

# De aspiração humanitária a direito fundamental:

traços da história da saúde pública  
no Brasil, entre o Império e  
a República de 1988

Of Humanitarian Aspiration to  
Fundamental Law: Traces of the  
history of public health in Brazil,  
between the Empire and the  
Republic of 1988

**AMÉRICO SOARES MIGNONE**

Mestre em História Social das Relações Políticas pela  
Universidade Federal do Espírito Santo; Procurador do  
Município de Guarapari (ES)  
[americomignone@gmail.com](mailto:americomignone@gmail.com)

---

**RESUMO:** O artigo tem a finalidade de conhecer, registrar e apresentar a alçada histórica da saúde ao patamar de direito fundamental no Brasil, percorrendo o trajeto entre o período imperial e a promulgação da Constituição Federal de 1988, possibilitando a ampliação da historiografia sobre o tema e contribuindo para novas reflexões.

**PALAVRAS-CHAVE:** História da saúde. Direito fundamental à saúde. Constituição Federal de 1988.

**ABSTRACT:** This article aims to know, record and show the historical health care at the level of fundamental right in Brazil, going through between the imperial period and the Federal Constitution promulgation of 1988, enabling the expansion of historiography on the subject and contributing for new reflections.

**KEYWORDS:** Health's History. Health's Fundamental Right. Federal Constitution of 1988.

## Introdução

Este trabalho tem a finalidade de apresentar momentos da história da saúde pública no Brasil, ocorridos especialmente entre o período imperial e a Constituição republicana de 1988, quando a saúde alcança o patamar de direito fundamental da sociedade brasileira.

A trajetória da humanidade revela uma busca contínua pela saúde e por métodos, instrumentos, fórmulas e seres (terrenos ou divinos) capazes de assegurá-la. Essa perseguição incessante deriva da relação direta da saúde com a própria manutenção da vida, e a insistência e evolução da busca humana pelo seu intento tem gravado na história transformações memoráveis, com avanços significativos no plano do bem-estar, da qualidade de vida e da dignidade, com consequentes reflexos na ordem social, política, científica e jurídica.

Neste artigo, seguiremos a linha histórica da política de saúde no Brasil, destacando as questões sanitárias de maior relevo ocorridas no período imperial, na Primeira República e no Estado Novo, na redemocratização de 1946 e na ditadura militar de 1964, e por fim, no advento da Constituição Federal de 1988, quando ocorre a elevação da saúde ao patamar de direito fundamental da sociedade brasileira.

Registraremos, desde já, que este trabalho não tem a finalidade de relatar todo o caminho histórico da saúde pública no período em referência. O que pretendemos é apontar traços importantes dessa trajetória que colaboram para o conhecimento e a compreensão da política de saúde pública brasileira ao longo do tempo.

## A saúde no Império brasileiro

No Brasil, o período imperial (1822-1889) marca o tempo em que a saúde, enquanto bem da vida e política pública, inicia crescente e contínua ampliação de suas fronteiras, conduzida especialmente pela soma de interesses diversos, mas, ao mesmo tempo, confluentes e provenientes de variados segmentos: sociedade, governo, classes profissionais, agentes econômicos etc.

A sociedade buscava abrigo, reação, socorro contra as enfermidades que assolavam o Brasil à época, especialmente em períodos de epidemia, promovendo o extermínio de parte expressiva da população sobre a qual recaíam. Em movimento de autoreconhecimento e superação (ao menos no campo da exclusividade) do ideário religioso como *causa mortis*, a sociedade

brasileira passa a esperar e solicitar, de modo cada vez mais visível, a atuação do Poder Público na promoção da saúde do povo.

Sob sua ótica, o Poder Público inicia a tratativa da saúde como item indicativo de qualidade da “Corte”. Passa a empreender esforços para melhorar as condições de salubridade da população brasileira com o objetivo de encerrar a terrível fama corrente sobre o Brasil em toda Europa, no sentido de tratar-se de local dominado pelas pestes e enfermidades, de nenhuma higiene, pouco civilizado e não propício a investimentos e ao progresso.

Em paralelo e/ou conjugado com a visão de Governo colocavam-se os interesses econômicos de diversos grupos. O domínio das enfermidades em território brasileiro prejudicava a economia por conta da doença dos trabalhadores ou do estigma anti-higiênico da produção nacional, e impedia a vinda de estrangeiros, investidores ou substitutos da mão de obra escrava, causando entraves à ocupação territorial e à formação da nação brasileira com as características físicas e comportamentais modernas, então identificadas nos países europeus.

Por fim, no contexto próprio da saúde, havia o interesse dos médicos científicos (formados pelas escolas de medicina), que viam nesse ambiente degradado a oportunidade de firmarem sua ciência e ocuparem espaço profissional e social de destaque, por meio da “regeneração” da saúde do povo e da nação.

Na maior parte do período imperial, a força motriz da ampliação das políticas de saúde era a necessidade de atração de estrangeiros para o país, especialmente para substituição da mão de obra escrava nas fazendas brasileiras, tendo em vista o crescente comportamento abolicionista da nação, reflexo europeu (“nações civilizadas”), a culminar com o “fim” da escravidão no ano de 1888.

Outra questão que consolidou esse processo de maior atenção à salubridade do país desde o início do império foi a instalação da família real no Rio de Janeiro, pouco antes da independência. Por razões lógicas, o estabelecimento da Corte no Brasil não era compatível com o ambiente infecto e putrefe de que se tinha notícia sobre a Colônia. Além de providências imediatas como a vinda de médicos para o Brasil juntamente com a família real, outras ações, ainda que motivadas pela necessidade de garantir a própria segurança, passaram a ser adotadas pela realeza com vistas à melhor condição de saúde nesta localidade (EUGÊNIO, 2012, p. 67)<sup>1</sup>.

Uma questão que afeta a história da saúde pública brasileira de grande relevância, corrente ao longo de todo período imperial, refere-se ao en-

frentamento estabelecido pelos médicos contra o “charlatanismo”, termo que empregavam para designar todo e qualquer ator ou prática de cura diversa da medicina científica (ensinada nas escolas especializadas).

Para os médicos, o estado de insalubridade crônica vivido no Brasil era, por outra face, uma oportunidade de consolidar sua ciência e profissão, ocupando espaço e mercado, e obtendo prestígio financeiro e social. Desta forma, prontificavam-se a atuar ao lado do Poder Público no combate às enfermidades e na educação da população quanto a hábitos mais saudáveis e higiênicos, travando, em paralelo, combate a todos que ofertavam serviços semelhantes aos seus (curandeiros, homeopatas, boticários, religiosos, farmacêuticos e até médicos estrangeiros cujos diplomas ainda não haviam sido reconhecidos no Brasil).

Interessante destacar que, visando alcançar seus objetivos, a classe médica se apresentava ao mesmo tempo ao Poder Público, à população e aos seus colegas de profissão, mostrando a estes últimos a importância da consolidação de sua ciência no país, inclusive para ascensão profissional e social de seus integrantes. Tal empreitada era realizada pela formação de grupos profissionais, pela edição de revistas especializadas, pela publicação de artigos e propagandas em jornais, pela distribuição de folhetins informativos etc.

Pelo lado do Poder Público, a parceria com os médicos também era necessária e proveitosa. A medicina científica empreendia ao discurso do Governo legitimidade técnica. Quem falava, quem estabelecia esta ou aquela ação ou comportamento não eram os governantes por si mesmos, era a ciência. Os reflexos positivos eram diretos, a atuação do Poder Público era vista por todos (apoiadores ou contrários) com legitimidade técnica, e o Brasil iniciava um movimento de saúde pública já praticado na Europa (a medicina feita por médicos).

Importante ressaltar que a novidade da ciência médica no país, com seus modos de atuação e tratamento, o pequeno número de profissionais formados à disposição da sociedade e o custo mais elevado das suas atuações, além do costume e das credícies já estabelecidas em torno dos “charlatães”, agiam como força de resistência ao projeto de estabelecimento da classe médica (SAMPAIO, 2001, p. 25, 33, 45-47).

De todo modo, nessa relação de interesses recíprocos entre médicos e Poder Público, os médicos iam obtendo de forma crescente a confiança, o apoio e o incentivo do Governo para realizar as medidas sanitárias que eram necessárias e ocupar o espaço profissional que pretendiam, ganhando des-

taque especial a figura do médico higienista, pela natureza de suas atividades profissionais.

Com isso, os higienistas passaram a ocupar postos importantes do Governo relacionados com a saúde pública. Ditavam comportamentos, rotinas, restrições, tudo em prol da salubridade e do progresso que o país buscava viver (SAMPAIO, 2001, p. 41). A essa casta médica, que alcançava espaço e autoridade junto ao Poder Público, a historiografia comumente denomina “elite médica” (EUGÊNIO, 2012, p. 34, 39; CARVALHO, 2015, p. 29–30).

Atuando de acordo com a científicidade de seu tempo, os profissionais médicos do Império buscavam encontrar soluções para as epidemias que assolavam o Brasil (varíola, febre amarela, peste bubônica, cólera etc.).

À época, as principais teses que figuravam sobre a ocorrência de tantas epidemias em solo brasileiro eram a falta de controle sobre os que desembarcavam em nossos portos, o tráfico de escravos e o ambiente favorável à contaminação produzido por “miasmas”, isto é, o ar corrompido pelo lixo, pela decomposição de cadáveres, pelo esgoto a céu aberto etc<sup>2</sup>.

A partir desses direcionamentos, os médicos atuavam junto ao Poder Público na formulação de disciplinas e regras a serem seguidas pela população e pelo próprio governo com o objetivo de encerrar ou reduzir as situações de propensão ao desenvolvimento das pestes e epidemias<sup>3</sup>.

Apesar de marcar importante movimentação da saúde pública brasileira, no Império, o Estado não promoveu ações capazes de encerrar ou reduzir significativamente os problemas de salubridade do país (BERTOLLI FILHO, 2006, p. 10; EUGÊNIO, 2012, p. 254). As epidemias continuavam eclodindo e dizimando números alarmantes de brasileiros. A atuação dos médicos científicos, embora em ampliação, não dava retorno às necessidades e expectativas da população e o Brasil seguia figurando entre os países mais insalubres do mundo.

## A saúde no período republicano brasileiro anterior a 1988

### Da Primeira República ao Estado Novo

Já no final do período imperial, o entendimento e o comportamento do Estado brasileiro em relação à saúde pública iniciava uma mudança de eixo,

passando a ter como centro a importância de tal política para o progresso nacional e estabelecimento do país enquanto nação civilizada.

Com a proclamação da República (1889), o Brasil passa a ter o progresso e a civilização/organização/modernização (referenciadas pela expressão “ordem e progresso” esculpida na sua Bandeira republicana), como metas principais, capazes de retirar o país da configuração de terra do atraso e de barbárie e elevá-lo ao rol das nações mais desenvolvidas.

Com isso, a visão e o investimento estatal sobre a população brasileira são alterados, pois só seria possível promover o progresso nacional por meio de um povo saudável, educado, feliz<sup>4</sup> e capacitado para tanto.

Nesse contexto, a medicina amplia seu papel de guia do Estado para assuntos sanitários, cabendo-lhe o desenvolvimento e a indicação de ações capazes de promover a melhoria da saúde da população, e consequentemente contribuir para o projeto de modernização do país. Claro, em paralelo, a ciência médica prosseguia no seu intento de legitimação profissional e social.

Assim, os médicos atuavam de forma crescente na formatação das cidades. Alçados a membros do Poder Público, com a nomeação para cargos de referência, ou como conselheiros das autoridades, recomendavam obras, intervenções em locais que diziam propícios à proliferação de doenças, fechamento de comércios e até providências de âmbito privado, que alteravam a rotina do cidadão e de sua família<sup>5</sup>.

Promover reforma urbana, também significava medicalizar a sociedade, isto é, estabelecer novos padrões de comportamento que contribuissem para o não surgimento de doenças ou sua não proliferação, ao menos de modo não alarmante (SAMPAIO, 2001, p. 43-44; CARVALHO, 2015, p. 43).

Outro aspecto importante para a política de saúde nos primeiros anos da República foi a mudança de paradigma sobre a origem das doenças e suas formas de transmissão<sup>6</sup>, baseada especialmente na bacteriologia e na fisiologia, já difundidas na Europa, principalmente por Louis Pasteur e Claude Bernard.

A partir disso, a medicina buscou eliminar os microrganismos responsáveis pelas doenças através da imunização dos pacientes e do combate direto aos vetores responsáveis por sua transmissão. São ampliadas as campanhas de vacinação, as expedições científicas pelo interior do país, as caçadas a mosquitos, ratos e barbeiros, e a restrição/isolamento a pessoas contaminadas.

Como efeito da modificação do entendimento médico no Brasil sobre a origem e as formas de transmissão das doenças, o Governo dedica maiores

investimentos à instalação de institutos de pesquisas e centros de estudos destinados a aprofundar o conhecimento sobre as enfermidades, com a finalidade de desenvolvimento de ações preventivas e terapêuticas mais eficazes, especialmente vacinas.

Com tal visão, os laboratórios Bacteriológico, Vacinogênico e de Análises Clínicas, iniciados em 1892, são ampliados e transformados nos Institutos Butantã, Biológico e Bacteriológico, sendo que este último mais tarde transformou-se no Instituto Adolfo Lutz; e foram criados o Instituto Soroterápico Federal (1900), o Instituto de Patologia Experimental de Mangueiros (1907 — atual Fundação Oswaldo Cruz), e o Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP (1920)<sup>7</sup>.

A legitimação dos higienistas no estabelecimento de diretrizes comportamentais e na sua imposição, inclusive de forma coercitiva, e até no âmbito privado das residências e dos corpos dos pacientes, é conceituada pela historiografia como “polícia médica” (EUGÊNIO, 2012, p. 81), pelas características de manifestação.

Essa “truculência”, aliada à falta de conhecimento sobre os assuntos de saúde da maior parte da população, provocava diversas manifestações sociais de resistências às políticas sanitárias e aos médicos.

A mais expressiva ocorreu em 1904, no Rio de Janeiro, denominada Revolta da Vacina. O movimento foi caracterizado pela insurgência da população contra a política de vacinação compulsória contra varíola pretendida pelo Governo do Presidente Rodrigues Alves, por recomendação do chefe do Departamento Nacional de Saúde Pública, Oswaldo Cruz, que defendia ser a medida indispensável ao controle da enfermidade e ao projeto de modernização do país.

Já insatisfeita com as medidas de saneamento que lhe eram impostas, a população foi às ruas protestar contra a obrigatoriedade da vacina. O movimento atingiu proporção de guerra civil com a edição da lei de vacinação obrigatória em outubro de 1904, chegando a ocorrer mortes nos conflitos estabelecidos.

Apesar de conseguir aquietar o movimento, o governo revogou a obrigatoriedade da vacina, tornando-a opcional para os cidadãos, por conta do crescente desgaste político e social provocado pelo episódio.

É importante mencionar que, em decorrência do projeto de saneamento do país estar relacionado diretamente com a noção de progresso, um dos efeitos práticos de sua realização era a desigualdade entre as ações médicas nas grandes cidades e naquelas de menor influência econômica ou nas áreas rurais do país<sup>8</sup>.

Fato é que, com o crescimento contínuo da população dos centros urbanos, com a desorganização social decorrente de aglomerados de famílias vivendo em condições impróprias em cortiços e favelas que se multiplicavam (NOGUEIRA, 2016, p. 224), e com o aumento da pobreza da população, especialmente pela pouca capacidade produtiva ocasionada pela baixa condição de saúde, em regra, as mesmas doenças que assolavam o Brasil no Império tomavam proporções ainda maiores nas primeiras décadas da República<sup>9</sup>.

Importante dizer que, de forma paralela e até conjugada com a teoria das doenças por comportamentos indevidos da sociedade, era difundido, inclusive por médicos, o pensamento de que a fragilidade dos brasileiros diante das enfermidades decorria de características raciais (BERTOLLI FILHO, 2006, p. 23).

A tese, sem respaldo científico, apresentava que as raças indígena e negra, e a miscigenação entre elas ou delas com outra de “natureza fraca”, que “constituíam” a base da sociedade brasileira, eram biologicamente inferiores à raça branca formadora das nações europeias e norte-americana, sendo necessário promover a purificação dos brasileiros pela mistura com povos ditos “fortes” (alemães, italianos, franceses, norte-americanos) para, no futuro, termos uma raça nos mesmos padrões das nações mais desenvolvidas.

Em 1930, Getúlio Vargas assume a Presidência do Brasil. Como numa mudança de rota para chegar ao mesmo destino, desfaz a atuação pulverizada até então praticada pelo Estado (participação efetiva de Estados e municípios), e passa a centralizar as ações de governo quase que totalmente no âmbito federal, iniciando uma ampla reforma política e administrativa no país.

No campo das políticas de saúde, ações foram promovidas desde o início do seu Governo, com a instalação do Ministério da Educação e da Saúde Pública, já em novembro de 1930.

Essa mudança de rumo agradava, ao menos inicialmente, as unidades federativas menos desenvolvidas economicamente, que viam na condução do Governo Federal uma maior chance de serem atendidas com a instalação de serviços de saúde como hospitais, e criticada por Estados mais abastados, como Rio de Janeiro e São Paulo, que nesse tempo já contavam com um sistema de saúde funcionando razoavelmente e viam na centralização da política sanitária uma burocratização desnecessária e prejudicial.

Dentre as razões de defesa da centralização pelo Governo Vargas, acompanhadas pela classe médica e por grande parte da população, estava a “necessidade” de retirar o país das mãos das oligarquias, representadas no contexto pelos coronéis e outros poderosos regionais, que privatizavam as

políticas públicas aos seus interesses. Getúlio “estaria então concentrando os serviços para devolvê-los ao povo” (CARVALHO, 2015, p. 147).

Sobre a era Vargas, também é importante destacar o atrelamento da Saúde à Educação, não só no campo institucional, por meio da constituição de um Ministério de Governo que congregava as duas ciências, mas pelo aumento de cursos de formação em áreas profissionais relacionadas com os serviços de saúde e ampliação do movimento de conscientização da população sobre a importância de hábitos higiênicos e do controle sanitário, estendendo as campanhas, nesse sentido, para as rádios, como estratégia para driblar o analfabetismo que ainda caracterizava a maioria dos brasileiros<sup>10</sup>.

Outra ação relevante para a saúde pública no período foi o fomento das caixas de aposentadorias e pensões e dos institutos de previdência, através da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Com a organização dessas entidades, que funcionavam mediante a contribuição do beneficiário, o governo ampliou a rede de atendimento de saúde sem investimentos diretos no setor.

A centralização do Governo Vargas e a relação populista de compensação estabelecida sutilmente sobre a população brasileira (CARVALHO, 2016, p. 107) ganham maiores contornos com o golpe de 1937, quando Vargas consolida-se no poder de forma ditatorial, implantando o Estado Novo.

Tem destaque no período a atuação do então Ministro da Educação e Saúde Pública, Gustavo Capanema, que empreendeu reforma administrativa aprovada pela Lei nº 378, de 1937, com o intuito de unificar os serviços de saúde sob a competência da União<sup>11</sup>. Para tanto, dividiu o território nacional em regiões, dotadas de Delegacia Federal de Saúde com a finalidade de inspecionar e colaborar com a realização dos serviços, e criou três estruturas: o Fundo Nacional de Saúde, com função de prover recursos; o Instituto Nacional de Saúde, que devia realizar pesquisas sanitárias; e as Conferências Nacionais de Saúde, que funcionavam como espaço de debate entre o Governo Federal e os Estados<sup>12</sup>.

Outra questão a ser referenciada é que o desenvolvimento científico e tecnológico iniciado no começo do século XX já produzia grandes inovações na seara médica, como melhor definição e ampliação das especialidades e o surgimento de equipamentos eletrônicos que permitiam diagnósticos mais precisos. Esse período de avanços é tratado na historiografia como “otimismo sanitário”.

Na Era Vargas, a eugenia presente timidamente na Primeira República é ampliada, especialmente no período do Estado Novo, quando aliada ao na-

cionalismo pregado pelo Governo ganha contornos mais restritivos, recaindo também sobre pessoas com deficiência física ou doenças mentais, e outros vistos como “incapazes de contribuir com o país” (CARVALHO, 2015, p. 176-177).

Essa tendência eugênica tinha como inspiração o modelo de nação vitoriosa espelhado pela Alemanha. Com o posicionamento do Brasil junto aos Aliados na Segunda Guerra, os norte-americanos passam a ser nosso exemplo de nação, inclusive sobre aspectos da ciência médica, do sanitário e da política de saúde.

Aliás, a vitória dos Estados Unidos e dos Aliados na Segunda Guerra teve grande repercussão no Brasil, influenciando o conceito de nação e de governo desejado por grande parte da população, que passa a se manifestar de forma crescente contra o regime ditatorial instalado no país, fomentando o ambiente de instabilidade social e política, antes contido, que culmina com a deposição de Getúlio Vargas em outubro de 1945 e a promulgação de uma nova Constituição brasileira, de caráter liberal, no ano seguinte.

### Da redemocratização de 1945 à Ditadura de 1964-1985

Entre 1945 e 1964 o Brasil viveu “ares de redemocratização”, com pluripartidarismo, liberdade de imprensa, liberdade sindical e eleições diretas para os principais cargos políticos, ambiente em que prosseguem os debates nacionais sobre saúde pública e assistência médica.

Reflexo do liberalismo disseminado após o fim da Segunda Guerra e do otimismo decorrente dos avanços tecnológicos e terapêuticos sobre a prevenção e o combate às doenças, o Brasil amplia sua política de saúde pública sobre as bases do desenvolvimento econômico e da erradicação da pobreza nacional<sup>14</sup>.

Em 1948, o então presidente Eurico Gaspar Dutra lança o “Plano Salte”, que de forma geral pretendia provocar melhorias nos sistemas de saúde, alimentação, transporte e outros com repercussão direta na vida do cidadão, mas que na prática não se realizou como proposto.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde. Embora sua implantação produzisse a renovação da esperança da sociedade brasileira em relação à atuação do Estado no segmento, a pouca disponibilidade orçamentária e a burocracia excessiva não permitiam a confirmação dos resultados desejados.

Traço marcante do Ministério da Saúde foi sua dedicação inicial a ações no interior do Brasil, efetivamente através da educação sanitária da

população rural e da realização de campanhas de esclarecimento, prevenção e combate às principais doenças que afetavam a população brasileira. Com esse foco, aliás, foi criado, em 1956, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu).

Outra característica da saúde pública entre as décadas de 1950 e 1960 era o alarmante quadro de mortalidade infantil, dilatado especialmente pela falta de ações de saúde específicas, sobretudo voltadas para a higiene básica e sistema de tratamento e distribuição de água e coleta de esgoto.

Apesar dos ares liberais que sopravam sobre o país, na prática, permanecia a atuação clientelista do Estado, voltada em sua maior parte para a troca de favores políticos, o que acentuava as desigualdades já existentes. Enquanto determinadas áreas e populações recebiam atendimento de saúde do Estado por meio de investimentos como postos de saúde, médicos e ações de saneamento básico, outras permaneciam relegadas ao abandono.

Com o investimento reduzido na área da saúde, crescia a necessidade da população por tais serviços, acentuando a ineficiência do Estado para gerir o sistema público de saúde e sobrecarregando a atuação das caixas de assistência e dos institutos de previdência.

Com isso, o Estado passou a estimular e ampliar a atuação do setor privado de saúde, fomentando-os por meio de doações, repasses e empréstimos, para que construíssem clínicas e hospitais e vencessem seus serviços à população, aos institutos de aposentadoria e ao próprio Governo.

Pressionado, também, especialmente pelas entidades sindicais, diante da defasagem crescente do atendimento à saúde dos trabalhadores pelas caixas de assistência e institutos de previdência, o Estado reformulou tal sistema, especialmente por meio da edição da Lei Orgânica da Previdência Social - LOPS, cuja principal inovação foi uniformizar as contribuições dos trabalhadores, dos empregadores e do governo, que passaram a recolher 8% do salário para a Previdência. A medida não foi suficiente para garantir o equilíbrio financeiro e a melhora dos serviços prestados pelos institutos.

O ambiente de inflamação social, pobreza, insalubridade e pouca assistência pública na área da saúde, promoveu a politização do tema, que passou a integrar as principais manifestações sociais por melhorias nas condições de vida. Junto a isso, estava a dificuldade do então Presidente João Goulart em realizar as Reformas de Base reivindicadas pela sociedade, dentre outros motivos pela necessidade de garantir o apoio da classe latifundiária e da indústria, cujos interesses contrastavam com os do Governo.

Esse contexto fomentou a instabilidade política, social e governamental que levou o Brasil a uma nova ditadura.

No dia 31 de março de 1964, os militares assumiram o comando do país e iniciaram um período ditatorial que perduraria até 1985. Nesse tempo, o Brasil passou a configurar um Estado centralizador, tecnocrata, rígido e com pouca atenção efetiva às políticas sociais e aos direitos humanos. O militarismo brasileiro foi marcado pelo governo dos Generais Presidentes, que sob o lema “Segurança e Desenvolvimento” privilegiavam a concentração do poder nas mãos do Executivo, restringindo acentuadamente a atuação do Legislativo e do Judiciário.

Inicialmente, a tecnocracia, a rigidez e o regime de controle empreendidos nas ações de governo fizerem com que alguns resultados positivos fossem alcançados, especialmente com o crescimento do Produto Interno Bruto ao nível dos países mais desenvolvidos.

Essa fase “próspera” da economia, ocorrida entre de 1968 e 1974, conhecida como “milagre econômico”, também se alimentava de resultados espaçados ocorridos em áreas como o esporte, a exemplo da conquista do tricampeonato mundial de futebol em 1970, e até na saúde, como a realização do primeiro transplante de coração da América Latina, em maio de 1968.

No mais, os militares praticavam forte restrição orçamentária ao segmento da saúde (ESCOREL, 2005, p. 61). A prestação dos serviços de saúde à população em condições adequadas não era prioridade do regime. Sob o mantra da “Segurança e Desenvolvimento”, a destinação de recursos públicos era ampliada para ministérios ligados à defesa, aos transportes e à indústria e comércio, e reduzida em outros de conotação social, como a saúde.

Os poucos recursos previstos no orçamento para o segmento eram, em sua maioria, destinados às entidades de saúde privadas para pagar atendimentos à população de baixa renda. Os investimentos em educação higiênica e saneamento foram drasticamente reduzidos, as epidemias eclodiam em diversos pontos do território nacional, mas as notícias eram negadas e sufocadas pelo regime autoritário, o que deixava a população desorientada e desprotegida, aumentando ainda mais a vitimização das doenças.

Como reflexo da centralização e diante das dificuldades das caixas de assistência em atender a crescente demanda pelos serviços de saúde, o Governo Militar criou, em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), subordinado ao Ministério do Trabalho, unificando todos os órgãos previdenciários que funcionavam até então (IAP's). O sistema estabelecido previa que o INPS deveria tratar os doentes individualmente,

enquanto o Ministério da Saúde seria responsável pelas ações sanitárias de repercussão geral.

Com a Constituição de 1967 não imputando diretamente ao Estado a prestação dos serviços de saúde, o governo passou a apoiar de forma crescente as atividades de saúde privadas, “terceirizando” o atendimento da população através de convênios do INPS com clínicas e hospitais particulares, passando assim a praticar apenas ações suplementares.

A falta de controle sobre os serviços prestados fez com que a corrupção assolasse o sistema. As entidades apresentavam ao Estado despesas de serviços que não foram prestados de fato ou foram de maneira inferior à cobrada, isso sem contar os trabalhadores fantasmas recebendo benefícios indevidamente e as aposentadorias concedidas de forma ilegal, tudo por conta dos cofres do governo. Os recursos públicos eram sugados e a prestação de saúde à população seguia cada vez mais deficitária.

Na tentativa de contornar a situação, o Governo Militar criou, em 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que incorporou o INPS, e a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev), com o intuito de conter as ações de corrupção ocorridas no setor.

Àquela altura, nem toda repressão do regime militar era capaz de conter as notícias de falência do sistema de saúde pública e a insatisfação popular, cada vez mais visíveis nas manifestações tidas como “subversivas”.

Outra característica verificada na ditadura militar é que as alterações provocadas pelo “milagre econômico” chamaram a atenção para a via lucrativa dos serviços médico-hospitalares privados no Brasil. As classes com melhores condições financeiras encontraram nas companhias de seguro saúde o atendimento que buscavam e, em troca, pagavam mensalidades que estavam fora do alcance da maior parte da população.

Também de grande importância nesse período foi a chegada das indústrias farmacêuticas estrangeiras, atraídas pela política econômica dos militares. As multinacionais passaram a dominar o mercado brasileiro, impondo preços cada vez mais elevados à população.

Na tentativa de conter as insatisfações, também decorrentes dessa situação, em 1971 foi criada a Central de Medicamentos (CEME), com o objetivo de produzir, contratar e distribuir remédios essenciais à população mais carente. A medida não funcionou diante da impossibilidade da CEME competir com os grupos farmacêuticos das multinacionais e quando o governo tentava reagir era contido pelo desinteresse desses laboratórios na alteração do quadro, os quais, em contra-ataque, interrompiam a distribuição de seus

produtos, deixando a população sem acesso a remédios vitais até que o governo recuasse.

Esse ambiente de desgaste político e social incontroláveis, acentuados pela falência das políticas públicas executadas pelos generais e pela repressão de direitos e liberdades fundamentais, fez com que terminasse a ditadura militar no Brasil em 1985, com a eleição indireta da chapa de oposição ao regime composta por Tancredo Neves e José Sarney.

Em 1987 é instalada a Assembleia Nacional Constituinte com a missão de elaborar e promulgar a nova Constituição Federal brasileira, de acordo com os ideais de redemocratização do país, respeito às liberdades individuais e universalização dos direitos sociais reclamados pelas manifestações populares e políticas que levaram ao fim da ditadura no país.

Especificamente no segmento da saúde, a sintonia dos discursos conjuntos da população, da classe médica, dos empresários do setor e da própria classe política, fora logicamente os *lobbies* relacionados com interesses próprios de cada área, indicavam a diretriz de que a saúde e a assistência médico-sanitária é direito do cidadão e dever do Estado, bem como da imprescindibilidade de um sistema de saúde público igualitário e universal.

## A saúde na Constituição Republicana de 1988: um breve apontamento

Em 05 de outubro de 1988 é promulgada a 8<sup>a</sup> Constituição da República Federativa do Brasil, consolidando o início de uma nova redemocratização no país. Atendendo aos anseios da sociedade, a Constituição de 1988 elevou a saúde ao *status* de direito fundamental do povo brasileiro, esculpido especialmente no seu artigo 196.

Em linhas gerais, o Direito Fundamental pode ser definido como aquele natural, básico, indissociável da vida do indivíduo ou do seu convívio em sociedade e, por essa essencialidade, a ordem constitucional eleva-o a *status* jurídico superior, tratando-o como regra/instituto de formação basilar do Estado e garantindo sua promoção irrestrita em prol da população que está sob sua égide.

Nesse sentido, a Constituição de 1988 deixa de tratar a saúde como um serviço a ser prestado pelo Estado, para legitimá-la como direito do indivíduo e da sociedade, inerente à sua dignidade e à sua própria existência.

No âmbito da atual Constituição brasileira, os direitos sociais, no que se inclui a saúde, são compreendidos como resultado de buscas, conquistas e aperfeiçoamento de políticas, comportamentos e demandas ao longo dos anos, consolidando-se como direitos que demonstram o reconhecimento do indivíduo enquanto integrante formador e realizador do Estado, como cidadão.

A saúde agrupa à sua essência natural, divina e científica, o aspecto da cidadania. José Murilo de Carvalho (2002, p. 7) afirma que “Não se diz mais ‘o povo quer isto ou aquilo’, diz-se ‘a cidadania quer’. Cidadania virou gente. No auge do entusiasmo cívico, chamamos a Constituição de 1988 de Constituição Cidadã”.

Importante dizer que a Constituição de 1988, congregando as reivindicações sociais que contextualizaram o ambiente de sua elaboração, estabeleceu o Sistema Único de Saúde – SUS, fixado sobre os pilares do atendimento universal, igualitário e democrático. O SUS foi instituído em 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.080, configurando a maior estruturação do sistema público de saúde já ocorrida no Brasil.

A apresentação da estrutura delineada pela Constituição de 1988 para a política de saúde pública, ainda que de forma resumida, é importante para este trabalho por possibilitar a visualização da ruptura operada pela nova ordem constitucional em relação à formatação do sistema de saúde brasileiro empreendido desde o período imperial, bem como para confirmar o acolhimento pela atual Constituição, dos pleitos da sociedade manifestos no ambiente de sua construção (a partir da segunda metade da década de 1970).

Também deve ser abordado que com a consagração da saúde como direito fundamental da nação brasileira, o Poder Judiciário, responsável pela garantia da ordem constitucional e pela manutenção do Estado nos termos em que nela foram estabelecidos, adquiriu poder supremo para garantir a realização da saúde em benefício da sociedade, sob pena de, assim não agindo, permitir e compactuar com a falência do Estado pela violação de sua estrutura organizacional.

Finalizando, sintetizamos as alterações da Constituição de 1988, no campo da saúde, sobre três pilares: 1) consagração como direito fundamental, retirando da autonomia governamental o poder de deliberação sobre sua realização ou não; 2) término da responsabilidade compartilhada na promoção da saúde, que até então era do Estado e da sociedade, e passa a ser somente do Estado (art. 196, CF 88); 3) conferência de poder e responsabilidade ao

Judiciário, que, na condição de aplicador das normas jurídicas, passa a ser o garantidor do direito à saúde (judicialização da saúde).

## Conclusão

A narrativa da história da saúde pública empreendida neste trabalho é importante para entendimento do atual modelo da política sanitária brasileira, no que se inclui os acontecimentos, sentimentos, anseios e manifestações que levaram ao seu estabelecimento, possibilitando a compreensão histórica e científica do sistema vigente e a reflexão sobre sua ocorrência e seus efeitos.

Contudo, após todo o percurso feito neste estudo, é importante registrar que, por mais inovações que tenham sido verificadas na trajetória histórica da saúde pública brasileira, seu processo não traduz evolução, mas linearidade, apenas adequação/reflexo de ações e comportamentos ao contexto social, político, institucional de cada tempo histórico atravessado.

Por fim, como indicado no início do texto, o presente estudo não tem o objetivo de esgotar todos os contornos do caminho histórico da saúde pública no período trabalhado, mas sim apontar traços importantes da sua periodização já consagrada (LIMA, 2005, p. 29), bem como não pretende diagnosticar a eficácia dos acontecimentos ou confirmar a realização dos motivos que os impulsionaram, mas apenas apresentá-los.

## Notas

1 Dentre outros, nesse período foram implantadas no Brasil as Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro (1813) e Salvador (1815), logo transformadas nas duas primeiras escolas de medicina do país, a Imperial Academia de Medicina (1829), órgão consultivo do Império sobre as questões ligadas à saúde pública nacional, e a Junta de Higiene Pública (1850), mais tarde transformada na Inspetoria Geral de Higiene Pública (1886), com a função de orientar as autoridades sobre os projetos de modernização das cidades, no que se incluía o combate às epidemias.

2 Ilustrando a força da teoria miasmática, Eugênio (2012, p. 86-87) apresenta um episódio em que médicos sugeriam a demolição do morro do Castelo, localizado no centro do Rio de Janeiro, e também do morro de Santo Antônio, na mesma cidade, com argumento de que estando a então capital do Império em um vale, as correntes de vento soprariam melhor com a retirada dessas montanhas, purificando sua atmosfera.

3 Sobre os comportamentos reprimidos pelos médicos, Eugênio (2012, p. 85) os classifica em dois grupos: os pertinentes ao corpo da cidade (o despejo de sujeira nas ruas, o uso das igrejas como cemitérios, o abate de reses no perímetro urbano e a venda de alimentos estragados) e os que se relacionava com os corpos dos seus habitantes (o descuido com o assento pessoal, a falta de maior precaução com as gestantes e os recém-nascidos, a contratação de amas-de-leite, a aversão à vacinação contra a varíola e a prostituição).

4 Eugênio (2012, p. 60) apresenta que nesse ambiente avançava a percepção de que a saúde também era uma das bases da felicidade humana.

5 Hochman (1998, p. 13), conceitua como "era do saneamento" a fase entre 1910 e 1930, na qual a reforma sanitária se consolida como um caminho para a construção da nação.

6 Bertolli Filho (2006, p. 17-18) narra que durante o aumento de mortes por febre amarela em 1902, "médicos ligados à teoria miasmática afirmavam que a doença era causada pela poluição dos ares ou

pelo vômito dos enfermos e indicavam o isolamento dos infectados como forma de combate à enfermidade". De outro lado, aplicando as novas teorias médicas, Emílio Ribas, Diretor do Serviço Sanitário de São Paulo, afirmava que a doença era causada por um micrório veiculado pelo mosquito *Aedes Aegypti*<sup>7</sup>. Para comprovar, Emílio "se deixou picar por mosquitos apanhados junto a doentes de febre amarela, apresentando sinais da infecção. Ficou comprovada a teoria moderna do agente disseminador".

7 Destacam-se como expoentes da época os médicos sanitaristas Oswaldo Cruz e Carlos Chagas. O primeiro foi fundador do Instituto Soroterápico de Manguinhos, mais tarde transformado em Fundação Oswaldo Cruz, Diretor Geral do DNSP e empreendeu guerra às doenças que assolavam a população brasileira, com intervenções diretas na formatação das cidades e na vida da população. O segundo identificou no intestino do barbeiro um protozoário desconhecido, o qual denominou *trypansosoma cruzi*, causador de uma doença ainda não descoberta, que passou a ser identificada como Doença de Chagas, em referência ao seu trabalho.

8 Existiam instituições e movimentos que buscavam, junto ao Poder Público, a realização da política sanitária em todo território nacional, como é o caso da Liga Pró Saneamento do Brasil (1918), que defendia a centralização das políticas de saúde nas mãos do Governo Federal, na expectativa que esse teria condições mais favoráveis que os Estados para realizar a regionalização da saúde (CARVALHO, 2015, p. 73-74).

9 Folcloricamente, a figura do brasileiro nessa época costumava ser representada pelo personagem Jeca Tatu, criado pelo escritor Monteiro Lobato. Isto porque tratava-se de um homem fraco, abatido e desanimado por conta das doenças que lhe acometiam, não tendo condições de colaborar para o progresso do Brasil.

10 Segundo o censo de 1920, o Brasil era um país predominantemente rural, com um contingente de analfabetos estimados em 70% (LIMA, 2012, p. 31).

11 Segundo Lima (2005, p. 43 e 45), o "desenho institucional acompanhou o

projeto político ideológico do governo de Constituição do Estado Nacional brasileiro, estabelecendo mecanismos burocráticos que viabilizassem a integração das três esferas administrativas — federal, estadual e municipal”.

12 Em 1941, Capanema empreendeu nova alteração no Ministério, centralizando ainda mais a competência para os temas de saúde pública no âmbito federal por meio da criação dos Serviços Nacionais de Saúde.

13 Pereira Neto (2001, p. 43-44) apresenta que no Brasil, no início do século XX, existiam três tipos de prática médica: generalista, especialista e higienista ou sanitária.

14 Segundo Lima (2005, p. 49), a relação saúde-desenvolvimento nesse período de redemocratização pendulava entre duas correntes de pensamentos divergentes, a que “acreditava que a doença era um obstáculo ao desenvolvimento e que a saúde constituía um pré-requisito essencial para os avanços sociais e econômicos no mundo em desenvolvimento, e os ‘desenvolvimentistas’, que compreendiam não ser suficiente o combate às doenças para superação da pobreza”. Como um pendulo, as políticas de saúde oscilariam entre esses dois polos ao longo do período em referência, se manifestando com características ora de um, ora de outro pensamento.

15 No período, a principal doença que afetava a população brasileira era a malária, mas também se verificavam surtos de leishmaniose, doença de Chagas, febre amarela, tracoma e outras.

16 Em 1958, o Governo brasileiro aderiu à Campanha Global de Erradicação da Malária da Organização Mundial da Saúde (OMS), criando a Campanha de Erradicação da Malária (CEM), que foi a maior ação de saúde pública realizada entre 1945 e 1964.

17 No período militar houve uma considerável elevação do número de faculdades de medicina no país, passando de 28 para 75 entre 1960 e 1980, entretanto isso não se reverteu em resultados concretos para saúde da população, especialmente pela ausência de políticas e estruturas públicas voltadas para esse fim.

18 Em dezembro de 1963, foi realizada a

3ª Conferência Nacional de Saúde, última ação expressiva de saúde pública nesse período democrático.

19 No intuito de amenizar esses movimentos crescentes, outras ações foram realizadas no período, como o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural –FUNRURAL (1971), que estendia aos trabalhadores do campo os direitos previdenciários; o Sistema Nacional de Saúde (1975), que tinha por finalidade baratear e tornar mais eficazes as ações de saúde em todo território brasileiro; e o pagamento de Salário Insalubridade a trabalhadores com atividades arriscadas que podiam resultar em enfermidade ou morte.

20 Segundo Escoré (2005, p. 66-67), ao longo do enfraquecimento do regime militar iniciado no governo Geisel, foi de grande importância a ampliação de espaço conquistada pelo movimento sanitário brasileiro, especialmente a partir de tentativas dos militares de abertura para políticas sociais como forma de conter a insatisfação popular, a exemplo das ações empreendidas no II Plano Nacional de Desenvolvimento, e da conjugada ausência de integrantes do regime com perfil para condução de tais medidas, o que possibilitou a nomeação de sanitários para estruturas importantes da máquina administrativa. Uma vez infiltrados no sistema, os integrantes do movimento sanitário disseminavam conceitos, ideias e projetos contrários à própria natureza do Governo, como a política de saúde de caráter preventivo e acesso universal.

21 Tancredo Neves falece antes de tomar posse e o então vice-presidente José Sarney assume a Presidência da República e governa o Brasil nessa nova fase de redemocratização, designada pela historiografia como “Nova República”.

22 Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, movimento considerado o mais significativo do processo de democratização da saúde em toda sua história (ESCOREL, 2005, p. 78).

23 BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Disponível em: [www.planalto.gov.br/](http://www.planalto.gov.br/). Acesso em: 26 jul. 2017.

## Referências bibliográficas

- BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2006.
- CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil**: O longo caminho. 13ª. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.
- CARVALHO, Diana Maul de. História das doenças e epidemiologia: encontros e desencontros. In: FRANCO, Sebastião Pimentel et al. **Uma História Brasileira das Doenças**. v. VI. Belo Horizonte: Fino Traço, 2016, p. 23-52.
- CARVALHO, Keila. **A saúde pelo progresso**: a regulamentação do trabalho médico no governo Vargas (Minas Gerais, 1930-1940). Rio de Janeiro: Multifoco, 2015.
- EUGÊNIO, Alisson. **Arautos do progresso**: o ideário médico sobre a saúde pública no Brasil na época do império. Bauru-SP: Edusc, 2012.
- SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. In: LIMA, Nísia Trindade et al. **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 59-81.
- FRANCO, Sebastião Pimentel. **O Terribilíssimo mal do Oriente**: o cólera na provincial do Espírito Santo. Vitória: EDUFES, 2015.
- HOCHMAM, Gilberto. **A era do saneamento**. São Paulo: Hucitec, 1998.
- HUNT, Lynn. **A invenção dos direitos humanos**: uma história. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.
- LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M.O.; HOCHMAN, Gilberto. In: LIMA, Nísia Trindade et al. **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 27-58.
- MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2008.
- MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAM, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 236-313.
- PEREIRA NETO, André de Faria. **Ser médico no Brasil**: o presente no passado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- NOGUEIRA, André. O cólera no Espírito Santo pela lente do Correio da Vila (1855-1856) ou quando as epidemias viram notícia. In: FRANCO, Sebastião Pimentel et al. **Uma História Brasileira das Doenças**. v. VI. Belo Horizonte: Fino Traço, 2016.
- RISI JÚNIOR, João Baptista et al. As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAM, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 118-234.
- SAMPAIO, Gabriela dos Reis. **Nas trincheiras da cura**: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro imperial. Campinas-SP: Editora da Unicamp, 2001.
- SHULZE, Clenio Jair; GEBRAN NETO, João Pedro. **Direito à saúde**: Análise à luz da judicialização. Porto Alegre: Verbo, 2015.

## Fontes primárias

- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: [www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br/). Acesso em: 23 jul. 2017.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Cronologia histórica da saúde**. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 23 jul. 2017.

Recebido em: 14/04/2018

Aprovado em: 27/12/2019