

Caderno de História da

# Saúde Coletiva

Organizadora:

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima



Atena  
Editora  
Ano 2024

Caderno de História da

# Saúde Coletiva

Organizadora:

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima



**Atena**  
Editora  
Ano 2024

**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camili Gayde

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2024 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2024 Os autores

Copyright da edição © 2024 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial**

**Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof. Dr. Alexandre de Freitas Carneiro – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Profª Drª Aline Alves Ribeiro – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia  
 Profª Drª Ana Maria Aguiar Frias – Universidade de Évora  
 Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa  
 Prof. Dr. Antonio Carlos da Silva – Universidade de Coimbra  
 Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
 Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais  
 Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
 Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí  
 Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense  
 Profª Drª Caroline Mari de Oliveira Galina – Universidade do Estado de Mato Grosso  
 Prof. Dr. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná  
 Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense  
 Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
 Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília  
 Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
 Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo  
 Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
 Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
 Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará  
 Profª Drª Eufemia Figueroa Corrales – Universidad de Oriente: Santiago de Cuba  
 Profª Drª Fernanda Pereira Martins – Instituto Federal do Amapá  
 Profª Drª Geuciane Felipe Guerim Fernandes – Universidade Estadual de Londrina  
 Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros  
 Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná  
 Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
 Prof. Dr. Jadilson Marinho da Silva – Secretaria de Educação de Pernambuco  
 Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador  
 Prof. Dr. Joachin de Melo Azevedo Sobrinho Neto – Universidade de Pernambuco  
 Prof. Dr. João Paulo Roberti Junior – Universidade Federal de Santa Catarina  
 Prof. Dr. Jodeylson Islony de Lima Sobrinho – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
 Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México  
 Profª Drª Juliana Abonizio – Universidade Federal de Mato Grosso  
 Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
 Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia  
 Profª Drª Kátia Farias Antero – Faculdade Maurício de Nassau  
 Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal do Paraná  
 Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
 Profª Drª Lisbeth Infante Ruiz – Universidad de Holguín  
 Profª Drª Lucicleia Barreto Queiroz – Universidade Federal do Acre  
 Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Universidade do Estado de Minas Gerais  
 Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros  
 Profª Drª Marcela Mary José da Silva – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
 Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
 Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
 Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
 Profª Drª Marianne Sousa Barbosa – Universidade Federal de Campina Grande



- Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
- Profª Drª Mônica Aparecida Bortolotti – Universidade Estadual do Centro Oeste do Paraná
- Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
- Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
- Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
- Prof. Dr. Pedro Henrique Máximo Pereira – Universidade Estadual de Goiás
- Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
- Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
- Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro Oeste
- Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
- Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
- Profª Drª Vanesa Bárbara Fernández Bereau – Universidad de Cienfuegos
- Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
- Profª Drª Vanessa Freitag de Araújo – Universidade Estadual de Maringá
- Profª Drª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Federal da Bahia
- Universidade de Coimbra
- Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
- Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

## Caderno de história da saúde coletiva

**Diagramação:** Nataly Evilin Gayde  
**Correção:** Jeniffer dos Santos  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Organizadora:** Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)</b>	
C122	<p>Caderno de história da saúde coletiva / Organizadora Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2024.</p> <p>Formato: PDF  Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  Modo de acesso: World Wide Web  Inclui bibliografia  ISBN 978-65-258-2655-4  DOI: <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.554241806">https://doi.org/10.22533/at.ed.554241806</a></p> <p>1. Saúde pública. I. Lima, Rita de Cássia Gabrielli Souza (Organizadora). II. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.1</p>
<b>Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166</b>	

**Atena Editora**  
Ponta Grossa – Paraná – Brasil  
Telefone: +55 (42) 3323-5493  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



A Marco Aurelio Da Ros (*in memoriam*),  
sonhador e realizador de uma medicina com e para o Brasil.

Agradeço aos(às) acadêmicos(as) da turma 51 do Curso de Graduação em Medicina da UNIVALI e parablenzo-os pela obra coletiva, regada por leveza, vontade e responsabilidade.

"A história é uma só, mas pode ser lida de mil maneiras diferentes. Na nossa história, o lugar que nela ocupamos, a visão que temos da sua passagem, as emoções que desperta nos nossos corações [...] são elementos que nos convidam a uma das leituras possíveis".

Mario Testa, 1997, XIX-XX.

*Caderno de História da Saúde Coletiva* nasce na produção do plano de ensino da disciplina Saúde Coletiva I do Curso de Graduação em Medicina da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Itajaí, SC, para o semestre 2024.1.

Ao refletir sobre experiências anteriores da docência em Saúde Coletiva, senti a necessidade de incluir no plano de ensino de Saúde Coletiva I uma unidade que retomasse, em alguma medida, o projeto de extensão "Antonio Gramsci: fomentando a concepção ativista de educação", desenvolvido com acadêmicos de Medicina e Odontologia, no período 2015-2019. Não por acaso esse resgate se fez manifesto. Ele foi concebido na falta, em "uma ausência de fundo" (Abbagnano, 2007, p. 283) que pedia para ser vivida na práxis.

Marcão me falta. Para os que não o conheceram: Marco Aurélio Da Ros. Professor, amigo, colega, companheiro de estrada nas andanças Florianópolis-Itajaí-Florianópolis, apaixonado pelo nosso projeto gramsciano de extensão, com seu jeito moleque, carinhoso e otimista, sabia acolher com maestria a minha impaciência na luta cotidiana de formar força de trabalho para o Sistema Único de Saúde. O caminho que encontrei para prosseguir na travessia, por mais um semestre sem ele, foi criar uma unidade gramsciana no plano de ensino – "Produção de Saúde Coletiva e de Sujeitos" – com o objetivo de gerar um material histórico-político sobre Saúde Coletiva. Na elaboração do plano, nasceu o desenho do *Caderno*.

É possível que a ideia pareça ousada para o leitor, que poderia perguntar: seria adequada a escolha? Introduzir os(as) acadêmicos(as) do primeiro período na produção da Epidemiologia Social, Ciências Sociais e Humanas, Política, Planejamento e Gestão?

Sim. A intuição e a experiência de dez anos de docência em Saúde Coletiva, de modo tenso, intenso e extenso, sinalizam-me que é precisamente nessa fase que está a potência para alavancar a produção da identidade da Saúde Coletiva e de Sujeitos/Agentes sociais. É na primeira fase da formação médica, quando a perspectiva funcionalista ainda não se apresentou, que conseguimos alcançar corações e mentes e debater sobre a realidade social, cultural, moral e política de nosso país e sobre o papel da categoria médica na materialização de saúde como direito.





O processo de construção da identidade da Saúde Coletiva tem se redesenhado no quadro das preocupações contemporâneas como uma importante temática. Vários militantes têm refletido, em suas produções científicas, sobre a dialética entre trabalho coletivo e isolamento relacional, unidade e isolamento das áreas, humanização e alienação na academia, nos movimentos sociais e nos serviços, tendo como pano de fundo o contexto em que esse processo identitário se vê ameaçado: de disputas políticas em prol de interesses individuais, de vazio de alteridade e de sensibilidade ética na formulação e execução de políticas públicas, de temporalidade acelerada – um tempo que insiste em nos apressar. As leituras reforçaram a compreensão de ser, sim, a primeira fase da formação o momento fértil para cultivar com paixão a arte do encontro orgânico entre calouros(as) e o legado da Saúde Coletiva.

Para fins didáticos, os quarenta e um alunos(as) foram divididos em sete grupos e a cada um deles coube uma temática, conforme segue: (a) Epidemiologia; (b) Ciências Sociais e Humanas; (c) Política, Planejamento e Gestão de Serviços de Saúde; (d) Saúde Coletiva como Corrente de Pensamento; (e) Saúde Coletiva e Movimentos Sociais; (f) Saúde Coletiva, Políticas de Saúde, Políticas Previdenciárias; (g) Saúde Coletiva e Ambiente. Ao final, as temáticas foram reunidas em quatro capítulos: o primeiro, intitulado “O que é Saúde Coletiva?” e os demais correspondem às três grandes áreas da Saúde Coletiva: “Epidemiologia”, “Ciências Sociais e Humanas”, “Política, Planejamento e Gestão”.

As produções foram desenvolvidas em sala e extrassala a partir de literatura selecionada, em um esforço crítico para resgatar citações diretas de parte da velha guarda da Saúde Coletiva. Digo parte porque seria impossível recuperar, sobretudo em um modesto trabalho, a totalidade de memórias de atores individuais e coletivos latino-americanos que nos anos sessenta e setenta se organizaram e abriram trincheiras em regimes ditatoriais em defesa da saúde como direito.

Desejo que os registros desse *Caderno* possam contribuir para a construção da práxis e do horizonte de acadêmicos(as) das Ciências da Saúde.



<b>CAPÍTULO 1 .....</b>	<b>1</b>
SAÚDE COLETIVA NO PLANO CONCEITUAL	
O Que é Saúde Coletiva?.....	1
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.5542418061">https://doi.org/10.22533/at.ed.5542418061</a>	
<b>CAPÍTULO 2 .....</b>	<b>4</b>
EPIDEMIOLOGIA	
Epidemia e Endemia .....	4
Epidemiologia.....	4
Raízes Históricas da Epidemiologia.....	5
Epidemiologia Social Latino-Americana.....	6
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.5542418062">https://doi.org/10.22533/at.ed.5542418062</a>	
<b>CAPÍTULO 3 .....</b>	<b>12</b>
CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS	
Pensamento Social em Saúde na América Latina .....	12
Medicina Social .....	13
Pensamento Social em Saúde no Brasil.....	19
Movimentos Sociais .....	21
Estudos clássicos sobre a relação entre saúde coletiva e ambiente.....	31
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.5542418063">https://doi.org/10.22533/at.ed.5542418063</a>	
<b>CAPÍTULO 4 .....</b>	<b>37</b>
POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO	
Apontamentos Introdutórios.....	37
Políticas Públicas de Saúde .....	38
Institucionalidade da Previdência Social .....	48
Experiências de Gestão de Serviços de Atenção à Saúde de Base em Tempos de Regime Militar .....	57
Inspirações do SUS .....	60
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.5542418064">https://doi.org/10.22533/at.ed.5542418064</a>	
<b>AUTORES .....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>67</b>

## SAÚDE COLETIVA NO PLANO CONCEITUAL

Data de aceite: 02/05/2023

### O QUE É SAÚDE COLETIVA?1

Saúde Coletiva não é uma disciplina (Paim; Almeida Filho, 2000; Vieira da Silva; Paim; Schraiber, 2023).

Saúde Coletiva não é uma disciplina *per se* (Paim; Almeida Filho, 1999 *apud* Campos, 2000; Paim; Almeida Filho, 2000; Vieira-da-Silva; Paim; Schraiber, 2023).

Saúde Coletiva é uma área, um espaço social [...] (Vieira-da-Silva; Paim; Schraiber, 2023).

Saúde Coletiva é “um saber constitutivo e essencial a todas as práticas em saúde [...]” (Campos, 2000, p. 223).

Saúde Coletiva é um “campo vivo” [...] (Schraiber, 2008, p. 9).

Saúde Coletiva é “um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar [...]” (Paim; Almeida Filho, 2000, p. 63).

Saúde Coletiva é “um campo científico quanto um movimento ideológico [...]” (Paim; Almeida Filho, 1999 *apud* Campos, 2000, p. 220).

Saúde Coletiva: “[...] espaço *multiprofissional e interdisciplinar* [...] tem evoluído na direção de um *campo* [...]” (Vieira-da-Silva; Paim; Schraiber, 2023, p. 9-10).

Saúde coletiva: “[...] campo científico e político [...]” (Campos, 2023, p. 1.)

“[...] *campo*, no sentido concebido por Pierre Bourdieu, que corresponde a um *microcosmo social relativamente autônomo*, com objeto específico [...]” (Vieira-da-Silva; Paim; Schraiber, 2023, p. 10).

1. Inspirado no capítulo: VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva? In: ALMEIDA-FILHO, N. de; PAIM, J. S. (orgs.). **Saúde Coletiva**. Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2023. p. 21-33.

Figura 1: Exemplo de um microcosmo social relativamente autônomo



Fonte: Freepik

Saúde Coletiva: “construção sócio-histórica de sujeitos concretos” (Campos, 2000, p. 219).

Entendida “a partir do lugar sócio-histórico no qual se situa e [seu processo de desenvolvimento depende] das relações intersubjetivas que estabelece com os seus sujeitos” (Freitas, 2002, p. 29).

Três dimensões constituem a Saúde Coletiva: corrente de pensamento, movimento social e prática teórica” (Nunes, 1994, p. 5).

Figura 2: Nuvem de palavras



Fonte: Elaborada pelos autores

## Gênese e Identidade

A Saúde Coletiva nasceu da crítica ao positivismo<sup>2</sup> e [...] “à saúde pública tradicional constituída à imagem e semelhança da tecnociência e do modelo biomédico” (Carvalho, 1995, p. 110).

A Saúde Coletiva tem uma identidade consolidada? Isto é, tem um **núcleo de** saberes e práticas consolidado?

Não. A Saúde Coletiva está em constante construção/produção (Schraiber, 2008).

A identidade da Saúde Coletiva é “de difícil elaboração e ainda em desenvolvimento” (Osório; Schraiber, 2015, p. 205).

“[...] é importante assumir que toda produção é uma coprodução em que o produtor é também modificado pelo produto” (Campos, 2000, p. 223).

Em toda produção, a um só tempo, o produtor produz e é modificado pelo produto. Se o produtor é também modificado pelo produto, o processo de construção da Saúde Coletiva constitui sujeitos (Paim, 2005 *apud* Hartz; Silva, 2005).

Nesse sentido, a Saúde Coletiva é o espaço potente para a produção do perfil do egresso recomendado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Ciências da Saúde: reflexivo, crítico e humanista.

---

2. Teoria do conhecimento fundada pelo francês Augusto Comte (1798-1857) sustentada “sobre duas premissas essenciais, estreitamente ligadas: 1) A sociedade pode ser epistemologicamente assimilada à natureza (o que nós chamaremos de ‘naturalismo positivista’); na vida social reina uma harmonia natural. 2) A sociedade é regida por leis naturais, quer dizer, leis invariáveis, independentes da vontade e da ação humana” (Löwy, 1978, p. 10). Leis naturais: leis das ciências da natureza: física, química, biologia.



# EPIDEMIOLOGIA

---

*Data de aceite: 02/05/2023*

### EPIDEMIA E ENDEMIA

Os termos “epidemia” e “endemia” foram derivados de *epidemeion* e *endemeion*. Hipócrates usou essas palavras na Escola de Cos há mais de 2.400 anos, como forma de incorporar uma perspectiva comunitária para compreender as doenças [com a finalidade [de] diferenciar as [...] que visitam a comunidade – o verbo *epidemeion* significa “visitar” – daquelas que residem nela sem o significado adicional de uma ocorrência incomum ou séria; [logo, ele utilizou a palavra visitante] na criação de uma metodologia para estudar problemas de saúde comunitária” (Nájera, 1988 *apud* Buck *et al.*, 1988, p. 3).

de uma dupla tarefa. Por um lado, produzir conhecimentos científicos acerca da distribuição e determinação do processo saúde-doença em populações humanas e, por outro, fornecer subsídios aos serviços de saúde para o controle de doenças e agravos em saúde” (Barata, 2000, p, 313).

“É durante o século XIX que a sociedade passa a ser estudada cientificamente” (Barata, 2005, p. 9).

### EPIDEMIOLOGIA

“A epidemiologia, desde sua constituição como disciplina científica, no início do século XIX, buscou, nas ciências sociais, também nascentes, elementos teóricos, metodológicos e conceituais que lhe permitissem dar conta

Figura 3: Rita de Cássia Barradas Barata



Fonte: Memória ENSP

## RAÍZES HISTÓRICAS DA EPIDEMIOLOGIA

“Quatro acontecimentos participaram da constituição da epidemiologia como disciplina científica: [...] o nascimento da clínica; o desenvolvimento da bioestatística; a filosofia positivista; e a medicina social” (Barata, 1997, p. 36).

Em produção posterior e citando Foucault, Mill e Rosen, Barata (2000, p. 313-314) apresenta as raízes históricas de modo mais detalhado, como segue: (a) “[...] a revolução operada pela anatomia patológica na concepção de doença e na prática clínica, acontecimento fundador para o nascimento da clínica, forneceu à epidemiologia os instrumentos necessários para a individualização mais objetiva dos casos (Foucault, 1977) [...]”; (b) a possibilidade de identificar de maneira mais objetiva os ‘casos’ e os ‘não-casos’ permitiu à epidemiologia utilizar a teoria das probabilidades [...] como recurso analítico para o estudo da dimensão coletiva do fenômeno saúde-doença (Rosen, 1980); (c) a consolidação da filosofia positivista deu à epidemiologia a sustentação lógica necessária [...] para a realização metódica do procedimento de comparação (Mill, 1984); (d) os movimentos revolucionários proletários e a medicina social aproximaram a epidemiologia das ciências humanas, fornecendo-lhe não apenas o conteúdo ético de suas práticas voltadas para a superação das desigualdades entre os homens, como também os elementos teóricos necessários para a interpretação e explicação compreensiva dos processos de produção da saúde e da doença, em dimensão coletiva” (Rosen, 1980).

## EPIDEMIOLOGIA SOCIAL LATINO-AMERICANA<sup>1</sup>

A matriz teórica da epidemiologia social latino-americana é a teoria da determinação social do processo saúde-doença por conferir “importância à organização social na produção do processo saúde-doença e por pensar esse processo necessariamente em perspectiva histórica, vale dizer, sofrendo as transformações decorrentes do desenrolar da história dos homens e das mudanças que marcam a relação destes entre si e com a natureza, na produção de sua vida material” (Laurell, 1983 *apud* Barata, 2000, p. 317).

Figura 4: Asa Cristina Laurell



Fonte: Cadernos de Saúde Pública

### Determinação Social do Processo Saúde-Doença

A determinação social busca compreender e explicar a produção do processo saúde-doença de populações humanas com base no modo como a sociedade se organiza: “[...] cada formação social cria determinado padrão de desgaste e reprodução e sugere um modo concreto de desenvolver a investigação” (Laurell, 1982, p. 15).

A teoria da determinação social pressupõe um aproveitamento amplo das ciências sociais, uma vez que a compreensão dos “processos históricos de organização são do âmbito da sociologia, da história e da ciência política, no plano mais geral, e da geografia, da antropologia e da demografia, no plano particular” (Barata, 2000, p. 317-318).

1. Sinônimo de Epidemiologia crítica (Laurell, 1977; Breilh, 1990).

Ao incorporar centralmente a teoria da determinação social, a abordagem epidemiológica latino-americana “abandona de vez a ideia de causalidade, substituindo-a pela ideia de determinação-mediação, o que significa, na prática investigativa, a necessidade de construir modelos explicativos articulados mais do que estudar funções de ocorrência ou associações entre eventos” (Barata, 2000, p. 318).

“A determinação social é o processo pelo qual os determinantes [...] põem limites ou exercem pressão sobre outras dimensões da realidade, sem serem necessariamente determinísticos. Dessas dimensões resultam diferentes perfis epidemiológicos. Essa definição de determinação social filia-se ao estudo realizado no Equador, em 1990, com 147 unidades territoriais (cantões) de máxima degradação estatística com o objetivo de” (Breilh *et al.*, 1990 *apud* Barata, 2005, p. 13):

“Ao considerar o cálculo de índices de deterioração social é possível propor que os espaços explorados e os grupos humanos sujeitos a relações produtivas atrasadas são os que apresentam os maiores problemas em termos de qualidade de vida e saúde. Essas relações se expressam em altas taxas de mortalidade por doenças ligadas à deterioração básica, altas taxas de morbidade e desnutrição, que obviamente constituem problemas prioritários, que, logicamente, não podem ser resolvidos como tais sem atacar sua raiz determinante. Os problemas prioritários não estão apenas nesses níveis gerais de relações e nos efeitos ou resultados específicos da saúde-doença, mas também nas condições particulares de trabalho (jornada de trabalho, intensidade, relações com objetos e instrumentos perigosos, etc.), consumo (moradia, educação, recreação, uso de serviços de saúde, etc.) e troca de bens materiais e simbólicos (capacidade de tomada de decisão e integração significativa de bens na reprodução da cultura e da vida) em que vive a população equatoriana. [...] Constatou-se que 36% dos cantões (regiões) equatorianos sofriam degradação severa e más condições de consumo e o grau de degradação estava relacionado ao tipo de organização produtiva e a respectiva composição social” (Breilh; Granda, 1990 *apud* Breilh *et al.*, 1990, p. 162-163 - tradução nossa).



Figura 5: Jaime Breilh



Fonte: Revista Movimento

De acordo com o art. 3º das Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina o(a) graduado(a) deverá ter “como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença”, além de formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética.

Brasil, 2014.

### **Determinante fundamental de saúde-doença: reprodução social**

“A reprodução social analisa o movimento da vida social no espaço histórico-natural completo e permite formular o sistema de contradições que determinam esse movimento. [...] A reprodução social se interpreta em duas dimensões: a grande reprodução social no nível geral, que no caso de nossas sociedades adquire o caráter histórico de acumulação do capital e, dentro desta, as formas particulares de reprodução social dos grupos ou classes específicas que a conformam” (Breilh *et al.*, 1990, p. 26-27 - tradução nossa).

“O conhecimento objetivo da saúde e seus problemas devem relacionar as formas de vida ou de reprodução social que caracterizam os diferentes grupos sociais, seus padrões de trabalho e consumo, suas modalidades de atividade prática, suas formas organizativas e

sua cultura com o comportamento de seus organismos e as doenças que os afetam. Tanto as modalidades de vida, nas quais surgem os processos destrutivos ou deteriorantes, como os padrões de doença que os expressam, são característicos de cada grupo ou classe social” (Breilh, 1990, p. 23 - tradução nossa).

“[...] os problemas que determinam as doenças [...] não são gerados apenas nos organismos individuais nem se encontram apenas no corpo humano. Pelo contrário, são processos que ocorrem na dimensão social da vida e têm as suas raízes nos modos de organização da sociedade e fundamentalmente nos correspondentes padrões de trabalho e consumo de diferentes grupos. Estas relações têm-se tornado cada vez mais evidentes e por esta razão, nas últimas décadas tem-se desenvolvido fortemente [...] a Medicina Social” (Breilh, 1990, p. 22 - tradução nossa).

“Os membros de cada classe social, de acordo ao seu especial modo de inserção na esfera produtiva, seus padrões característicos de consumo, as suas formas específicas de organização e cultura, se desenvolvem no meio de um sistema contraditório, no qual se opõem, por um lado, os bens ou forças benéficas que protegem e melhoram a sua saúde e o avanço de seus processos biológicos e, por outro lado, os aspectos destrutivos que os constroem e deterioram. É precisamente este sistema de contradições entre bens e valores de uso de que desfrutam e forças deteriorantes de que sofrem, que tem sido chamado 'perfil de saúde-doença'. Por fim, o conjunto constituído pelo sistema de contradições (reprodução social) que modela a qualidade de vida e os padrões de saúde-doença resultantes é denominado 'perfil epidemiológico’” (Breilh, 1990, p. 23-24 - tradução nossa).

## **Relação entre saúde e meio geográfico**

“[...] nem a água, nem a umidade, nem o calor, nem os microrganismos e os mosquitos são ‘em si’ epidemiologicamente destrutivos, mas se um sistema irracional de exploração agrícola e florestal determina alterações na flora, se essa mesma irracionalidade permitiu a expansão das áreas de erosão, se modificações artificiais produzirem mudança no curso das águas, no comportamento dos insetos vetores ou disseminarem toxinas como alguns agrotóxicos, então essas condições naturais poderão ser incorporadas aos perfis de reprodução social dos trabalhadores rurais, ou da força de trabalho urbana que consome produtos agrícolas e desencadear um processo de deterioração da sua saúde e da sua família” (Breilh, 1990, p. 33 - tradução nossa).

## **Objetivo da investigação epidemiológica social**

“[...] captar a dinâmica estrutural da população e seus sistemas de contradição e, não, conforme a tradição, variáveis isoladas. Estas não mostram as diferenças de classe, que são resultantes da organização produtiva; não mostram complexos perfis epidemiológicos de cada classe; não possibilitam gerar um conhecimento novo” (Breilh, 1991 *apud* Batista, 1992, p. 165).

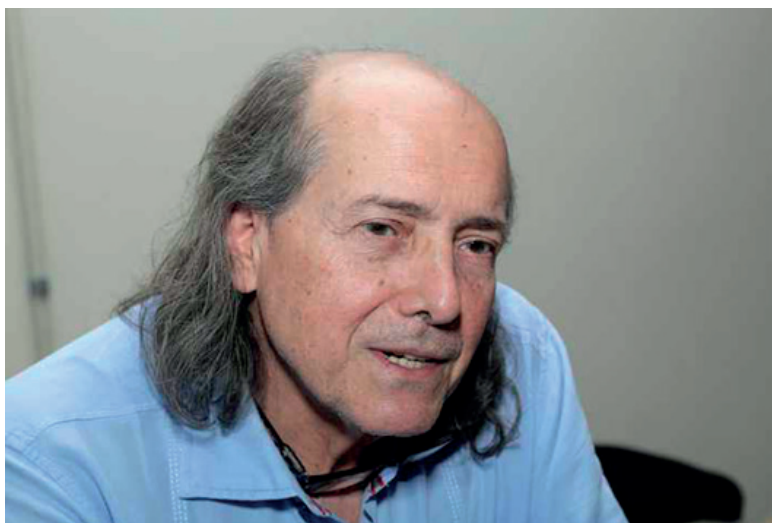
## Foco principal da epidemiologia social

Investigar “[...] o modo pelo qual a sociedade e os diferentes modos de organização social influenciam a saúde [...] dos indivíduos e dos grupos sociais, possibilitando a incorporação de suas experiências societárias, para a melhor compreensão de como, onde e porque se dão as desigualdades na saúde” (Ramos, 2016, p. 221).

## Anos 80 e 90

“Nos países do Terceiro Mundo, a incorporação do conhecimento epidemiológico vem se fazendo de modo cada vez mais acelerado [com] o predomínio de uma postura marcadamente mais politizada, conquistando espaços ao tradicionalismo herdado do sanitarismo colonialista. Os programas da UAM no México, do CEAS no Equador e alguns centros de pós-graduação no Brasil são exemplos, na América Latina, dessa busca de uma Epidemiologia de acordo com os princípios teóricos da Medicina Social e mais adequada à realidade desses países. Essa linha de abordagem da questão poderia ser provisoriamente designada de ‘epidemiologia crítica’” (Almeida Filho, 1986, p. 309-310).

Figura 6: Naomar Monteiro de Almeida Filho



Fonte: UFMG

Movimentos que arrefeceram o encontro teórico e metodológico entre a Epidemiologia e as Ciências Sociais

Foram dois:

- a. "Desenvolvimento da teoria do germe/teoria do contágio (final do século XIX): ao ocultar a noção de estrutura epidemiológica, inseriu 'modelos mais ou menos simplificados de multicausalidade', tais como balança de Gordon, rede de cau-

salidade de MacMahon, 'pizzas' de causas componentes de Rothman, tríade ecológica de Leavell & Clark" (Susser, 1973 *apud* Barata, 2000, p. 315). Esta visão causalista se mantém hegemônica.

- b. Epidemiologia dos fatores de risco: "[...] uma série infindável de fatores que apresentam associações fortes com as doenças, são identificados como 'causas', sem que, de fato, haja um modelo coerente de articulação entre eles" (Barata, 2000 *apud* Barata 2005, p. 10).

Os "movimentos de enfraquecimento da relação entre a epidemiologia e as ciências sociais acabam por determinar o ocultamento do caráter coletivo e social da epidemiologia, levando à substituição da perspectiva populacional pela perspectiva individual nas investigações epidemiológicas. Como afirma Castellanos (1997), 'a Epidemiologia tem sido cada vez mais o estudo de problemas de saúde individual (sobretudo doenças e riscos) em populações'. A pesquisa epidemiológica tem se dedicado mais a responder 'Por que adoecem os indivíduos?', ao invés de, 'por que as populações têm determinado perfil de saúde?' ou 'por que determinados problemas são predominantes em determinadas populações?'" (Barata, 2005, p. 10).

### **Matriz de análise e intervenção da epidemiologia crítica (social): metacrítica**

Proposta por Jaime Breilh (2021 *apud* Pinheiro; Ribeiro; Ribeiro, 2023, p. 2), essa ousada matriz "[...] considera o processo histórico-crítico complexo de subsunção que incorpora as dimensões geral (sociedade, movimentos do capital, atores sociais), particular (classe social, gênero, etnia) e individual (estilo de vida, psiquismo), em um movimento dialético, não determinístico, gerando processos protetores e destrutivos para a saúde e a vida. Breilh defende uma nova interpretação, que combina desenhos de pesquisa, métodos quantitativos e qualitativos, em uma perspectiva transdisciplinar, intercultural, ecológica, participativa, decolonial e emancipatória. Essa construção teórico-metodológica é chamada de metacrítica e envolve diversos grupos e movimentos sociais, como sindicatos de trabalhadores, feministas, grupos étnicos, indigenistas, ambientalistas, equipes de defesa dos consumidores, associações comunitárias, entre outros. O autor conclui criticando o tradicional modelo de vigilância epidemiológica cartesiana e propõe o monitoramento participativo (baseado na Determinação Social da Saúde e incorporando o princípio da precaução), além de alertar sobre a importância da universidade nos processos de repensar e de emancipação social".

### **Resistência no Século XXI**

A epidemiologia social se apresenta às demais epidemiologias como "um ato de busca intelectual crítica compassiva e de resistência audaciosa para se confrontar com um mundo doente" (Breilh, 2021, p. 1).

## CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS

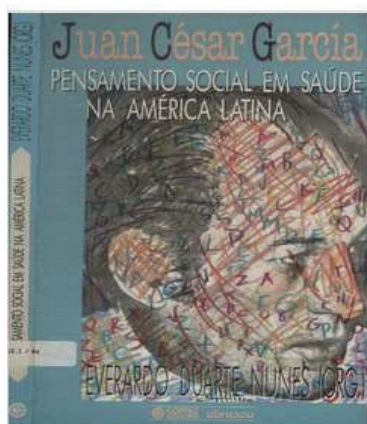
Data de aceite: 02/05/2023

“O estudo da história não é um luxo. A história determina nossa vida”  
(Sigerist, 1939 *apud* Nunes, 2019)

### PENSAMENTO SOCIAL EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

**Juan César García:** argentino, médico e sociólogo, consultor da OPAS em 1966. Na década de 1970, analisa “a medicina social e as ciências sociais relacionando-as não somente ao contexto

histórico, social, econômico e político latino-americano, mas dentro do enfoque do materialismo histórico. Destaco os seguintes pontos: vinculação da medicina à estrutura social; influência da estrutura social na produção e distribuição da doença; análise interna da produção de serviços médicos; relação da formação de pessoal de saúde com o campo médico” (Nunes, 2013, p. 1755-1756).



#### CLÁSICOS EN MEDICINA SOCIAL

### Juan César García entrevista a Juan César García

Juan César García

¿Existe en salud un campo del conocimiento científico que se ocupe de los aspectos sociales relacionados con el proceso salud-enfermedad y con los servicios de salud?

Si, y ha recibido diferentes denominaciones, entre otras, Medicina Social, Ciencias Sociales Aplicadas a Salud, Ciencias Sociales en Salud. La primera que “aparece” históricamente es Medicina Social y se refiere, en forma general, al objeto de estudio en ese campo del conocimiento. Los otros nombres designan las disciplinas incluidas en el mencionado campo del conocimiento y en algunas circunstancias se especifican las disciplinas particulares. Así, desde las ciencias sociales, la sociología médica, la economía médica, la economía política de la salud, etc., y desde las ciencias médicas, la epidemiología social, la higiene social

salud”. Es a partir de estos temas fundamentales que se produciría un cierto consenso sobre el ámbito de un campo de conocimiento que se considera como interdisciplinario. Es por esto que algunos autores insisten en el uso de términos generales como Medicina Social o Salud Colectiva, en lugar de expresiones que definen disciplinas o grupos de disciplinas específicas como sería el caso de Ciencias Sociales en Salud o Sociología Médica, en esa formas, y teniendo un cuerpo teórico común, podría darse la contribución de disciplinas sociales y de disciplinas “médicas” tales como epidemiología, higiene y saneamiento

¿Cuáles es la historia y el significado del término “Medicina Social”?

Mil ochocientos cuarenta y ocho (1848) es el año de nacimiento del concepto de Medicina Social. Es

Figura 7: Juan César García entrevista a Juan César García<sup>1</sup>

Fonte: Medicina Social

1. Este texto foi publicado originalmente em: NUNES, E. (ed.). **Ciências sociais y salud en América Latina. Tendencias y perspectivas.** Organización Panamericana de la Salud, 1986. Disponível em: <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/132/269>. Acesso em: 10 mar. 2024.

## MEDICINA SOCIAL

“O que denominamos de ‘Medicina Social’ apresenta uma evolução desde o século XIX [...] enquanto campo de estudo das relações entre a doença e a estrutura social [...] [as] ideias de reformadores [Rudolf Virchow um deles] apontavam para a medicina como uma ciência social [cujo] objeto [...] bem como as ideias e as práticas desse campo [...] estão ligados às condições concretas de cada formação social e à manifestação das diversas forças sociais em cada sociedade” (Marsiglia, 1984, p. 3-5).

Três princípios deveriam orientar as práticas de saúde e as pesquisas em medicina social:

- 1º - “a saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social – a sociedade tem obrigação de proteger e assegurar a saúde a seus membros”;
- 2º - “as condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a doença e tais relações devem ser submetidas à investigação científica”;
- 3º - “devem ser tomadas providências no sentido de promover a saúde e combater a doença, e as medidas devem ser tanto sociais como médicas” (Marsiglia, 1984, p. 3-5).

Figura 8: Regina Maria Giffoni Marsiglia



Fonte: Associação Brasileira de Educação Médica

“No entanto, com a derrota dos movimentos sociais de 1848, essas ideias e propostas foram afastadas. A nível do conhecimento, o desenvolvimento da bacteriologia nas décadas posteriores apontará para o estudo das doenças infecciosas centrando o conceito de causa da doença no agente, sem buscar relações com a situação social”.

Com a Revolução Russa de 1917 resgata-se “o social como determinante fundamental da doença, [mas] nas várias formações sociais capitalistas [predominou] até por volta da década de 40 [...] o conhecimento originado da bacteriologia e dos programas das classes trabalhadoras, baseados no seguro social [...]” (Marsiglia, 1984, p. 6).

Na década de 1930, desencadeou-se nos Estados Unidos da América o Movimento de Medicina Preventiva e Integral/Movimento Preventivista que “procurava enfrentar as questões da assistência através de uma redefinição das responsabilidades do profissional”. Nascia ali a Medicina Preventiva para a qual “os indivíduos são unidades bio-psico-sociais” e, com ela, o modelo da História Natural das Doenças no qual “o social participa como fator causal”. Essa perspectiva, argumenta Marques (1979 *apud* Marsiglia, 1984, p. 7), “não permite o reconhecimento da articulação existente entre a saúde e a estrutura social, levando a uma concepção estática dos problemas médicos, que se resume à descrição formal das relações entre tais problemas e outras esferas da estrutura social”.

“Doença e estrutura social não devem ser vistas como dois elementos ou dois fenômenos distintos, mas como partes de uma mesma totalidade que é histórica e socialmente condicionada” (Marsiglia, 1984, p. 8).

Projeto da medicina Social na constituição da Saúde Coletiva na perspectiva de Everardo Nunes (1994). Artigo “Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito”<sup>2</sup>

O artigo resgata o percurso histórico e conceitual da Saúde Coletiva, destacando a participação de dois projetos em sua construção:

- Projeto preventivista
- Projeto da medicina social

Figura 9: Everardo Nunes

## A importância da história para a formação médica



Fonte: Boletim da FCM Unicamp

2. NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 5–21, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bTHWsnDCM3h9Fpj73YGSGLgn/#>. Acesso em: 18 maio 2024.



Três momentos marcam a sua trajetória de conformação:

- I. Criação do Projeto preventivista: 1955-1965;
- II. Projeto preventivista + instauração do Projeto da medicina social: 1965 - finais dos anos 70;
- III. Saúde Coletiva: finais dos anos 70 até hoje (Nunes, 1994).

Figura 10: Momentos antecessores da Saúde Coletiva



Fonte: Elaborado pelos autores

“[...] mesmo sendo abordagens diferentes, que não podem ser confundidas, é possível encontrar no período mais recente aspectos das etapas anteriores” (Nunes, 1994, p. 6).

### **Período I - Projeto Preventivista (1955-1965)**

Inicia-se em reuniões no México e no Chile, na segunda metade dos anos 50, quando “[...] o que já se diagnosticava era a crise de uma determinada medicina, tanto em sua teoria, como em sua prática” (Nunes, 1994, p. 6).

Objeto das reuniões: projeto pedagógico de educação médica

a) No plano do conhecimento:

DE

“[...] biologização do ensino, calcado em práticas individuais e centradas no hospital [...]”

PARA

“[...] disciplinas e temas associados à epidemiologia [...] administração de serviços de saúde, bioestatística [...] dar espaço a alguns conceitos sociológicos, antropológicos, demográficos, epidemiológicos e ecológicos [...]”;

b) No plano político-ideológico:

“Medicina Comunitária e seu desenvolvimento nos programas extramuros” (Nunes, 1994, p. 7).

O contexto era de grandes transformações advindas do final da 2ª Guerra Mundial:

- Expansão econômica e aumento da produção industrial manufatureira, especialmente Argentina, Brasil, Chile e México;
- Com o aumento da produtividade da força de trabalho, maior participação estatal no processo de acumulação;
- Instauração da seguridade social;
- Progressivo uso dos antibióticos e técnicas cirúrgicas e consolidação da confiança na atenção médica individualizada;
- Destaque às teorias desenvolvimentistas; ganha vulto a ideia do círculo vicioso pobreza-doença;
- Fim de governos populistas Peron, Vargas (Nunes, 1991 apud Nunes, 1994).

A partir deste projeto tenta-se implantar “[...] a ideia de um campo de saber e práticas denominado de Medicina Preventiva e Social [...]” (Nunes, 1994, p. 8).

No entanto, no “final dos anos 60 e início dos 70, inclusive sob o impacto da Reforma Universitária (1968), [começa-se a discutir na América Latina] as diferenças entre medicina preventiva, medicina social e saúde pública” (García, 1972; Arouca, 1975 apud Nunes, 1994, p. 8).

“A própria Organização Pan Americana da Saúde, que havia estimulado a difusão de um pensamento preventivista, assume [...] que as reformas preconizadas não haviam se integrado no processo global da escola médica, e que a integração com a comunidade estava baseada em esquemas artificiais e desvinculados dos serviços existentes na comunidade” (Nunes, 1994, p. 9).

## **Período II - Projeto da medicina social (1965 - finais dos anos 70)**

Inicia-se em reuniões latino-americanas, na segunda metade dos anos 60, da constatação de que as reformas não resultaram em integração comunitária e a dimensão social fora ofuscada pela dimensão preventiva (Nunes, 1994).

Objeto das reuniões: projeto pedagógico de educação médica

a) No plano do conhecimento:

Escolas médicas devem “[...] integrar em seus currículos a dimensão do social” [e devem incluir em seus currículos] “a economia e a sociologia da medicina (Nunes, 1994, p. 10).

Quadro conceitual da medicina social:

“[...] considerar que em cada formação social concreta a educação cumpre um papel fundamental na reprodução da organização dos serviços de saúde” (Nunes, 1994, p. 11).

“[...] alguns departamentos de Medicina Preventiva passaram a adotar, tendencialmente uma posição potencialmente mais inovadora, uma posição de crítica

construtiva da realidade médico-social e da prática da medicina, fundamentada bem mais no modelo de Medicina Social do que no modelo original de Medicina Preventiva” (Silva, 1973 *apud* Nunes, 1994, p. 11).

“[...] assistia-se, já no final dos anos 60, ao início da crise do que se pode chamar do modelo de Saúde Pública desenvolvimentista, que havia postulado que um dos efeitos do crescimento econômico seria a melhoria das condições de saúde” (Laurell, 1986 *apud* Nunes, 1994, p. 12).

Abria-se o caminho da pesquisa na área: primeiros cursos de pós-graduação *stricto sensu*

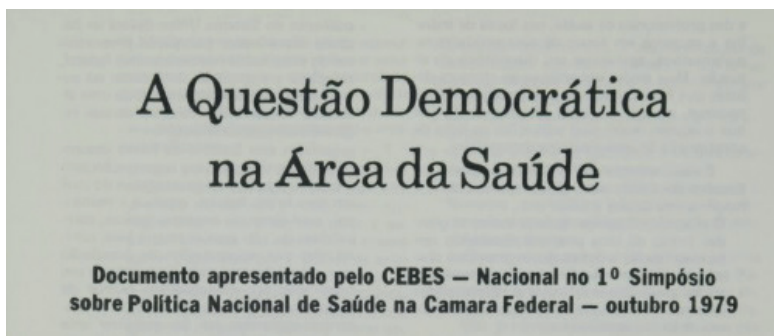
“Formar mestres e doutores em medicina preventiva, saúde pública e medicina social” (Nunes, 1994, p. 10).

Em 1974, inicia-se o mestrado em Medicina Social do Instituto de Medicina Social na UERJ que “visava a formar um médico com conhecimentos nas áreas de epidemiologia, planejamento e ciências sociais de tal modo entrelaçados que lhe permitissem uma ação polivalente, crítica e transformadora” (Bezerra Jr.; Sayd, 1993 *apud* Nunes, 1994, p. 14).

### Período III - Saúde Coletiva<sup>3</sup>

Finais dos anos 70 até hoje (Nunes, 1994).

Figura 11: Primeira proposta de um sistema universal de saúde



Fonte: Cebes (1979)

Foi no “Instituto de Medicina Social que nasceu em 1975 a primeira proposta intelectual sistemática [...] de um sistema universal de saúde” (Fiori, 2021).

3. Sugestão de leitura: Nunes, E. D. A importância da história para a formação médica. **Boletim Ciências Médicas**, Unicamp, v. 12, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/boletimfcm/entre-vista/importancia-da-historia-para-formacao-medica>. Acesso em: 18 maio 2024.

Figura 12: A questão democrática na área da saúde



Documento apresentado pelo CEBES – Nacional no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal – Outubro 1979.

Fonte: Cebes (2015)

Em meados dos anos 70, a expressão Medicina Social passa a ser usada como sinônimo de Medicina de Família e Medicina Geral. Na nossa perspectiva, essa mudança representa uma derrota da Medicina Social (Rita Gabrielli).

“Sendo uma especialidade nova, a Medicina Geral Comunitária depara-se com problemas teóricos de ordem conceitual e problemas práticos relativos a mercado de trabalho e às condições de formação do profissional [...]” (Abath, 1984, p. 166).

“Cuidados primários de saúde constituem o núcleo básico do perfil ocupacional do médico geral comunitário que deve atuar como membro de equipe multiprofissional, no contexto mais amplo de sistemas regionalizados e hierarquizados de serviços de saúde” (Abath, 1984, p. 166).

“Vários nomes são dados aos médicos que exercem a Medicina Geral Comunitária (sem adjetivos) médicos gerais, clínicos gerais, médicos generalistas, médicos de assistência primária, médicos de primeira linha, médicos polivalentes, médicos de família, médicos comunitários, médicos familiares comunitários, médicos gerais familiares e médicos gerais comunitários” (Abath, 1984, p. 166).

## PENSAMENTO SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL<sup>4</sup>

Que medicina para o Brasil?

Maria Cecília Ferro Donnangelo (1940-1983).

“A professora Cecília Donnangelo foi um gênio da Saúde Coletiva” (Campos, 2011 *apud* Donnangelo, 2011, p. 9).

Figura 13: Maria Cecília Ferro Donnangelo



Fonte: Universidade de São Paulo

Com base na leitura do artigo de Everardo Nunes, intitulado “Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde” (Nunes, 2008), foi possível compreender a importância de Donnangelo para a nossa formação.

Desde já, registra-se que essa professora, natural de Araraquara (SP), pedagoga, é responsável por muito mais coisas do que imaginamos na criação da Saúde Coletiva e na luta por uma medicina para o Brasil. Vejamos alguns de seus feitos:

- Sua deslumbrante obra “Saúde e Sociedade” inaugurou o pensamento social em saúde quando as ciências sociais davam seus primeiros passos em direção ao campo da saúde;
- Ingressou, em 1969, no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde permaneceu até a sua morte em 1983;
- Pioneira na forma humanista de enxergar o mundo e analisá-lo no exercício da docência;

---

4. Neste tópico constam reflexões e uma síntese ao final dos alunos que “leram Donnangelo” (grifo nosso).

- Contribuiu na criação do Programa de Ciências Sociais para o Curso de Graduação em Medicina da Universidade de São Paulo por meio de palestras na cadeira de Medicina Legal e Social da instituição;
- Pioneira no ideal de unir diferentes áreas à medicina, principalmente a ciência básica, a clínica e a medicina social;
- Ciências médicas são ciências sociais, eis uma síntese de seu legado.
- Conceitos ampliados de saúde, com base na sociedade de classe, foram propostos por ela.

Uma das principais bases do estudo da autora é a previdência social, o que nos levou a refletir sobre a importância de estudos sobre a institucionalidade da previdência, na nossa formação, já que no século passado essa pauta já servia como base para o caminho do pensamento de uma medicina para o Brasil.

Em sua tese de doutorado “Medicina e Sociedade”, defendida, em 1973, na Faculdade de Medicina da USP, publicada em formato de livro em 1975 e em segunda edição em 2011, com o título “Medicina & Sociedade”, Donnangelo expressou que: (a) o médico se havia tornado uma mercadoria em circulação e isso passaria a prejudicar o sistema de saúde pública; (b) caminhava-se para uma realidade em que o beneficiado, ao fim e ao cabo, seriam as empresas e não a sociedade de pacientes que anseiam por uma cura; (c) a estruturação do modelo que articula a medicina e o mercado de trabalho, analisada por um viés de materialismo histórico, arquiteta muito bem a medicina como prática teórica, tornando-a objeto de estudo para as próximas gerações.

O crescimento do capitalismo neoliberal gera o afastamento da relação médico-paciente: eis outra síntese de seu legado.

E, agora, quatro de suas qualidades acadêmicas:

- a. Senso crítico, ao denunciar que as disciplinas do curso médico eram totalmente artificiais porque cresceram além dos limites delas e ao compartilhar que as profissões são analisadas a partir de atributos;
- b. Rigor analítico (sua análise tem como ponto de partida a atuação do Estado e do avanço do capitalismo no Brasil);
- c. Potência reflexiva;
- d. Densidade literária.;

Frases da professora Cecília Donnangelo (2011) que nos chamaram atenção, extraídas de sua tese de doutorado “Medicina & Sociedade”.

“Difícilmente se poderia sustentar que o estado, na sociedade brasileira, desenvolveu qualquer política deliberada de implantação e controle de programas de assistência médica” (Donnangelo, 2011, p. 44-45).

“A hierarquização dos médicos em termos de critérios, como renda, prestígio, qualificação profissional, não constitui, obviamente, fenômeno recente. Nesse sentido, não é apenas sua ocorrência, mas o fato de que novos fatores diretamente relacionados à reorganização do mercado passem a interferir com ela, que torna significativo seu registro” (Donnangelo, 2011, p. 152).

“Atendo-se, todavia, aos dados obtidos, parece possível admitir que a 'ideologia liberal' não corresponde, de imediato, às expectativas de grande parte dos produtores, ao menos na medida em que não encontra possibilidades significativas de efetivação no mercado” (Donnangelo, 2011, p. 196).

Frases da professora Cecília Donnangelo que nos chamaram atenção, extraídas do livro “Saúde e Sociedade” editado em 1979, que corresponde à reprodução do texto original de sua tese de livre-docência intitulada “Medicina e Estrutura Social (O Campo de Emergência da Medicina Comunitária)”, defendida em agosto de 1976 junto ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP:

“A medicina deve abrir-se para o espaço social e assumir, ao final, a tarefa de suprimir a doença. Mas deve fazê-lo no interior de um projeto que implica também a reestruturação da sociedade, com a depuração de todos os seus males [...] e a reestruturação de seus instrumentos e objeto – pois eleger-se como campo de seu exercício os limites amplos da vida coletiva – a realização de uma tarefa política” (Donnangelo; Pereira, 1979, p. 19).

“A percepção da desigualdade no plano da distribuição e do consumo de bens, mesmo quando implica o deslocamento das relações de produção do centro do processo político-ideológico, não corresponde, todavia, à superação dos antagonismos” (Donnangelo; Pereira, 1979, p. 45).

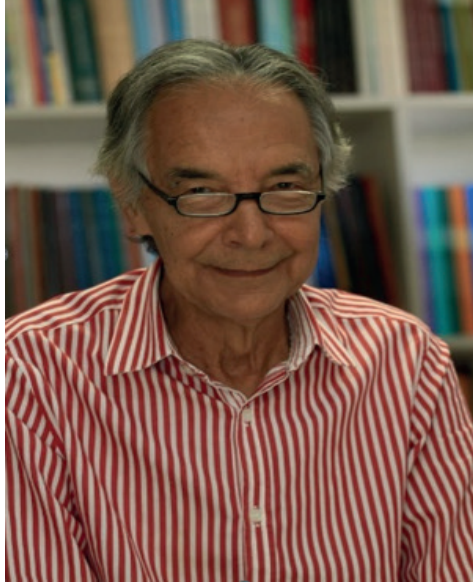
“Sanitarismo de uma parte, assistência ao pobre – em grande parte através da caridade pública – constituirão os principais elementos do processo de medicalização até o século seguinte” (Donnangelo; Pereira, 1979, p. 61).

## **MOVIMENTOS SOCIAIS**

### **Sobre CEBES**

“Na segunda metade da década de setenta, enquanto se aprofundam as contradições no âmbito do setor saúde (Paim, 2007, p. 75), [surge] um movimento postulando a democratização da saúde, justamente num período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura. Estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde passaram a defender mudanças na saúde, culminando com a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) em 1976” (Fleury, 1997 *apud* Paim, 2007, p. 21-22).

Figura 14: Jairnilson Paim



Fonte: Jornal Correio

Com o Cebes “emerge [...] o movimento da democratização da saúde, ‘movimento sanitário’ ou ‘movimento da Reforma Sanitária’, enquanto conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomam a saúde como referente fundamental” (Paim, 2007, p. 150).

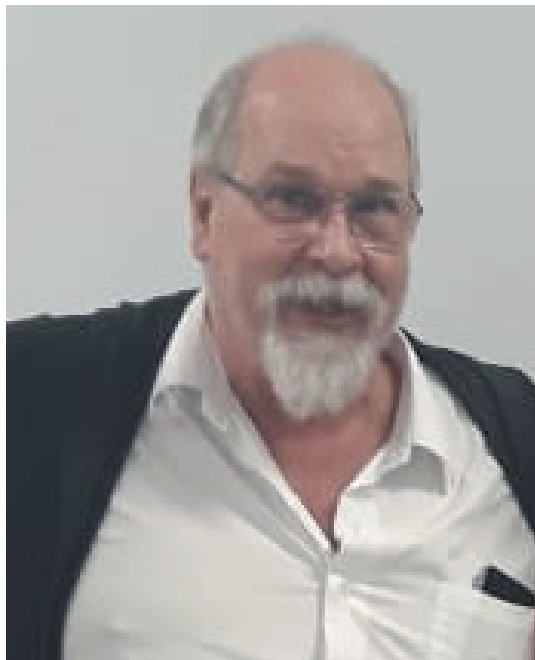
O “movimento da democratização da saúde teve o Cebes como seu intelectual coletivo, passando por vários momentos: denúncia e resistência contra a ditadura e suas políticas antissociais e privatizantes; articulação com outros movimentos sociais; apoio crítico às políticas racionalizadoras do Estado autoritário; e formulação de propostas alternativas parcialmente absorvidas pelos governos estaduais e municipais a partir das eleições diretas de 1982 e pelo Governo da Transição, depois de 1985” (Paim, 2007, p. 153).

“O trabalho de divulgação do Cebes, ao longo do ano de 1977, estendeu-se por vários estados e, para proporcionar a participação de todos, foram criados os núcleos regionais do Cebes inicialmente nos estados de Pernambuco, Paraíba, Bahia, Ceará, Piauí, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro e São Paulo. Destacam-se os estados de Minas Gerais - com a presença de núcleos em Ponte Nova, Montes Claros e Belo Horizonte - e São Paulo - com a presença de um núcleo na cidade de Campinas. Em 1978, núcleos foram criados e consolidados no Distrito Federal, Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Com isso, após dois anos de funcionamento, o Cebes possuía 14 núcleos regionais espalhados por quase todos os estados brasileiros, incluindo-se o núcleo de Niterói, no Rio de Janeiro” (Sophia, 2012). O núcleo do Cebes de Florianópolis



foi organizado por Marcão! (Rita Gabrielli).

Figura 15: Marco Aurelio Da Ros (Marcão)



Fonte: Acervo MPSGT/UNIVALI

“No período anterior à promulgação da Constituição Federal de 1988, artigos publicados no periódico do CEBES, [Saúde em Debate], sinalizaram que a política econômica reinava como responsável pela restrição do acesso da população a bens essenciais, afetando, então, as condições de saúde do povo brasileiro. Nesse âmbito, cabe citar fragmentos de duas produções: [...] saúde [...] não escapou a deterioração observada, [...] as mudanças no setor devem estar compatibilizadas com uma política econômica e social que permita um desenvolvimento, com justa distribuição de renda, voltado para os reais interesses da Nação e que vise ao objetivo último da justiça social” (CONASS, 1985 *apud* Alves; Lima, 2018, p. 345).

“[...] a melhoria das condições de saúde da população só pode advir de uma política econômica socialmente justa que permita condições de vida mais adequadas à maioria da população (CONASS, 1985 *apud* Alves; Lima, 2018, p. 345).

Ao considerar a saúde como “resultante das formas de organização social de produção” e de suas condições (Brasil, 1986, p. 4), essas formas e, conseqüentemente, “as escolhas econômicas passaram a ser entendidas como corresponsáveis pela conjuntura decadente delineada no campo da saúde, no período da luta pela redemocratização” (Alves; Lima, 2018, p. 346).

## Sobre Abrasco

“Criada em 27 de setembro de 1979, exatamente um mês após a assinatura da lei de anistia, que representava o início de um novo período da vida política brasileira, a Abrasco reflete ao longo de sua trajetória uma íntima relação com as transformações que ocorreram não só no âmbito da Saúde Pública, mas também no contexto político institucional brasileiro, resultando da ativa participação de um conjunto de atores nesse cenário” (Fonseca, 2006, p. 21).

“Apesar de sua criação ter-se dado no final da década de 1970, o surgimento da Abrasco deve ser observado como um dos frutos das transformações que já vinham ocorrendo em particular a partir da segunda metade dos anos 1970. Esta é uma década que se inicia com o país ainda sob o comando militar, marcada pelo ápice da repressão política, principalmente em seus primeiros anos até 1974, quando tem início um lento processo de liberalização do sistema de governo, que nessa década culmina com a decretação da anistia em 1979. Neste ano foi extinto o bipartidarismo forçado instituído pelos militares entre Arena e MDB, entrando na cena política seis novos partidos<sup>5</sup>. Esse é, portanto, um momento de redefinição de alianças, de rearranjo no quadro político nacional, em que as forças políticas organizadas procuravam se fortalecer para constituir, defender e assegurar um regime democrático no país, que teria início em 1985 com a eleição indireta de Tancredo Neves, marcando o fim dos governos militares” (Fonseca, 2006, p. 23).

Além das “dimensões políticas [da] trajetória [e do] processo de constituição e desenvolvimento institucional [...], a Abrasco apresentou uma importante dimensão acadêmica. Na realidade, o próprio surgimento da instituição é também reflexo das transformações no processo de formação e especialização em Saúde Pública que se desencadeou principalmente a partir dos anos 1970” (Fonseca, 2006, p. 34).

## Sobre Alames

A Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames) é uma organização política sem fins lucrativos, formalmente constituída em 1984 durante o III Seminário Latino-Americano de Medicina Social, realizado em Ouro Preto, Brasil.

Fazem parte da Alames pessoas vinculadas a diferentes campos da teoria e prática da Medicina Social/Saúde Coletiva, que se organizam em núcleos em cada país do continente. Quando já existem organizações que expressem o pensamento da Medicina Social/Saúde Coletiva, se assume que estes são os núcleos de Alames nestes países, como o caso do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que representa a Alames no Brasil.

Os objetivos da Alames são orientados para disseminar o pensamento da Medicina

---

5. Os novos partidos foram: PT, PMDB, PDT, PTB, PDS e PP (Carvalho, 2005 *apud* Fonseca, 2006, p. 23).

Social/Saúde Coletiva no continente; defender a saúde como direito humano fundamental, parte do direito à vida; se contrapor à visão da saúde como mercadoria e ao neoliberalismo como uma ordem global que deteriora o planeta e a dignidade humana; produzir, sistematizar e publicar os avanços do conhecimento, do fazer e do sentir da Medicina Social/Saúde Coletiva; solidarizar-se com os/as lutadores/as em defesa da saúde, do direito a uma vida digna e do planeta terra; defender os princípios da dignidade, soberania e respeito aos povos; incorporar os saberes tradicionais nos debates do campo da Medicina Social/Saúde Coletiva (Cebes, 1984).

### **Sobre Movimento de Reforma Sanitária**

Movimento de luta em prol de um sistema público universal, gestado nos anos de 1970, “a partir da iniciativa de David Capistrano Filho, médico sanitarista e militante político, que conseguiu aglutinar um conjunto de acadêmicos, estudantes, profissionais e movimentos sociais em um efervescente debate sobre a saúde pública em um difícil momento histórico brasileiro que foi o período da ditadura militar (1964-1984)” (Costa *et al.*, 2020, p. 135).

Capistrano foi “líder estudantil, médico, jornalista militante, autor e editor de livros, articulador político, conferencista, secretário municipal de saúde, prefeito de Santos, consultor do Ministério da Saúde. Esteve na linha de frente das discussões sobre a reforma sanitária. Sua atuação na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que serviu de base ao capítulo de saúde da Constituição, é reconhecida por todos. Lutou como poucos pela formulação e pela implementação do SUS” (Wagner, 2003).

Figura 16: David Capistrano Filho



Fonte: Cebes

David Capistrano “[...] foi um desbravador, passou a vida aventurando caminhos diferentes do habitual. Desejava transformar a Terra em um lugar em que o homem e a mulher não estivessem submetidos à exploração e a dominação. David foi um gênio da luta popular: acreditava na vida, na alegria e no prazer; e, como é peculiar aos criadores, não media os limites com a mesma régua que a do bom senso. Foi um especialista em tomar o céu de assalto” (Wagner, 2003).

“Os ‘anos Geisel’, cenário em que se desenvolveu o movimento sanitário, caracterizaram-se como um momento de crescimento dos movimentos sociais. A articulação de um grupo de pessoas em torno de um pensamento e de uma proposta de transformação do setor saúde, o movimento sanitário, foi parte desses movimentos da sociedade civil brasileira com uma atuação bem definida e bem visível para outros setores” (Escorel, 1999, p. 63).

Figura 17: Sarah Escorel



Fonte: Memória ENSP

O movimento sanitário “é um movimento social [...] com as características e configurações próprias dessa categoria. Apresenta uma trajetória diferenciada da defesa de interesses particulares característica dos *lobbies* e se revelou mais permanente do que uma movimentação passageira ou pontual. Vê-se a formação do movimento sanitário como uma articulação de pessoas e grupos que, no momento da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, apresentava tendências crescentes em números de integrantes como

no campo de atuação” (Escorel, 1999, p. 63).

O Movimento Sanitário emerge como um “conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não articulados ao redor de um projeto” (Escorel, 1999), cujo desenho e conteúdo foram sendo construídos ao longo do tempo a partir de um conjunto de práticas que Arouca (1976) caracterizou em três níveis: a prática teórica (construção do saber), a prática ideológica (transformação da consciência) e a prática política (transformação das relações sociais)” (Carvalho, 1995, p. 48).

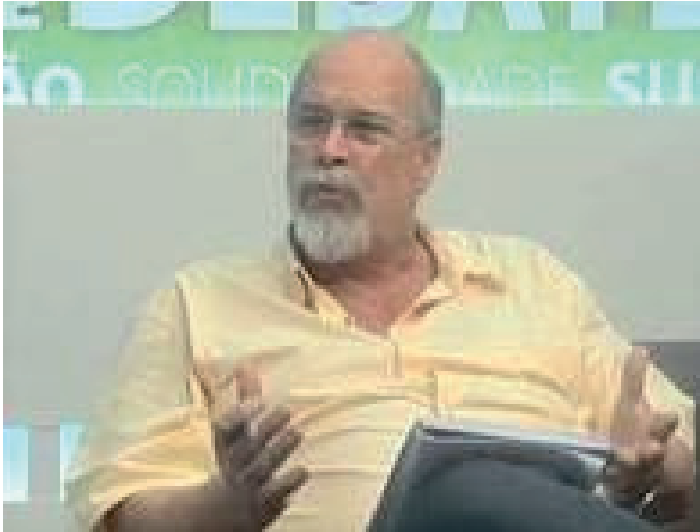
Figura 18: Antônio Ivo de Carvalho (*in memoriam*)



Fonte: Abrasco

“Movimento Sanitário é a denominação dada para o ator social coletivo que propugna uma Reforma Sanitária, com a bandeira principal da criação de um sistema de saúde, como direito para todos e dever do Estado, que se constitui a partir da década de 70, no Brasil” (Da Ros, 2000, p. 12).

Figura 19: Marco Aurélio Da Ros



Fonte: Associação Catarinense de Medicina

A Reforma Sanitária brasileira foi analisada por Paim (2007, p. 32) como “*ideia-proposta-projeto-movimento-processo* [...] enquanto fenômeno histórico e social [...] *Ideia*: Percepção, representação, pensamento inicial; *Proposta*: Conjunto articulado de princípios e proposições políticas; *Projeto*: Conjunto de políticas articuladas; *Movimento*: Conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais; *Processo*: Conjunto de atos, em distintos movimentos e espaços, que realizam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas”.

Pilares do Movimento de Reforma Sanitária (Cohn, 1989; Escorel, 1999; Costa *et al.*, 2020; Fiori, 2021):

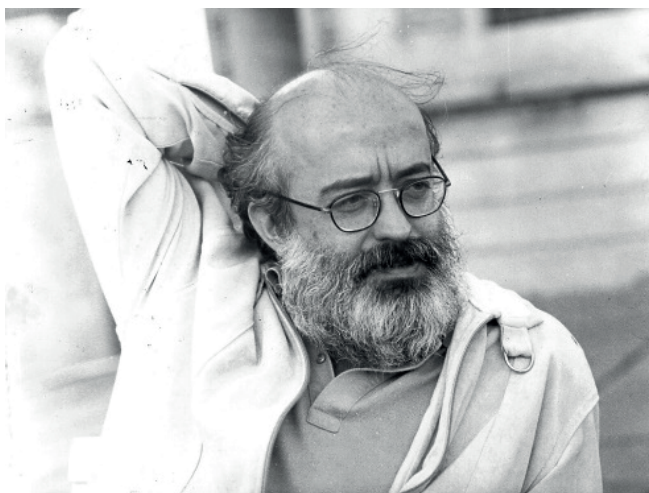
- a. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes);
- b. Instituto de Medicina Social da UERJ;
- c. Departamentos de Medicina Preventiva e Social das universidades públicas;
- d. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco);
- e. Escolas de Saúde Pública;
- f. Programas de Pós-Graduação em Saúde Comunitária;
- g. Movimento Estudantil;
- h. Movimento dos Médicos Residentes;
- i. Movimento de Renovação Médica;

- j. Projeto Montes Claros;
- k. Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass);
- l. Movimentos Sociais: comunidades eclesiais de base, pastorais, movimentos de favelas;
- m. Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde “[...] espaço institucional do Estado permeável à ação da esquerda [...]” (Paiva; Teixeira, 2014, p. 28).

Em uma de suas entrevistas ao PASQUIM, Arouca fez o seguinte depoimento:

“Nós fizemos a reforma sanitária que criou o SUS, mas o núcleo dele, desumanizado, medicalizado, está errado. Temos de entrar no coração deste modelo e mudar. Qual o fundamento? Primeiro é a promoção da saúde e não da doença. O SUS tem de, em primeiro lugar, perguntar o que está acontecendo no cotidiano das vidas das pessoas e como eu posso interferir para torná-la mais saudável” (Sergio Arouca, O Pasquim 21, nova versão, nº 28, 20 de agosto de 2002).

Figura 20: Sergio Arouca



Fonte: Flickr

Em 2003, Arouca comenta em uma entrevista: “A discussão substantiva que o campo do pensamento crítico da oposição deve assumir é a mudança do modelo assistencial, retomando a Reforma Sanitária e reformando o SUS [...]. A possibilidade de repensar o SUS como Reforma Sanitária pode ser nossa grande unidade” (RADIS, 2003, p. 358).

## A Defesa do SUS depende do avanço da Reforma Sanitária

Figura 21: Gastão Wagner



Fonte: Abrasco

“Com o passar dos anos, vem se reforçando minha impressão de que o Sistema Único de Saúde (SUS), aquele previsto na Constituição, é melhor e mais generoso do que o Brasil. Sem dúvida, trata-se de uma dedução paradoxal, já que o SUS foi idealizado e vem sendo implementado nesse mesmo contraditório, velho e eterno país do futuro e que, aparentemente, nunca se atualiza. Tanto é assim que o SUS concreto – aquele realmente existente – está ainda distante de garantir o direito universal à saúde e a atenção integral conforme as necessidades de saúde individuais e coletivas, mesmo considerando que muito tenha sido realizado e que o impacto do SUS sobre a saúde e esperança de vida do povo brasileiro é positivo. [...] A defesa do SUS passa pela luta contra a desigualdade, por alterarmos a política econômica e social vigente, impondo intervenções públicas voltadas para a promoção da igualdade e do bem-estar. A frase que venho empregando ‘A esperança somos nós... e os outros’ é uma metáfora para expressar a certeza de que a defesa do SUS, da democracia e dos direitos sociais, nesse momento em particular, depende da sociedade civil mais do que do Estado e dos políticos profissionais. Depende da revitalização do movimento sanitário e de sua articulação com amplos setores da sociedade [...]” (Campos, 2018, p. 5).



## ESTUDOS CLÁSSICOS SOBRE A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE COLETIVA E AMBIENTE

Os estudos aqui descritos compõem o arcabouço teórico-conceitual e metodológico da Saúde Coletiva:

**1. Bernardino Ramazzini (1633-1714):** “médico e escritor, elaborou o primeiro tratado na história da medicina sobre doenças profissionais (*De morbis artificum diatriba/ As doenças dos trabalhadores*), considerado o primeiro estudo sobre medicina do trabalho. Ao examinar o contexto das condições de trabalho de cerca de cinquenta profissões e das doenças derivadas de tais condições e integrando essas informações com as condições climáticas que os trabalhadores enfrentavam, individualizou [a relação doença/trabalho em cada tipo de ofício] e as curas possíveis” (Berlinguer, 2011, p. 109).

Figura 22: Busto de Ramazzini no Teatro Comunale de Carpi



Fonte: Acervo pessoal de Rita Gabrielli

“[...] é evidente que em uma só cidade, em uma só região, não se exercitam todas as artes, e, de acordo com os diferentes lugares, são também diversos os ofícios que podem ocasionar várias doenças. Das oficinas dos artífices, portanto, que são antes escolas de onde saí mais instruído, tudo fiz para descobrir o que melhor poderia satisfazer o paladar dos curiosos, mas, sobretudo, o que é mais importante, saber aquilo que se pode sugerir [...] contra as doenças dos operários (Ramazzini, 2016, p. 21).

“Suprimidas ambas as condições de existência, quem quereria forjar metais? Quem construiria barcos? Quem coseria e faria rodas? Quem cortaria couros, construiria paredes,

lavaria ou tingiria as peles? Quem araria os campos mediria os frutos de Ceres se nos fosse permitido viver ociosamente e desprezar todas essas coisas?” (Ramazzini, 2016, p. 219).

“[...] depois de haverem trabalhado durante todo o dia e de terem saído das oficinas, sentem de noite esses caracteres impressos na sua mente, por muitas horas, até que as imagens de outras coisas os afastem. Além das doenças dos olhos, outras calamidades sobrevêm...” (Ramazzini, 2016, p. 234).

“Para delícia das mesas e outros usos, costuma-se cobrir com açúcar as sementes de diversas plantas, como: amêndoas, pistache, pinhas, erva-doce, coriandros, absinto, também frutas secas, coisas sumamente agradáveis para quem se destinam, mas não para os seus fabricantes, cujo trabalho os leva a não poucos males” (Ramazzini 2016, p. 241).

“Admira-se que, por vez, ao surgirem graves epidemias de febres malignas, pleurises e outras doenças populares, os médicos fiquem imunes, talvez por privilégio de sua arte; isso não se atribuiria tanto às precauções tomadas pelos médicos, quanto ao exercício que fazem e alegria do espírito quando retornam a seus lares, bem remunerados” (Ramazzini, 2016, p. 224).

**2. Louis René Villermé (1782-1863): “médico militar e economista francês”** (Berlinguer, 2011, p. 170).

Figura 23: Louis René Villermé



Fonte: Editions la Bibliothèque Digitale

“Seu estudo foi sobre o estado físico e moral dos trabalhadores das indústrias do algodão, lã e seda com o objetivo de analisar a mortalidade nos diferentes bairros de Paris. No início, examinou fatores ambientais tais como a altitude, os ventos, as condições meteorológicas e não encontrou nenhuma correlação entre esses fatores e os níveis de mortalidade. Em seguida, fez investigações precisas sobre a renda e as condições de

vida dos habitantes rua por rua. Encontrou, por exemplo, que na *rue de la Mortellerie*, onde residiam os mais pobres entre os parisienses, a mortalidade era de 30,6% enquanto a uma curta distância, na *Ile-Saint Louis*, área mais espaçosa e confortável, habitada por ricos, a mortalidade era de 19,6% (Villermé, 1817; 1818; 1819; 1820; 1821, Paris, 1826)” (Berlinguer, 2011, p. 171-172 - tradução nossa).

Em 1826, publicou o relatório *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers*/Tabela do estado físico e moral dos trabalhadores, concluindo que a mortalidade era condicionada sobretudo pelo nível de renda: “Homens de 20 a 21 anos que pertencem à classe pobre [...] que trabalha nas fábricas são, na maior parte das vezes, inadequados para as forças armadas devido ao seu tamanho, constituição e estado de saúde. Para encontrar 100 homens aptos para o serviço militar, é necessário contratar 193 da classe rica e até 343 da classe pobre” (Villermé, 1840 *apud* Buck *et al.*, 1988, p. 37).

**3. Friedrich Engels** (1820-1895): “economista, filósofo e político alemão, elaborou com Karl Marx a teoria do Materialismo Histórico e do Materialismo Dialético [...]” (Berlinguer, 2011, p. 244).

*The Situation of the Working Class in England* (1844/45). Um clássico, no âmbito da sociologia urbana. “Engels enxergava na cidade um laboratório de investigação do desenvolvimento do capitalismo, das condições de vida do proletariado, e da transformação revolucionária da sociedade” (Ribeiro, 2018, p. 132).

Figura 24: Friedrich Engels



Fonte: Universal History Archive/Universal Images

“Cabe-me demonstrar que na Inglaterra a sociedade comete, a cada dia e a cada hora, o que a imprensa operária designa, a justo título, como assassinato social; que ela pôs os operários numa situação tal que não podem conservar a saúde nem viver muito tempo; que ela, pouco a pouco, debilita a vida desses operários, levando-os ao túmulo prematuramente. Terei de demonstrar ainda que a sociedade sabe o quanto essa situação é prejudicial à saúde e à vida dos operários e que, apesar disso, nada faz para amenizá-la. Para demonstrar que ela conhece as consequências de seu sistema e que, portanto, seu modo de agir não constitui um simples homicídio, mas um assassinato qualificado, bastar-me-á, para atestá-lo, citar documentos oficiais, relatórios parlamentares ou administrativos” (Engels, 2010, p. 136).

“Nas áreas úmidas e sujas dos bairros do leste, do norte e do sul de Londres, o tifo espalhou-se violentamente. Grande número de doentes eram trabalhadores vindos do campo que, durante a viagem e logo ao chegar, passaram por graves privações, dormindo meio nus e meio mortos de fome pelas ruas e sem encontrar trabalho - e assim contraíram o tifo” (Engels, 2010, p. 139).

“Se, em geral, a população das cidades já é demasiado densa, são os pobres os mais amontoados em espaços exíguos. Não contente com a atmosfera envenenada das ruas, encerra-os às dezenas em habitações de um único cômodo, de tal modo que o ar que respiram à noite é ainda mais sufocante. Oferece-lhes alojamentos úmidos, porções onde a água mina do chão ou mansardas de cujo teto ela goteja. Constrói-lhes casas que não permitem que o ar viciado circule. Fornece-lhes roupas de má qualidade ou farrapos e alimentos adulterados ou indigestos. Submete-os às mais violentas emoções, às mais bruscas oscilações entre medo e esperança e persegue-os como a uma caça, não lhes concedendo nunca um pouco de paz e de tranquilidade. Priva-os de todos os prazeres, exceto do sexo e da bebida - mas porque diariamente os faz trabalhar até o esgotamento de suas forças físicas e morais, esses dois únicos prazeres permitidos são degradados pelos piores excessos. E se os pobres resistirem a tudo isso, sobrevém uma crise que os transforma em desempregados e lhes retira o mínimo que até então a sociedade lhes destinara” (Engels, 2010, p. 137).

“Dadas tais condições, como esperar que a classe mais pobre possa ser sadia e viva mais tempo? Que mais esperar, senão uma enorme mortalidade, epidemias permanentes e um progressivo enfraquecimento físico da população operária?” (Engels, 2010, p. 138).

**4. Rudolf Ludwig Karl Virchow<sup>6</sup>** (1821-1902): “cientista, político e antropólogo alemão, considerado o médico patologista mais importante do século XIX. Pioneiro nos conceitos modernos de patologia celular, destacou que as doenças não se desenvolvem a partir de órgãos e tecidos, mas nas células. Com ele, a Medicina Social alcançou o desenvolvimento atual. Na qualidade de vereador na cidade de Berlim, realizou uma longa

---

6. Ídolo do Marcão! (Rita Gabrielli)

campanha de sensibilização para as reformas sociais e higiene pública, contribuindo para o desenvolvimento da antropologia em sentido moderno. Faleceu pouco depois de ser candidato ao Prêmio Nobel de 1902, não o recebeu porque o estatuto proíbe prêmios póstumos” (Berlinguer, 2011, p. 202 - tradução nossa).

Em 1848, o governo prussiano o convidou para combater uma epidemia de tifo que acometia a população polonesa da Silésia. Ele percebeu imediatamente que a doença era devida às péssimas condições de higiene e de pobreza, e da presença de um Estado autoritário e repressivo. A partir de então, defendeu a exigência de uma *epidemiologia sociológica* e sugeriu como receita preventiva, a instrução, acompanhada de suas filhas: a liberdade e a prosperidade. Por fim, formulou uma previsão clara sobre a relação entre a medicina e a política: “Se a medicina quer alcançar realmente os próprios fins, ela deve entrar na vida política do seu tempo, e deve indicar todos os obstáculos que impedem a conclusão normal do ciclo de vida” (Berlinguer, 2011, p. 202 - tradução nossa).

Figura 25: Rudolf Ludwig Karl Virchow



Fonte: Salud Comunitaria

“Em artigos como ‘As epidemias de 1848’ e ‘Doenças do povo’ que Virchow publicou em 1849, encontramos uma das mais ricas reflexões produzidas naquele período sobre a natureza histórica e social da doença (Czeresnia, 1997, p. 78): ‘Quando alguém se torna mental ou corporalmente doente, o que não difere essencialmente, temos diante de nós

sempre a mesma vida, com as mesmas leis, só que ela se torna manifesta sob outras condições” (Virchow, 1848; Virchow, 1849 *apud* Czeresnia, 1997, p. 85).

Ainda nesse sentido Virchow diz “comparemos vida com vida e veremos onde há maior densidade de mortes, se entre os trabalhadores ou entre os privilegiados [...]” (Rosen, 1980, p. 88).

“A doença, mental ou física, enquanto fenômeno coletivo, constituía um indicador de que a vida da população se encontrava em condições anormais, cabendo ao estadista reconhecer por esse sinal, que algo não ia bem no desenvolvimento de seu povo” (Czeresnia, 1997, p. 85).

# POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO

---

*Data de aceite: 02/05/2023*

### APONTAMENTOS INTRODUTÓRIOS

A área de Política, Planejamento e Gestão expressa “a dupla dimensão (saber e práticas) [da Saúde Coletiva], ou seja, o fato de que o conhecimento produzido responde a problemas e desafios colocados pelos sujeitos em sua ação política em determinados contextos históricos”. Essa premissa autoriza a compreensão dos caminhos da pesquisa na área, reveladores da “complexa trama de relações entre o meio acadêmico e as instituições de serviços [...] mediadas pelas agências de fomento à pesquisa e pela comunidade da saúde coletiva” (Paim; Teixeira, 2006, p. 77).

Justificada pelas ciências sociais e humanas, a área de PP&G “apresenta certas especificidades e tem implicações distintas, seja na incorporação tecnológica, seja na militância sociopolítica” (Testa, 1997 apud Paim, Teixeira, 2006, p. 77).

“Os desafios da prática impõem aos sujeitos, individuais e coletivos, não só perícia técnico-científica, mas sobretudo

militância sociopolítica” (Paim; Teixeira, 2006, p. 73).

Compreende-se militância sociopolítica como “uma operação e, ao mesmo tempo, uma atitude do sujeito que a realiza [...] o sentido da militância é a construção de significado para o trabalho da ciência ou - melhor - do cientista enquanto tal” (Testa, 1997, p. 166).

A área de PP&G é “uma área temática com grande complexidade, pois há momentos em que faltam conhecimentos para a tomada de decisões, outros em que há conhecimentos suficientes, mas as decisões são adiadas e, ainda existem aqueles em que as decisões são necessárias mesmo diante de escassas evidências” (Paim; Teixeira, 2006, p. 77).



Figura 26: Carmen Teixeira



Fonte: UFSB

Figura 27: Livro Planejamento em Saúde



Fonte: UFBA

Dimensão política: em uma entrevista, de 2003, Sérgio Arouca fez um chamado brilhante: “O conceito saúde/doença está ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura. Por isso, temos que discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente. À Saúde cabe o papel de sensor crítico das políticas econômicas em desenvolvimento. O conceito fundamental é o da intersetorialidade [...]” (RADIS, 2003, p. 358).

## POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

“Durante a Colônia, e mesmo no início do Império, os problemas de saúde da população brasileira não estiveram relacionados somente ao mundo da medicina. Nesse longo período, a medicina erudita era exercida por um pequeno número de médicos, cirurgiões e boticários, de formação europeia. Membros da elite, estes agentes da medicina oficial se radicavam somente nas maiores cidades, voltando-se para o atendimento das camadas mais altas da população. Assim, a prática médica estava distante dos mais pobres e, principalmente, dos escravos, que se utilizavam da solidariedade comunal, de curandeiros diversos e dos cuidados oferecidos por ordens religiosas, como os existentes nos hospitais da Santa Casa de Misericórdia, que, desde o início do período colonial, foram fundados em algumas regiões mais populosas do país” (Escorel; Teixeira, 2012, p. 280).



Figura 28: O cuidado de escravos e colonos



Fonte: Casa Oswaldo Cruz

“No que tange aos problemas de saúde, os brasileiros eram vítimas de diversas dificuldades, relacionadas ao ambiente e ao modo de vida e trabalho existentes. Escravos, indígenas e outros colonos, pertencentes aos estratos econômicos mais baixos da população, eram as principais vítimas de parasitas intestinais, doenças determinadas pela carência de nutrientes e doenças transmissíveis também relacionadas ao enfraquecimento, como a tuberculose, que se acredita ter chegado ao país antes dos colonizadores. Além desses males, a varíola foi uma doença epidêmica que tirou a vida dos brasileiros desde o início da colonização. A partir de meados do século XIX a ela se juntariam diversas doenças transmissíveis, como a febre amarela, a sífilis e a malária, que muitas vezes atacavam as cidades em fortes epidemias” (Escorel; Teixeira, 2012, p. 280).

No período de 1834 a 1935, o Rio de Janeiro enfrentou uma forte epidemia de varíola, que levou o governo federal a consultar a “Academia de Medicina e as faculdades de medicina quanto à ação governamental a ser tomada”. O setor médico apontou para a “revacinação como forma de consolidação da imunidade” (Fernandes, 1999, p. 39).

1838: É criado o Código de posturas, RJ. Determina a obrigatoriedade de vacina contra varíola para crianças; governo institui multa para quem não obedecesse. Não foi cumprido devido ao temor e descrença por parte dos pais (Guarany, 1863; Lee, 1863; Moreira, 1862 *apud* Fernandes, 1999, p. 39).

“A única obrigatoriedade efetivamente cumprida foi a relacionada à escravidão nas fazendas, para onde o vacinador era deslocado por solicitação dos proprietários de escravos” (Fernandes, 1999, p. 39).

Este Código é o embrião da vigilância sanitária que temos hoje no SUS (Escorel; Teixeira, 2012).

Em 1840, chega a febre amarela ao país, sendo os transmissores mosquitos, principalmente o *Aedes aegypti* (oriundo da África), o Haemagogus e o Sabethes (ambos das Américas) (Escorel; Teixeira, 2012).

Ainda nos anos 1840, a tuberculose retorna<sup>1</sup> e se torna a prioridade sanitária do monarca, que institui a polícia sanitária (médica), de inspiração europeia (Escorel; Teixeira, 2012).

### **Polícia Sanitária (Polícia Médica): de que tratava na Europa?**

De temas como “necessidade do fim do celibato, fiscalização da comida e da bebida, instruir casais, proibir certos matrimônios, encontrar meios de diminuir a mortalidade infantil, limpeza das cidades, pobreza, condições de trabalho [...]” (Mantovani, 2018, p. 425).

De 1846 a 1853 são registradas epidemias de dengue em São Paulo e no Rio de Janeiro (Barreto; Teixeira, 2008).

1897-1898: epidemia de malária entre os trabalhadores, atuantes no trecho ferroviário Jundiaí-Santos (recoberto de matas) da estrada de ferro São Paulo-Santos. Adolpho Lutz no relatório de 1897 (Lutz, 1898 *apud* Benchimol; Silva, 2008).

Entre meados do século XIX e o início do século XX, foi instituído um modelo centralizado de saúde, marcado pela ineficiência devido à falta de cooperação entre o governo central e as províncias, cuja estrutura manteve-se praticamente inalterada durante todo esse período (Costa, 1985; Fernandes, 1999 *apud* Escorel; Teixeira, 2012).

Mesmo com o crescimento econômico desde o final do século XIX até o início do século XX, as mudanças nos serviços de saúde foram limitadas, sendo as maiores inovações a implementação da vacinação obrigatória contra a varíola e a criação de uma lista de doenças de notificação compulsória (Costa, 1985 *apud* Escorel; Teixeira, 2012).

Da Proclamação da República até a conquista do SUS tivemos somente duas políticas sanitárias nacionais: (a) Política Pública Campanhista (1900-1951) e (b) Política Pública Desenvolvimentista (1951-1963) (Escorel; Teixeira, 2012).

---

1. Trazida pelos jesuítas e colonos; o contato permanente com os índios gerou o adoecimento e a morte de vários nativos. Padre Manoel da Nóbrega, vindo para o Brasil em 1549, parece ter sido o primeiro indivíduo conhecido portador de tuberculose no País (Campos; Pianta, 2001). Descrições de quadros clínicos compatíveis com a doença foram encontradas nas cartas de Inácio de Loyola (1555) e de José de Anchieta (1583) destinadas ao reino de Portugal [...] (Ruffino-Neto; Pereira, 1981). Loyola e Anchieta relatam nas cartas que “os índios, ao serem catequizados, adoecem, na maior parte, com escarro, tosse e febre, muitos cuspiendo sangue, a maioria morrendo com deserção das aldeias” (Rosemberg, 1999, p. 7).

Figura 29: Entrada do Rio de Janeiro



Fonte: Marc Ferrez, déc. 1875. Acervo Instituto Moreira Salles

No governo de Rodrigues Alves, são implementadas três reformas:

- a. Reforma urbana: para mostrar-se bonito ao estrangeiro;
- b. Reforma dos portos: a fim de assegurar interesse da elite cafeeira em preservar a mão de obra imigrante, as importações e a entrada de capital estrangeiro;
- c. Reforma sanitária: para erradicar doenças pestilentas (Verdi, 2002; Escorel; Teixeira, 2012).

Ainda no governo de Rodrigues Alves:

Oswaldo Cruz assume a função de 1º Diretor Geral de Saúde Pública (DGSP) e cientista do Instituto Soroterápico de Manguinhos.

Estratégias: demolição de cortiços, despejo de moradores e expansão da polícia sanitária (Verdi, 2002).

Oswaldo Cruz, na chefia da DGSP atuou, por meio de campanhas sanitárias, no combate às doenças infecciosas que mais assolavam o Rio de Janeiro, como a febre amarela, a varíola e a peste (Escorel; Teixeira, 2012).

Em meados de 1904, em virtude do surgimento de um novo surto de varíola na capital, Oswaldo Cruz envia um projeto de lei ao Congresso para instituição da obrigatoriedade da vacina [...]” (Verdi, 2002).

Em pouco tempo, o Rio se revoltou [...]. Eclode a Revolta da Vacina. Durou seis dias, de 10/11 a 16/11. É controlada pelo exército, mas o governo recua e retira a obrigatoriedade da vacina (Verdi, 2002).

Figura 30: Praça da República



Fonte: Acervo da Fiocruz

As ações de saúde até a primeira década do século XX estiveram voltadas para as grandes cidades, o que deixou o interior do país sem cuidados, exacerbando desnutrição, verminoses e malária, uma vez que as elites desprezavam essas regiões e almejavam o embranquecimento populacional (Escorel; Teixeira, 2012).

Figura 31: Centro do Rio de Janeiro



Fonte: MF Press Global



Figura 32: Gazeta de Notícias



Fonte: Biblioteca Nacional, 1918

Com a chegada da gripe espanhola ao Brasil, grandes cidades, como Rio de Janeiro e São Paulo, tiveram suas atividades paralisadas, enquanto a carência por suporte público era exacerbada. A agitação social e a urgência por reformas que abarcassem as necessidades nacionais eram evidentes (Escorel; Teixeira, 2012).

A criação de postos do serviço de profilaxia rural (na periferia do RJ - 1914) representou o primeiro contato efetivo dessas pessoas com a assistência em saúde (Escorel; Teixeira, 2012).

Figura 33: Centro de Profilaxia Rural



Fonte: Belisário Augusto de Oliveira Penna, 1919-1923. Fundação Oswaldo Cruz/Casa de Oswaldo Cruz

Figura 34: Centro de Profilaxia Rural



Fonte: Arquivo Belisário Penna, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz

Com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (1920) em substituição ao Departamento Geral de Saúde Pública, o Estado passou a se responsabilizar por elaborar estatísticas demográfico-sanitárias e produção de soros, vacinas e medicamentos para o combate das grandes epidemias (Escorel; Teixeira, 2012).

Um acordo entre os governos brasileiro e norte americano criou o Serviço Especial de Saúde Pública, que visava combater a epidemia de febre amarela e malária no Brasil. No entanto, essa campanha foi guiada pelo viés econômico do local de atuação, ou seja, atuaram principalmente em localidades de interesse financeiro e exploratório para os Estados Unidos (Escorel; Teixeira, 2012).

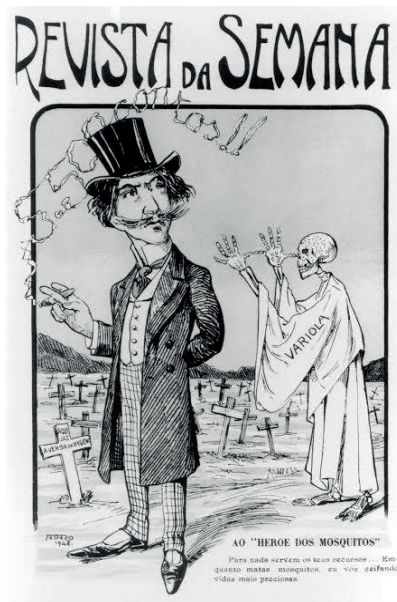
Figura 35: Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)



Fonte: Campos (1942)

A campanha sanitária foi uma política pública de saúde trazida pelo nosso colonizador e usada no controle de doenças, estando viva até hoje (Escorel; Teixeira, 2012).

Figura 36: Revista da Semana



Fonte: Instituto Oswaldo Cruz, 1904

“Durante o governo Dutra, o sanitariano campanhista, centralizador e autoritário, alcançou o auge” (Escorel; Teixeira, 2012, p. 306).

Figura 37: Cartazes de Educação e Propaganda Sanitárias



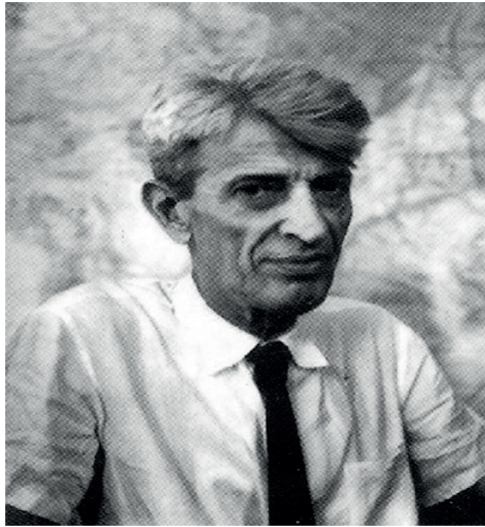
Fonte: Barreto (1928 *apud* Batista; Silva, 2020)

Após o sanitariano campanhista foi a vez do sanitariano desenvolvimentista, cuja ideia-força [...] era de que “o nível de saúde de uma população depende, em primeiro lugar, do grau de desenvolvimento econômico de um país ou de uma região e que, portanto, as medidas de assistência médico-sanitária são, em boa parte, inócuas quando não acompanham esse pensamento” (Escorel; Teixeira, 2008, p. 310).

“O sanitariano desenvolvimentista começou a se constituir a partir do segundo governo de Getúlio Vargas e, sob a liderança de Mário Magalhães da Silveira, consolidou-se e adquiriu um estatuto de orientação institucional do Ministério da Saúde até o golpe militar em 1964” (Escorel; Teixeira, 2012, p. 309). Esse sanitariano foi “fundador e professor da cadeira ‘Fundamentos Econômicos-Sociais’ no Curso Básico de Saúde Pública para médicos entre 1960 e 1961” (Escorel, 2015, p. 2454).



Figura 38: Mário Magalhães da Silveira



Fonte: Autor desconhecido/Arquivo Nise Silveira

Na criação do Ministério de Saúde do Brasil “Magalhães teve [...] papel fundamental na defesa de novas propostas das políticas de saúde” (Escorel, 2015, p. 2454).

Convidado por Wilson Fadul, então Ministro da Saúde do Governo João Goulart, para secretariar a 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963, Mário Magalhães apresentou um projeto de serviços de saúde que carregava uma proto-ideia do que viria a ser o SUS no devir: “(a) atendimento básico/auxiliares de saúde; (b) atendimento secundário (especialistas) e; (c) atendimento terciário (médico/hospitalar)” (Escorel, 2015, p. 2454).

“Depois de 1964, o sanitarista passou a participar como professor de cursos oferecidos pela Associação Médica do Estado da Guanabara, entidade que congregava médicos socialistas [...] críticos da prática médica, pautando-se a partir dos interesses das classes populares” (Escorel, 2015, p. 2454).

Quadro 1: Epidemias nacionais, de 1808 a 1918

VARIÓLA	A chegada da família real em 1808 marca também o primeiro surto de Varíola no país em construção.  No período de 1834-35, o Rio de Janeiro enfrentou forte epidemia de varíola (Fernandes, 1999).  Curandeiros e parteiras para pobres (O pobre não conhecia ação médica) (Escorel; Teixeira, 2012).
FEBRE AMARELA	1840: chega a febre amarela no país (Escorel; Teixeira, 2012).
TUBERCULOSE	A doença havia sido trazida pelos jesuítas e colonos; o contato permanente com os índios gerou o adoecimento e a morte de vários nativos (Campos; Pianta, 2001).  Anos 1840: o retorno da tuberculose Monarca institui a polícia sanitária (médica), de inspiração europeia (Escorel; Teixeira, 2012).

DENGUE	1846-1853: Epidemias de dengue em São Paulo e Rio de Janeiro (Barreto; Teixeira, 2008).
MALÁRIA	1897-1898: Epidemia de malária entre os trabalhadores, atuantes no trecho ferroviário da estrada de ferro São Paulo-Santos (Lutz, 1898 <i>apud</i> Benchimol; Silva, 2008).
GRIFE ESPANHOLA	A neutralidade da Espanha durante a primeira guerra torna o país um corredor de disseminação de uma das maiores epidemias mundiais. 1918: Gripe espanhola matou 8 mil brasileiros (Verdi, 2002).

Fonte: Elaborado pelos autores baseado em Escorel e Teixeira (2012)

## INSTITUCIONALIDADE DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

### Primeiras organizações previdenciárias

Associações mutualistas. Montepios. Sociedades de socorro mútuo. Seguradoras privadas para indenização a acidentes de trabalho. Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP).

A primeira forma de proteção social brasileira foi a previdência privada, surgida no Brasil Império: associações mutualísticas/mutuárias, criadas por operários da construção naval e da impressão de livros e jornais. Finalidades: assistência instrucional e assistência previdenciária. Organizadas por estatutos, mantidas com um “Fundo Social” mantido por “joias, mensalidades, doações [...] de que era retirado o Fundo dos Socorros” (Rodrigues, 1968, p. 6-7).

Segunda metade do século XIX: criados e regulamentados os Montepios e as Sociedades de Socorro Mútuo, respectivamente por meio da Lei nº 1.083, de 22 de agosto de 1860 e Decreto nº 2711, de 19 de dezembro de 1860 (Brasil, 1860a; 1860b).

De modo geral, o caráter dessas instituições era assistencialista (Rodrigues, 1968).

Lei Elói Chaves (Brasil, 1923) instituiu a primeira cobertura previdenciária, por meio da criação de uma caixa de aposentadoria e pensão (CAP) em cada uma das empresas de estrada de ferro no País, para os respectivos empregados. As CAP-Ferrovários eram responsáveis por oferecer benefícios (aposentadoria, ordinária ou por invalidez, e pensão para os herdeiros do beneficiado), serviços médicos, funerários e seguro-emprego a quem completasse 10 anos de trabalho. Era uma previdência privada, administrada por um colegiado paritário formado por representantes de empregados e empregadores, baseada na ideia não de Previdência Social (como direito), mas de Seguro Social (Ribeiro; Lacaz, 1984): “mantida pela contribuição proporcional aos vencimentos dos trabalhadores e à renda bruta da empresa” (Andrade, 2003, p. 70). Os interesses eram muito claros: controlar as tensões sociais e cooptar setores operários urbanos que ameaçavam a ordem. Vale assinalar que Elói Chaves, Secretário de Justiça de São Paulo, havia reprimido a greve geral de 1917 e inicialmente beneficiou as empresas ferroviárias porque o setor ferroviário era o mais organizado e estrategicamente importante para o desenvolvimento brasileiro da

época (Ribeiro; Lacaz, 1984, p. 152). Depois vieram as CAP para trabalhadores marítimos e portuários (Batich, 2004). O Estado somente fiscalizava o cumprimento da lei (Teixeira, 2006).

## **A primeira reforma (1923-1966) (Andrade, 2003, p. 70)**

Getúlio Vargas decide reformular o Estado brasileiro, industrializar o país através da impulsão no setor privado com financiamentos generosos e da criação de empresas públicas, particularmente no setor de bens de capital (Teixeira, 2006).

Em meio à crise, a classe trabalhadora urbana passou a reivindicar melhores condições de saúde e outras demandas sociais para as quais o governo não conseguia responder, pois exigiam investimento estatal. Neste contexto, Vargas reconheceu a necessidade de interferir nas relações trabalhistas, para conciliar conflitos entre capital e trabalho. Para tanto, determinou que as CAP fossem substituídas por IAP, aglutinando categorias profissionais e abrangendo todo o território nacional (Batich, 2004).

Estrategista, ele anteviu que com a criação dos IAP ele estaria estendendo a previdência por meio de uma política autofinanciável administrada pelo Estado (Teixeira, 2006).

Cada categoria profissional estabelecia livremente os tipos de benefícios e os valores das contribuições previdenciárias: quanto mais alto o salário da categoria, maior o percentual de contribuição (Batich, 2004).

Assim nasceu a previdência social de natureza pública: com os IAP (Teixeira, 2006).

A partir de 1933, vários IAP são estruturados. O 1º: o “IAP marítimo (IAPM), agregando as CAP dos marítimos”. Em seguida, “IAP dos comerciários e IAP dos bancários (1934), IAP dos industriários (1938)” (Ribeiro; Lacaz, 1984, p. 152).

Decreto 890/1936: “[...] uma nova definição de base financeira para o sistema previdenciário, resultante da combinação de um ‘regime de repartição’ (no qual o custeio estaria centrado nas receitas correntes de contribuições dos empregados, empregadores e da União) e da criação de mecanismos pelos quais o Estado passaria a controlar diretamente os elevados saldos do sistema” (Andrade, 2003, p. 71-72).

1938: é criado o IPASE (Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado), por meio do Decreto-Lei nº 288, de 23 de fevereiro de 1938 (servidor público civil, titular de cargo público/regime estatutário) (Brasil, 1938).

1939: existiam 100 CAP e 4 IAP, mas o sistema previdenciário continuava excluindo trabalhadores autônomos, os trabalhadores domésticos e rurais (Ribeiro; Lacaz, 1984).

Entre 1930 e 1949, o montante de reserva dos IAP representava em média 67% da arrecadação, pois os gastos com benefícios atingiam 33% (Andrade, 2003).

Os recursos não utilizados pelos IAP foram largamente utilizados pelo governo, para aplicação em investimentos diretos em vários setores da economia, transformando “a

Previdência no principal ‘sócio’ do Estado no financiamento do processo de industrialização do país” (Andrade, 2003, p. 73).

Vários decretos governamentais impuseram aos IAP a subscrição de ações preferenciais de empresas, como, por exemplo, a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) e a Companhia Hidroelétrica do São Francisco (Batich, 2004).

“Entre 1950 e 1960, enquanto os contribuintes cresceram na proporção de 100 para 142, os aposentados crescem de 100 para 289 e os pensionistas de 100 para 223” (Andrade, 2003, p. 75).

1960: o Congresso Nacional promulgou a primeira Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS, “que uniformizou os direitos dos segurados pelo teto dos padrões dos melhores institutos” (Andrade, 2003, p. 75), instituindo um sistema previdenciário único para todos os trabalhadores do setor privado (Batich, 2004).

No entanto, “o sistema previdenciário já dava sinais de enfraquecimento de sua capacidade de acumulação de reservas” (Andrade, 2003, p. 75).

Naquela década, anos 60, a assistência médica previdenciária (dos IAP) aumenta muito, pois, com o desgaste do trabalhador, começa a emergir “a necessidade de manutenção, recuperação e reprodução da força de trabalho, funcionando como um complemento de sua renda e do seu consumo básico” (Ribeiro; Lacaz, 1984, p. 153).

Em 1964, há déficit de caixa nos IAP. Contribuíram “para a escassez de capitais, em termos de receitas, o não recolhimento das contribuições, por parte da União e empregadores; em termos de despesa, os reajustamentos, abonos e majorações nos benefícios e auxílios, além de elevadas despesas administrativas” (Ribeiro; Lacaz, p. 153).

## **A segunda reforma (1966 a 1979): unificação e estatização do sistema previdenciário (Andrade, 2003, p. 75).**

1966: criação do novo padrão do sistema previdenciário nacional; três eixos:

- “Aumento da alíquota de contribuições dos usuários, por parte do Estado, para ampliar os recursos financeiros e [...] garantir a sua transferência para o setor médico empresarial (hospitalar e da medicina de grupo);
- Unificação de CAP e IAP no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS);
- Garantia da predominância da empresa privada, por parte do INPS e Central de Medicamentos (CEME), por meio de “celebração de convênios e importação de [...] equipamentos médicos, com a tecnificação do ato médico e o assalariamento do profissional de medicina” (Ribeiro; Lacaz, 1984, p. 154).

No mesmo ano, o governo militar criou também o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço/FGTS, um mecanismo de financiamento da previdência para enfrentar a crise financeira que já ganhava corpo. Em âmbito político, a criação do FGTS foi uma forma de inibir a participação política dos trabalhadores, por meio do fim da estabilidade no emprego.

Em âmbito econômico, este fundo de garantia facilitaria bastante as demissões, permitindo ao patronato estimular uma rotatividade da força de trabalho que comprimia a massa salarial (Teixeira, 2006).

A criação do INPS configurou uma medida de racionalização administrativa da assistência médica e da cobertura previdenciária. A previdência passou a ter função assistencial e distributivista embora se limitasse aos trabalhadores com carteira assinada. Os demais cidadãos que não contribuíam para previdência social obtinham saúde em centros e postos de saúde caso se encaixassem no perfil de paciente, em serviços de saúde filantrópicos, como Santas Casas, ou consultórios/clínicas particulares se tivessem poder aquisitivo para tal (Escorel; Teixeira, 2012).

Figura 39: Posto de Assistência Médica



Fonte: Iconografia da História

O INPS passa a ser o grande comprador de serviços do setor privado. Um ano depois de os Institutos e Caixas serem unificados no INPS, 1967, “dos 2.800 hospitais existentes no país, 2.300 estavam contratados pelo INPS” (Oliveira; Teixeira, 1996, p. 211).

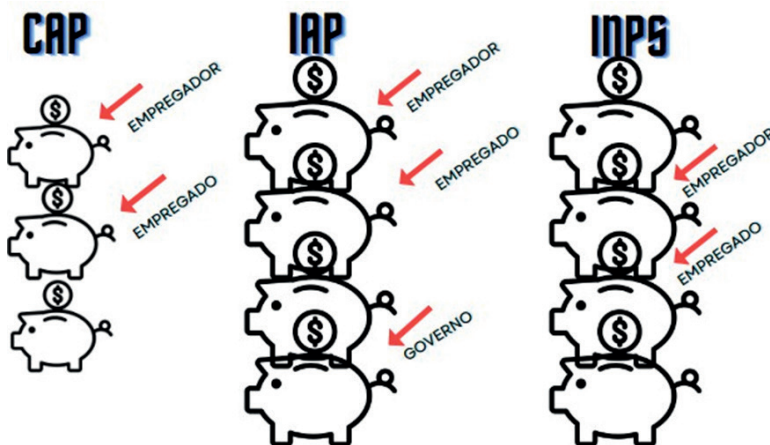
Figura 40: Posto do INPS em Copacabana



Fonte: Paulo Moreira 01/02/1988

A assistência médico-hospitalar do INPS era garantida aos trabalhadores urbanos do setor privado e aos funcionários públicos regidos pela CLT. Os demais servidores públicos continuaram a manter seu próprio instituto, o Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado (IPASE) (CPDOC-FGV, 2009).

Figura 41: Institucionalidade da Previdência



Fonte: Elaborado pela acadêmica Karla Dias Gratis Paiva (2024)

1974: governo Geisel cria o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que incorporou o INPS. No mesmo ano, os trabalhadores rurais conquistaram a cobertura de acidentes de trabalho; foi criado o salário-maternidade, e o amparo da previdência para maiores de 70 anos e inválidos (Teixeira, 2006).



Com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), foi necessário distinguir suas funções das do Ministério da Saúde (MS). Ao MS foram atribuídas as ações de interesse coletivo como a medicina preventiva e a vigilância sanitária. Ao MPAS coube a medicina curativa (atendimento médico-assistencial individualizado) (CPDOC-FGV, 2009).

Logo após a criação do MPAS, o INPS:

- ampliou convênios com empresas, credenciou médicos para atendimento em seus próprios consultórios;
- disciplinou o relacionamento com cooperativas e estabelecimentos que operavam mediante o sistema de pré-pagamento;
- estabeleceu convênios com a União, estados e prefeituras;
- implantou o sistema de livre escolha do profissional médico e
- permitiu a opção por instalações especiais nos casos de internação, através do pagamento de sobrepreço.

Ao manter a política de compra de serviços com o setor privado na área da assistência médica, foi necessário criar um mecanismo de controle das contas hospitalares apresentadas pelos hospitais contratados, da arrecadação das contribuições e do pagamento de benefícios: o MPAS criou a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev). Foi também vinculada ao MPAS a Central de Medicamentos (Ceme), órgão encarregado de promover a distribuição gratuita de medicamentos (CPDOC-FGV, 2009).

1977: foi instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), pela Lei nº 6.439, apoiando-se em um modelo setorializado:

- [...] a área de seguro social continuou com o INPS;
- [...] para a assistência médica criou-se o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social);
- [...] para cuidar da arrecadação e fiscalização das contribuições, bem como da gestão financeira e patrimonial dos recursos do sistema, criou-se o IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social);
- [...] para a assistência social foram incorporadas duas instituições, a Legião Brasileira de Assistência (LBA), dedicada à população carente, e a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM);
- [...] manteve-se a DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social)” (Teixeira, 1990, p. 18).

Esse modelo não surtiu os efeitos esperados. Na área da assistência médica, desenvolveu-se uma “uma medicina apressada, deficiente e imperfeita” que estimulou o surgimento e o crescimento de empresas de seguros-saúde, empresas que visavam unicamente ao lucro. No âmbito da fiscalização das contribuições e gestão financeira (IAPAS), o controle foi ineficiente, o que permitiu a existência de enormes dívidas de empresas e municípios para com a previdência (CPDOC-FGV, 2009).

## **A terceira reforma (décadas de 1980 e 1990): resistências à instituição da Seguridade Social (Andrade, 2003, p. 79)**

“Nos primeiros anos da década de 1980, já em pleno período recessivo, vem à tona ‘a crise da Previdência Social’, num alardeado reconhecimento oficial de que o sistema já se tornava incapaz de sustentar o padrão de gastos montados no ano anterior (Andrade, 2003, p. 78).

“Ao abrir-se a década de 1980, o mundo já era outro. Nos sombrios primeiros anos da década (hoje denominada ‘perdida’), a sociedade brasileira despertou para a urgência de suas demandas sociais. E, ao final daqueles anos, em 1988, uma nova Constituição tratava de expressar nos artigos (arts. 194 e 195) destinados à criação da Seguridade Social a decisão coletiva de não mais compatibilizar exclusão e desenvolvimento” (Vianna, 1998 *apud* Andrade, 2003, p. 79).

“Uma sombra de incerteza se estende sobre a nova Constituição desde o momento de sua promulgação: estabelecia-se o período até outubro de 1993 como prazo final para sua revisão (inclusive na íntegra), pela maioria simples do Congresso eleito em 1990. Nesse mesmo ano, inicia-se o desmonte do Sinpas, criado em 1977, mediante a extinção do Ministério do Trabalho e do Ministério da Previdência e Assistência Social. Também extintos foram o INPS e o IAPAS, e substituídos pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS); o INAMPS foi transferido para o Ministério da Saúde, até ser extinto em 1993” (Andrade, 2003, p. 79).

“Os primeiros anos da década de 1990 também foram marcantes para a delimitação de novos condicionantes políticos para a organização dos Estados de bem-estar social, especialmente para a América Latina” (Andrade, 2003, p. 80).

“Finalmente se faziam ouvir aqui os ecos da chamada ‘modernização conservadora’: reformas estruturais de cunho neoliberal, irradiadas a partir dos governos Reagan-Thatcher, centradas na desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, na privatização do setor público e na redução do Estado” (Tavares e Fiori, 1993 *apud* Andrade, 2003, p. 81).

“A crise econômica e da Seguridade Social, seguida dos programas de ajustes estruturais, promoveu o interesse dos organismos financeiros internacionais em relação à montagem desses programas: em primeiro lugar, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (Bird), seguidos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (Bid) e da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (Cepal)” (Mesa-Lago, 1997 *apud* Andrade, 2003, p. 81).

“Os objetivos econômico-financeiros passam a prevalecer nas avaliações dos sistemas de proteção públicos-sociais [...]” (Andrade, 2003, p. 81).



## Vem aí o SUS!

Estado, Sociedade e Saúde: Do instituído autoritário ao instituinte democratizante (Jorge, 2006, p. 36).

Redemocratização e Saúde: a Nova República (Jorge, 2006).

“Em março de 1985, depois da luta pelas eleições diretas, que mobilizaram todo o país com uma frente ampla de todos os opositores ao regime militar, conquistou-se a instauração de um governo civil, eleito de forma indireta em janeiro, tendo como Presidente da República Tancredo Neves e, como Vice-Presidente, José Sarney. Com a morte de Tancredo, em 21 de abril, Sarney assume o posto de Presidente da República. Em 1986, instala-se uma Assembleia Nacional Constituinte, aproveitando-se os próprios congressistas eleitos” (Jorge, 2006, p. 44).

A chamada ‘Nova República’, inaugurada nesse ano de 1985 e demarcatória do encerramento da ditadura militar, instaurou-se como uma transição negociada entre segmentos dissidentes da base de sustentação do regime anterior e segmentos oposicionistas também emergentes da democracia de fachada consentida pelo Estado autoritário, em um pacto pelo alto, das elites, excluindo a participação popular que se manifestara, em ampla mobilização, na Campanha das Diretas-Já” (Jorge, 2006, p. 44).

## VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)

“A 8ª Conferência foi um evento duplamente inédito. Inédito na história das políticas de saúde porque não se tem notícia de que o poder executivo brasileiro jamais tenha convocado a sociedade civil para o debate de políticas ou programas de governo, menos ainda no estágio ou momento de sua formulação na escala de que o fez naquele momento. Todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima representatividade social marcada pela participação praticamente restrita a gestores e técnicos governamentais” (Carvalho, 1995, p. 53).

O ineditismo, ainda segundo Carvalho (1995, p. 54), também se manifestava na comparação com outras políticas públicas contemporâneas. E, ainda, pelo conjunto de propostas respaldadas social e politicamente, “que não apenas serviu para pautar o desenvolvimento seguinte do movimento reformador da saúde quanto terminou por se inscrever em grande parte no novo arcabouço jurídico do país expresso pela constituição promulgada em outubro de 1988”.

Figura 42: VIII Conferência Nacional de Saúde



Fonte: Informe Ensp

A convocação da 8ª CNS vinha concretizar uma linha teórica de movimento: “a saúde é determinada pela organização social, superando práticas intra-setorializadas: [...]” (Jorge, 2006, p. 47).

Figura 43: Constituinte de 1988



Fonte: Folha de São Paulo, 18 de maio de 1988.

A Constituição de 1988 estabeleceu que a saúde é parte da seguridade social (art. 194) e direito de todos e dever do Estado (art. 196) (Brasil, 1988).

## EXPERIÊNCIAS DE GESTÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DE BASE EM TEMPOS DE REGIME MILITAR

Londrina-PR, anos 70

Figura 44: Nelson Rodrigues dos Santos (Nelsão)



Fonte: Blog Londrina

Anos 1970. “Fundamos, junto com a prefeitura municipal, os primeiros postos de saúde periféricos da zona urbana. O norte do Paraná tinha uma população rural percentualmente grande, o povoamento e a colonização na onda do café no norte do Paraná desde o começo impediram latifúndios, foi em pequena propriedade, e isso deu uma densidade muito grande na zona rural. Apesar da grande polarização da cidade de Londrina, a zona rural dela tinha o mesmo número de habitantes da zona urbana. Eram vilas, entroncamentos rurais. Nessas vilas rurais, nós começamos também a instalar postos de saúde” (Entrevista. Nelson Pereira dos Santos, 2008, p. 6).

Nossas observações<sup>2</sup>, feitas a partir da leitura do texto de Tornero *et al.* (1978):

Trata-se de uma bonita experiência de medicina de base, realizada muito antes da conquista da nossa política nacional de atenção básica, de 2006.

O(a) médico(a) passava grande parte de seu tempo atendendo situações simples como: pré-natal, puericultura, diagnosticando e tratando verminose, escabiose, gripe, gastroenterocolite. Hoje, a essas questões somam-se as doenças crônicas não transmissíveis.

Objetivos simples eficazes têm potência para melhorar as condições de vida das pessoas.

O (a) médico(a) geral tinha como responsabilidade o exercício de uma medicina

2. Relatadas pelos alunos que "leram Donnangelo" (grifo nosso).

de base. Havia a percepção de que o especialista era utilizado como “aquecimento” (grifo nosso) de diagnósticos, casos que seriam resolvidos por um auxiliar de saúde bem orientado.

A nossa percepção sobre a leitura do texto:

Acadêmicos da saúde em Londrina eram treinados para executar inúmeras funções. No contemporâneo, parece que o processo de trabalho da atenção primária é hegemonizado pelas tais competências e habilidades, requeridas por políticas públicas. Vejamos o que nos mostrarão os nossos estágios...

Assistentes de saúde devem tratar de patologias simples relacionadas à sua área de atuação. Não é para as doenças raras que devemos nos debruçar, mas para as patologias simples. Marcão, professor que infelizmente não tivemos a oportunidade de conhecer, dizia, segundo a profa. Rita, que acadêmicos de medicina da UFSC se encantavam, por vezes, com doenças raras conhecidas por meio de disciplinas positivistas e tinham dificuldades em tratar socialmente uma criança com diarreia.

As diferentes áreas dos serviços de atenção primária devem ser integradas. Que bonito. Mas, parece que a prática se dá na dialética integração-separação. Estaremos atentos em nossos estágios...

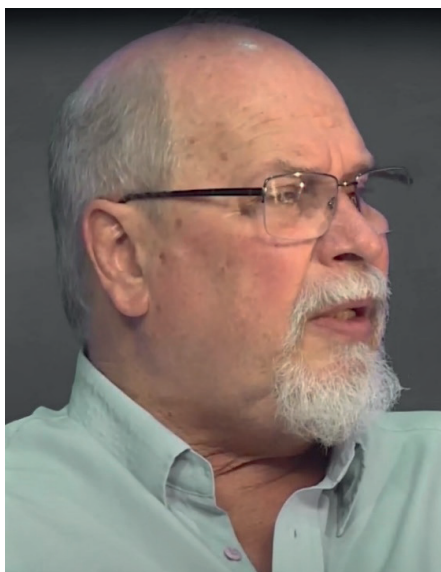
Aproximando a nossa leitura dessa experiência das discussões iniciais de Saúde Coletiva vivenciadas em sala no primeiro período, percebemos que o principal desafio, em termos humanistas, está não na melhor estrutura e/ou em um quantitativo expressivo de força de trabalho, mas na circulação de vontades políticas nos espaços de atenção básica para poder garantir o direito ao cuidado a usuários e comunidades oprimidos pelas dificuldades em garantir para si e famílias condições materiais de existência.

“A partir de 1975-76 vêm as iniciativas de Austin, no Rio de Janeiro, que eu coordenei, a de Paulínia, com Marília Bernardes, Sergio Arouca, a de Barra Funda, com José Guedes, a experiência municipalista, com Moreira Franco, em Niterói, Nildo Aguiar, na Superintendência do Inamps/RJ, em Campinas, com o Nelsão, em Londrina, a experiência de Montes Claros. São conjuntos de experiências de gestão, algumas em contato direto com a academia, em que a conquista de alguns governos estaduais, particularmente o do Paraná, com José Richa e Luiz Cordoni como secretário de saúde, e o de São Paulo, com Franco Montoro e João Yunes como secretário de saúde, passa a ser motor propulsor, digamos, da ocupação de espaços de governo, nesta linha” (Noronha, 2006 *apud* Jorge, 2006, p. 60).

## Costeira do Pirajubaé, Florianópolis-SC, 1980

Um exemplo de experiência de atenção primária executada no âmbito da academia é a do projeto de extensão da Costeira do Pirajubaé, da Universidade Federal de Santa Catarina. Desenhado e coordenado por Marcão, então professor da UFSC, em 1980, o projeto iluminava o fomento à prática médica como prática comunitária, em perspectiva dialética de agenciamento e enfoque participativo. Contar a história dessa experiência era um de seus maiores deleites (Rita Gabrielli).

Figura 45: Prof. Marcão



Fonte: UFSC

“A aproximação entre os acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a Atenção Primária à Saúde (APS) ocorreu lenta e gradualmente. A primeira iniciativa de que se tem registro ocorreu em 1980, com a criação do ambulatório da Costeira do Pirajubaé, projeto de extensão que passou a ser o principal espaço de prática ambulatorial fora do hospital, em bairro próximo à universidade. Em 1984, o que era atividade extracurricular voluntária foi incorporada ao currículo, mediante estágios optativos em quatro Centros de Saúde (CS) para os acadêmicos do sexto ao nono semestre, sob supervisão de médicos contratados para trabalhar nesses locais com ensino médico” (Silvestre; Tesser; Da Ros, 2016, p. 384).

## INSPIRAÇÕES DO SUS

Figura 46: Rússia, Reino Unido, Itália, Brasil



Fonte: National Health Service russo

### Национальная служба здравоохранения<sup>3</sup>

Em 1917, Nikolai A. Semashko, que ocupava o cargo de Comissário do Povo para a Saúde Pública, na Rússia, “elaborou o primeiro serviço nacional de saúde, ampliando o princípio do sistema regionalizado de saúde para um sistema completo de serviços médicos e de Saúde Pública, mantidos pelo Estado e oferecidos a todo povo” (Navarro, 1984 *apud* Coelho, 1998, p. 100).

Figura 47: Nikolai A. Semashko



Fonte: Biblioteca Nacional da Noruega, de domínio público

3. *National Health Service* russo. Serviço Nacional de Saúde russo (tradução nossa),

São três seus princípios básicos do *National Health Service* russo: “a unidade na organização dos serviços de saúde [...]; a participação da população em todas as atividades de proteção da saúde e, em terceiro [e] as medidas de ações integradas (promoção, proteção, recuperação)” (Terris, 1980 *apud* Coelho, 1998, p. 103).

O *National Health Service* russo “se destaca pela cobertura universal, por ser gratuito, financiado por impostos, pessoal assalariado, regionalização dos serviços, participação dos cidadãos por meio de comissões permanentes de saúde ou conselhos locais; ênfase e prioridade na prevenção. Caracterizado por áreas geográficas e população definida permite a programação local com base na epidemiologia. A valorização da Unidade Local de Saúde polivalente, dinâmica, integrada aos ambulatórios ou centros e hospitais que forma a complexidade crescente é outro destaque máximo deste modelo, o qual seria inviável num sistema privado de seguro médico ou similares” (Terris, 1980 *apud* Coelho, 1998, p. 103).

Saúde social ou saúde da população é “[...] determinada pelo regime sociopolítico e pelas condições de vida que deste regime dependem (condições ambientais de vida, trabalho, descanso, alimentação, nível de instrução e cultura, proteção da saúde pública e outras) e condicionada pela influência integral dos fatores sociais e biológicos do meio ambiente, que se avalia pelos índices demográficos e características do desenvolvimento físico, morbidade e invalidez [...]” (Serenko; Ermakov, 1984, p. 15 - tradução nossa).

O ponto de partida do argumento de Mario Testa para o planejamento em saúde pode nos ajudar a entender a diferença entre o que é determinado e o que é condicionado. Este ponto de partida se chama Postulado de Coerência. Vejamos:

Postulado de coerência: “Os propósitos de uma instituição, os métodos que utiliza e a organização que assume deve ser coerentes [...] Em ciências sociais a relação de coerência expressa-se de dois modos: determinação e condicionamento. A relação de determinação é uma força positiva, favorável, que estabelece os limites dentro dos quais deve ocorrer um fenômeno. A relação de condicionamento é a de uma força impeditiva que limita o que pode acontecer” (Testa, 1985 *apud* Giovanella, 1989, p. 53).



Figura 48: Entrevista de Mário Testa concedida ao Instituto IDEP Salud



Fonte: Instituto IDEP Salud

Figura 49: Lígia Giovanella. Dissertação de Mestrado: Ideologia e poder no planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa, 1989



Fonte: CEE Fiocruz

### ***National Health Service (NHS)***<sup>4</sup>

O *National Health Service (NHS)* é uma das políticas de proteção social do Plano Beveridge, proposto em 1942 por uma equipe ministerial liderada por William Beveridge, professor de Ciências Econômicas da Universidade de Londres, com o objetivo de planificar o dever do pós-Segunda Guerra britânico (Lima, 1957).

4. Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (tradução nossa).



Fundamentando-se na ideia de previsibilidade – a necessidade de reconstrução nacional exigiria amplas reformas econômicas e sociais, além de acesso universal a tratamentos médicos –, o Plano apontou para a construção de um *NHS* como suporte para a proteção social que a Inglaterra vislumbrava, antes mesmo do final da Guerra (Bevan, 1948).

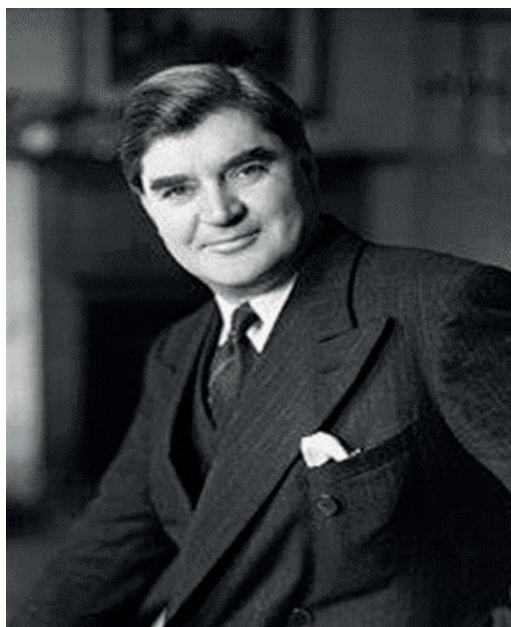
A forma que a proteção social assumiria era de uma ampla política nacional, que agregasse e se relacionasse com os mais diversos serviços vinculados à satisfação das necessidades humanas (Rosanvallon, 1997).

“Churchill, [...] preocupado em vencer a Segunda Guerra Mundial, não pôde pôr em prática o Plano Beveridge” (Lima, 1957, p. 130).

The *British National Health Service* (NHS): de caráter público e universal. Em 1945, o Partido Trabalhista Britânico, que havia conquistado o poder, nomeou Aneurin Bevan para o cargo de Ministro da Saúde. O Plano Bevan pretendeu um serviço nacional de saúde totalmente regionalizado e nacionalizado; um serviço tripartite de administração pública, a ser operado pelo Ministério da Saúde, hospitais municipais nacionalizados e autoridades locais de saúde pública (*Local Health Authorities*). Em sua implantação, em 1948, incorporou “o ideal de que a proteção social deve ser um direito de cidadania e que estes benefícios sociais devem ser distribuídos igualmente, independentemente da capacidade de pagamento de cada um [...]” (Immergut, 1992, p. 51).

“Nenhuma sociedade pode legitimamente se chamar civilizada se a uma pessoa for negada ajuda médica por causa de falta de meios” (Bevan, 1952 *apud* Harrington, 2019).

Figura 50: Aneurin Bevan



Fonte: National Portrait Gallery, de domínio público

## ***Servizio Sanitario Nazionale (SSN)***<sup>5</sup>

Entre o pós-Guerra e os anos 60, a Itália “enfrentou a sua reconstrução nacional, sem vivenciar o *welfare state* como os países social-democratas europeus” (Berlinguer, 1997) e conviveu com “a evolução do perfil demográfico da população, o incremento das necessidades de saúde e o endividamento do mutualismo fortemente fragmentado em inúmeras operadoras de planos e seguros” (Lima *et al.*, 2009, p. 121).

Em 1965, Giovanni Berlinguer, médico sanitaria italiano, havia elaborado uma proposta de reforma sanitária, onde previa “um serviço sanitário articulado por todo território nacional em 2.118 Unidades Sanitárias Locais e a substituição do princípio de seguridade de doença pelo princípio de seguridade social” (Cosmacini, 2005, p. 491). A proposta não foi priorizada pelo Parlamento (Teixeira, 1989) que decidiu por uma Reforma Hospitalar, em 1968, “para oportunizar a entrada dos hospitais autônomos em substituição às instituições públicas de assistência e beneficência” (Cavicchi, 2005) (Lima *et al.*, 2009, p. 121).

Figura 51: Giovanni Berlinguer



Fonte: Senado da República de Itália, 2006

“Essa reforma gerou uma complexa crise hospitalar e, dez anos após, em dezembro de 1978, eclodiu uma ampla mobilização social por uma reforma sanitária, com a participação de milhares de pessoas da sociedade civil, principalmente trabalhadores (Berlinguer; Teixeira; Campos, 1988). Nesta Reforma, é conquistado o *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN), trinta anos depois de promulgada a Constituição que, em seu art. 32, dispõe: “Art. 1º: 'A República tutela a saúde como direito fundamental do indivíduo e interesse da coletividade mediante o serviço sanitário nacional [...]” (Itália, 1978) (Lima *et al.*, 2009, p. 121).

5. Serviço Sanitário Nacional da Itália (tradução nossa).

ANDRESSA TELINO DA COSTA DE AGUIAR  
ARTHUR ANESI NICOLAU  
ARTHUR HENRIQUE DE MORAES GOETTEN  
ARTHUR WAINSTEIN PAIVA  
BEATRIZ CAMILO KLEIS  
BRUNA ROLDO  
CAMILA FERNANDA DO N. GELHARDT  
CAROLINA VORPAGEL STEYER  
DÉBORA BALBINOT GIACOMELLI  
EDUARDA STOEBERL HOLZ  
ELOÍSA KMIECIK  
ENZO FORTE TRAUTWEIN  
FELIPE MOREIRA HOFFMANN  
GIOVANNI MARTINS MISTURINI  
ISABELLA CHRISTINA DE A. MATTOS  
ISMAEL LEVI PEREIRA COSTA  
JUAN ERICK CARMESINI CÔTA  
KAMILLY VITÓRIA PEREIRA DE ALMEIDA  
KARLA DIAS GRATIS PAIVA  
LARISSA RICHARTZ  
LAURA MEDEIROS D'AMBROSO  
LAYSA SCHROEDER BRAND  
LEONARDO STAHELIN DA SILVA  
LUCAS PATISSI VEGINI  
MARIA ANTÔNIA SCHAUFFERT P G  
MARIA CLARA DAGRAVA SOARES BRITO  
MARIA CLARA MARCHIORI MAFRA  
MARIA CLARA TREVISAN PICCINI  
MARIA EDUARDA DA ROCHA PEREIRA  
MARIA LUISA RIBEIRO DOS SANTOS

MARIA LUIZA VIVAN DOS SANTOS

MELLINA FERREIRA OECHSLER

MURILO REIS DE MENEZES NETO

PAULO VICTOR RODRIGUES FERREIRA

RHÍLLARY GABRIELLY C. DE OLIVEIRA

RONALDO KLUG JUNIOR

RUAMA GABRIELLE GAZANIGA

SOFIA NORONHA FERRARI

SOFIA REIS DADAM

SOPHIA THOMASSEN

THOR PINHEIRO SANDRI DA SILVA

VICTORIA MALHERBI DOS S. ANDRADE

VINÍCIUS ANACLETO CASSANEGO

RITA DE CÁSSIA GABRIELLI SOUZA LIMA

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ABATH, G. M. Medicina Geral Comunitária no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 8, n. 3, p. 166–177, set. 1984. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v8.3-003>. Acesso em: 03 mar. 2024.

ALMEIDA FILHO, N. de. Bases históricas da Epidemiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 3, p. 304–311, jul. 1986. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1986000300004>. Acesso em: 10 maio 2024.

ALVES, T. F.; LIMA, R. de C. G. S. Interesse público na saúde: contribuições para uma agenda ético-política. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 343–350, jul. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/lj/cadsc/a/Q6HZSSHGzRL6drBGc5h9bcj/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 15 maio 2024.

ANDRADE, E. G. Estado e Previdência no Brasil: uma breve história. In: MARQUES, R. M. *et al.* **A Previdência Social no Brasil**. São Paulo: Perseu Abramo, 2003. p. 69-84.

AROUCA, S. **Dr. Democracia**. Rio de Janeiro: O PASQUIM 21, 27 ago. 2002. Disponível em: [http://bvसारouca.cict.Fiocruz.br/lildbi/docsonline/5/7/275-Sergio\\_arouca\\_entrevistao](http://bvसारouca.cict.Fiocruz.br/lildbi/docsonline/5/7/275-Sergio_arouca_entrevistao). Acesso em: 15 maio 2024.

BARATA, R. B. Causalidade e epidemiologia. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 4, n. 1, p. 31-49, mar. 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/lj/hcsm/a/68s9kjSKS8w8xZrR K4d8g7S/?lang=pt#>. Acesso em: 30 abr. 2024.

BARATA, R. B. Epidemiologia e Ciências Sociais. In: BARATA, R. B.; BRICEÑO-LEÓN, R. (orgs.). **Doenças Endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

BARATA, R. B. Epidemiologia social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 1, p. 7–17, mar. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/lj/rbepid/a/GB9g3ysktW8D4M5b3FVkhPs/?lang=pt&format=html#>. Acesso em: 23 mar. 2024.

BARRETO, M. L.; TEIXEIRA, M. G. Dengue no Brasil: situação epidemiológica e contribuições para uma agenda de pesquisa. **Estudos Avançados**, v. 22, n. 64, p. 53-72, 2008.

BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo Perspec.**, v. 18, n. 3, p. 33-40, set. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000300004>. Acesso em: 19 abr. 2024.

BATISTA, L. E. Epidemiologia: economia, política e saúde. **Perspectivas**, v. 15, p. 159-173, 1992. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/1968/1606>. Acesso em: 25 mar. 2024.

BENCHIMOL, J. L.; SILVA, A. F. C. da. Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 719-762, jul./set. 2008.

BERLINGUER, G. **Etica della salute**, Milano: Saggiatore, 1997.

- BERLINGUER, G. **La storia della salute**. Da privilegio a diritto. Firenze-Milano: Giunti-Dante, 2011.
- BEVAN, A. **National health service**: attitude of the medical profession. Memorando do Ministro da Saúde. Londres: Gabinete, 1948.
- BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923**. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/historicos/dpl/dpl4682-1923.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/dpl4682-1923.htm). Acesso em: 18 maio 2024.
- BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 1.083, de 22 de agosto de 1860**. Contendo providências sobre os Bancos de emissão, meio circulante e diversas Companhias e Sociedades. 1860a. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-2711-19-dezembro-1860-556868-publicacaooriginal-77043-pe.html>. Acesso em: 18 maio 2024.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)&gt;&gt;. Acesso em: 15 maio 2024.
- BRASIL. **Decreto nº 2.711, de 19 de dezembro de 1860**. Contém diversas disposições sobre a criação e organização dos Bancos, Companhias, Sociedades anônimas e outras, e prorroga por mais quatro meses o prazo marcado pelo artigo 1º do Decreto nº 2.686 de 10 de novembro do corrente anno. Coleção de Leis do Império do Brasil - 1860, Página 1125, vol. 1, pt II. 1860b. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-2711-19-dezembro-1860-556868-publicacaooriginal-77043-pe.html>. Acesso em: 18 maio 2024.
- BRASIL. **Decreto-Lei nº 288, de 23 de fevereiro de 1938**. Cria o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado. Diário Oficial da União - Seção 1 - 24/2/1938. p. 3626. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-288-23-fevereiro-1938-350732-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 18 maio 2024.
- BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília/DF: MS, 1986. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio\\_8.pdf](https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_8.pdf). Acesso em: 15 abr. 2024.
- BREILH, J. **Critical epidemiology and the people's health**. Nova York: Oxford University Press, 2021.
- BREILH, J. *et al.* **Deterioro De La Vida**. Um instrumento para análise de prioridades regionais en lo social y la salud. Quito: Corporación Editora Nacional, 1990.
- BREILH, J. **Epidemiologia**: economia, medicina e política. São Paulo: Unesp Hucitec, 1991.
- BREILH, J. La salud enfermedad como hecho social: un nuevo enfoque. *In*: BREILH, J. *et al.* **Deterioro de la vida**. Quito: Corporación Editora Nacional, 1990. p. 23-34. Disponível em: [https://digitalrepository.unm.edu/lasm\\_pt/87/](https://digitalrepository.unm.edu/lasm_pt/87/). Acesso em: 23 mar. 2024.
- BUCK, C. *et al.* **El Desafío De La Epidemiología**. Problemas y lecturas seleccionadas. Publicación Científica No. 505. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1988. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34153>. Acesso em: 23 mar. 2024.

- CAMPOS, G. W. de S. A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 64, p. 5–8, jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/ijcse/a/W3fyY7tRfFmdgMSkQ4YGtxn/?lang=pt#>. Acesso em: 15 maio 2024.
- CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219–230, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/ijcsc/a/mvLNPhZL64hdTPL4VBjnrLh/>. Acesso em: 16 jun. 2024.
- CAMPOS, G. W. de S. Semblantes da Saúde Coletiva: tendências e perspectivas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 27, e220465, 2023. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/ijcse/2023.v27/e220465/pt>. Acesso em: 15 maio 2024.
- CAMPOS, R.; PIANTA C. Tuberculose: histórico, epidemiologia e imunologia, de 1990 a 1999, e co-infecção TB/HIV, de 1998 a 1999, Rio Grande do Sul – Brasil. **Bol da Saúde**, v. 15, n. 1, p. 61-71, 2001. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/237080416\\_Tuberculose\\_Historico\\_epidemiologia\\_e\\_imunologia\\_de\\_1990\\_a\\_1999\\_e\\_co-infeccao\\_TBHIV\\_de\\_1998\\_a\\_1999\\_Rio\\_Grande\\_do\\_Sul\\_Brasil](https://www.researchgate.net/publication/237080416_Tuberculose_Historico_epidemiologia_e_imunologia_de_1990_a_1999_e_co-infeccao_TBHIV_de_1998_a_1999_Rio_Grande_do_Sul_Brasil). Acesso em: 27 maio 2024.
- CARVALHO, A. I. de. **Conselhos de Saúde no Brasil**: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase/lbam, 1995.
- CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, Saúde Pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: BARATA, R. B. (org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.
- CEBES. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. **Alames**. 1984. Disponível em: <https://cebes.org.br/o-cebes/alames/>. Acesso em: 03 mar. 2024.
- CEBES. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. **A questão democrática na área da saúde**. 4 out. 2015. Disponível em: <https://cebes.org.br/a-questao-democratica-na-area-da-saude/17754/>. Acesso em: 03 mar. 2024.
- COELHO, A. R. **O urbano e o sanitário na globalização – Estudo de questões urbanas e sanitárias na cidade de Florianópolis – SC**. Orientadora: Evelin Naked de Castro Sá. 1998. 385 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998. Disponível em: [https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-06042020-133741/publico/DR\\_341\\_Coelho\\_1998.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-06042020-133741/publico/DR_341_Coelho_1998.pdf). Acesso em: 10 mar. 2024.
- COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**: Revista de Cultura e Política, n. 19, p. 123-140, nov. 1989. Disponível em: <https://www.scielo.br/ijl/a/q3sRL6qtG7NPGzmdMvtVVPz/#>. Acesso em: 24 mar. 2024.
- COSMACINI, G. **Storia della Medicina e della Sanità in Italia**. Roma: Laterza, 2005.
- COSTA, A. M. *et al.* Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: movimento em defesa do direito à saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spel, p. 135-141, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/ijdsdeb/a/SwMJG4gTGRyrrRjJdKxPZTD/>. Acesso em: 15 maio 2024.
- CPDOC/FGV. Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil. **Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)**. 2009. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-previdencia-social-inps>. Acesso em: 18 maio 2024.

CZERESNIA, D. Do contágio à transmissão: uma mudança na estrutura perceptiva de apreensão da epidemia. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 75–94, mar. 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/hcsm/a/Wcz8jvgw77K8qdvQppMY5fK/#>. Acesso em: 24 mar. 2024.

DA ROS, M. A. **Fleck e os estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994**. Orientador: Demétrio Delizoicov. 2000. 207 f. Tese (Doutorado em Ensino de Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/78913>. Acesso em: 28 maio 2024.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina & Sociedade**. São Paulo: Hucitec, 2011.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. 2. ed., São Paulo: Duas Cidades, 1979.

ENGELS, F. (1820-1895). **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. Tradução: B. A. Schumann. Supervisão, Apresentação e Notas: José Paulo Netto. São Paulo: Boitempo, 2010.

ENTREVISTA. Nelson Rodrigues dos Santos. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 645–658, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/z3R97Jjnnz7WGXgZhT5Z6CP/?lang=pt#>. Acesso em: 26 maio 2024.

ESCOREL, S. Mário Magalhães: Desenvolvimento é Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2453-2460, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.09072015>.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao Desenvolvimentismo Populista. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 279-321.

FERNANDES, T. Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneriana à animal). **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 1999, p. 29-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59701999000200002>.

FIORI, J. L. Uma pequena nota de apresentação, 44 anos depois. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, e310301, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/ZY4Kwnfp63RGKJpNLbBmnm/?lang=pt>. Acesso em: 24 maio 2024.

FONSECA, C. M. O. A história da ABRASCO: Política, Ensino e Saúde no Brasil. In: LIMA, N. T.; SANTANA, J. P. de. **Saúde Coletiva como Compromisso**. A trajetória da ABRASCO. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 21-41. Disponível em: <https://abrasco.org.br/download/saude-coletiva-como-compromisso-a-trajetoria-da-abrasco/>. Acesso em: 15 maio 2024.

FREITAS, M. T. de A. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. **Cadernos de Pesquisa**, n. 116, p. 21–39, jul. 2002.



GIOVANELLA, L. **Ideologia e Poder no Planejamento Estratégico em Saúde**: uma discussão da abordagem de Mario Testa. Orientador: Adolfo Horácio Chorny. 1989. 315 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1989. Disponível em: [https://bvssp.iciict.fiocruz.br/pdf/Giovanella\\_ligia.pdf](https://bvssp.iciict.fiocruz.br/pdf/Giovanella_ligia.pdf). Acesso em: 15 abr. 2024.

HARRINGTON, D. **Aneurin Bevan's 1952 essay on the NHS – Chapter 5 of 'In Place of Fear'**. 5 fev. 2019. Disponível em: <https://publicmatters.org.uk/2019/02/05/aneurin-bevans-1952-essay-on-the-nhs-chapter-5-of-in-place-of-fear/>. Acesso em: 15 abr. 2024.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

IMMERGUT, E. M. **Health politics**: interests and institutions in Western Europe. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Ellen-Immergut-2/publication/40933789\\_Health\\_Politics\\_Interests\\_and\\_Institutions\\_in\\_Western\\_Europe/links/5423f7f70cf26120b7a709fd/Health-Politics-Interests-and-Institutions-in-Western-Europe.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ellen-Immergut-2/publication/40933789_Health_Politics_Interests_and_Institutions_in_Western_Europe/links/5423f7f70cf26120b7a709fd/Health-Politics-Interests-and-Institutions-in-Western-Europe.pdf). Acesso em: 23 mar. 2024.

JORGE, E. A Mobilização Instituinte (Décadas de 1979 e 1980). In: FALEIROS, V. de P. *et al.* **A construção do SUS**. Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: MS, 2006. p. 35-111. (Série I. História da Saúde no Brasil). Disponível em: [https://bvssms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao\\_do\\_SUS\\_2006.pdf](https://bvssms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf). Acesso em: 25 maio 2024.

LAURELL, A. C. Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. **Revista Centro-Americana de Ciencias de la Salud**, v. 3, n. 5, p. 79-97, 1977.

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, n. 2, p. 7-23, 1982. Disponível em: [https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod\\_resource/content/1/Conteudo\\_on-line\\_2403/un01/pdf/Artigo\\_A\\_SAUDE-DOENCA.pdf](https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf). Acesso em: 13 maio 2024.

LIMA, J. S. Da mensagem de Bismarck ao plano Beveridge. **Revista da Faculdade de Direito UFMG**, v. 9, p. 125-131, 1957. Disponível em: <https://revista.direito.ufmg.br/index.php/revista/article/view/604>. Acesso em: 21 abr. 2024.

LIMA, R. de C. G. S. *et al.* A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 118-130, jan. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/99NSxRXwVWzPs4CMz9dgbww/#>. Acesso em: 18 maio 2024.

LÖWY, M. **Método dialético e teoria política**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

MANTOVANI, R. O que foi a polícia médica?. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 409-427, abr. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hicsm/a/j9K4bbzQLbc63jphmmsNfQK/abstract/?lang=pt&format=html#>. Acesso em: 29 maio 2024.

MARSIGLIA, R. G. Medicina Social: evolução de um campo de ideias e de práticas. **Soc. Dir. Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 3-11, 1984. Disponível em: <https://imesc.sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/TemasIMESC-JUL84.pdf>. Acesso em: 18 maio 2024.

- NUNES, E. D. A importância da história para a formação médica. **Boletim Ciências Médicas**, Unicamp, v. 12, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/boletimfcm/entre-vista/importancia-da-historia-para-formacao-medica>. Acesso em: 18 maio 2024.
- NUNES, E. D. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 909-916, 2008.
- NUNES, E. D. O pensamento social em saúde na América Latina: revisitando Juan César García. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1752–1762, set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DMSWyr3YKXLRz5YPVjdRVtp/?lang=pt#>. Acesso em: 18 maio 2024.
- NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bTHWsnDCM3h9Fpj73YGSgn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 mar. 2024.
- OLIVEIRA, J. A. de A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)Previdência Social**: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1996.
- OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 205-218, June 2015.
- PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Orientadora: Carmen Fontes Teixeira. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/rii/10376/1/5555555555.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2024.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. spe, p. 73–78, ago. 2006. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/T59CdBgDQyGf3hQlpZCjyks/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 18 maio 2024.
- PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15–36, jan. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 15 maio 2024.
- PINHEIRO, T. M. M.; RIBEIRO, F. S. N.; RIBEIRO, A. P. Epidemiologia crítica e saúde coletiva: rupturas e reconstruções. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 8, p. e00086223, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XHHqFTHsfDLbtsRrq56PbFS/?lang=pt#>. Acesso em: 19 abr. 2024.
- RADIS. Entrevista: Sérgio Arouca. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 2, p. 355–361, set. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/WrhbGz8jKrvvXz6SKFc4xS/?lang=pt#>. Acesso em: 18 maio 2024.
- RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. Tradução: Raimundo Estrêla. 4. ed. São Paulo: Fundacentro, 2016.

RAMOS, F. L. de P. *et al.* As contribuições da epidemiologia social para a pesquisa clínica em doenças infecciosas. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 7, n. esp, p. 221-229, dez. 2016. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-62232016000500221&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000500221&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 23 mar. 2024.

RIBEIRO, W. C. As Grandes Cidades e Suas Contradições Internas: A Sociologia Urbana de Friedrich Engels. **Cadernos de Estudos Sociais e Políticos**, v. 8, p. 121-135, 2018.

RIBEIRO, H. P.; LACAZ, F. A. de C. **De que adoecem e morrem os trabalhadores**. São Paulo: IMESP, 1984.

RODRIGUES, J. A. **Sindicato e desenvolvimento no Brasil**. São Paulo: Divisão Europeia do Livro, 1968.

ROSANVALLON, P. **A nova questão social**. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1997.

ROSEMBERG, J. Tuberculose – Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. **Bol. Pneumol. Sanit.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 5-29, jul./dez. 1999. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-460X1999000200002](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X1999000200002). Acesso em: 27 maio 2024.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

RUFFINO-NETTO, A.; PEREIRA, J. C. Mortalidade por tuberculose e condições de vida: o caso Rio de Janeiro. **Rev Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 27-34, 1981. Disponível em: [https://docvirt.com/asp/acervo\\_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.12&pesq=&x=36&y=10](https://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.12&pesq=&x=36&y=10). Acesso em: 27 maio 2024.

SCHRAIBER, L. B. Saúde coletiva: um campo vivo. *In*: PAIM, J. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 9-19.

SERENKO, A. F.; ERMAKOV, V. V. **Higiene social y organización de la salud pública**. Tradução: Izabel V. Danílova. Moscou: Mir Moscú, 1984.

SILVESTRE, H. F.; TESSER, C. D.; DA ROS, M. A. Avaliação Discente de um Internato Médico em Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 3, p. 383–392, jul. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/rbem/a/NsgsRNDLJdZMhBSJdJtPnJs/?lang=pt#>. Acesso em: 26 maio 2024.

SOPHIA, D. C. Notas de participação do Cebes na organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde: o papel da revista Saúde em Debate. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 554-561, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/sdeb/a/MBhc6BNkMCFzGLcmCHDr8Ff/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 29 maio 2024.

TEIXEIRA, A. **Do seguro à seguridade: a metamorfose inconclusa do sistema previdenciário brasileiro**. Rio de Janeiro: IEI/UFRJ, 1990.

TEIXEIRA, A. M. de P. **Previdência Social no Brasil: da Revolução Passiva à Contra-Reforma**. Orientador: Aloísio Teixeira. 2006. 252 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/eps-4210>. Acesso em: 10 abr. 2024.

TESTA, M. **Saber en salud**. Buenos Aires: Lugar, 1997. Disponível em: <https://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/26>. Acesso em: 18 maio 2024.

TORNERO, N. L. *et al.* Uma experiência de assistência sanitária primária. **Saúde em Debate**, n. 6, p. 21-26, 1978. Disponível em: <https://ohs.coc.fiocruz.br/wp-content/uploads/2024/02/Uma-experiencia-de-assistencia-1978-Publicacoes-Nacionais.pdf>. Acesso em: 15 maio 2024.



VERDI, M. I. M. **Da Haussmannização às Cidades Saudáveis: Rupturas e Continuidades nas Políticas de Saúde e Urbanização na Sociedade Brasileira do Início e do Final do Século XX**. Orientador: Sandra Caponi. 2002. 233 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva? *In*: ALMEIDA-FILHO, N. de; PAIM, J. S. (orgs.). **Saúde Coletiva**. Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2023. p. 21-33.

WAGNER, G. **Quem foi David Capistrano?** 2003. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/humanizassus/quem\\_foi.htm](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/humanizassus/quem_foi.htm). Acesso em: 15 maio 2024.

Caderno de História da

# Saúde Coletiva

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)  
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)  
 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)








Caderno de História da

# Saúde Coletiva

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)



  
Ano 2024