamilton, Reitor da Universidade do Amazonas, em 1978, durante o I Seminário Amazonense de Atividades Hospitalares, ressaltou que o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS:

[...] detém no país a maior soma de recursos destinados à assistência médica; é o organismo oficial que maior número de médicos emprega. E por fim, é aquele que maior número de clientes abriga entre nós – cerca de 85 por cento da população, no momento, e certamente 100 por cento nos próximos anos¹³⁹.

À medida que a ditadura civil-militar era contestada, as conferências nacionais de saúde ganhavam força. A 8ª CNS foi uma das mais socialmente representativas, marcando o início de uma nova fase na história dos movimentos sociais em saúde e das conferências nacionais de saúde. Ao reunir diversos pensamentos, movimentos, instituições e bandeiras, a 8ª Conferência Nacional de Saúde consolidou os princípios e diretrizes mais importantes, acumulados ao longo

¹³⁸ Os dados referentes ao Nordeste foram desconsiderados, mas podem ser consultados. Cf. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., 1980, Brasília. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1980, 263 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_7.pdf. Acesso em: 20 out. 2021.

¹³⁹ Reitor: Hospital deve ser centro de instrução de estudantes e médicos. *Jornal A Crítica*: de mãos dadas com o povo, Manaus, ano 9.926, 01 out. 1978, p. 8

dos anos de experiências, para se tornar um modelo de direitos mínimos indispensáveis à saúde humana.

Também perpassaram vários temas, como, por exemplo: a questão da desigualdade social, redução de taxas de juros, rejeição da política econômica internacional (endividamento externo), diálogo entre os poderes, defesa de implantação do SUS pelo Estado, incentivo dos mandados de injunção. A respeito do Ministério Público, deliberaram o seguinte: democratização do acesso, dever de fiscalização inclusive de normas emitidas pelos órgãos de saúde, criação de curadorias de saúde, inclusão da legislação do SUS nos concursos públicos.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde, conduzida pelo Ministro da Saúde, Sr. Aristel Gomes Bordini Fagundes, em 1996, destacou-se pelo título do primeiro capítulo do relatório: "Saúde, Cidadania e Políticas Públicas". Isso indicou, desde o início, a rejeição ao projeto neoliberal de governo e à privatização, incluindo a proibição de que dirigentes de serviços e instituições privadas ocupassem cargos de chefia. Em resposta aos diversos desafios enfrentados, o relatório também enfatizou a defesa dos concursos públicos, transparência, controle social e descentralização (municipalização).

Diversos temas cruciais foram abordados, como a desigualdade social, redução das taxas de juros, rejeição da política econômica internacional (endividamento externo), diálogo entre os poderes, defesa da implantação do SUS pelo Estado e incentivo aos mandados de injunção. No que diz respeito ao Ministério Público, foram deliberadas questões como a democratização do acesso, o dever de fiscalização, inclusive das normas emitidas pelos órgãos de saúde, como também a criação de curadorias de saúde e a inclusão da legislação do SUS nos concursos públicos.

Em relação à Seguridade Social, as deliberações foram as seguintes: defesa do direito universal à Saúde, cumprimento dos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, considerando-a um bem inalienável. Ademais, houve a recomendação de investimento no setor público em serviços que prestados pelo setor privado, a solicitação de garantia por parte do Ministério Público (MP) para facilitar o acesso dos idosos à aposentadoria, reajustes na aposentadoria e a elaboração do Estatuto do Idoso.

Quanto aos governos, deveriam promover a criação de políticas públicas, ações direcionadas à violência, melhoria da qualidade de vida, priorização das minorias, implementação do programa de Renda Mínima, estabelecimento da taxa de juros a 12% e a abordagem das questões relativas à dívida externa.

Dentre os temas destacados no relatório, mencionaram-se: municipalização, abrangendo a vigilância sanitária, o controle social, a gestão pelo Fundo Municipal de Saúde, a estruturação

da rede municipal, o aumento da autonomia municipal para adequação dos planejamentos em saúde, conforme a realidade local, bem como a redução do volume de demanda nas cidades e o aumento do acesso em regiões mais distantes. Também se ressaltou a territorialização e a promoção de parcerias entre municípios por meio de consórcios, a atenção ao perfil epidemiológico por região, a oposição à privatização dos hospitais universitários, a incorporação gradual dos hospitais públicos ao SUS, incluindo a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Ademais, destacou-se a implementação da Auditoria do SUS, pautada nas diretrizes estabelecidas.

Outro aspecto crucial foi a definição dos gestores do SUS, ressaltando a importância do apoio que a esfera superior deve fornecer, desde equipamentos, serviços, medicamentos até a infraestrutura necessária para o atendimento. O documento também estabeleceu que, caso o município não conseguisse atender, o Estado deveria oferecer o serviço em falta. Além disso, foram delineados critérios para uma gestão democrática, por meio da qual se alcançaria a universalidade, a atenção integral, o planejamento estratégico e a gestão colegiada e participativa, garantindo assim a autonomia gerencial.

As diretrizes nas relações entre o poder público e o setor privado passaram a fundamentar-se na complementaridade do serviço público, sobretudo no reconhecimento das entidades sem fins lucrativos como públicas não estatais, com a devida fiscalização por parte do Ministério, das Secretarias e dos Conselhos. A supremacia do interesse público foi destacada, com a aplicação de penalidades aos contratados e conveniados, a devolução do patrimônio do SUS alocado nas instituições filantrópicas, e a determinação da normatização do serviço privado de saúde.

Tão importante foi considerado o princípio da transparência que o relatório expôs, em cinco páginas, o tema da Informação, educação e comunicação em saúde. No relatório foi exigida a definição de uma Política Nacional de Informação, Educação e Comunicação em Saúde, assim como a garantia da destinação de recursos para esse setor. Reivindicava-se também a ocupação da mídia com divulgação de informações do SUS, tanto de caráter educativo quanto de disponibilidade de serviços. Foram incluídas nesse processo atividades como as de pesquisa de satisfação de usuários e pesquisas em parceria com universidades. Ainda, requereu a inclusão do combate às propagandas de bebidas e cigarros, a divulgação de prestação de contas. O relatório também se aprofundou na organização do sistema de informação, definiu os sistemas a serem utilizados e determinou que fossem integrados, com um cartão nacional de saúde, para que possibilitasse acesso às informações do usuário.

Na conferência, o tema do financiamento foi minuciosamente discutido, abordando as seguintes subdivisões: defesa do SUS, da seguridade social e do seu financiamento pelo Estado; busca por novas fontes de recursos para a saúde; estabelecimento de critérios para a distribuição dos recursos da saúde; criação de um fundo único de saúde; aprimoramento do planejamento, orçamentação e programação financeira dos recursos da saúde; eficácia na gestão dos recursos financeiros da saúde; intensificação do controle e fiscalização da utilização dos recursos em saúde; alocação de recursos financeiros tanto para o setor público quanto para o privado (contratado ou conveniado) do SUS; e revisão da tabela de procedimentos do SUS. Destacou-se também a importância do uso do orçamento da seguridade social, recolhido por ele, em detrimento do Tesouro Nacional, fundamentado no tripé assistência social, previdência social e saúde.

Tabela 7 - Quadro-resumo das conferências nacionais de saúde até a 10ª CNS

Conferência	Ano	Temas centrais	Personagem
1ª	1941	Organização sanitária estadual e municipal	
		Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose	
		Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento	
		Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência	
2ª	1950	Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho	Não há relatório disponível.
3ª	1963	Situação sanitária da população brasileira. Apreciação geral do problema	
		Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal	
		Municipalização dos serviços de saúde	
		Fixação de um plano nacional de saúde	

4ª	1967	Política e Realizações da Organização Pan-americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde nas Américas	Dr. Abraham Horwitz
		Educação e Treinamento de Pessoal para as Atividades de Saúde	Dr. Ernâni Braga
		Atención Médica de la Población Dispersa - Experiência de Venezuela	Dr. Carlos Luiz González
		Estudios de Recursos Humanos En Colombia	Dr. Raúl Paredes Manrique
		Recursos Humanos para as Atividades de Saúde	Dr. Raymundq Moniz De Aragão
		O Profissional de Saúde de que o Brasil necessita	Dr. Achilles Scorzelli Junior
		Pessoal de Nível Médio e Auxiliar	Profº Sávio Antunes
		Responsabilidade do Ministério da Saúde na Formação e Organização dos Profissionais de Saúde e do Pessoal de Nível Médio e Auxiliar	Dr. Edmar Terra Blois
		Responsabilidade das Universidades e Escolas Superiores no Desenvolvimento de uma Política de Saúde	Dr. Roberto Figueira Santos
		O Saneamento Básico como Fator de Desenvolvimento Econômico-Social.	José M. De Azevedo Netto
5ª	1975	Planejamento Importância da Saúde e a Estatística	Dr. Carlyle Guerra De Macedo
		Sistema Nacional de Saúde;	Dr. Antonio Carlos de Azevedo
		Programa de Saúde materno-infantil	Dra. Cecilia Maria de Almeida Brunoro
		Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.	José da Silva Guedes
		Controle das Grandes Endemias	Agostinho da Silva Marques
6	1977	Extensão das ações de saúde às populações rurais	Abel Tenório de Souza Rocha
		Situação atual do controle das grandes endemias	Dr. Doutor Ernani Guilherme Fernandes da Motta

		Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados em Matéria de Saúde.	Hélio Pereira Dias e Edmundo Juarez
		Interiorização dos serviços de saúde	José Carlos Seixas
		Política Nacional de saúde	Dr. Antonio Carlos de Azevedo
7	1980	Extensão das ações de saúde através de serviços básicos	Carlyle Guerra de Macedo
		Educação e saúde: por uma participação solidária na promoção social	Eduardo de Mattos Portella
		Extensão das ações de saúde em área rural	Jorge Augusto Novis
		A responsabilidade pública pela saúde do trabalhador	Murillo Macedo
		Extensão dos serviços de saúde nas áreas metropolitanas	Adib Domingos Jatene
		A atuação do Ministério do Interior no campo do desenvolvimento social, e sua influência na solução dos problemas de saúde pública	Mario David Andrezza
		Integração dos serviços locais de saúde no Programa de extensão da cobertura	Almir José de Oliveira Gabriel
		Extensão da cobertura por serviços básicos de saúde – participação do ministério da Previdência e Assistência Social	Jair Soares
8	1986	Saúde como direito	
		Reformulação do Sistema Nacional de Saúde	
		Financiamento do setor	
9	1992	Sociedade, governo e saúde	
		Seguridade Social	
		Implantações do SUS	
		Controle Social	
10	1996	Saúde, cidadania e políticas públicas	
		Gestão e organização dos serviços de saúde	
		Controle social na saúde	
		Recursos humanos para a saúde	
		Atenção Integral à Saúde	

Fonte: Feito com base nos próprios relatórios, acessados no site do Ministério da Saúde.

O quadro acima resume os temas debatidos nas conferências analisadas. Um detalhe que não pode ser despercebido é que, a partir de 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, não eram mais identificados os responsáveis por apresentar os temas. Essa mudança tornou as apresentações mais impessoais e os capítulos passaram a ser escritos por diversos autores, abrindo espaço para diferentes opiniões. Os textos se tornaram mais complexos, incorporando diversas correntes de estudo, e ficou evidente que as contribuições aumentaram. As conferências passaram a discutir ideias que já eram defendidas em outros países, permitindo a exposição de diversas perspectivas.

A questão do controle social e da saúde como direito ganhou maior destaque nas conferências, sendo um tema debatido de forma recorrente nos anos de 1986, 1992 e 1996. Durante a ditadura civil-militar, os temas mais discutidos foram relacionados à extensão da cobertura, levantando a hipótese da importância desses assuntos também para a categoria médico-empresarial, talvez interessada na venda de equipamentos para o governo.

Em outras palavras, é perceptível a existência de conflitos de interesses nas conferências, revelando relações de poder, inclusive entre os profissionais da categoria médica, que era heterogênea, composta por liberais, servidores públicos, empresários e residentes.

3.2 A Saúde Mental antes da Constituição Federal de 1988

Para contextualizar a questão da saúde mental no Brasil e no Amazonas, é relevante observar que a menção à pessoa com sofrimento psíquico grave aparece pela primeira vez no Código Criminal do Império, em 1830, durante o surgimento da Medicina Social. O primeiro hospício criado foi o Hospício de Alienados Pedro II¹⁴⁰, estabelecido pelo Decreto de 1841, no Rio de Janeiro.

No Amazonas, essa história teve início com o Hospício Barão de Manaós, posteriormente denominado Asilo de Alienados Eduardo Ribeiro, em 1889. Ao longo do tempo,

¹⁴⁰ A partir de 1881, o Hospício Pedro II passou a se denominar Hospital Nacional de Alienados. O Código Penal de 1890 seguiu a mesma lógica punitiva e excludente do código de 1830. O Decreto 1.132/1903 reorganizou a assistência aos alienados, influenciando o Código Civil de 1916, em uma época caracterizada pelo processo de sanitização e higienização do espaço urbano, além do crescimento desordenado das instituições psiquiátricas. Nesse período, a psiquiatria estava se consolidando, tornando essencial o tratamento das doenças mentais e a criação de hospitais psiquiátricos. A Liga Brasileira de Higiene Mental foi fundada em 1923. Em 1934, foi promulgada a Lei 24.559, que abordou a Assistência e Proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas.

o Asilo de Alienados passou por mudanças, tanto no nome quanto no endereço, ganhando a designação atual de Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER)¹⁴¹.

Em 1886, foi promulgada a Primeira Lei Brasileira do Alienado, com a participação do deputado Teixeira Brandão, que também foi o primeiro psiquiatra a assumir a direção do Hospício e advogava pela medicalização do asilo. No decorrer do século XX, especialmente durante o processo de higienização do espaço urbano, houve uma reorganização na assistência aos alienados, seguindo os princípios da época.

Na década de 1930, novas tecnologias surgiram para consolidar a ciência da psiquiatria e, na década de 1940, houve a influência do modelo hospitalocêntrico americano. No Amazonas, o Asilo de Alienados passou a ser denominado Hospital Colônia Eduardo Ribeiro, contando com 150 leitos e abrigando cerca de 300 pacientes. Naquela década, o país registrava 24 mil leitos, sendo 3 mil de caráter privado. Após o golpe militar, o número de leitos privados aumentou para 56 mil¹⁴².

Houve um aumento significativo no número de leitos em hospitais psiquiátricos privados desde a década de 1950¹⁴³, estendendo-se ao longo de todo o período da ditadura civil-militar. O atendimento à saúde mental foi cada vez mais explorado economicamente, contribuindo para a alocação de recursos orçamentários e em prol dos atendimentos particulares (indústria da loucura). No ano de 1977, destacou-se a presença de Franco Basaglia e Robert Castel, os quais criticaram veementemente o modelo brasileiro. Nesse período, o INPS já destinava 97% dos recursos para clínicas privadas¹⁴⁴.

¹⁴¹ Em 1913, o governador Jonathas Pedrosa desvinculou o asilo da Santa Casa por meio da Lei 719. Após essa decisão, ocorreram diversas alterações na localização e no nome da instituição. Em 1928, o hospital foi transferido para a Av. Constantino Nery, onde permanece até os dias atuais, sendo denominado CPER (Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro), conforme estabelecido pelo Decreto Governamental 6.472. O CPER foi criado como uma referência para atendimentos ambulatoriais, urgência/emergência e internações breves. Buscando aprimorar a rede, foram implementadas melhorias, como a criação do ambulatório Rosa Blaya, o Pronto Atendimento Humberto Mendonça, o Grupo de Agricultura, a abertura dos portões do CPER e atividades fora do hospital. Apesar disso, o Código Penal de 1940 ainda manteve o modelo asilar, divergindo do Código Brasileiro de Saúde, que desde 1945 condenava o uso de termos como "asilo", "hospício" e similares, preferindo a utilização do termo "hospital".

¹⁴² A baixa exigência de qualidade e falta de direitos dos pacientes ocasionou em uma maior exploração comercial da área, além dos incentivos ao setor privado.

¹⁴³ No período compreendido entre 1956 e 1961, durante o governo de Juscelino Kubitschek, acordos foram estabelecidos com essas instituições privadas, resultando na transferência de pacientes e na mercantilização do serviço. Em 1962, a resolução de serviço CD/DNPS – 942/62, que visava priorizar a prevenção, nunca foi efetivamente implementada.

¹⁴⁴ Após o golpe de 1964 e o subsequente processo de privatização, o atendimento à saúde mental foi mercantilizado. Desta forma, o orçamento foi direcionado, em grande parte, para os particulares (prática que levou à denominada indústria da loucura). Durante a ditadura civil-militar, diversos eventos ocorreram relacionados à Saúde Mental no campo da medicina, e com algumas medidas do governo, porém sem aplicabilidade. Em 1977, foi instituído o Plano Nacional Integrado de Saúde Mental, com a realização do 1º Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, sediado em São Paulo.

No final da década de 1970, os pacientes do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER) começaram a ser classificados como agudos ou crônicos, agressivos ou pacíficos. Entre 1978 e 1981, a equipe médica do CPER foi expandida com a adição de novos profissionais. Esses profissionais, que haviam estudado fora do estado e foram influenciados pelos movimentos de reforma, desempenharam um papel crucial na implementação de mudanças significativas no setor.

Isto é, introduziram terapias psicológicas, ampliaram os atendimentos ambulatoriais, envolvendo também os familiares, como também promoveram a terapia ocupacional. Uma mudança notável ocorreu na abordagem terapêutica, com os medicamentos passando a desempenhar um papel central no tratamento desses pacientes¹⁴⁵.

Hoje, a evolução da indústria farmacêutica e a medicalização ganham um contexto mais abrangente e proporcionalmente mais perverso, com o uso intensivo de medicamentos, mesmo quando a mudança no estilo de vida poderia ser mais eficaz, usando a droga ou os fármacos não mais como castigo, mas encontrando neles resolutividade para cada desconforto¹⁴⁶.

Após o término da ditadura civil-militar de 1964, foi estabelecido o Hospital de Custódia, marcando uma continuidade nos acontecimentos no âmbito psiquiátrico. Em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei de Reforma Psiquiátrica. Nos anos 90, surgiu o movimento da Luta Antimanicomial, com a participação ativa de pacientes e seus familiares, fortemente influenciado pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Como exemplo dessa luta, em 1991, a Organização das Nações Unidas lançou a Resolução nº. 119, que trata da Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e da Melhoria da Assistência à Saúde Mental¹⁴⁷.

A psiquiatria territorial e o processo de desinstitucionalização evidenciaram que o desafio não estava centrado no comportamento da pessoa com sofrimento psíquico em si, mas nas relações estabelecidas ao seu redor. A reforma brasileira fundamentou seus princípios nas

¹⁴⁵ Naquela época, existia um livro com a indicação das medicações de cada paciente. Os tratamentos com medicamentos restritos sofreram mudanças significativas, que antes eram aplicados com finalidade punitiva, posteriormente como uma função no tratamento. Cf. NAVARRO, Raquel Maria. **A História da Política de Saúde Mental no Amazonas: A reforma psiquiátrica e sua estruturação**. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, 2015.

¹⁴⁶ BECHER, SG; MARTINI, JG; BOUSFIELD, ABS; Coêlho PDL. Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro: Revisitando a História e Compartilhando Memórias. **Hist enferm Rev eletrônica**. 2017, p. 15. Disponível em: <https://here.abennacional.org.br/here/v8/n1/a02%20-%20Centro%20Psiquiatrico%20Eduardo%20Ribeiro%20-%20Revisitando%20a%20Historia%20e%20Compartilhando%20Memorias.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2021.

¹⁴⁷ Em 1992, já é sancionada a Lei de Reforma Psiquiátrica no RS. Em 1994, foi sancionada a Lei nº 11.064 de reforma psiquiátrica em Pernambuco. Cf. BECHER, SG; MARTINI, JG; BOUSFIELD, ABS; Coêlho PDL. **Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro: Revisitando a História e Compartilhando Memórias, Hist enferm Rev eletrônica**, 2017.

ideias da Psiquiatria Democrática, liderada pelo italiano Franco Basaglia¹⁴⁸. Somente em 2001 foi promulgada a Lei nº 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que favorece serviços de base comunitária e reabilitação psicossocial como alternativas aos manicômios. Entretanto, a transição e implementação dessas mudanças careceram de mecanismos eficazes para a proteção e garantia dos direitos das pessoas com adoecimento mental.

Os movimentos dos trabalhadores de Saúde Mental, que tiveram início na década de 70, ressurgiram nesse período¹⁴⁹. O pioneiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do estado foi estabelecido em Parintins, em 2005, enquanto em Manaus, a Lei nº 3.177 foi sancionada apenas em 2007. Essa legislação propôs a criação de uma rede de atenção que inclui centros de atenção psicossocial, serviços de emergência psiquiátrica em prontos-socorros gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, como também serviços especializados em regime de hospital-dia, bem como centros de convivência e cooperativas, além de serviços residenciais terapêuticos. A lei também proibiu a utilização de tratamentos biológicos, cirurgias, eletrochoques, entre outros.

Durante a realização da 6ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1977, foram debatidas as diretrizes do recém-lançado Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM). Este plano materializa uma abordagem preventivista em saúde mental, visando capacitar médicos generalistas e auxiliares para o atendimento de transtornos psiquiátricos nos serviços básicos de saúde, rompendo com a exclusividade dos hospitais psiquiátricos. No entanto, em pouco tempo, o plano foi desativado e recebeu críticas quanto ao seu direcionamento para interesses privados¹⁵⁰.

É fundamental abordar a influência do Movimento Sanitário nas manifestações populares, sendo composto principalmente por membros da academia, em sua maioria docentes e discentes formados principalmente na década de 60. Conforme Sarah Escorel, os Departamentos de Medicina Preventiva desempenharam um papel crucial na produção de conhecimento voltado ao levantamento das condições de saúde da população e na organização

¹⁴⁸ Cf. BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Tradução de Heloísa Jahn. Rio de Janeiro, Editora: Edições Graal, 1985.

¹⁴⁹ É importante destacar que a desinstitucionalização não equivale à desospitalização, ou seja, à simples retirada do paciente dos limites do hospital. A desinstitucionalização propõe novos modelos de assistência, rompendo com a concepção de que a cura da doença ocorre por meio do isolamento e da medicalização. Ela também preconiza o engajamento e a mobilização das pessoas com transtornos mentais como agentes sociais e protagonistas de suas próprias histórias. Cf. AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

¹⁵⁰ AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Oswaldo Cruz, 1998, p. 102

das práticas sanitárias. Além disso, criticaram vigorosamente as falhas do Sistema Nacional de Saúde¹⁵¹.

Urge destacar que as conferências nacionais de saúde contaram com a participação ativa de estudantes e professores, sugerindo que suas visões ideológicas desempenharam um papel significativo na influência do conteúdo dos temas e nas propostas de reformulação da saúde. É relevante observar que, nas décadas de 50 a 70, a medicina preventiva foi influenciada por três correntes ideológicas principais: o preventivismo, o modelo racionalizador e a abordagem médico-social. Entre elas, a abordagem médico-social, que ganhou destaque nos anos subsequentes, teve como diretrizes centrais considerar o contexto social como um determinante da saúde e transformar o sanitarista em um agente de mudanças. Conforme Escorel esclarece a esse respeito:

As três correntes de pensamento podem ser divididas segundo a conceitualização do 'social' em saúde: para o preventivismo, tratava-se de um conjunto de atributos pessoais como educação, renda, salário, ocupação etc; para o modelo racionalizador, um coletivo de indivíduos; para a abordagem médico-social, um campo estruturado de práticas sociais¹⁵².

O Movimento Sanitário teve como objetivo principal combater os interesses privados que exerciam controle sobre a saúde pública. O empresariado apropriou-se da maior parte dos recursos orçamentários, por meio de serviços remunerados por Unidade de Serviço (US) e em parceria com a Previdência Social. Em 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) representava o segundo maior orçamento da União, e os serviços de saúde eram prestados aos beneficiários por empresas privadas. No âmbito da Previdência, existiam essencialmente dois grupos, um a favor do empresariado e outro a favor do setor público.

Quanto à saúde mental, os modelos de tratamento aplicados durante a ditadura civil-militar refletiam as ideologias defendidas pelas classes dominantes da época, incluindo a privatização da Saúde Pública. Ao longo de muitos anos, o manicômio desempenhou o papel de uma instituição total¹⁵³, caracterizada pela gradual perda de subjetividade/identidade, privacidade e controle sobre o tempo e as ações individuais. Além disso, eram administrados medicamentos que comprometiam a capacidade de raciocínio e a percepção da própria realidade, tornando os internos mais suscetíveis a maus-tratos, isolamento, tortura física e

¹⁵¹ ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 19-20

¹⁵² *Ibid.*, p. 28

¹⁵³ BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Tradução de Heloísa Jahn. Rio de Janeiro, Editora: Edições Graal, 1985.

psicológica. Sua função real era proporcionar "segurança" para os não "loucos", em vez de buscar tratamentos adequados para a reabilitação e inclusão na sociedade.

Na década de 70, emergiram movimentos de resistência ao modelo manicomial e às práticas invasivas que frequentemente resultavam em sequelas, por vezes irreversíveis, deixando o paciente em condição de invalidez, como é o caso das lobotomias¹⁵⁴. Em *História desvelada no Juquery: assistência psiquiátrica intramuros na ditadura cívico-militar*, Douglas Sherer Sakaguchi apresenta um resumo dos resultados de sua pesquisa, baseada em entrevistas com ex-funcionários do Juquery,

Trataremos a violência como produto das relações sociais, determinada de acordo com tempos, espaços, conjecturas, condições, contextos e culturas de cada sociedade. A replicação da violência do Estado dentro do hospital confirma a ideia que o homem reproduz o que a sua sociedade é. Se ela é injusta, ele também o é. Se ela é violenta, ele não faz por menos¹⁵⁵.

As instituições psiquiátricas perpetuam as desigualdades sociais existentes, e frequentemente a sociedade civil, de alguma forma, respalda a existência dos manicômios. As classes mais desfavorecidas foram as que mais recorreram a esses "serviços", pois não dispuseram de recursos financeiros para acessar tratamentos de maior qualidade. Nas classes sociais mais privilegiadas economicamente, os atendimentos foram conduzidos em suas próprias residências, com todo o conforto possível e sem os maus-tratos destinados aos pacientes institucionalizados.

Franco Basaglia, no Hospital de Gorizia, conduziu, na década de 60, a experiência da abertura dos portões. Este termo, na realidade, refere-se à abertura de portões internos e, posteriormente, do portão do hospital para as ruas. No que diz respeito ao isolamento, essa prática não difere do que ocorreu no Brasil, onde os pacientes não apenas estavam confinados ou tutelados dentro da mesma instituição, mas também experimentavam um segundo tipo de isolamento, de natureza interna. Em outras palavras, trata-se de uma reprodução da exclusão da sociedade externa dentro da própria instituição, na qual alguns pacientes desfrutaram de mais direitos que outros, podendo circular pelo hospital com maior liberdade.

¹⁵⁴ “Eram intervenções que consistiam em desligar os lobos frontais direito e esquerdo de todo o encéfalo, visando modificar comportamentos ou curar doenças mentais”. MASIERO, André Luis. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. *Análise Hist. cienc. saúde-Manguinhos*. v.10, n.2, 2003, p. 549.

¹⁵⁵ SAKAGUCHI, Douglas Sherer; MARCOLAN, João Fernando. A história desvelada no Juquery: assistência psiquiátrica intramuros na ditadura cívico-militar. *Acta Paulista de Enfermagem [online]*. v. 29, n. 4, 2016, p. 478

A experiência basagliana, conforme descrita em "A Instituição Negada", apresentou diversos resultados, incluindo a redução das recaídas. O propósito de Basaglia ultrapassou a simples humanização do tratamento dentro do hospital, haja vista que a negação da instituição psiquiátrica ia desde a contestação dos papéis de autoridade, até a inclusão total do paciente na gestão de seu próprio tratamento, permitindo que opinasse sobre os objetivos e necessidades do consumo medicamentoso. Sua abordagem foi além do modelo das comunidades terapêuticas iniciado por Maxwell Jones, como observado por Paulo Amarante ao abordar o movimento liderado por Franco Basaglia,

Esta prática crítica à psiquiatria tradicional tem início na década de 60, no manicômio de Gorizia, com um trabalho de humanização do hospital desencadeado por Franco Basaglia. O modelo de comunidade terapêutica – idealizado por Maxwell Jones, na Inglaterra – é utilizado como estratégia inicial para instauração de uma crise interior ao dispositivo institucional para, daí, possibilitar a “projeção da gestão psiquiátrica e das contradições sociais e políticas que lhe são conexas, para fora dos muros da instituição”¹⁵⁶.

A desinstitucionalização não poderia se limitar a uma simples desospitalização, nem ser apenas uma reforma de humanização do atendimento no hospital. Deveria, acima de tudo, destacar a mudança no padrão comportamental dominante na sociedade, que tem sido reproduzido ao longo dos séculos¹⁵⁷.

Em outros termos, a partir da experiência de Basaglia, podem ser extraídos alguns aspectos. Um deles, bastante discutido pela equipe, referia-se ao plano de liberação dos pacientes: deveria ser realizado por meio de um planejamento programado ou os portões deveriam ser abertos, deixando para resolver os entraves posteriormente?

Basaglia defendeu a opção de abrir os portões imediatamente e discutir as contradições em assembleias, o que foi efetivado. As assembleias envolviam a equipe médica e os pacientes, com o objetivo de socializar e resolver as problemáticas de forma colaborativa. Em outras palavras, suas teorias não almejavam apenas a desospitalização, mas sim uma mudança radical na maneira de pensar e agir da equipe médica e da sociedade.

Outro aspecto que merece destaque é que as mudanças sociais não ocorrem instantaneamente. Elas representam uma forma de luta que precisa ser construída e apresentar uma proposta de ruptura radical. Contudo, isso não implica em estar imune à influência do

¹⁵⁶ AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

¹⁵⁷ DAÚD JÚNIOR, Nacile. Considerações histórico-conceituais sobre instituição psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do “doente mental”. Desafios na atenção à saúde mental, 2011, p. 96

poder institucional. Essa ruptura deve transcender o ambiente hospitalar, alcançando as relações de poder e as interações sociais fora dos muros institucionais.

Para Nacile Daúd Júnior, a desinstitucionalização consiste em:

A desinstitucionalização do “outro” produzirá com originalidade uma sociedade fundamentada no exercício pleno da cidadania, na liberdade, na justiça social, na convivência dos diferentes, entre outros princípios; ou então será um artifício da trama institucional dominante para atualizar os seus valores, incorporando novos interlocutores e novos conceitos que emergem de processos conflitivos¹⁵⁸.

O movimento da Psiquiatria Democrática na Itália teve como objetivo construir bases para a reforma psiquiátrica, referenciado no modelo basagliano. Como consequência das lutas, ocorreu a aprovação da Lei Basaglia em 1978¹⁵⁹. No Brasil, no início de abril de 1978, a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) desencadeou movimentos de reivindicação por melhorias na saúde, assim como a articulação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM).

Como resultado, houve a crise, com início a partir de denúncias de médicos bolsistas sobre a precariedade do Hospital Pedro II, desencadeando discussões em torno das problemáticas apresentadas. As questões trabalhistas e humanitárias ganharam grande repercussão no movimento, que conseguiu manter-se em destaque na grande imprensa por cerca de oito meses:

Um marco para o surgimento do MTSM é o que se denomina ‘crise da DINSAM’, que funciona como espécie de estopim, possibilitando ao movimento assumir uma repercussão nacional. ‘Crise da DINSAM’ é como fica conhecido o movimento de denúncias, reivindicações e críticas deflagrado no Rio de Janeiro (...) por um grande número de ‘bolsistas’, na verdade, profissionais que atuam na prestação de assistência nas unidades¹⁶⁰.

Diante da situação apresentada, a resistência se consolidou, mesmo em meio à ditadura civil-militar e aos intensos embates nesse campo de luta de classes. O cartaz a seguir ilustra a mobilização para o debate sobre a condição da Saúde Pública mental.

Esse movimento ocorreu em 1978, contando com a participação da categoria médica e o apoio do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde,

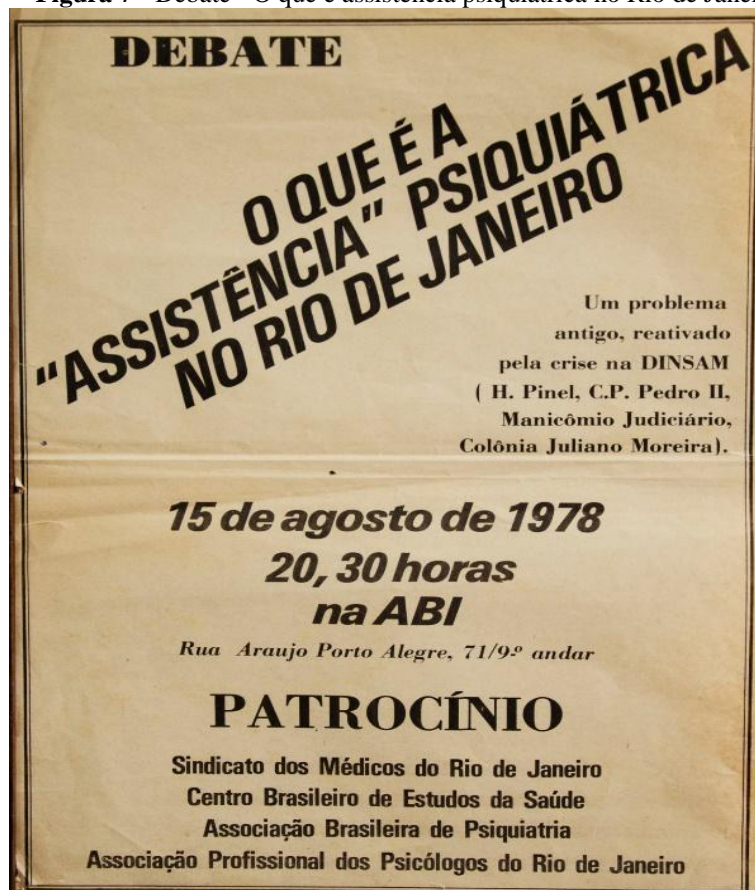
¹⁵⁸ DAÚD JÚNIOR, Nacile. Considerações histórico-conceituais sobre instituição psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do “doente mental”. Desafios na atenção à saúde mental, 2011, p. 95

¹⁵⁹ AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Oswaldo Cruz, 1998, p. 50

¹⁶⁰ *Ibid.*, p. 90

da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Profissional dos Psicólogos do Rio de Janeiro.

Figura 7 - Debate - O que é assistência psiquiátrica no Rio de Janeiro



Fonte: LAPS FIOCRUZ. Disponível em:
<https://laps.ensp.fiocruz.br/acervo-audio-visual/imagens/120>.

Na década de 1970, uma parcela significativa de médicos estava profundamente engajada nos movimentos sociais. Nesse cenário, em outubro de 1978, realizou-se o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições. A organização do evento empenhou-se em trazer profissionais de outros países que, no contexto assistencial em saúde mental, abraçavam correntes como a antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana, contando com a participação de renomados nomes, como, por exemplo: Franco Basaglia, Félix Guattari, Robert Castel, entre outros. O III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em 1979, sediado

em Belo Horizonte, também contou com a presença de Franco Basaglia, Antonio Slavich e Robert Castel¹⁶¹.

A DINSAM conquistou autonomia orçamentária e financeira somente em 1980¹⁶². No âmbito do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, pacientes e familiares desempenharam um papel ativo e ganharam destaque, apresentando reivindicações para a melhoria das condições nas colônias e hospitais. Suas demandas incluíam a busca por dignidade e aprimoramento dos tratamentos, com ênfase na redução das internações e na eliminação de tratamentos invasivos que causassem danos aos pacientes, de um lado.

Por outro lado, ao dos profissionais, as reivindicações abarcavam aumento salarial e redução de consultas por turno. Conforme Amarante, esse período "reflete um conjunto heterogêneo e ainda indefinido de denúncias e reivindicações que o faz oscilar entre um projeto de transformação psiquiátrica e outro de organização corporativa"¹⁶³.

O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental foi estabelecido sem vínculos institucionais, proporcionando um espaço para a discussão de propostas de mudanças na assistência psiquiátrica, "que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade"¹⁶⁴.

Além disso, na Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, no documento "Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil", o relatório aborda o MTSM, isto é:

Formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É sobretudo este movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais¹⁶⁵.

O MTSM exerceu influência em diversos movimentos, e sua característica a-institucional proporcionou-lhe maior liberdade e abrangência. Nessa premissa, o V Congresso

¹⁶¹ AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Oswaldo Cruz, 1998, p. 55

¹⁶² *Ibid.*, p. 52

¹⁶³ *Ibid.*, p. 55

¹⁶⁴ *Ibid.*, p. 52

¹⁶⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005, p. 7.

Brasileiro de Psiquiatria, realizado em outubro de 1978 no Rio de Janeiro, foi influenciado pelo MTSM. Suas reivindicações incluíram o repúdio à privatização do setor e a defesa da Anistia Ampla, Geral e Irrestrita. A Associação Psiquiátrica da Bahia (APB), pertencente ao mesmo grupo, como também denúncias contra as universidades e o modelo assistencial dividido em "psiquiatria para o rico versus psiquiatria para o pobre"^{166,167}.

Em 1978, no Brasil, desencadeou-se o Movimento do Custo de Vida, sediado no Colégio Arquidiocesano, em Vila Mariana. Suas demandas incluíram o congelamento de preços, aumento salarial e concessão de abono de emergência. O movimento congregou participantes de diversos segmentos, como clubes de mães, comunidades de base, associações de bairros, grupos de oposição sindical, estudantes, parlamentares e militantes do MDB, bem como de grupos de esquerda¹⁶⁸.

Nas décadas de 70 e 80, eventos no campo da saúde, como encontros, conferências e congressos, transcenderam as discussões científicas para abordar temas de caráter social, político e econômico. Isto é, o I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em 1980, no Rio de Janeiro, abordou questões relacionadas à saúde mental, à ausência de políticas públicas nesse setor, às condições de trabalho dos profissionais de saúde, à privatização dos serviços de saúde e à violência e desigualdade nas instituições psiquiátricas.

Ainda naquele, ocorreram o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental e o VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, ambos vinculados ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e à Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Durante esse período, surgiu um conflito entre o MTSM e a ABP, motivado pela ausência de eleições diretas para as diretorias da última. As denúncias resultaram na criação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) com o objetivo de unir os movimentos de saúde a outras iniciativas populares, "que lutam não só pela liberdade de organização e participação políticas, como também pela democratização da ordem econômico-social"¹⁶⁹.

Como resultado de inúmeros debates, no início da década de 80, foi implementada a cogestão, com o objetivo de descentralizar as atividades administrativas e de planejamento,

¹⁶⁶ AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

¹⁶⁷ Rogélio Casado, professor na Universidade Federal do Amazonas e psiquiatra, criou um blog para discutir movimentos sociais e cultura local. Rogélio Casado também foi importante liderança na luta antimanicomial em Manaus. Disponível em <https://rogeliocasado.blogspot.com/2007/04/taquiprati.html>, acesso em: 7 fev. 2021. Além deste site, há um que foi criado pelo Professor José Ribamar Bessa Freire, que aborda a vida do médico. Disponível em <https://www.taquiprati.com.br/cronica/1279-os-doidinhos-nao-te-esqueceremos>. Acesso em 07 jan 2024.

¹⁶⁸ SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena:** experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo (1970-1980). 2ª edição. Rio de Janeiro, Editora: Paz e Terra, 1988.

¹⁶⁹ AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Oswaldo Cruz, 1998, p. 56

dinamizando a gestão do orçamento da Saúde. Essa iniciativa foi conduzida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), pois, desde o início da ditadura civil-militar, o orçamento vinha decrescendo ano a ano:

Em 1967, correspondia a 3,44% do orçamento da União; (...) em 1974, a representar 0,90% desse mesmo orçamento, havendo uma inflexão para mais, em 1975, e depois nova queda até 1981 - quando se constitui no mais baixo item do orçamento da União. O caráter privatizante do modelo assistencial, implantado após a unificação da Previdência e radicalizado após o Plano de Pronta Ação (PPA) do ministro e empresário Leonel Miranda, tem como principal defensor o empresário do setor privado, que tem como representante e articulador de seus interesses a Federação Brasileira de Hospitais (FBH). Ao pressionar o Governo, o projeto de privatização postulado pela FBH, tem como intuito captar grande parte dos recursos do Fundo de Apoio Social (FAS) que seria o grande financiador da construção e ampliação dos Hospitais da rede privada¹⁷⁰.

A cogestão também implementou um sistema de comunicação entre os órgãos das três esferas (federal, estadual e municipal). O início desse modelo de gerenciamento fortaleceu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa renovação ocorreu paralelamente ao processo de redemocratização.

Isto é, na década de 1980, a ditadura civil-militar começava a se desestruturar frente a fortes resistências, momento marcado pela conjuntura das eleições indiretas de 1984, com intensas mobilizações de movimentos sociais e partidos em torno da campanha das "Diretas Já", desde 1983. Mesmo com a realização de eleições indiretas, o presidente eleito foi Tancredo Neves, um candidato de oposição.

A cogestão serviu como base para a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), estabelecido pelo Decreto n.º 86.329, de 1981. Esse decreto representou um aumento na responsabilidade do setor público em relação à assistência e à Saúde Pública. Como resultado, em 1982, o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica foi aprovado por meio da Portaria 3.108, contando já com a participação da sociedade civil organizada¹⁷¹.

Em 1985, no Espírito Santo, realizou-se o I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, com a participação limitada a algumas entidades públicas. A partir desse encontro, foram delineadas estratégias para a reformulação da assistência, abordando temas como: regionalização, integração, hierarquização, descentralização e controle do uso de

¹⁷⁰ AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Oswaldo Cruz, 1998, p. 60

¹⁷¹ *Ibid.*, p. 104

psicotrópicos. Vale ressaltar que, mesmo com o funcionamento da cogestão, a integração foi identificada como uma necessidade, representando um processo gradual e lento de transição e implementação dos sistemas unificados.

Além disso, durante as discussões, foi destacada a importância da presença de recursos humanos na rede de saúde, e esse aspecto foi aprimorado progressivamente. É relevante salientar que o termo "gradativamente" não sugere imposição por parte do poder público e passividade da população. Para esclarecer, cada melhoria implementada foi debatida em algum momento durante encontros e movimentos sociais.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada após diversos movimentos populares, ganhou grande destaque durante sua realização. Diferenciando-se dos padrões tradicionais de conferências científicas, a 8ª CNS teve uma participação massiva da sociedade, incluindo partidos políticos, associações de moradores, usuários, sindicatos, entre outros¹⁷². Os temas discutidos focaram na democracia e na formulação de direitos, que posteriormente foram incorporados à Constituição Federal Brasileira de 1988.

O evento ocorreu em março de 1986, contando com a participação de mais de quatro mil pessoas e abordando temas distribuídos em 135 grupos de trabalho para discussão. Representou um marco na história da Saúde Pública do Brasil e na consolidação de sua democracia, ao abordar os temas: "A saúde como direito", "Reformulação do Sistema Nacional de Saúde" e "Financiamento Setorial". Esses temas estavam interligados, abordando a questão central do direito à saúde e a necessidade de aumento dos investimentos na área. Durante o período da ditadura civil-militar, houve um fortalecimento da rede privada, ultrapassando os limites permitidos por lei para a contratação de serviços privados.

Além da compra de serviços, foi por meio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), criado pela Lei n. 6.168 de 9 dezembro de 1974, que se ampliou a construção de hospitais da rede privada. Apesar de a lei prever que os empréstimos a juros baixos concedidos para financiamento de infraestrutura deveriam ser no limite de 30% para o setor privado e 70% para o público, no caso da saúde, 20,5% foram para o setor público e 79,5% foram para o setor privado¹⁷³.

Após a 8ª CNS, diversos encontros, conferências e movimentos marcaram o cenário, incluindo o I Encontro Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro (outubro de 1986); II

¹⁷² AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Oswaldo Cruz, 1998, p. 70

¹⁷³ CISLAGHI, Juliana Fiuza. Privatização da saúde no Brasil: da ditadura do grande capital aos governos do PT. In: **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 1º Semestre de 2019, n. 43, v. 17, p. 63

Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo, em 1986; I Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro, que contou com a participação de cerca de 1.200 pessoas (março de 1987); o II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste (em Barbacena, abril de 1987); e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em junho de 1987.

Destaca-se ainda que, durante esse período, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental passou por renovações, conflitos com entidades governamentais. No entanto, por meio da realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, houve uma mudança nas estratégias do movimento, aproximando-o mais dos usuários, suas entidades e familiares¹⁷⁴.

Imersa em diversas questões sociais, a 8ª Conferência Nacional de Saúde proporcionou uma visão abrangente e reformulou o conceito de saúde, conforme registrado no relatório dessa conferência:

Em sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida¹⁷⁵.

O II Congresso do MTSM, realizado em 1987 em Bauru, abordou três eixos de debate: uma sociedade sem manicômios, uma organização dos trabalhadores de Saúde Mental, a análise e reflexão das práticas concretas.

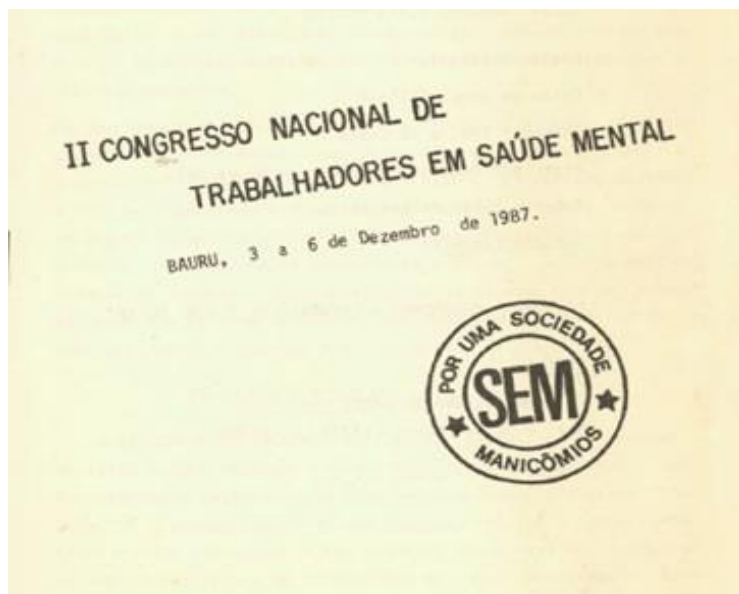
Nesse contexto, participaram do evento lideranças municipais, técnicos, usuários e familiares que se engajaram ativamente na construção da opinião pública favorável à luta antimanicomial. Esses participantes passaram a ter uma presença cada vez mais expressiva nos congressos, conferindo-lhes um caráter menos técnico-científico e mais sociopolítico¹⁷⁶.

¹⁷⁴ AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Oswaldo Cruz, 1998, p. 72-80

¹⁷⁵ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório** [...]. Ministério da Saúde, 1986, 29 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_8.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 13

¹⁷⁶ AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Oswaldo Cruz, 1998, p. 81

Figura 8 - Cartaz - Congresso Nacional de trabalhadores em saúde mental



Fonte: Laps. Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Como consequência das lutas e movimentos populares, surgiu a criação do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira em 1987, em São Paulo. Além disso, um desdobramento do controle social foi evidenciado no caso, que teve impacto na Casa de Saúde Anchieta, em Santos.

Nessa situação, foram expostos os desvios assistenciais que ocorriam na instituição, levando ao seu encerramento. Diante da necessidade de reformas nos serviços de saúde, o Projeto de Lei Paulo Delgado (PL 3.657/89), apresentado pelo então deputado do Partido dos Trabalhadores, Paulo Delgado, marcou o início da Reforma Psiquiátrica no âmbito da legislação¹⁷⁷.

Em 1992, teve lugar a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília e contando com a participação de aproximadamente vinte mil pessoas.

E, finalmente, em que pesem ainda a participação social, a aprovação de legislação de reforma psiquiátrica e o surgimento de um grande número de serviços, o modelo psiquiátrico asilar tradicional em pouco foi afetado. Até o momento, as doenças mentais estão entre as causas que mais incapacitam as pessoas para o trabalho, entre as principais responsáveis por internações e ocupam o primeiro lugar com gastos públicos com assistência hospitalar no Brasil¹⁷⁸.

¹⁷⁷ AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Oswaldo Cruz, 1998, p. 83-84

¹⁷⁸ *Ibid.*, p. 85

Além disso, as demandas apresentadas pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, em 1978, englobaram lutas semelhantes, abrangendo aspectos salariais, recursos humanos, aprimoramento das relações entre os envolvidos, incluindo os pacientes, a revisão do modelo médico-assistencial e a melhoria nas condições de atendimento.

Paralelamente, ocorreu o 5º Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú, de 27 de outubro a 1º de novembro de 78, marcando a primeira iniciativa da frente conservadora do grupo médico ao criticar não apenas a questão psiquiátrica, mas também a conjuntura política nacional¹⁷⁹.

Nesse contexto, buscou-se observar e conciliar os estudos das conferências nacionais de saúde com as diversas formas de organização que ocorreram, visando compreender seus propósitos e objetivos. Nessas instâncias de participação popular, ocorreram trocas de experiências em que era possível criticar o sistema vigente, apresentar soluções e modelos alternativos. Quando meios formais não foram viáveis, grupos interessados se reuniram de maneiras alternativas, como em manifestações de rua ou encontros estudantis e profissionais, como aqui demonstrado. No âmbito da saúde mental, essa dinâmica não foi diferente, uma vez que a luta antimanicomial e diversos outros movimentos contribuíram para melhorias no sistema.

O desfecho dos manicômios ocorreu de maneira gradual, com uma adesão inicial discrepante entre os estados. Enquanto em outros países essa ideia já era difundida e implementada, ou ao menos incipiente.

Em outras palavras, nas décadas de 70 e 80, no Brasil, o processo teve início mais tardiamente, levando mais de duas décadas para se concretizar. Somente com a promulgação da Lei n.º 10.216, em 6 de abril de 2001, é que se iniciou efetivamente o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Essa legislação estabelece diretrizes para a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, ao mesmo tempo em que redireciona o modelo de assistência em saúde mental.

3.3 A 8ª Conferência Nacional de Saúde e a construção do SUS

Em 1967, o Decreto-Lei 200 foi promulgado visando a Reforma Administrativa. Entretanto, somente após 11 anos de governo, a Lei nº 6.229/1975 foi sancionada,

¹⁷⁹ AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Oswaldo Cruz, 1998, p. 102

estabelecendo o Sistema Nacional de Saúde. Apesar do relatório conter críticas aos governos anteriores, ao final, é perceptível que foram necessários 11 anos para "iniciar" a organização do sistema de saúde.

No contexto do serviço público, o Decreto-Lei 200/1967 representou um marco, com aspectos positivos e negativos. A partir dessa legislação, a estrutura básica da administração pública foi estabelecida. No entanto, é notável que a Lei nº 6.229/75 foi promulgada na década de 70, período marcado por inúmeros movimentos de massa e reivindicações na área da saúde. Não se pode considerar que essa Lei foi um objetivo primordial da ditadura civil-militar. Ela foi conquistada com muita luta, por meio da mobilização da população civil, de comunidades de base, grupos de fábrica, entre outros.

A década de 1970 foi marcada por turbulências, mas também por diversas conquistas para o povo. Infelizmente, o discurso institucional tende a obscurecer as lutas que ocorreram nos bastidores. Geralmente, os discursos sugerem a ideia de uma “distensão gradual e pacífica”, ignorando a intensa mobilização popular.

Como evidenciado, os processos de luta dos movimentos abordados nesta pesquisa destacam a extensão da trajetória e a influência da perspectiva dos que ocupam posições privilegiadas nas relações de poder. Nesse processo, os participantes, muitas vezes, permanecem invisíveis.

Conforme observado por Sader, em sua pesquisa, os anos 70 testemunharam uma intensificação dos movimentos populares. O Movimento do Custo de Vida, por exemplo, adotou estratégias de como abordar residências para ensinar teorias econômicas e elucidar as origens dos custos elevados.

Dessa forma, essas leis foram sancionadas em um período marcado por manifestações intensas e pressão sobre os militares no poder. Em 1975, não apenas a lei do Sistema Nacional de Saúde foi promulgada, mas também a Vigilância Epidemiológica.

Por conseguinte, em 1976, foi a vez da Vigilância Sanitária de Medicamentos e correlatos, além da modernização administrativa do Ministério da Saúde. Em 1977, foram aprovadas as leis de carreira e execução dos serviços. O quadro a seguir, extraído de dados apresentados na 7ª CNS, delinea com mais detalhes as condições de saúde da população rural brasileira.

Tabela 8 - Informações sobre saneamento básico, em 1980

Porcentagem	População pesquisada	Condição encontrada
50%	Óbitos em Menores de 5 anos de idade	Doenças infecciosas e parasitárias, enterites, enfermidades diarreicas associadas à desnutrição protéico-calórica, anemias nutricionais
370 casos	Para cada de 100 mil habitantes	Doenças transmissíveis
2,47%	Para cada 7 milhões e 600 mil domicílios	Tem ligação com a rede geral de distribuição de água.
26%	Para cada 7 milhões e 600 mil domicílios	Abastecimento por poços ou nascentes
1,6%	Para cada 7 milhões e 600 mil domicílios	Possuem fossas sépticas
23%	Para cada 7 milhões e 600 mil domicílios	Possuem fossas rudimentares
75%	Para cada 7 milhões e 600 mil domicílios	Não dispõem de fossa
70 a 95%	Habitações rurais	Lançam seus despejos na superfície
70%	Habitações rurais	Não possuem banheiros
40%	Habitações rurais	Não têm privadas
75%	Das escolas em área rural	Não dispõem de bebedouros
49%	Das escolas em área rural	Não dispõem de lavatórios
59%	Das escolas em área rural	Não dispõem de filtros
27%	Das escolas em área rural	Não dispõem de instalações sanitárias.

Fonte: Quadro montado com base em informações do Relatório, da 7ª CNS, 1980, p. 64

As condições de saúde, como evidenciado no quadro acima, ainda eram precárias, e esses temas continuariam posteriormente sendo motivo de debates. Seguindo o padrão das conferências nacionais de saúde, entre 17 e 21 de março de 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) em Brasília, durante o governo de José Sarney.

Nesse cenário ainda, o Professor Antonio Sérgio da Silva Arouca presidiu a Comissão Organizadora¹⁸⁰. Essa conferência marcou um ponto inédito na participação social, lembrando que somente após a 8ª CNS foi criada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, conhecida

¹⁸⁰ Acrescentando que a pesquisadora Sarah Escorel participou da 8ª Conferência Nacional de Saúde como relatora, e seus estudos contribuem significativamente para a história da saúde. Cf. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório** [...]. Ministério da Saúde, 1986, 29 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_8.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 7

como Lei da Gestão Participativa, que regulamentou alguns aspectos das conferências nacionais de saúde.

Nesta conferência, destacou-se o papel do Movimento da Reforma Sanitária, que surgiu para ampliar o conceito de saúde e as ações institucionais decorrentes, incluindo alterações na legislação referente à promoção, proteção e recuperação da saúde. Para alcançar esses objetivos, foi necessário realizar modificações que ultrapassassem os limites da mera reforma administrativa e financeira.

Outro ponto relevante da Reforma Sanitária brasileira é que ela buscou uma saúde pública, conforme demonstrado no relatório, que destacou que "a proposta de estatização imediata foi recusada, havendo consenso sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público"¹⁸¹.

No entanto, a participação do setor privado deveria ocorrer em caráter de "serviço público concedido". Neste sentido, procurou-se fortalecer a autonomia local,

As atribuições básicas de cada nível de Governo devem ter por fundamento o caráter federativo da nossa República, de tal modo a romper com a centralização que esvaziou, nas décadas recentes, o poder e as funções próprias das unidades federadas e de seus municípios. O Sistema Único de Saúde deve reforçar, neste sentido o poder político, administrativo e financeiro dos Estados e Municípios¹⁸².

O documento também delineou um plano de ação nesse sentido, sugerindo que os recursos humanos, materiais e financeiros de origem federal, relacionados aos serviços de competência local, fossem transferidos para os respectivos estados e municípios. Nessa abordagem, enfatizou-se o aspecto da participação social, ao indicar que essa transferência deveria ocorrer de maneira colaborativa entre as instituições envolvidas e as representações da sociedade organizada. Estas últimas seriam responsáveis pela elaboração de planos e programas para a implementação, sem deixar de considerar previamente a viabilidade técnico-financeira¹⁸³.

Nessa perspectiva, o papel dos estados se concretizou em suas atribuições, que abrangem atividades de gestão, elaboração do plano diretor do estado (incluindo as atividades do setor privado), prestação de serviços de saúde, vigilância sanitária, manutenção de um sistema de informação, compatibilização das normas gerais com as normas locais e a sua

¹⁸¹ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório** [...]. Ministério da Saúde, 1986, 29 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_8.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 10

¹⁸² *Ibid.*, p. 12

¹⁸³ *Ibid.*, p. 13

respectiva responsabilidade, sobretudo, nos serviços de caráter secundário e terciário, ou outros, conforme o grau de complexidade que não pudesse ser suportado pelo município. Além das funções comuns de gestão, planejamento, coordenação, controle e avaliação, passaram a contar com outras responsabilidades. O modelo de gestão descentralizada de saúde, inserido em um sistema único, foi criado¹⁸⁴.

No âmbito municipal, o relatório da 8ª CNS atribuiu uma função mínima à gestão dos serviços básicos de saúde. Os municípios que não tivessem condições de gerir esse serviço básico deveriam implantá-lo em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde¹⁸⁵.

No que diz respeito ao governo federal, foram propostas incumbências como a formulação e condução da política nacional de saúde, normatização das relações entre setor público e privado, acompanhamento e avaliação da cobertura assistencial, condução e execução de programas emergenciais, definição das políticas setoriais¹⁸⁶ e estabelecimento de padrões de qualidade, incluindo a responsabilidade pelo setor de imunobiológicos¹⁸⁷.

Quanto à importância do movimento sanitário, Gláucia Maria de Araújo Ribeiro destaca:

Por fim, o diferencial da Reforma Sanitária das demais iniciativas de reforma da saúde é que sua origem foi desencadeada pela sociedade civil e só em fase posterior foi incorporada pelo Estado. A democratização da saúde de forma a buscar igualdade de todos e acesso por todos à saúde foi seu ponto máximo conquistado. E não parou por aí: (i) o direito à saúde foi alçado à status constitucional; (ii) o SUS, fruto da Reforma Sanitária, sistema consagrado na CRFB, introduziu um modelo federativo baseado na (a) descentralização dos serviços de saúde nos 27 níveis federativos com (b) participação e controle social, (c) baseado nos princípios e diretrizes da igualdade, universalidade e integralidade, além de (d) proliferação de atendimento devido a audaz municipalização da saúde¹⁸⁸.

A pesquisadora argumenta sobre a atuação do setor privado na saúde, defendendo que a 8ª Conferência Nacional de Saúde previu que esses serviços deveriam ser prestados por meio de concessão, cumprindo as regras de Direito Público. No entanto, atualmente, o que se observa é o que se denomina "terceirização". Além disso, a VIII Conferência Nacional de Saúde teve

¹⁸⁴ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório** [...]. Ministério da Saúde, 1986, 29 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_8.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 22

¹⁸⁵ *Ibid.*, p. 21

¹⁸⁶ Tecnologia, saneamento, recursos humanos, insumos básicos, financiamento e informações

¹⁸⁷ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório** [...]. Ministério da Saúde, 1986, 29 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_8.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 13

¹⁸⁸ RIBEIRO, G. M. A. O Sistema Único de Saúde ante as perspectivas da terceirização administrativa. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2018, p. 162

como consequência a aprovação de uma proposta à Constituinte pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária¹⁸⁹.

Um fragmento dessa proposta traz o conceito de "saúde" reformulado, associado a um estado de equilíbrio em vários âmbitos da vida, devendo ser assegurado pelo Estado sem qualquer distinção. Acrescenta-se:

Parágrafo único. O direito à saúde implica em: – condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer; – respeito ao meio ambiente e controle da poluição ambiental; – informações sobre o risco de adoecer e morrer, incluindo condições individuais e coletivas de saúde; – dignidade, gratuidade e qualidade das ações de saúde, com direito à escolha e à recusa; – recusa aos trabalhos em ambiente insalubre ou perigoso, ou que represente grave e iminente risco à saúde, quando não forem adotadas as medidas de eliminação ou proteção aos riscos; – opção quanto ao tamanho da prole; – participação, em nível de decisão, na formulação das políticas de saúde e na gestão dos serviços¹⁹⁰.

O que foi discutido na 8ª CNS foi incorporado à proposta final da Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988). A defesa de uma saúde pública, com o fortalecimento desse setor, foi respaldada por várias propostas que visavam alcançar esse objetivo.

Outro ponto relevante da proposta constituinte foi o modelo de implementação, estabelecendo o dever do Estado de adotar políticas que reduzissem o risco de doenças, assegurando a promoção, proteção e recuperação da saúde, com acesso universal e igualitário em todos os níveis de atendimento, ou ainda, consolidando a existência da rede pública de serviços de saúde.

Adicionado a isso, a proposta garantia fiscalização e normatização por parte do Estado, definindo as diretrizes da integração, integralidade, descentralização e participação popular em nível decisório. Nesse sentido, destacou que os serviços de saúde privados deveriam obedecer aos preceitos éticos e técnicos determinados legalmente, além de seguir os princípios da Política Nacional de Saúde. A contratação de serviços privados no âmbito do setor público deveria ser regida por normas de direito público¹⁹¹.

Partindo desse cenário, o relatório também destacou os obstáculos e as condições da sociedade brasileira naquele ano, delineando como se chegou a um estado que atendia aos interesses empresariais do setor médico-hospitalar. Esse contexto é essencial para compreender

¹⁸⁹ RIBEIRO, G. M. A. O Sistema Único de Saúde ante as perspectivas da terceirização administrativa. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2018, p. 170

¹⁹⁰ *Ibid.*, p. 172

¹⁹¹ *Ibid.*, p. 172

o panorama econômico e social do período aqui estudado. O relatório denunciou a falta de prioridade dos governos anteriores para as políticas sociais, incluindo a saúde, ao privilegiar outros setores, como o de energia, o que contribuiu para a dívida externa que o Brasil possui atualmente.

Acrescenta-se ainda que as políticas públicas foram influenciadas por grupos dedicados à mercantilização da saúde. Naquele período, o cenário foi de escassa participação popular nos processos de formulação e controle de políticas. Ademais, a respeito da transparência e ao acesso aos serviços durante a ditadura civil-militar, o relatório expôs:

Modelo assistencial excludente, discriminatório, centralizador e corruptor;
Falta de transparência na aplicação de recursos públicos, o que contribuiu para seu uso dispersivo, sem atender às reais necessidades da população¹⁹².

Outras denúncias foram apresentadas, como: a formação inadequada de recursos humanos, condições insatisfatórias de remuneração e trabalho, predominância de medicamentos e equipamentos de multinacionais, privatização de recursos em serviços médicos, saneamento e habitação, clientelismo na contratação de pessoal, centralização de decisões e recursos¹⁹³.

Cumprir esclarecer os aspectos relacionados às demandas fundamentadas na chamada “redemocratização”, consideradas essenciais para assegurar o direito à saúde. Isso inclui, por exemplo, a defesa da liberdade e soberania da Assembleia Nacional Constituinte, a busca por uma existência digna que englobe condições satisfatórias de emprego, educação, alimentação, remuneração justa, acesso à terra para trabalhar, e os direitos à organização e greve.

Outras reivindicações abrangiam a suspensão do pagamento dos juros da dívida externa, a implementação da reforma agrária, a promoção da participação popular, o fortalecimento de estados e municípios, e o estabelecimento de compromissos orçamentários com a saúde¹⁹⁴. Este último ponto foi destacado na 3ª Ata de reunião da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente para a proposta à Constituinte, que estabeleceu os percentuais mínimos de aplicação:

Art. 6º O financiamento das ações e serviços de responsabilidade pública será provido com recursos fiscais e parafiscais, com destinação específica para a saúde, cujos valores serão estabelecidos em lei e submetidos a gestão única, nos vários níveis de organização do Sistema Nacional de Saúde.

¹⁹² CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório** [...]. Ministério da Saúde, 1986, 29 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_8.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 7

¹⁹³ *Ibid.*, p. 7

¹⁹⁴ *Ibid.*, p.7-8

Parágrafo único. O volume mínimo dos recursos públicos destinados pela União, Estados, Territórios, Distrito Federal e Municípios corresponderá, anualmente, a 12% das respectivas receitas tributárias¹⁹⁵.

Entretanto, em 2000, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 29/2000, a qual estabeleceu a destinação de 12% de gasto com saúde para os estados e o distrito federal, enquanto para os municípios ficou fixado em 15%. Já para a união, a aplicação de recursos seria baseada no montante destinado no ano anterior, acrescido da variação nominal do PIB do respectivo ano. Glaucia destaca um aspecto negativo decorrente dessa alteração, ou seja: a EC 29/00 quebrou o princípio de financiamento solidário da seguridade e dificultou acréscimos superiores à variação do PIB, transformando o que deveria ser piso em teto para o aporte de recursos federais para a saúde¹⁹⁶.

A consolidação da participação popular também foi destacada no relatório. A conferência propôs a criação de conselhos de saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos por representantes eleitos por usuários e prestadores de serviços. Esses conselhos teriam a responsabilidade de atuar no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde, garantindo a participação nas eleições para escolha de diretores das unidades do sistema de saúde. Além disso, enfatizou-se o compromisso com a publicidade, transparência e manutenção de um sistema nacional de informação, visando assegurar o acesso à informação pela população.

Foi nessa conferência que se definiu a criação de um novo Conselho Nacional de Saúde, com a participação de entidades civis de caráter nacional, como partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares. Vale ressaltar que a 8ª CNS foi responsável por discutir propostas a serem enviadas à Constituinte Nacional, sendo essas propostas resultado de debates que envolveram mais de quatro mil participantes durante o evento¹⁹⁷.

Outro ponto de reforma proposto pela conferência referiu-se aos aspectos das relações entre o setor público e o particular. Como resultado, foi defendido o controle dos prestadores de serviços de saúde privados, visando coibir lucros abusivos, e considerando inclusive a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados em caso de infrações às normas legais¹⁹⁸.

¹⁹⁵ RIBEIRO, G. M. A. **O Sistema Único de Saúde ante as perspectivas da terceirização administrativa**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2018, p. 173

¹⁹⁶ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório** [...]. Ministério da Saúde, 1986, 29 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_8.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 177

¹⁹⁷ *Ibid.*, p. 17-18

¹⁹⁸ *Ibid.*, p. 12

Ademais, no intuito de proteger os serviços essenciais dentro da esfera pública, a conferência previu também a responsabilidade no âmbito de imunobiológicos, em nível federal, pois essa atividade é estratégica para o desenvolvimento do sistema de saúde. Isso incluía a responsabilidade pelos órgãos de pesquisa, produção de imunobiológicos, medicamentos e equipamentos¹⁹⁹. Foi demarcado ainda que:

As linhas de pesquisa desenvolvidas nas áreas de saúde devem ser amplamente discutidas entre as instituições de pesquisa de serviços e universidades visando a um direcionamento mais produtivo e relevante na resolução dos problemas de saúde do país²⁰⁰.

Dessa maneira, a 8ª Conferência Nacional de Saúde representou um marco nas políticas públicas de saúde, desempenhando também um papel significativo no processo de redemocratização do país. Os registros dessa conferência não se limitaram apenas ao relatório escrito, mas também incluíram um vídeo, disponível em formato eletrônico. O Professor Antonio Sérgio da Silva Arouca foi o condutor desse importante evento, abordando os temas mencionados anteriormente.

Além disso, Sérgio Arouca teve uma trajetória destacada, sendo deputado federal de 1991 a 1998 e ocupando os cargos de secretário de Saúde do estado, em 1987, e da cidade do Rio de Janeiro em 2001.

Ele também exerceu a presidência da Fiocruz de 1985 a 1988. Sua liderança foi fundamental na reintegração dos dez cientistas cassados pela ditadura, em abril de 1970, episódio conhecido como “Massacre de Manguinhos”. Arouca também integrou a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, resultante da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que elaborou o texto-base do capítulo da Saúde da Constituição de 1988, estabelecendo assim o Sistema Único de Saúde (SUS)²⁰¹.

¹⁹⁹ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório** [...]. Ministério da Saúde, 1986, 29 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_8.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 13

²⁰⁰ *Ibid.*, p. 13

²⁰¹ **Sergio Arouca**: 20 anos sem o pensador da Fiocruz e do SUS. Ricardo Valverde. Portal Fiocruz. Publicado em 03/08/2023. Disponível em <https://portal.fiocruz.br/noticia/sergio-arouca-20-anos-sem-o-pensador-da-fiocruz-e-do-sus>. Acesso em 10/01/2024

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após abordar os diversos aspectos das conferências nacionais de saúde, analisando como os movimentos se relacionaram em meio ao sistema repressor da ditadura civil-militar e os resultados obtidos, conclui-se que os princípios de saúde adotados na Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, foram fundamentados nos inúmeros debates e reivindicações populares, com especial influência das conferências nacionais de saúde. Ao longo dos anos da ditadura, essas conferências criticaram as ações governamentais prejudiciais à democracia e à saúde, desempenhando papel relevante ao confrontar a ordem estabelecida.

Traçar os princípios e diretrizes foi fundamental para a modelagem do novo sistema de saúde. A descentralização dos serviços de saúde foi um destes princípios e atualmente encontra respaldo na Lei nº 8.080/1990, conferindo autonomia aos chefes do Poder Executivo de todas as esferas de governo, com destaque para os municípios. A legislação também estabeleceu a hierarquização, organizando o atendimento em instâncias crescentes de complexidade dos serviços, e a regionalização, priorizando o atendimento no nível local (comunitário). Esses princípios estiveram interligados para viabilizar efetivamente a descentralização.

Nesse sentido, a integralização das ações de saúde abrange tanto o âmbito da assistência individual quanto o coletivo, buscando atender de maneira abrangente às medidas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, a fim de satisfazer as necessidades básicas tanto do indivíduo quanto da comunidade²⁰². Esse princípio foi consolidado com a criação do Sistema Único de Saúde, resultando também no princípio da “organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos” (combate à dualidade de ações e ao desperdício de esforços).

Um dos princípios fundamentais da saúde, estabelecidos na Constituição Federal de 1988, é o da integração (ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico) o qual não deve ser confundido com centralização. Além disso, ocorreu a separação total da pasta da Saúde e do Ministério da Previdência, uma medida em consonância com os ideais da Reforma Sanitária.

A universalidade de acesso em todos os níveis de assistência é um princípio que visa garantir cobertura de atendimento a qualquer pessoa, independentemente de contribuição previdenciária. A participação social na gestão do sistema de saúde, estabelecida na Constituição Federal de 1988 e na supracitada lei, fixa a obrigatoriedade de ouvir a comunidade

²⁰² CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., 1980, Brasília. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1980, 263 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_7.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 82

por meio de seus usuários e outras figuras envolvidas na prestação do serviço de saúde. A comunidade também é representada nas conferências nacionais de saúde, com a participação paritária dos usuários de serviços de saúde públicos.

Esse princípio já constava no modelo do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), criado por meio do Decreto n.º 78.307, de 24 de agosto de 1976, que estabelecia diretrizes como a utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutado dentro da própria comunidade, ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, encaminhamento para serviços especializados, aumento da quantidade de minipostos, integração, participação social e desativação das unidades itinerantes, substituindo-as por unidades permanentes.

A participação social ficou regulamentada na Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, conhecida como Lei da Gestão Participativa. A referida lei buscou fixar a composição do conselho e das conferências nacionais de saúde, em todas as esferas de governo, trazendo em seu art. 1.º, §4º, que “a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos”²⁰³.

Além dos princípios citados acima, há ainda a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, igualdade de assistência, direito à informação, divulgação de informações acerca do funcionamento dos serviços, utilização da epidemiologia com a finalidade de decidir a alocação de recursos, capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência²⁰⁴.

Em 2017, foi incluído o princípio da “organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras”, por meio da Lei n.º 13.427, de 30 de março de 2017. Em 2023, foi incorporado o princípio da “proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes”, por meio da Lei n.º 14.679, de 18 de setembro de 2023.

A 4ª Conferência Nacional de Saúde teve destaque no estudo, trazendo debates dentro do âmbito dos recursos humanos, e expôs como os interesses da classe de saúde no Brasil estavam distribuídos. Os questionários aplicados trouxeram resultados importantes, e nesse

²⁰³ BRASIL. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, [1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm.

²⁰⁴ BRASIL. **Lei n.º 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. Brasília: Congresso Nacional, [1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.

ínterim observou-se que ocorreu a apresentação de propostas e votações mais inclinadas à categoria empresarial do que à população. Neste momento, vivia-se o início da ditadura civil-militar, e uma coincidência: uma grande participação de médicos e pouca participação popular nesta CNS.

As denúncias vão se tornando mais incisivas e na 7ª Conferência Nacional de Saúde já é possível verificar essa característica. Esse aspecto se prolongou e se manifestou explicitamente na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Esta conferência definiu como seu principal objetivo a consecução do Sistema Único de Saúde (SUS), com uma expansão e fortalecimento gradual do setor estatal em todas as esferas de governo. Como resultado dessas deliberações, buscou-se o controle sobre os prestadores de serviços de saúde privados, visando coibir práticas de lucro abusivas, incluindo a consideração da possibilidade de expropriação de estabelecimentos privados em casos de infrações às normas legais²⁰⁵.

Já a 5ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em um intervalo de oito anos depois da 4ª CNS, e seus temas foram “Sistema Nacional de Saúde”, “Programa de Saúde materno-infantil”, “Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica” e “Programa de Controle das Grandes Endemias”. A escolha dos temas também refletia o que se passava no país, e as dificuldades enfrentadas. O intuito era expor a problemática, enfatizando o atraso que o Brasil vivia quando ainda tinham que debater pontos considerados básicos em qualquer sistema de saúde.

O PIASS foi discutido na 6ª Conferência Nacional de Saúde e a abordagem das características do programa era importante para elencar os pontos necessários à sua melhoria e possível implantação no restante do país. Este embrião foi alimentado pelos que acreditavam na sua implantação, ou pelo menos que acreditavam que este poderia ser um ponto de partida para a criação de um sistema único de saúde no Brasil.

As conferências nacionais de saúde foram fundamentais para que as transformações no sistema de políticas públicas de saúde fossem possíveis. A 7ª Conferência Nacional de Saúde abordou muitos temas e detalhou diversos aspectos necessários à implantação de um sistema único de saúde. A conferência focou no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e temas como “responsabilidade pública pela saúde do trabalhador”,

²⁰⁵ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório** [...]. Ministério da Saúde, 1986, 29 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_8.pdf. Acesso em: 20 out. 2021, p. 12

“integração dos serviços locais de saúde no Programa de extensão da cobertura” e “extensão das ações de saúde em área rural”²⁰⁶.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde teve ampla participação popular, e deixou o registro de sua realização²⁰⁷. Suas recomendações fundamentaram muitos direitos estabelecidos na Constituição Federal de 1988. Além disso, propôs a fiscalização e normatização dos serviços de saúde por parte do Estado, definindo as diretrizes da integração, integralidade, descentralização e participação popular em nível decisório.

A realização das conferências nacionais de saúde perdura até os dias atuais, tendo ocorrido a última entre os dias 02 e 05 de julho de 2023, em Brasília, sendo sua décima sétima edição. Essa Conferência Nacional de Saúde teve como tema: "Garantir Direitos, Defender o SUS, a Vida e a Democracia - Amanhã vai ser outro dia!". Esse evento reuniu cerca de seis mil participantes e abordou temas pertinentes aos desdobramentos da pandemia de Covid-19²⁰⁸. Foram selecionadas 4.048 (quatro mil e quarenta e oito) pessoas para decidirem sobre duas mil propostas apresentadas em conferências estaduais, municipais e livres. O resultado das decisões compôs subsídio para a elaboração do Plano Nacional de Saúde e o Plano Plurianual (2024-2027). A experiência que foi vivenciada mundialmente (pandemia de covid-19) testou os sistemas de saúde dos países, e serviu de evidência dos defeitos e conluios existentes, podendo ser um novo ponto de partida para os avanços e conquistas de princípios e diretrizes antes não pensados.

²⁰⁶ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., 1980, Brasília. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1980, 263 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_7.pdf. Acesso em: 20 out. 2021.

²⁰⁷ Democracia é saúde. Disponível em https://youtu.be/-_HmqWCTEeQ. Acesso em 28 de mar 2022.

²⁰⁸ Relatório da 17ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.asfoc.fiocruz.br/portal/content/relatorio-da-17a-conferencia-nacional-de-saude>. Acesso em: 10 jan 2024. Cf. 17ª Conferência Nacional de Saúde - Amanhã vai ser outro dia. Disponível em: <https://youtu.be/yP9u8ptqZG8>. Acesso em: 10 jan 2024.

REFERÊNCIAS

FONTES

Jornal **A Crítica**, 1978 – 1983 (Biblioteca Pública do Estado do Amazonas).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde**, 10 a 15 de novembro de 1941. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_1.pdf. Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde**, Rio de Janeiro, 9 a 14 de dezembro de 1963. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_1.pdf. Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde**, Rio de Janeiro, 30 de agosto e 04 de setembro de 1967. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da V Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 05 a 10 de agosto de 1975. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_5.pdf. Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da VI Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, de 1 a 5 de agosto de 1977. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_6.pdf. Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da VII Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 24 a 28 de março de 1980. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_7.pdf. Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_8.pdf. Acesso em: 20 out. 2021.

BIBLIOGRAFIA

ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 10, n. 20, p.299-316, 2006, p. 301

AMANCIO, Valdene Rodrigues; ELIA, Luciano. Panorama Histórico - Político da Luta Antimanicomial no Brasil: As Instabilidades do Momento Atual. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.9, n.24, 2017, p.22-49

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ARAÚJO, Maria de Jesus do Carmo de. **Instituições médicas para alienados na cidade de Manaus (1880 – 1927)**. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2017.

ARQUIDIOCESE DE SÃO PAULO. **Brasil: nunca mais**. 12ª ed. – Petrópolis: Editora Vozes, 1985.

BARREIRO, José Carlos. **Imaginário e viajantes no Brasil do século XIX**. Cultura e cotidiano, tradição e resistência. São Paulo, Editora: UNESP, 2002.

BARROS, José D'Assunção. A Escola dos Annales e a Crítica ao Historicismo e ao Positivismo. Programa de Pós-Graduação – Mestrado em História do ICHS/UFMT. **Revista Territórios e Fronteiras**. v.3, n.1 – Jan/Jun, 2010.

BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Tradução de Heloísa Jahn. Rio de Janeiro, Editora: Edições Graal, 1985.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 30 abr. 2021.

BRASIL. **Decreto 78.231, de 12 de agosto de 1976**. Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, [1976]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d78231.htm.

BRASIL. **Lei 5.540, de 28 de novembro de 1968**. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, [1975]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-5540-28-novembro-1968-359201-publicacaooriginal-1-pl.html>.

BRASIL. **Lei 6.229, de 17 de julho de 1975**. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Brasília: Congresso Nacional, [1975]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6229-17-julho-1975-357715-publicacaooriginal-1-pl.html>.

BRASIL. **Lei nº 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. Brasília: Congresso Nacional, [1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, [1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.

BRASIL. **Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Congresso Nacional, [2001]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 15 mai. 2021.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Adolescente. Brasília: Congresso Nacional, [1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm#:~:text=L8069&text=LEI%20N%C2%BA%208.069%2C%20DE%2013%20DE%20JULHO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Estatuto%20da,Adolescente%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias.&text=Art.%201%C2%BA%20Esta%20Lei%20disp%C3%B5e,%C3%A0%20crian%C3%A7a%20e%20ao%20adolescente.

BRASIL. **Lei n. 6.168, de 9 dezembro de 1974.** Cria o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS - e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, [1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6168.htm#:~:text=L6168&text=LEI%20No%206.168%2C%20DE%209%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201974.&text=Cria%20o%20Fund%20o%20de%20Apoio,FAS%20%2D%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias.&text=IV%20%2D%20Outros%20recursos%2C%20de%20origem,provenientes%20de%20repasses%20ou%20financiamentos.

BRASIL. **Lei n. 6.036, de 1 de maio de 1974.** Dispõe sobre a criação, na Presidência da República, do Conselho de Desenvolvimento Econômico e da Secretaria de Planejamento, sobre o desdobramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, [1974]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6036.htm#:~:text=LEI%20No%206.036%2C%20DE,Social%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias.

BRASIL. **Decreto n. 74.254, de 4 de julho de 1974.** Dispõe sobre a estrutura básica do Ministério da Previdência e Assistência Social e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, [1974]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-74254-4-julho-1974-422897-publicacaooriginal-1-pe.html>.

BRASIL. **Lei n. 6.439, de 01º de setembro de 1977.** Institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, [1977]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6439.htm.

BRASIL. **Decreto-Lei 200, de 25 de fevereiro de 1967.** Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, [1967]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 3.799, de 5 de novembro de 1941.** Transforma o Instituto Sete de Setembro, em Serviço de Assistência a Menores e dá outras providências. Rio de Janeiro: Presidência da República, [1941]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decllei/1940-1949/decreto-lei-3799-5-novembro-1941-413971-publicacaooriginal-1-pe.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1., 1941. **Relatório** [...]. Ministério da Educação e Saúde, 1941, p. 3. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_1.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 3., 1963, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1963, 219 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_3.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., 1967, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1967, 296 p. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5., 1975, Brasília. **Relatório** [...]. Ministério da Saúde, 1975, 121 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_5.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., 1980, Brasília. **Anais** [...]. Ministério da Saúde, 1980, 263 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_7.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório** [...]. Ministério da Saúde, 1986, 29 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_8.pdf.

BECHER, SG; MARTINI, JG; BOUSFIELD, ABS; Coêlho PDL. Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro: Revisitando a História e Compartilhando Memórias. **Hist enferm Rev eletrônica**, 2017.

BEZERRA DA SILVA, Ellayne Karoline; SANTOS ROSA, Lúcia Cristina dos. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? **R. Katál.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 252-260, 2014.

BORENSTEIN MS, Padilha MICS, Ribeiro AAA, Pereira VP, Ribas DL, Costa E. Terapias utilizadas no hospital Colônia Sant'ana: Berço da Psiquiatria Catarinense (1941- 1960). *In*: BORENSTEIN, MS, Padilha MI, (Organizadores). **Enfermagem em Santa Catarina**: recortes de uma história (1900-2011). Florianópolis, Editora: Secco, 2011, p. 117-28

CARDOSO, Luisa Rita. Infância e Direitos Humanos na Ditadura Civil-Militar brasileira. **4tas Jornadas de Estudios sobre la Infancia**. Buenos Aires, 2015.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Privatização da saúde no Brasil: da ditadura do grande capital aos governos do PT. **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. n. 43, v. 17, p. 60 – 73, 2019.

CRUZ, Heloísa de Faria. **São Paulo em papel e tinta**: periodismo e vida urbana (1890-1915). SP: Educ/Fapesp, 2000.

CRUZ, Heloísa de Faria; PEIXOTO, Maria do Rosário da Cunha. Na Oficina do Historiador: Conversas sobre história e Imprensa. **Projeto História**. São Paulo, n. 35, p. 253-257, 2007.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O espelho do Mundo**: Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Municipalização dos serviços de saúde**. Editora Brasiliense, São Paulo, 1985.

DAÚD JÚNIOR, Nacile. Considerações histórico-conceituais sobre instituição psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do “doente mental”. Desafios na atenção à saúde mental. *In*:. BAVARESCO, Agemir; BARBOSA, Evandro; ETCHEVERRY, Katia Martin (Org.). **Projetos de filosofia**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2011. E-book. Disponível em: <<<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/projetosdeflosofa.pdf>>>. Acesso em: 21 ago. 2011.

DOWBOR, Ladislau. **O que é poder local**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

DREIFUSS, René Armand. **1964**: a conquista do Estado: ação política, poder e golpe de classe. Petrópolis, Editora Vozes, 2006.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. *In*:. LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; MANUEL SUÁREZ, Julio (Org.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, Editora: Fiocruz, 2005.

FÁVERO, Maria de Lourdes de Albuquerque. A Universidade no Brasil: das origens à Reforma Universitária de 1968. **Revista Educar**, Curitiba, n. 28, p. 17-36, 2006. Editora UFPR.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

FORTES, Hildenete Monteiro. Tratamento compulsório e internações Psiquiátricas. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 10 (Supl. 2): S321-S330 dez., 2010.

GALVÃO, Manoel Dias. **História da Medicina em Manaus**. Manaus: Editora Edua, 2003.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Relatório Nacional da Verdade do Estado de São Paulo**. Relatório. Tomo I. Parte II - Ditadura e Saúde Mental. São Paulo: Acesso em: 09 abr. 2022 http://comissaodaverdade.al.sp.gov.br/relatorio/tomo-i/downloads/I_Tomo_Parte_2_Ditadura-e-saude-mental.pdf.

GUEDES, Alexandre Maciel. **Violência Manicomial**: a psiquiatria na repressão durante a Ditadura Civil-Militar no Brasil. Dissertação de Mestrado em História da Universidade Federal Fluminense. Orientadora Samantha Viz Quadrat, Niterói, 2019.

GUTERRES DIAS, Míriam Thais. História e reflexão sobre as políticas de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro. v. 12, n. 3 p. 1024-1045, 2012.

JOFFILY, Mariana. O aparato repressivo: da arquitetura ao desmantelamento. *In*:. **A ditadura que mudou o Brasil**: 50 anos do golpe de 1964. Editora Zahar, 2014.

LAPS. MEMÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL. **Crise da DINSAM**. Linha do tempo da Fiocruz. Disponível em: <<<https://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/1>>>. Acesso em: 20 nov. 2022.

LOPES, Luciana Oliveira. **Análise da Prática da Atenção Psicossocial em Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) — Universidade Federal do Amazonas, 2011.

LUNA, Francisco Vidal; KLEIN, Herbert S. Transformações econômicas no período militar (1964-1985). *In*: REIS, Daniel Aarão; RIDENTI, Marcelo; MOTTA, Rodrigo Patto (Org.). **A ditadura que mudou o Brasil: 50 anos do golpe de 1964**. Rio de Janeiro, Editora Zahar, 2014.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Loucura e subjetividade. *In*: MACHADO, L. D; LAVRADOR, M. C. C.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). **Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p.45-58.

MACHADO, Roberto *et al.* **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

Manifesto de Bauru (1987) II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, **Revista InSURgência**. Brasília, ano 3, v.3, n.2, p.537-541, 2017,

MASIERO, André Luis. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. **Análise Hist. cienc. saúde-Manguinhos**. v.10, n.2, 2003.

MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva. **Psiquiatria: estudos fundamentais**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2018.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA. **II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979)**. Disponível em: <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/777/24>. Acesso em: 30 nov. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> Acesso em: 01 jan. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório da 6ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 1977. Disponível em :<< https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_6.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **10ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1996. Disponível em:<< https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1992. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em: 20 fev. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

MOTTA, Rodrigo Patto. A modernização autoritário-conservadora nas universidades e a influência da cultura política. *In*: REIS, Daniel Aarão; RIDENTI, Marcelo; MOTTA, Rodrigo Patto (Org.). **A ditadura que mudou o Brasil: 50 anos do golpe de 1964**. Rio de Janeiro, Editora: Zahar, 2014.

NAVARRO, Raquel Maria. **A História da Política de Saúde Mental no Amazonas: A reforma psiquiátrica e sua estruturação**. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas; Instituto de Pesquisa Leônidas & Maria Deane– Fiocruz Amazônia, 2015.

PORTO, José Alberto Del. Evolução do conceito e controvérsias atuais sobre o transtorno bipolar do humor. **Rev Bras Psiquiatr**, 26 (Supl III) p. 3-6, 2004.

REIS, Daniel Aarão; RIDENTI, Marcelo; MOTTA, Rodrigo Patto (Org.). **A ditadura que mudou o Brasil: 50 anos do golpe de 1964**. Rio de Janeiro, Editora: Zahar, 2014.

RIBEIRO, Gessica Greschuk; BERTASSONI DA SILVA, Guilherme. Legislação em Saúde Mental no Brasil (1966-2001): Trajeto das Campanhas de Saúde às Reformas na Assistência. **Revista PsicoFAE: pluralidades em saúde mental**, v. 6, n.º 1, 2017.

RIBEIRO, G. M. A. **O Sistema Único de Saúde ante as perspectivas da terceirização administrativa**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2018.

RICHARD, Ivan. **Após ECA, país reduz mortalidade infantil em 24%**. EBC. Cidadania. Disponível em :<< <https://memoria.ebc.com.br/cidadania/2015/07/apos-o-eca-pais-reduz-mortalidade-infantil-em-24>. Acesso em 08 dez. 2022.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo (1970-1980)**. 2ª edição. Rio de Janeiro, Editora: Paz e Terra, 1988.

SAKAGUCHI, Douglas Sherer; MARCOLAN, João Fernando. A história desvelada no Juquery: assistência psiquiátrica intramuros na ditadura cívico-militar. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**. v. 29, n. 4, pp. 476-481, 2016, [Acessado 9 Abril 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201600065>>. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600065>.

SANCHES, Marsal; JORGE, Miguel Roberto. Transtorno afetivo bipolar: um enfoque transcultural. **Rev Bras Psiquiatr**. 26 (Supl III) p. 54-6, 2004.

SILVA, Marcos. **Ditadura relativa e negacionismos: Brasil, 1964 (2016, 2018...)**. São Paulo: Maria Antonia Edições, 2021.

SILVA DE LIRA, Kalline Flávia. Hospitais de custódia, tratamento psiquiátrico e violação dos direitos humanos. **RIDH**. Bauru, v. 4, n. 2, p. 143-159, jul./dez. 2016.

SPOLIDORO, Fernando Kladt. **Avaliação da Assistência Hospitalar e Ambulatorial no Centro Psiquiátrico de Referência do Município de Manaus em 2008**. Dissertação (Mestrado em Patologia Tropical) Universidade Federal do Amazonas, 2008.

WADI, Yonissa M. **Palácio para guardar doidos**: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul. Editora da UFRGS, Porto Alegre, 2002.

ZAMBRONI DE SOUZA, Paulo César. Trabalho e Transtornos mentais Graves: Breve Histórico e Questões Contemporâneas. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, v. 26, n.1, p. 154-167, 2006.

FILMES

FILHOS. 15. Direção de Maria de Oliveira e Marta Nehring. Ano: 1996. Duração: 00:19:00. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=bkTO6cS8hiQ>>. Acesso em: 09 abr. 2022.

COUTINHO, Eduardo. **Boca de Lixo**. Vídeo documentário, 54min., 1994.

COUTINHO, Eduardo. **Cabra Marcado para Morrer**. Vídeo documentário, 119 min. Rio de Janeiro: Mapa Filmes, 1984.

RATTON, Helvécio. **Em Nome da Razão**. Ano 1987. Duração: 25 min. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Em_Nome_da_Raz%C3%A3o>>. Acesso em: 09 abr. 2022.

PRADO, Marcos; PADILHA, José. **Estamira**. Ano: 2005. Duração: 1h 52m. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=-wHISEEXMh4>>. Acesso em: 22 jun. 2023.

MENDZ, Armando. **Holocausto Brasileiro**. Duração: 1h e 25min. Disponível em: <<<https://danielaarbex.com.br/holocausto-brasileiro-documentario-hbo/>>>. Acesso em: 09 abr. 2023.

7. SANTOS, Nelson Pereira dos *et al.* **Asylo Muito Louco**. Brasil, 1970. Disponível em: <<https://youtu.be/z9MucgI_st0>>. Acesso em: 04 jul. 202