

# Construção da política de saúde no Brasil: uma análise sócio-histórica

## Construction of health policy in Brazil: a socio-historical analysis

### *Construcción de la política de salud en Brasil: un análisis sociohistórico*

Patrícia De Carli<sup>1</sup>  
Sérgio Luís Allebrandt<sup>1</sup>  
Airton Adelar Mueller<sup>1</sup>

Recebido em: 30/10/2023; revisado e aprovado em: 17/10/2024; aceito em: 21/10/2024  
DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/inter.v25i4.4313>

**Resumo:** Com o objetivo de resgatar o processo de formação e organização do movimento da reforma sanitária no Brasil, o presente artigo retrata a construção da política de saúde no período compreendido entre a década de 1970 e o movimento pré-constituente. Trata-se de estudo histórico, pautado em revisão de literatura e análise documental dos Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986. A perspectiva historiográfica, adotada neste estudo, busca apresentar elementos sócio-históricos que demonstram quais valores, princípios, instituições e linhas de discurso foram utilizadas por ocasião da construção das bases teóricas e sociais que mobilizaram a formulação da política de saúde universal. Apesar das inúmeras publicações existentes sobre a constituição do Sistema Único de Saúde, o diferencial do estudo consiste em evidenciar que a construção da política pública ocorreu em um sistema *down-up*, a partir da mobilização de atores e instituições que constroem uma linha de debate pautada na compreensão de que a mobilização política e dos atores sociais deveria ser feita mediante o uso racional de razões, incorporando elementos do materialismo histórico, em uma ação que rompesse com um debate unicamente setorial e se comunicasse com as demandas de toda a sociedade. Evidencia-se que os argumentos utilizados na defesa da construção do direito à saúde acabaram influenciando a compreensão de democracia e as dimensões de direitos que a sociedade desejava construir naquele momento histórico. Diante do cenário atual, em que os estudos evidenciam um distanciamento da participação social e novos enfrentamentos para a consolidação da democracia, sobretudo no que diz respeito aos danos causados pela propagação de informações falsas em saúde, sistematizar e retomar o processo percorrido pelo movimento da reforma sanitária pode apontar alguns caminhos para que a saúde seja compreendida enquanto direito social e parte integrante de um projeto de desenvolvimento do país.

**Palavras-chave:** Constituição Federal; democracia; 8ª Conferência Nacional de Saúde; política de saúde; reforma sanitária.

**Abstract:** With the aim of recovering the process of formation and organization of the health reform movement in Brazil, this article portrays the construction of health policy in the period between the 1970s and the pre-constitutional movement. It is a historical study, based on a literature review and documentary analysis of the Proceedings of the 8th National Health Conference in 1986. The historiographical perspective adopted in this study seeks to present socio-historical elements that demonstrate which values, principles, institutions and lines of discourse were used when building the theoretical and social bases that mobilized the formulation of universal health policy. Despite the numerous publications on the constitution of the Unified Health System, the study's differential consists in showing that the construction of public policy took place in a *down-up* system, based on the mobilization of actors and institutions that built a line of debate based on the understanding that political mobilization and social actors should be done through the rational use of reasons, incorporating elements of historical materialism, in an action that broke with a solely sectoral debate and communicated with the demands of society as a whole. The arguments used to defend the construction of the right to health ended up influencing the understanding of democracy and the dimensions of rights that society wanted to build at that historical moment. Faced with the current scenario, in which studies show a distancing of social participation and new challenges for the consolidation of democracy, especially with regard to the damage caused by the spread of false health information, systematizing and revisiting the process followed by the health reform movement can point to some ways in which health can be understood as a social right and an integral part of a development project for the country.

**Keywords:** Federal Constitution; democracy; 8<sup>th</sup> National Health Conference; health policy; health reform.

**Resumen:** Con fin de recuperar el proceso de formación y organización del movimiento de reforma sanitaria

<sup>1</sup> Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.

en Brasil, este artículo retrata la construcción de la política sanitaria entre la década de 1970 y el movimiento preconstitucional. Se trata de un estudio histórico basado en revisión bibliográfica y el análisis documental de las Actas de la 8ª Conferencia Nacional de Salud de 1986. La perspectiva historiográfica adoptada busca presentar elementos sociohistóricos que demuestren los valores, principios, instituciones y líneas discursivas utilizadas en la construcción de las bases teóricas y sociales que movilizaron la formulación de política universal de salud. A pesar de numerosas publicaciones sobre la constitución del SUS, el diferencial del estudio consiste en mostrar que la construcción de la política pública ocurrió en un sistema *down-up*, desde la movilización de actores e instituciones que construyeron una línea de debate basada en el entendimiento de que la movilización de actores políticos y sociales debía hacerse por lo uso racional de razones, incorporando elementos del materialismo histórico, en una acción que rompía con un debate únicamente sectorial y se comunicaba con las demandas de la sociedad. Es evidente que los argumentos utilizados en defensa de la construcción del derecho a la salud acabaron influyendo en la comprensión de la democracia y en las dimensiones de los derechos que la sociedad quería construir en aquel momento histórico. Frente al escenario actual, en el que estudios muestran un distanciamiento de la participación social y nuevos desafíos para la consolidación de la democracia, especialmente en lo que se refiere a los daños causados por la difusión de información falsa sobre salud, sistematizar y revisar el proceso seguido por el movimiento de reforma sanitaria puede señalar formas de entender la salud como derecho social y parte integrante de un proyecto de desarrollo para el país.

**Palabras clave:** Constitución Federal; democracia; 8ª Conferencia Nacional de Salud; política de salud; reforma de salud.

---

## 1 INTRODUÇÃO

Resgatar o processo de formação e organização do movimento da reforma sanitária no Brasil é o objetivo a que se propõe o presente estudo. Para tanto, busca revisar e compilar as ideias, os sentimentos e o momento histórico que deram origem à formulação da política pública de saúde brasileira em um sistema *down-up*, em que a participação social e a presença de múltiplos atores e instituições congregou um debate amplo, apto a retirar o tema da saúde de uma esfera unicamente setorial e oportunizando que se comunicasse com as demandas de toda a sociedade.

Partindo de pesquisa bibliográfica pautada nos escritos de atores que vivenciaram o processo de formação e organização do movimento da reforma sanitária no Brasil, bem como da análise documental dos Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o presente estudo busca apresentar elementos sócio-históricos que demonstram quais valores, princípios, instituições e linhas de discurso foram utilizadas por ocasião da construção das bases teóricas e sociais que mobilizaram a formulação da política de saúde universal no Brasil.

A importância dos registros extraídos do referido marco histórico é evidenciada a partir da incorporação de textos e construções em linhas muito semelhantes ao debatido pela esfera pública, aqui compreendida no sentido habermasiano<sup>2</sup>, pela Constituição Federal de 1988.

Conforme descrevem os anais, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1987) representou um espaço com participação de mais de quatro mil pessoas e mil delegados, em que quase todas as instituições que atuavam no setor estiveram representadas, assim como muitas entidades representativas da sociedade civil, dos grupos profissionais e de partidos políticos. Materializou-se em textos, debates, mesas-redondas, trabalhos de grupos e seus relatórios. Os temas debatidos foram: saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial.

---

<sup>2</sup> Em “Mudança Estrutural da Esfera Pública: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa”, Habermas apresenta a esfera pública como a esfera de pessoas privadas que se reúnem em um público para reivindicar a esfera pública e debater questões publicamente relevantes. Esses debates seriam consubstanciados na discussão política mediante razões (Habermas, 2014, p. 135).

A pesquisa documental sistematizará as palavras-chave e ideias centrais desse movimento que marcou a mobilização e a participação social na história pela democracia e saúde no cenário pátrio.

## 2 MÉTODO

O presente estudo consiste em uma pesquisa qualitativa e descritiva. A pesquisa qualitativa é caracterizada por ser uma teoria baseada na realidade e interpretação ampla dos dados, para identificar temas e categorias, a partir dos quais surgem conclusões acerca do seu significado e novas perguntas capazes de melhor interpretar o fenômeno estudado. O filtro aplicado sobre os dados e as verificações sobre eles partem de uma lente que considera um momento sociopolítico e histórico determinado (Creswell, 2007). Já a pesquisa descritiva tem como principal objetivo retratar com precisão as características de fenômenos ou situações (Birochi, 2015).

Assim, no que se refere ao método, compõe-se de uma pesquisa bibliográfica e de análise documental. Para fins de realização da pesquisa bibliográfica, foram considerados estudos de atores que vivenciaram o processo de formação e organização do movimento da reforma sanitária no Brasil: Escorel (1999); Paim (2008); Cohn (1989); Teixeira (1988); Fleury (2009). Já no âmbito da pesquisa documental, a análise pautou-se na leitura e identificação de palavras-chave e linhas centrais de compreensão acerca do direito à saúde, registradas nos Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Considerando que um documento tem por finalidade guardar a memória e registrar fatos, a pesquisa documental consiste em uma das metodologias possíveis no estudo e na investigação de fenômenos sociais. A história como prática social procura compreender estes fenômenos extraindo sentidos para o seu entendimento (Souza; Giacomoni, 2021).

## 3 CRISE E CONSTRUÇÃO DO PROJETO DA REFORMA SANITÁRIA

Ao longo da história brasileira, a política de saúde foi formulada de modo coerente com a lógica de estruturação do capitalismo no território nacional, pautada na acomodação social às novas formas de produção, com intervenções pontuais de ordem social, setorial e espacial. A fragmentação constituiu o centro desse processo, uma vez que as ações eram formuladas e executadas em diferentes instâncias governamentais. Ainda, preponderou a influência de organismos internacionais e dos institutos de aposentadoria e pensão vinculados aos sindicatos, razão pela qual as políticas eram executadas a partir da influência dos interesses específicos das categorias profissionais (Duarte *et al.*, 2015).

Diante desse cenário, foi por ocasião do período mais repressivo do autoritarismo no Brasil que se deu início, no âmbito da resistência, a uma abordagem marxista do campo da saúde e a uma teoria social da medicina no Brasil. Essa abordagem se desenvolveu no interior dos departamentos de medicina preventiva, tendo por pauta a crítica ao modelo de medicina preventiva vigente e ao positivismo enquanto base filosófica desse saber. Naquele período, poucos críticos do Sistema Nacional de Saúde (SNS) trabalhavam nas instituições prestadoras de serviços de saúde. Ainda desarticulados, eles se concentravam em departamentos de medicina preventiva da Universidade de São Paulo, da Universidade de Campinas e do Instituto de Medicina Social do Estado do Rio de Janeiro (Escorel, 1999).

Originalmente, a produção teórica desenvolvida pela Saúde Coletiva centrou-se em dois conceitos: determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde (Teixeira, 1985). Enquanto componentes dos processos de reprodução social, reconhecia-se que esses fenômenos eram determinados social e historicamente (Paim, 2008). Assim, o materialismo histórico torna-se fundamento epistemológico e instrumento de transformação racional da realidade (Novaes, 1997).

A partir desse debate, três vertentes passaram a se articular: a) o movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); b) o movimento de Médicos Residentes e de Renovação Médica, que trouxe para a arena política o debate sobre o mundo do trabalho e os impasses entre a ideologia liberal e a ideologia assalariada trabalhista; c) a academia, responsável pela construção do marco teórico do movimento. A articulação entre essas vertentes constituiu o movimento sanitário (Scorel, 1999).

O termo “reforma sanitária”, portanto, refere-se às mais variadas experiências de reformulação normativa e institucional no campo da assistência à saúde. No Brasil, devido ao contexto histórico e formato dinâmico e inacabado em que se desenvolveu, esse conceito foi associado ao de movimento (Cohn, 1989). Esse movimento se insere no debate sobre a redemocratização em uma perspectiva política que vai se caracterizar pela interpelação dos trabalhadores, sejam eles trabalhadores da saúde, sejam eles usuários que compreendam estarem submetidos a uma lógica de acumulação que impacta os processos de saúde e doença (Teixeira, 1988).

Muito embora o nascedouro do movimento pela Reforma Sanitária tenha se dado em meados dos anos setenta, tendo por marco a criação de instituições empenhadas na busca pela universalidade e equidade da assistência à saúde, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), já havia, naquela época, um acúmulo de conhecimento sobre a questão da saúde coletiva e a sua importância em termos de desenvolvimento social (Cohn, 1989).

A construção do projeto da reforma sanitária teve por fundamento a noção de crise. Essa crise era consubstanciada em tantas outras, como a do conhecimento e da prática médica, do autoritarismo, do estado sanitário da população, do sistema de prestação de serviços de saúde. A constituição da Saúde Coletiva, enquanto campo do saber e espaço da prática social, teve por núcleo as determinações da saúde pela estrutura social. Assim, partindo da organização social da prática médica e da análise dos processos de trabalho, o movimento realiza uma leitura social da problemática evidenciada pela mercantilização da medicina (Fleury, 2009).

Com inspiração nas ciências sociais marxistas, a Reforma Sanitária reconhecia, entre os obstáculos para a sua consecução, as atividades lucrativas ligadas à saúde. Assim, elaborava uma proposta enfatizando a unificação dos serviços, a participação dos usuários, a ampliação do acesso e a qualidade da atenção. Ancorado nessa proposta e tendo o Cebes reconhecido como primeiro “protagonista institucionalizado” (Rodrigues Neto, 1997), o movimento sanitário foi se desenvolvendo desde o final do período autoritário, ampliando-se com a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), com a conquista de entidades de classe pela Renovação Médica (REME), com a mobilização nacional pelas Diretas Já e culminando com a elaboração do Programa de Governo de Tancredo Neves, quando se anunciava a fundação de uma Nova República e se propunha uma “reviravolta na saúde” (Scorel, 1999).

Nesse sentido, a reforma sanitária brasileira apresenta especificidades próprias. O Sistema

Único de Saúde (SUS), dela derivado, corresponde a uma reforma setorial cuja origem se encontra no interior da sociedade civil. Assim, dois elementos devem ser destacados para análise: ideia e movimento. A ideia da reforma sanitária aparece como resposta à crise da saúde e se dá a partir de leituras da experiência de outros países, sobretudo da Itália. Dessa ideia, surge um movimento ideológico que se organizará como movimento social e, ao incidir sobre as relações de poder, ganhará contornos de movimento político. Por isso, a reforma sanitária não pode ser resumida como movimento sanitário, uma vez que se reveste em um processo de reforma social (Paim, 2008).

A Reforma Sanitária no Brasil articula três aspectos: trata-se de um projeto de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional. As bases teóricas que fundamentaram a construção desse projeto derivam da concepção marxista do Estado, em que esse exerceria funções fundamentais na consolidação de avanços do processo civilizatório de inclusão das massas, por meio de políticas públicas e de uma leitura crítica do campo da saúde coletiva (Fleury, 2009).

Nesse contexto, surge a ideia de realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a primeira com ampla participação da sociedade civil. Os debates não se resumiram a reformulações no âmbito institucional, resultaram de uma militância e estratégia política que, para além das categorias profissionais da saúde, envolveram movimentos sociais e sindicais de variada natureza. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, representou um importante marco político, à medida que o tema da saúde protagonizou um amplo debate público e a pauta da instalação da Assembleia Nacional Constituinte ganhou destaque (Cohn, 1989).

#### **4 A SAÚDE NA PERSPECTIVA DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL: ANÁLISE DOCUMENTAL**

O detalhamento acerca do contexto histórico, bem como das ideias centrais que mobilizaram toda deliberação pública em torno da questão sanitária, pode ser apreendido de discursos, conferências, debates e relatórios que compuseram os anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. A partir da sistematização desse documento, é possível perceber como as esferas públicas estavam mobilizadas naquele momento e qual era a tônica dos discursos utilizados na busca pela construção de grandes consensos.

Em seu discurso, o então Ministro da Saúde, Roberto Figueira Santos, contextualizou para a plenária o momento político e histórico ao referir que a implantação da Nova República suscitou fecunda meditação acerca das diretrizes vigentes na área de ação da saúde, sendo que a proximidade da instalação da Assembleia Constituinte justificava a importância de realização de uma Conferência Nacional com diferenciada composição que contemplasse autoridades federais, estaduais e municipais e representantes dos setores da comunidade na condição de usuários dos serviços. Ademais, destacou em sua fala o histórico abismo entre a gestão de políticas de natureza preventiva e as ações da medicina curativa e o seu impacto altamente nocivo para o desenvolvimento social, anunciando a importância de programas de cobertura universal em todos os níveis de complexidade, desde a imunização universal até os atendimentos de nível secundário e terciário, afirmando que o caminho para tanto seria a regionalização.

Relembrou que a descentralização foi uma das palavras fortemente citadas na derrubada do regime militar, sendo compreendida como um remédio para a abusiva e crescente concentração do poder político, econômico e administrativo exercido pelo governo federal. Afirmou que, a

fim de assegurar a concentração do poder e a autoperpetuação no poder, os governos passados se utilizaram de mecanismos firmados pelo sistema tributário, razão pela qual uma reforma tributária apta a assegurar, a estados e municípios, a aplicação de recursos em maior percentual da receita, para que pudessem realizar tarefas que lhes deveriam corresponder, com liberdade de ação política, deveria estar contemplada entre as pautas da Assembleia Constituinte. Finalizou afirmando que “povo sadio é povo feliz. E a saúde é direito de todos e dever do Estado” (Santos, 1987).

Para o Ministro da Previdência e Assistência Social à época, Rafael de Almeida Magalhães, a 8ª Conferência tenderia a se tornar um marco histórico, sendo um divisor de águas entre a precariedade da assistência, ou quase completa desassistência, e uma nova situação capaz de converter o direito inalienável à saúde em um direito fundamental da pessoa humana, garantido constitucionalmente.

Considerou que o setor saúde foi um dos mais afetados negativamente pela política econômica do período ditatorial, uma vez que as condições de vida e saúde da população pobre se agravaram e os investimentos governamentais não acompanharam as necessidades da maioria da população, sendo que os caminhos vislumbrados para que se alcançasse os objetivos da universalização e a equidade quanto à oferta e ao acesso aos serviços de saúde deveriam passar pela descentralização e melhoria da rede própria de serviços, havendo um relacionamento mais produtivo com a rede contratada. Manifestou, ainda, o seu convencimento de que a promoção da descentralização deveria ocorrer pela via da municipalização da prestação dos serviços de saúde (Magalhães, 1987).

Na sequência, o Diretor-Geral da Organização Pan-Americana de Saúde, Carlyle Guerra de Macedo, referiu que a saúde é considerada um valor por sua vinculação com a própria vida, mas, para além de um valor, a saúde se constitui em um bem público. Sendo assim, estaria claro que a saúde é um direito de todas as pessoas; um direito que não resulta apenas da existência de serviços de saúde, mas, sobretudo, do acesso a um ambiente e a condições de vida que sejam compatíveis com a dignidade; da capacidade de cada sociedade de mobilizar e organizar recursos que se transformam em serviços de saúde; da adoção de modos de vida que diminuem os riscos à saúde.

Defendeu ainda que o direito à saúde corresponde a uma responsabilidade de todos: indivíduos, sociedade e Estado, expressando-se na obrigação do poder público e no dever de cada cidadão, identificando que, no Brasil, os modelos adotados ao longo da história se mostraram ineficientes e incapazes de garantir respostas a problemas elementares, o que despertou a consciência social do país com relação a essa dívida acumulada com a saúde, à qual metade da população não tem acesso, o que resulta em sofrimentos por mortes evitáveis. Logo, seria esse contexto que justificaria a necessidade de mudar e universalizar o direito à saúde (Macedo, 1987).

Além disso, o Ministro afirmou que, à medida que a saúde é considerada um direito e um dever do cidadão, a participação deveria ser um princípio, uma vez que consiste em um mecanismo por meio do qual o indivíduo, as comunidades e a sociedade podem deliberar sobre a construção do seu futuro, não podendo a saúde ser percebida enquanto uma parte isolada do desenvolvimento (Macedo, 1987).

O presidente José Sarney, por sua vez, fez referência às gritantes desigualdades manifestadas no que se refere aos padrões de saúde no Brasil e assegurou que a democratização da saúde consistia em um compromisso do governo:



Ao fazer uso da palavra, o professor Jairnilson Silva Paim (1987) destacou que a noção de direito à saúde é oriunda da doutrina dos direitos humanos, a qual considera que todo indivíduo deve ter a sua saúde preservada, cabendo um esforço social voltado para a mobilização de recursos aptos a garantir a prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. Registrou a dificuldade de concretização dessa perspectiva em países onde não foi instituído o Estado de bem-estar social, bem como as dificuldades de manutenção dessas políticas quando a economia vai mal ou quando forças conservadoras assumem o poder, razão pela qual se mostrava necessária a compreensão acerca do papel do Estado capitalista diante das condições de saúde da população e da sua atuação na produção e distribuição de bens e serviços (Paim, 1987).

Assim, a saúde deveria ser compreendida enquanto produto de condições objetivas de existência de ordem biológica, social e cultural. Ela também é fruto das relações que as pessoas estabelecem entre si e com a natureza, por meio do trabalho, uma vez que é por meio das relações sociais de produção que as formas concretas de vida social são solidificadas, sendo que o estado de saúde corresponde a essas formas de vida. Desse modo, a promoção da saúde demanda um conhecimento aprofundado acerca das condições de vida e de trabalho da sociedade. O direito à saúde não poderia ser compreendido como uma noção exclusiva do processo setorial de formulação de políticas de saúde, mas sim como um eixo orientador das políticas sociais (Paim, 1987).

Hélio Pereira Dias, assistente jurídico do Ministério da Saúde à época, abordou a temática da saúde como direito de todos e dever do Estado, partindo da premissa de que a ideia de saúde para todos conduz à necessária eliminação daqueles obstáculos que se opõem à saúde, como a desnutrição, a ignorância, a falta de acesso à água potável e às habitações precárias, assim como à resolução de problemas de ordem médica, a exemplo da falta de médicos, medicamentos, vacinas e leitos hospitalares. Nesse sentido, defendeu que a saúde para todos implicaria considerar a saúde um objetivo de desenvolvimento econômico e não apenas um meio para chegar a tal desenvolvimento; bem como exigiria a educação geral, a fim de possibilitar a compreensão sobre o que a saúde significa para o indivíduo.

A saúde para todos, portanto, representaria um conceito global que demanda esforços na agricultura, na indústria, no ensino, na habitação, na comunicação, na medicina e na saúde pública, uma vez que o médico não pode levar saúde a uma população faminta, já que essa população necessitava, preliminarmente, de modos de vida distintos e novas oportunidades. Logo, a adoção de um conceito de saúde para todos implicaria um compromisso com o progresso de todos os cidadãos, em uma frente pelo desenvolvimento e pela qualidade de vida. Nessa perspectiva, as necessidades coletivas deveriam ser satisfeitas por meio de atividades desenvolvidas pelo Estado, de modo que a preservação da saúde coletiva deveria representar um objetivo fundamental dos Estados contemporâneos, enquanto um dever que se volta para a prestação de serviços públicos aptos para que se alcance essa finalidade (Dias, 1987).

A professora Sônia Maria Fleury Teixeira abordou o tema cidadania, direitos sociais e Estado, analisando que a retomada do debate acerca da questão da cidadania teve por evento principal o colapso do regime burocrático-autoritário, cujas tensões se manifestaram mais fortemente em decorrência da crise econômica. Identificou que, ao longo da história brasileira, a inserção das classes populares urbanas no acesso a conquistas sociais ocorreu de forma fragmentada, de acordo com o poder de barganha de cada categoria, sem reflexões sobre a ausência política imposta aos camponeses, de modo que se conformaram com a definição dessas conquistas como



privilégios setoriais e não como direitos universais dos cidadãos. O regime burocrático-autoritário caracterizou-se como desmobilizador, desativando formas de organização da classe trabalhadora. Esse cenário gerou uma fratura na relação entre Estado e sociedade, que repercutiu em questões como a desestruturação do sistema partidário de representação política dos interesses sociais.

Destacou que a convergência em todas as propostas de democratização é a busca de novas relações entre Estado e sociedade, e a correspondência do regime democrático com o governo de cidadãos significa que, mais do que um conjunto de regras formais voltadas para o exercício do poder político, a democracia é o “lócus de articulação das mediações entre Estado e sociedade” (Teixeira, 1987, p. 94).

Assim, a garantia de direitos sociais seria um dever do Estado, o que implicaria uma redefinição das relações entre Estado e sociedade em uma nova conjuntura, com a correspondente adequação do aparelho institucional às funções públicas. Nesse sentido, seria fundamental resgatar o caráter dimensional dos direitos humanos, já que há direitos que constituem liberdades e demandam um afastamento do Estado e outros que exigem prestações positivas e, portanto, aproximação do Estado. Nesse sentido, a saúde deveria ser compreendida enquanto um bem público, o qual demanda prestações positivas do Estado (Teixeira, 1987).

Nos painéis voltados à participação social em saúde, reforçava-se a relevância da organização da sociedade civil para o avanço da pauta sanitária brasileira. Ao abordar a participação social em saúde, o então Secretário de Saúde do estado de São Paulo, João Yunes, afirmava que a participação deve ser entendida como acesso. Participação popular (ou social) equivaleria, portanto, ao processo a partir do qual a maior parte da sociedade teria acesso aos bens (materiais e não materiais) que ela mesma produzisse.

O autor também ressaltou que, ao observar um espaço urbano, é possível perceber a diversidade nas experiências e o acesso a bens entre indivíduos de diferentes classes sociais. As camadas mais empobrecidas, por exemplo, frequentemente não tiveram a oportunidade de acessar educação formal, pois começaram a trabalhar muito jovens, perpetuando esse ciclo na vida de seus filhos e vivendo em condições habitacionais precárias. Essa situação resulta em sérias consequências para a saúde. Em contrapartida, a elite tem acesso a todos esses direitos, levando à conclusão de que, diante de estilos de vida tão distintos, os interesses também se tornam variados (Yunes, 1987).

Chamou atenção para o fato de que o aumento da população urbana carente e o agravamento de suas condições de vida passou a levar a um aumento nas requisições por serviços de saúde. No entanto, apenas com o encolhimento do regime autoritário e com as oposições assumindo o comando dos principais estados brasileiros é que o tema da participação voltou a ser pauta de debate. Além da pressão de grupos da sociedade, que começaram a se organizar, existia a percepção dos próprios profissionais de formação técnica, que atuavam no campo da saúde, acerca da necessária integração com a sociedade. Afirmava que os movimentos populares demonstravam, por meio da participação, que a militância ativa na elaboração, no debate e na tomada de decisões era capaz de garantir uma real conquista de espaço e, conseqüentemente, o respeito aos direitos básicos (Yunes, 1987).

Concluiu sua explanação referindo-se à situação estrutural da sociedade brasileira. Afirmou que a participação seria possível e constituiria uma ferramenta importante para avanços, sobretudo no acesso a direitos pelas populações carentes. Essa participação alcança a sua plenitude quando a sociedade e o Estado não se apresentam como partes antagônicas, ou seja,

quando “o Estado deixa de tutelar a sociedade e quando os cidadãos, de posse de seus direitos, passam a militar ativamente em todos os setores que afetam direta ou indiretamente suas vidas” (Yunes, 1987, p. 139).

Hésio de Albuquerque Cordeiro, então presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, ao abordar a participação de todos na construção do sistema unificado de saúde, afirmou que democratizar a gestão significava estabelecer canais de diálogo com a população, do mesmo modo que descentralizar e democratizar significava definir o serviço de saúde como serviço público. Seria preciso, no entanto, definir compromissos para que o setor público pudesse chegar a um parâmetro de qualidade.

Cristina de Albuquerque Possas, ao abordar o tema de descentralização e democratização do sistema de saúde, retomou a perspectiva de que a saúde tem relação direta com as condições de vida e de trabalho da população, de modo que essa distinção entre saúde e medicina permitia compreender a dimensão da questão sanitária. Afirmou, ainda, que destacar a importância dos reais determinantes da saúde não significaria minimizar a importância da assistência médica, mas chamar atenção para o fato de que a reorganização do sistema de saúde dependeria da compreensão da importância da politização do conceito de prevenção enquanto estratégia central para a reversão do quadro de saúde da população brasileira.

Esse intento, no entanto, só poderia ser alcançado com a descentralização da política de saúde. O fortalecimento do poder municipal, com autonomia decisória na gestão do sistema, permitiria superar um quadro de superposição de instâncias e alcançaria um melhor resultado à medida que o processo poderia ser fortalecido com a participação de entidades representativas da população no seu planejamento, definição de critérios de alocação de recursos e na sua avaliação (Possas, 1987).

O médico sanitário Francisco de Assis Machado, ao defender a participação social em saúde, afirmou que, por vezes, utiliza-se como significado de participação social em saúde o conjunto de intervenções que as forças sociais realizam para influenciar a formulação, execução e avaliação de políticas públicas no âmbito da saúde. Esse conceito, no entanto, ficaria restringido às práticas de controle social, já que a consciência necessária para impulsionar a intervenção no controle de políticas públicas não se forma de maneira isolada, mas a partir de uma concepção geral de vida que inclui características de um mundo que se quer alcançar. Desse modo, a participação social em saúde demandaria o estabelecimento de comunicação entre os diversos atores, de forma a estabelecer uma consciência sanitária.

Figura 2 – Palavras-chave referidas nos painéis da 8ª Conferência Nacional de Saúde



Fonte: Elaborada pelos autores a partir dos discursos registrados nos Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1987).

Da análise das temáticas abordadas nos painéis e nos discursos de abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, é possível verificar o consenso em torno de mudanças que não fossem restritas a uma análise setorial voltada unicamente para a prestação de serviços em saúde. A Conferência reconhecia e debatia a vinculação estreita entre saúde e desenvolvimento, a necessidade de uma ampliação significativa de direitos sociais e o protagonismo do Estado, sendo assegurada a participação social na condução da política de saúde.

Nesse sentido, ideias como a democratização da política de saúde em consonância com a democratização do país, a determinação social da saúde, a inserção do direito à saúde em seu conceito ampliado na Constituição Federal, a participação da comunidade e a descentralização e regionalização da saúde se apresentavam com força na arena discursiva. Ainda, a participação de inúmeras entidades da sociedade civil enriquecia o debate e trazia novos elementos que alertavam ainda mais para a importância e urgência da temática. Parte dessas contribuições das entidades, registradas nos Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, foram sistematizadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Sistematização das ideias apresentadas pelas instituições da sociedade civil nos debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde

<b>Representante/Entidade</b>	<b>Pontos trazidos para o debate</b>
Padre Pedrinho Guareschi – Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)	- No decorrer da história, a igreja cumpriu um papel subsidiário na saúde. - A saúde não pode se tornar uma mercadoria. - A democracia passa pela organização popular.
Néio Lúcio Fraga Pereira – Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAN)	- Universalidade no atendimento. - Regionalização. - Participação organizada do povo, no sentido de planejar e fiscalizar as ações de saúde. - Criação de um Sistema Único de Saúde, financiado pelo Estado brasileiro.
Carmem Barroso – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM)	- Papel da mulher nas lutas democráticas e nas atividades produtivas; - Maioria das trabalhadoras mulheres no campo da saúde, apesar de estarem afastadas dos cargos mais altos e com poder de decisão; - Dupla carga de trabalho da mulher.
Arlindo Chinaglia Jr. – Central Única dos Trabalhadores (CUT)	- Unanimidade sobre as condições precárias da saúde no Brasil, a importância da reforma agrária para que se tenha saúde no país e a reformulação do sistema de saúde. - Defesa da estatização, da democracia e da participação dos trabalhadores.
Francisco Antônio de Castro Lacaz – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde dos Ambientes de Trabalho (DIESAT)	- Necessidade de avançar no sentido de negociar os conflitos da sociedade a partir de uma visão que reconheça os conflitos de classe, e o fato de que a sociedade não é homogênea. - Garantir direito de participação dos trabalhadores.
Gabriel Oselka – Conselho Federal de Medicina (CFM)	- A saúde enquanto um direito de todos e dever do Estado deve estar inserida em dispositivo constitucional; - O sistema de saúde deve garantir a participação da população usuária e das entidades representativas de profissionais da área de saúde no planejamento, gerência e controle das ações de saúde.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Os debates sistematizados demonstraram algumas contribuições das instituições da sociedade civil, as quais ampliaram a análise do tema para uma dimensão que exorbita a perspectiva setorial, chamando atenção para questões postas no âmbito social, como a luta dos

trabalhadores e das mulheres, o papel da igreja e das categorias profissionais, reforçando os valores da participação popular e de uma perspectiva da saúde enquanto direito de todos.

A análise documental demonstra que a 8ª Conferência Nacional de Saúde contemplou um conceito ampliado de saúde, compreendendo que o direito à saúde deveria corresponder a garantia prestada pelo Estado de uma vida com condições de dignidade e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde. Identificou, ainda, o reflexo das desigualdades sociais e regionais enquanto limitadoras do pleno desenvolvimento da saúde, apontando como alternativas a construção de um Sistema Único de Saúde, coordenado a nível federal por um único Ministério, rompendo com a centralização e reforçando o poder político, administrativo e financeiro de estados e municípios. Para tanto, a constitucionalização do direito à saúde era uma medida necessária no processo constituinte.

O quadro a seguir apresenta os temas que foram amplamente debatidos no âmbito da 8ª Conferência Nacional de Saúde e extraídos da análise documental.

Quadro 2 – Síntese dos temas da 8ª Conferência Nacional de Saúde

Tema	Perspectiva apresentada pela Conferência
Saúde como direito	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conceito ampliado de saúde.</li> <li>- Noção de direito.</li> <li>- Desenvolvimento da sociedade brasileira.</li> <li>- Dever do Estado.</li> <li>- Participação social.</li> </ul>
Reformulação do Sistema Nacional de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construção de um Sistema Único de Saúde.</li> <li>- Divisão de atribuições entre os entes federados (tripartite).</li> <li>- Princípios de organização dos serviços, atinentes às condições de acesso e qualidade e relacionados com a política de recursos humanos.</li> <li>- Relacionamento do poder público com a rede privada.</li> <li>- Controle social.</li> </ul>
Financiamento setorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orçamento social.</li> <li>- Fundos de saúde.</li> <li>- Descentralização.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1987.

Conforme nos ensina Paim (2008) sobre a releitura histórica, é possível verificar que o processo de construção e luta do movimento da reforma sanitária ocorre a partir da experiência plural dos atores sociais. A convivência das diferentes correntes de pensamento, ainda que com uma direção nitidamente vinculada ao materialismo histórico, foi o que permitiu a sua consolidação. A reforma sanitária enquanto proposta foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e da consequente democratização do acesso à saúde. Ela se transformou em projeto a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde e vem se desenvolvendo como processo desde então, sendo compreendida por Teixeira (1988), simultaneamente, como proposta, projeto, movimento e processo.

Analisar os registros da 8ª Conferência Nacional de Saúde permite reviver algumas ideias que pautaram a construção do direito à saúde no Brasil, demonstrando como o constitucionalismo contemporâneo adotou de forma inédita a formulação de direitos em um sistema *down-up*, partindo da escuta da sociedade organizada.

Após a constitucionalização do direito e ao longo do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), inúmeros desafios foram imputados para a política de saúde. No

contexto atual, merece menção, para além do histórico, o subfinanciamento e a disputa sempre presente entre o público e o privado, o processo de afastamento da participação popular, que se evidencia ainda nos primórdios da legalização do Sistema, além do necessário enfrentamento às notícias falsas relativas à saúde, que acabam por gerar retrocessos contundentes em áreas cujo saber científico já se encontra amplamente consolidado, e exemplo do Programa Nacional de Imunizações.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de uma análise sócio-histórica do contexto de construção da política de saúde no Brasil, é possível identificar que as reflexões foram pautadas por uma epistemologia fundamentada no materialismo histórico, tendo como motivação central as percepções acerca dos determinantes sociais da saúde e do processo de trabalho da saúde.

A revisão bibliográfica foi pautada na leitura de autores que vivenciaram o movimento e o processo de reforma sanitária no Brasil e apresentaram elementos centrais na construção da proposta de um direito à saúde universal e da mobilização da sociedade em torno desta pauta, no período entre 1970 e 1986.

Diante da percepção acerca do contexto vivido, em um período de repressão e das necessidades do campo social em avançar na construção de direitos universais e coletivos, foi que aconteceu a mobilização para organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. A proposta da Conferência caminhava alinhada com a busca pela redemocratização do país.

Por meio da análise documental dos anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1987), foi possível descrever e identificar as palavras-chave dentro dos discursos das autoridades presentes, assim como as temáticas dos painéis e as manifestações de representantes da sociedade civil.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma conquista muito importante para o campo das políticas públicas. A sua formulação a partir das contribuições de toda a sociedade e de um conceito ampliado de saúde permitiu estabelecer importantes interlocuções entre a saúde e o desenvolvimento, melhorando indicadores como a ampliação da expectativa de vida no país, a redução da mortalidade infantil, entre outros.

Com base no que foi apresentado, mesmo com a vasta quantidade de publicações sobre a formação do SUS, a singularidade deste estudo está em destacar que a elaboração da política pública ocorreu de forma ascendente, emanando da mobilização de diversos atores e instituições. Esses agentes estabeleceram um debate centrado na ideia de que a mobilização política e social deve ser fundamentada em razões racionais, integrando aspectos do materialismo histórico. Essa abordagem visava romper com um diálogo que se restringia a interesses setoriais e buscar uma conexão com as demandas de toda a sociedade. Assim, observa-se que os argumentos defendidos em prol da garantia do direito à saúde impactaram a percepção de democracia e os direitos que a sociedade ambicionava construir naquele período histórico.

Considerando o contexto atual, em que as pesquisas revelam um afastamento da participação social e os novos desafios para a solidificação da democracia, especialmente no que se refere aos prejuízos provocados pela disseminação de notícias falsas vinculadas à área da saúde, é fundamental sistematizar e visitar o percurso do movimento pela reforma sanitária. Isso pode oferecer algumas direções para que a saúde seja reconhecida não só como um direito social de todos, mas também componente essencial do projeto de inclusão social e desenvolvimento nacional.

**REFERÊNCIAS**

AROUCA, A. S. S. Conferência: Democracia é Saúde. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília-DF, 1986. *Anais [...]*. Brasília-DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BIROCHI, R. *Metodologia de Estudo e de Pesquisa em Administração*. Florianópolis: UFSC; Brasília: CAPES/UAB, 2015.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. *Lua Nova*, São Paulo, n. 19, v. 1, p. 123–40, nov. 1989. <https://doi.org/10.1590/S0102-64451989000400009>

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília-DF. *Anais [...]*. Brasília-DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

CRESWELL, J. W. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 2. ed. Tradução de Luciana de Oliveira da Rocha. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DIAS, H. P. Painel: saúde como direito de todos e dever do Estado. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília-DF. *Anais [...]*. Brasília-DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

DUARTE, L. S.; PESSOTO, U.C.; GUIMARÃES, R.B.; HEIMANN, L.S.; CARVALHEIRO, J.R.; CORTIZO, C.T.; RIBEIRO, E.A.W. Regionalização da Saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. Parte I – Dossiê. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, n. 2, v. 24, p. 472–85, abr./jun. 2015. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200007>

ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743–52, 2009, <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>

HABERMAS, J. *Mudança estrutural da esfera pública: investigações sobre uma categoria da sociedade burguesa*. Tradução de Denilson Luís Werle. 1. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2014. [1962, com Prefácio de 1990].

MACEDO, C. G. Discurso do Diretor Geral da Organização Pan-Americana de Saúde. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília-DF. *Anais [...]*. Brasília-DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

MAGALHÃES, R. A. Discurso do Ministro de Estado da Previdência Social. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília-DF. *Anais [...]*. Brasília-DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

NOVAES, R. L. Do biológico e do social: um pequeno balanço. *In*: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 205–25.

PAIM, J. S. Painel: Direito à Saúde, Cidadania e Estado. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília-DF. *Anais [...]*. Brasília-DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão crítica*. Salvador: EDUFBA / Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

POSSAS, C. A. Trabalhos apresentados como contribuição a 8ª Conferência Nacional de Saúde: Descentralização e democratização do Sistema de Saúde. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília-DF. *Anais [...]*. Brasília-DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

RODRIGUES NETO, E. A via do parlamento. *In*: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 63–91.

SANTOS, R. F. Discurso do Ministro de Estado da Saúde. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília-DF. *Anais* [...]. Brasília-DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

SARNEY, J. Discurso do Presidente da República Federativa do Brasil. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília-DF. *Anais* [...]. Brasília-DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

SOUZA, J. E.; GIACOMONI, C. Análise documental como ferramenta metodológica em história da educação: um olhar para pesquisas locais. *Cadernos CERU*, São Paulo, Série 2, v. 32, n. 1, p. 139–56, jun. 2021.

TEIXEIRA, S. F. O dilema da reforma sanitária Brasileira. *In*: BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S. F.; CAMPOS, G. W. de S. *Reforma sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo: Editora Cebes/Hucitec. p. 195–207, 1988.

TEIXEIRA, S. M. F. Painel: cidadania, direitos sociais e Estado. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília-DF. *Anais* [...]. Brasília-DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

TEIXEIRA, S. As ciências sociais em saúde no Brasil. *In*: NUNES, E. D. (Org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: OPAS, 1985. p. 87–109.

YUNES, J. Painel: Participação social em saúde. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília-DF. *Anais* [...]. Brasília-DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

### **Sobre os autores:**

**Patrícia De Carli:** Estágio pós-doutoral em Desenvolvimento Regional pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Doutora em Desenvolvimento Regional pela UNIJUÍ. Assessora Jurídica da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **E-mail:** patricia-decarli@saude.rs.gov.br, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-3011-2690>

**Sérgio Luís Allebrandt:** Doutor em Desenvolvimento Regional pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Professor Titular Sênior da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ) e atua como professor permanente no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Mestrado e Doutorado (PPGDR/UNIJUÍ). Bolsista de Produtividade em Pesquisa N-2 do CNPq. **E-mail:** allebr@unijui.edu.br, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-2590-6226>

**Airton Adelar Mueller:** Doutor em Sociologia pela Freie Universität Berlin, Alemanha. Professor/pesquisador no Programa de Mestrado e Doutorado em Desenvolvimento Regional na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). **E-mail:** airton.mueller@unijui.edu.br, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-6270-5856>