



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
CURSO DE LICENCIATURA PLENA EM HISTÓRIA**

**ANALIA INGRYDY DOMINGOS VICENTE**

**HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA  
“8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE”**

**CAJAZEIRAS-PB**

**2019**

**ANALIA INGRYDY DOMINGOS VICENTE**

**HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA  
“8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE”**

Monografia apresentada a disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Graduação em Licenciatura Plena em História da Unidade Acadêmica de Ciências Sociais do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de nota.

Orientadora: Dra. Silvana Vieira de Sousa

**CAJAZEIRAS - PB**

**2019**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764  
Cajazeiras - Paraíba

V632h Vicente, Analia Ingrydy Domingos.  
História da saúde pública no Brasil: a participação popular na “8ª  
Conferência Nacional de Saúde” / Analia Ingrydy Domingos Vicente. -  
Cajazeiras, 2019.  
59f. : il.  
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Vieira de Sousa.  
Monografia (Licenciatura em História) UFCG/CFP, 2019.

1. Saúde pública - História - Brasil. 2. Políticas públicas em saúde. 3.  
8ª Conferência Nacional de saúde. 4. História social. I. Sousa, Silvana  
Vieira de. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de  
Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 614(091)( 81)

**ANALIA INGRYDY DOMINGOS VICENTE**

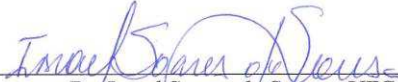
**HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA  
“8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE”**

APROVADO EM: 02 / 12 / 2019

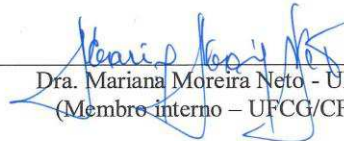
**COMISSÃO EXAMINADORA**



Dra. Silvana Vieira de Sousa  
(Orientadora – UFCG/CFP)



Dr. Israel Soares de Sousa - UFCG  
(Membro interno – UFCG/CFP)



Dra. Mariana Moreira Neto - UFCG  
(Membro interno – UFCG/CFP)

Suplente: Ms. Francinaldo de Souza Bandeira  
(Examinador suplente – UFCG/CPF)

**CAJAZEIRAS - PB**

**2019**

*Aos meus pais por sempre terem me  
incentivado nos estudos e por terem me  
acompanhado até aqui.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao produzir essa monografia, contei com a ajuda de muitas pessoas que tornaram possível esse trabalho ser apresentado neste dia.

Eu sou grata primeiramente à Deus por ter preservado minha saúde e me dado forças para conseguir concluir esse trabalho.

Eu sou grata à minha orientadora, a professora Dr. Silvana Vieira, que durante esse ano ajudou-se com indicações de pesquisa e correções.

Eu sou grata à banca avaliadora que se dispôs e aceitou estar presente na apresentação e a contribuir com essa pesquisa.

Eu sou grata pelos professores do curso, no qual tive muito que aprender e me inspirar durante a formação.

Eu sou grata aos meus pais, Ivan Domingos dos Santos e Ana Lúcia V. S. Santos, pois me incentivaram a nunca desistir e acreditaram sempre em mim.

Eu sou grata à minha irmã, Maria do Socorro Domingos Vicente, que manteve todos os meus dias alegres, apesar dos problemas que encontrei durante a escrita deste trabalho.

Eu sou grata aos meus colegas de classe, que dividiram experiências e conhecimentos durante todo o curso e que me apoiaram. Principalmente aos meus amigos Rafael e Gabriela, que estiveram ao meu lado em todos os momentos, ajudando-me e encorajando-me a realizar essa monografia.

Mas sou especialmente grata ao curso de História, porque me propiciou passar por várias experiências que me transformaram, e me ensinou a nunca deixar de acreditar no meu potencial e me presenteou com pessoas que levarei para toda a vida.

## RESUMO

Este estudo analisa a importância da participação popular no cenário de luta pelo direito à saúde pública no Brasil nos idos dos anos 1980. O modelo brasileiro de saúde pública sofreu alterações através das lutas populares por melhorias no setor da saúde, estamos falando sobretudo da “8ª Conferência Nacional de Saúde”, no qual houve uma pressão para que o Estado passasse a pensar cada vez mais neste assunto. Analisamos a participação como luta, na “8ª Conferência”, ocorrida em 1986, e o impacto que ela trouxe para a formação de novas políticas que beneficiaram a população. Através dos relatórios e mídias fornecidas pelo Ministério da Saúde, e obras bibliográficas acerca da Conferência, é que este estudo se baseia. Ponderar sobre a importância das políticas públicas em saúde com um fator resultante da mobilização é a preocupação maior deste estudo, por se tratar de um assunto que, segundo a nossa abordagem, deve ser discutido em âmbito acadêmico numa perspectiva historiográfica. Trata-se de um estudo que se enquadra no campo da História Social e do Cotidiano. Nossas referências teóricas foram definidas a partir da seleção de historiadores e sociólogos que abordam as questões das lutas sociais, a exemplo de Sidney Chalhoub (2006), Eder Sader (1988) e Ilse Scherer Warren (1987).

**Palavras-chave:** História Social; Políticas Públicas; Participação Social; Saúde; 8ª Conferência Nacional de Saúde.

## ABSTRACT

This study analyzes the importance of popular participation in the scenario of struggle for the right to public health in Brazil in the 1980s. The Brazilian model of public health has changed through popular movements for improvements in the health sector, passing mainly by the “8th National Health Conference”, in which there was pressure for the State to think more about this issue. It analyzes the participation as a struggle at the 8th Conference, held in 1986, and the impact it has had on the formation of new policies that benefit the population. Through the reports and media, provided by the Ministry of Health, and the bibliographic works about the Conference, is in what this study is based. Considering the importance of public health policies as a resultant factor for mobilization is our principal preoccupation, as this is a subject that, according to our approach, should be discussed in academic studies from a historiographical perspective. It is a study that covers a field of Social and Daily History. Our theoretical references were collected from the selection of historians and sociologists that address issues of social issues, such as Sidney Chalhoub (2006), Eder Sader (1988) and Ilse Scherer Warren (1987).

**Keywords:** Social History; Public Policies; Social Participation; Health; 8<sup>a</sup> National Health Conference.



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO 1 - A HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL: DO DESAMPARO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 A Mudança no Paradigma .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 Saúde Pública no Mundo “Moderno”: Ameaças ao Bem-Estar.....</b>	<b>14</b>
<b>1.2 O Brasil Frente às Medidas de Saúde Pública .....</b>	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO 2 – “A UNIÃO FAZ A FORÇA”: PARTICIPAÇÃO POPULAR E MUDANÇAS, DOS MOVIMENTOS TRADICIONAIS AOS NOVOS MOVIMENTOS SOCIAIS (1930-1960).....</b>	<b>26</b>
<b>2.1 Mudança de Organização: Diferença Entre os Novos Movimentos Sociais e os     Movimentos Tradicionais.....</b>	<b>26</b>
<b>2.2 A Historiografia e os Atores Sociais: Uma Troca de Protagonistas.....</b>	<b>30</b>
<b>CAPÍTULO 3 - UMA LUTA POR DIREITOS: “QUANDO NOVOS PERSONAGENS ENTRAM EM CENA” NA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE .....</b>	<b>36</b>
<b>3.1 Conferência Nacional de Saúde e sua Influência no Quadro Nacional .....</b>	<b>37</b>
<b>3.2 A “8ª Conferência Nacional de Saúde”: Uma Ação Popular Ativa.....</b>	<b>43</b>
<b>3.2.1. A força do povo: Da participação popular ao SUS .....</b>	<b>48</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>55</b>

## INTRODUÇÃO

Como temática do social na historiografia, a saúde aparece bem recentemente. Consideremos também que na sua produção ainda tem muito por ser feito. Vemos que a situação da saúde servia como reflexo das condições sociais do homem. As pesquisas, antes da mudança da corrente historiográfica Metódica para a Escola dos *Annales*, aconteciam de maneira tímida, já que só poderiam ser utilizados documentos oficiais. Mas, a partir do momento em que materiais como: diários de médicos, prontuários médicos, relatos de vida de curandeiros; foram entendidos como fontes historiográficas o campo da história sobre saúde abriu suas possibilidades. Porém, para isso, a história passou por uma série de mudanças.

No que diz respeito ao nosso objeto de estudo, ou seja, a participação popular na saúde pública brasileira a partir da “8ª Conferência Nacional de Saúde”, ele insere-se em um campo particular desses estudos, pois abordamos tanto os movimentos sociais que circulam a elaboração de políticas públicas na saúde como a preocupação com o bem-estar social, o que nos leva a pensar a temática da saúde pública e também o direito a ela no Estado constitucional de direito, assegurado na Constituição Federal de 1988 como um direito de todos (BRASIL, 1988).

O direito à saúde não foi conseguido apenas por intervenção do Estado, mas também, e principalmente, a população foi grande responsável, pois foi ela quem realizou pressão para que o governo promovesse mudanças no quadro que se encontrava. Num período fervoroso, repleto de atuação da comunidade, um momento posterior à ditadura militar e na efervescência do Movimento de Reforma Sanitária, a “8ª Conferência Nacional de Saúde” foi realizada em Brasília, em 1986, e tornou-se um grande exemplo de manifestação popular.

Dentre muitas lutas, essa foi uma das conquistas do povo brasileiro, conseguida ao unir forças entre as diversas camadas da sociedade, da classe baixa à média, contando com a presença de vários universitários, médicos, intelectuais, delegados, servidores públicos, etc. A participação da sociedade civil organizada possibilitou grandes mudanças no quadro político do Brasil no que se refere à saúde. Isso influenciou os moldes da Constituição Federal de 1988, na qual já entraria em vigor a nova lei, com a formação do SUS e de novas políticas públicas em saúde que visassem o bem-estar da sociedade.

A participação popular foi um dos grandes marcos da “8ª Conferência Nacional de Saúde” ocorrida em Brasília, no ano de 1986. Até então nunca havia acontecido uma conferência de saúde na qual trabalhadores, estudantes, moradores, ou seja, a população em geral, tivesse espaço para participar dos projetos discutidos para o país. Essa novidade gerou

curiosidade para começar a discutir sobre a importância da participação popular na elaboração de propostas de projetos e programas na saúde pública, despertando nosso interesse em trabalhar a história da saúde pública no Brasil, para assim entender melhor a legislação brasileira em políticas de saúde atuais.

O contato que tive inicialmente, a ler essas leis instigou-me a querer saber mais sobre a formação do Brasil em geral no âmbito da saúde. Dessa forma, comecei a procurar entender os diversos processos que o Brasil vinha enfrentando para obter uma saúde pública e gratuita, sobretudo visando a formação do Sistema Único de Saúde (SUS) pelo Ministério da Saúde, com inúmeras políticas na saúde. Partindo da possibilidade de transformar essa questão da saúde pública em objeto de estudo, foi que se começou a planejar um trabalho acadêmico voltado para as políticas públicas em saúde no Brasil, tendo como recorte a “8ª Conferência Nacional de Saúde”, a fim de perceber como a ação popular impulsionou as decisões do Estado, enquanto agente ativo e organizado.

Ao pesquisar em inúmeras publicações de artigos, teses e livros sobre a “8ª Conferência Nacional de Saúde”, percebeu-se que não existem muitos historiadores que abordaram a questão da saúde pública, nem as reformas da saúde. A partir desta constatação, surgiu a necessidade de trabalhar a saúde num campo historiográfico, pensando as características, as rupturas e as influências externas sobre as políticas de saúde, pensadas para a melhoria do saneamento e higiene pública da população, conforme aconteceram durante a década de 1980, mais precisamente em 1986.

Desse interesse de estudo, e para trabalhar na perspectiva do trabalho monográfico que apresentamos, partimos da seguinte estruturação: no primeiro capítulo intitulado como “A História da Saúde no Brasil: Do Desamparo às Políticas Públicas”, iremos discutir a saúde na historiografia, levando em consideração as aproximações e distanciamentos entre a história e a saúde, enquanto ciência e como fator social e político, que pode alterar a vida dos indivíduos de uma comunidade e, por que não dizer, do mundo? Nessa lógica, discutiremos a preocupação com saúde por parte do Estado, primeiramente com uma discussão a partir da recepção do tema da saúde pela historiografia, percebendo como objeto a ciência médica e as possíveis causas de adoecimento. Logo após, trazendo a discussão sobre saúde para o contexto do Brasil, buscamos mostrar que muito antes das produções historiográficas já existia pesquisa e debates para preservar a saúde, principalmente no período que conhecemos como moderno.

No segundo capítulo, “‘A União Faz a Força’: Participação Popular e Mudanças, dos Movimentos Tradicionais aos Novos Movimentos Sociais (1930-1960)”, trabalhamos a partir

do objetivo de entender o lugar de luta pela saúde a partir dos movimentos sociais. Destacamos o fato de que o mesmo passou por mudanças no que diz respeito às formas de organização. Assim, trabalharemos um pouco da definição de movimentos sociais e como eles têm força dentro de um Estado/Nação, entendendo que não são movimentos tão “inocentes”, mas cheios de objetivos e de influências.

Os dois primeiros capítulos formam a base para introduzir uma discussão sobre a participação popular na saúde pública, pegando como referência a “8ª Conferência Nacional de Saúde”, nosso objeto de estudo, que aconteceu no final da década de 1980, período que será defendido como maior engajamento civil organizado. No terceiro capítulo, “Uma Luta por Direitos: A ‘8ª Conferência Nacional de Saúde e a Comunidade’”, apresentamos o resultado de nosso estudo sobre a oitava Conferência Nacional de Saúde, colocando sua importância no contexto das lutas. Para isso, usaremos um comparativo com outras Conferências Nacionais de Saúde para entender o peso que a participação popular teve para legitimar uma saúde pública para todos, participando ativamente da formação no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como influenciando os novos rumos que as conferências teriam a partir dessa oitava edição.

Essa monografia tem como objetivo discutir, sob o ponto de vista da análise de um acontecimento do campo, a organização e programação da saúde pública no Brasil no final da década de 1980, mais precisamente a “8ª Conferência Nacional de Saúde” que aconteceu em Brasília, em 1986, devido à importância que a população exerceu na ocasião e que ainda exerce dentro do quadro político, seja ele de cunho cultural, de consciência ou por medidas políticas, como foi o caso da referida conferência.

## **CAPÍTULO 1 - A HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL: DO DESAMPARO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS**

### **1.1 A Mudança no Paradigma**

A chegada do tema de saúde na historiografia está ligada à ascensão da Nova História e a nova concepção de problema histórico<sup>1</sup>. Nesse sentido, analisamos como o processo de saúde-doença<sup>2</sup> está atrelado à comunidade e ao indivíduo, seja em forma de políticas públicas ou por medidas de higiene e saneamento básico. Já no que se refere à saúde, apesar do tema estar mais ligado às Ciências Biológicas, não deixa de ser um assunto que deva ser abordado pelo historiador. O tema vem a se tornar relevante para historiografia através da Nova História, com a inserção de novos sujeitos e a diversidade de fontes históricas que passaram a ser consideradas<sup>3</sup>.

No campo metodológico, a amplificação ocorre no século XX, possível graças à História analisar componentes sutis da sociedade, ampliando a noção de fonte histórica. Não mais como uma História de recontar os fatos com base em apenas documentos escritos. A saúde representava grande importância e, por esse motivo, não poderia ser deixada de lado pela história. Assim, a Nova História e a História Social trouxeram novos estudos sobre a saúde numa perspectiva histórica.

Quando decidimos direcionar os estudos para a saúde pública, estreitamos mais sua relação com a História Social e com as Ciências Políticas, pois temos como base os movimentos que levaram à preocupação com a saúde coletiva. Entendemos, portanto, que a saúde influencia os modos de agir e de relacionar-se com outros indivíduos. Assim, para entender como a História passou a ter propriedade para discutir História e Saúde, teremos que entender como a História passou por mudança nos seus paradigmas historiográficos, até chegar ao paradigma que tornou possível trabalhar a saúde numa perspectiva historiográfica.

Cada vez mais historiadores estão discutindo a respeito da saúde, seja o tema da saúde pública ou em um sentido patológico, propriamente dito. Essa pesquisa terá como mote uma articulação da discussão entre historiadores e pesquisadores da área das ciências políticas e

---

<sup>1</sup> Aqui nos referimos especificamente à Nova História dos anos 1970, Pierre Nora (1993) é um dos autores que aqui tomamos como referência, a partir das suas contribuições para o entendimento de lugares de memória e como estes não estão limitados apenas aos documentos escritos.

<sup>2</sup> Apropriamo-nos deste termo a partir da concepção da OMS (Organização Mundial de Saúde), conforme apresentado por Trindade (2000) e Arouca (1986).

<sup>3</sup> Autores com José Murilo de Carvalho (1987) e Sidney Chalhoub (2006) são representantes desta nova concepção historiográfica.

medicina, de modo que a historiografia também ganha seu espaço nos debates sobre saúde e doença.

No final do século XIX, a história saíria de seu modelo metódico para expandir seu objeto e suas fontes de estudo. De acordo com as ideias de Ranke<sup>4</sup>, representante do Historicismo, a Historiografia do século XVIII tinha a função de “contar os fatos como eles aconteceram” com base em documentos oficiais que legitimariam a pesquisa (BARROS, 2011, p. 128). Porém, o novo paradigma da Nova História problematizou o agente social, assim como as fontes, os sujeitos e os objetos<sup>5</sup>. Quando ampliou o campo de pesquisa, percebeu-se uma aproximação e uma comunicação da História com outras áreas da ciência (BARROS, 2012). Dessa forma, se antes tínhamos métodos rígidos de obtenção das fontes e dos sujeitos (documentos oficiais, datas fixadas, personagens heroicos e grandes figuras políticas) com a finalidade de afirmar o lugar da História e do historiador, passamos a ter um leque maior de possibilidades para se trabalhar a História, que vai além dos muros estabelecidos pela Escola Metódica.

A Escola de Annales e/ou a Nova História propiciou esse ambiente no qual o historiador pôde, enfim, construir uma memória por meio de diferentes sujeitos, objetos, fontes e agentes históricos. Quem poderia imaginar no século XVIII que a História produziria trabalhos a respeito de saneamento, doenças ou políticas públicas em saúde? A Nova História toma cargo de problematizar e desnaturalizar as produções historiográficas. Cria-se, então, a interdisciplinaridade entre História e os demais ramos das Ciências. Não tomando os outros campos da Ciência para si, mas utilizando-os como instrumentos para problematizar essas novas dimensões historiográficas postas para o historiador (BURKE, 1991).

O papel da História, neste cenário, não foi o de extinguir a função de outras Ciências, mas de estudá-las, problematizá-las, desmitificá-las. Exemplo disso é a forma como José d’Assunção Barros (2005, p. 238) discute a respeito da imersão do historiador nesse vasto campo historiográfico:

Os historiadores escrevem a História das Ciências, dos saberes jurídicos, da Medicina, da Psiquiatria – mas quem historia a Astrologia são os astrólogos (os historiadores só o fariam para avaliar social ou culturalmente as suas representações, para indagar pelas ideologias que se escondem por trás das representações astrológicas e assim por diante).

---

<sup>4</sup> Leopoldo Von Ranke (1795-1886) foi um dos principais pensadores do Historicismo Alemão, que tinha como característica o afastamento do historiador de seu material de estudo para obter o fato histórico.

<sup>5</sup> O autor Carlo Ginzburg (1976), por exemplo, utilizou processos inquisitoriais do século XVI como fontes históricas.

Há uma diferença, neste íterim, entre a História problematizar a saúde e explicar os motivos e definições de doença, saúde ou de política, tomando, assim, o lugar da Medicina ou das Ciências Políticas. A partir deste processo, iremos destacar as relações com o dia a dia das pessoas e os modos de pensar a saúde, principalmente no Brasil no século XX, onde se verifica uma percepção e uma preocupação maior com o saneamento e as políticas públicas em saúde.

Dessa maneira, os trabalhos historiográficos sobre saúde e sobre políticas públicas em saúde no Brasil só se deram através desta nova vertente historiográfica. Cabendo à História dividir-se de acordo com a perspectiva da problemática, talvez mais Social, Cultural e/ou Política. Campos que, apesar de serem amplos, discutem um com o outro (BARROS, 2005). O importante é perceber que a saúde adquire um destaque maior durante o século XX no meio acadêmico, e isso chamou atenção de historiadores para entender o processo que levou os cientistas a pesquisar a respeito do tema.

## **1.2 Saúde Pública no Mundo “Moderno”: Ameaças ao Bem-Estar**

O mundo moderno do século XIX para o XX foi um período marcado pelo seu estilo dinâmico e intenso de se viver. Nesse mundo, o homem passaria a ter contato com muitas invenções que alterariam o cotidiano em escala individual e social. Esse processo de modernização ficou mais intenso depois da Segunda Revolução Industrial, com o desenvolvimento das indústrias e a ampliação das cidades. A chamada Revolução Científico-Tecnológica foi o ápice das mudanças de hábitos do homem moderno, e essa modernização alteraria o fluxo nas cidades grandes.

De acordo com Nicolau Sevcenko (2008), as mudanças rápidas do modo de vida estão relacionadas ao crescente número de invenções que aconteceram durante a Revolução Científico-Tecnológica no final do século XIX e início do século XX. Sobre este período o autor (2008, p. 11) afirma que

[...] a Revolução Científico-Tecnológica se faz sentir na sua plenitude, alterando tanto hábitos e costumes cotidianos quanto o ritmo e intensidade dos transportes, comunicações e do trabalho, o mundo que então se estabelece já nos parece francamente familiar. Seus potenciais são medidos em escalas técnicas abstratas de estrito valor matemático como os volts, watts, ampères, hertz, roentgen, mach. [...] Uma outra característica marcante da Revolução Científico-Tecnológica é o impulso extraordinário que ela deu para a consolidação da unidade global do mercado capitalista,

nos quadros daquela dinâmica expansionista a que se referia a professor Hobsbawm.

Ou seja, a carga da extensão dos novos produtos tornou a vida mais rápida, prática e estreitou as relações com outras regiões, fazendo com que essa Revolução fosse sentida globalmente. Esse processo tornou o cotidiano das pessoas cada vez mais difícil para se adaptar devido às ligeiras mudanças, principalmente no que se refere aos centros urbanos.

Quanto mais se modernizavam as cidades, mais acontecia a migração das pessoas para os grandes centros urbanos, buscando oportunidades nas fábricas. Ainda que o aumento dessas fábricas representasse um desenvolvimento econômico, ao mesmo tempo, agravava-se as condições de vida e saúde por causa das más condições de trabalho e das enormes jornadas, que levaram as pessoas a desenvolverem muitas doenças físicas e mentais (SEVCENKO, 2008). Cada vez mais as pessoas eram levadas a entrar nesse estilo de vida prático entre o trabalho e o lar, mesmo que esse lar não estivesse nas melhores condições para sobreviver. Essa foi a realidade das famílias pobres e operárias durante a modernidade. Não havia, portanto, uma preocupação com o espaço em que os cidadãos pobres moravam.

A questão do saneamento básico ainda não era uma questão levantada para a preservação da saúde. De acordo com Nísia de Lima Trindade (2000), os miasmas ainda constituíam uma teoria defendida durante o século XVII, como propiciadores de doenças. Esses miasmas eram regiões onde o índice de doenças era mais acentuado. As pessoas ainda não tinham o conhecimento aprofundado sobre os microrganismos, então acreditavam que regiões pútridas e infectadas provocavam as doenças. Assim, mudar de ambiente era a solução encontrada para a população que enfrentava grandes surtos de doenças.

No final do século XIX, uma doença específica passou a ameaçar as vidas das pessoas em escala mundial e representaria uma ameaça às economias globais. Tratava-se da febre amarela, ela atravessaria os oceanos e chegaria também às Américas. Essa epidemia gerou um alerta sobre a saúde pública, pois não atingia apenas as pessoas com pouca condição social, mas atingia a todas as pessoas, independente do *status* social. O comércio acontecia de maneira lenta e cautelosa devido ao perigo das doenças trazida pelos estrangeiros aos portos. Esse era um período em que o mercado marítimo se desenvolvia, e as crises epidêmicas só viriam a atrapalhar os comércios.

Poderíamos dizer que a saúde pública começou a partir de uma preocupação com o povo pobre que estava sofrendo com as doenças, pestilências e péssimas condições de vida. Contudo, afirma que foi uma preocupação com o povo no século XIX se torna equivocada,



pois temos que levar em consideração que, nesse contexto de epidemias, a preocupação maior era com uma parcela da sociedade que representava a classe nobre dos países. A situação mobilizou em torno dessa situação também no Brasil, mais precisamente os homens brancos ligados às cortes imperiais.

O sentido de saúde pública só pode ser analisado, nesta perspectiva, depois que de entender como surgiu essa preocupação com a saúde em si. Ou seja, quando o homem tomou consciência de que adoecemos por uma ação externa, que são os microrganismos? Mas saber sobre o microrganismo não significava a solução para acabar com a febre amarela ou com qualquer outra doença que se espalhava pelo mundo. Isso criava outro problema, pois a doença ainda tinha muitas incógnitas a respeito da transmissão.

Existiram duas principais vertentes defendidas pelos cientistas e médicos sobre como eram transmitidas as doenças, seriam elas de forma contagiosa ou anticontagiosa/infecção (ARCKERKNECHT, 1948 apud TRINDADE, 2000). A primeira afirma que o contato com pessoas direta ou indiretamente com febre amarela poderia ser o motivo de transmitir a doença. A segunda é a infecciosa, onde o sujeito para contrair a doença precisaria estar no local de proliferação da doença, ou seja, entrar em contato com os miasmas. A autora Trindade (2000) coloca que medidas como reformas sanitárias e urbanas, ou isolamentos e quarentenas, eram os recursos usados pelos higienistas como forma de contenção das epidemias. Assim, durante muito tempo os cientistas ficaram divididos em relação à transmissão da febre amarela.

É certo que o mundo vinha modernizando-se, e a ciência médica sendo desenvolvida. Com descoberta da existência dos microrganismos<sup>6</sup>, foi possível pensar em possíveis formas de combater as doenças que assolavam o mundo no final do século XIX e início de século XX. Para a saúde pública, essa foi uma descoberta significativa para os cientistas, pois saberiam o que deveriam combater, não estavam mais presos nas hipóteses.

Mesmo que descobertas fossem feitas a respeito dos microrganismos, o mundo ainda vinha sofrendo com as epidemias, pois ainda não se conseguia desvendar quais os fatores provocavam as doenças e nem como se contraíam as mesmas, como exemplo disso haviam também os casos da Cólera. Acerca da dualidade entre a concepção de doenças contagiosas ou infecciosas, Trindade (2000, p. 32) afirma que

---

<sup>6</sup> Antony Van Leeuwenhoek desenvolveu os microscópios que no século XVII que tornou possível ver os seres microscópicos foram descobertos e somente em 1876 o médico alemão Robert Koch conseguiu relacionar os micróbios como causadores de doenças.

Tanto na versão contagiosa como na anticontagiosa, uma das características mais marcantes da higiene no período que antecedeu a consagração da bacteriologia consistia na indeterminação da doença. O ar, o água, as habitações, a sujeira, a pobreza, tudo poderia causá-la. A fluidez do diagnóstico era acompanhada pela imprecisão terapêutica. Essas características atuassem como tradutores dos mais diversos interesses.

Por muito tempo, os médicos ficavam indecisos em seus diagnósticos e mais ainda na forma pela qual deveria acontecer o tratamento contra doenças como a febre amarela, que mais atormentou o mundo durante o século XIX. Então o melhoramento dos centros urbanos e reformas sanitárias significou uma das saídas para prevenção da febre amarela.

Para entendermos isso, precisamos compreender primeiramente os melhoramentos nos modos de ser e agir, e como a formação dos grandes centros urbanos gerou uma confusão na sociedade, economicamente, mentalmente e biologicamente, à medida que se iam melhorando ou inventando novos utensílios que facilitassem a vida cotidiana.

E não é só uma questão de variedade de novos equipamentos, produtos e processos que entravam para o cotidiano, mas o mais perturbador era o ritmo com que essas inovações invadiam o dia-a-dia das pessoas, principalmente no contexto desse outro fenômeno derivado da revolução, as grandes metrópoles modernas. (SEVCENKO, 2008, p. 10).

Ou seja, não se tratava apenas de novos utensílios, mas da mudança das cidades. A formação dos grandes centros urbanos aumentava o número de pessoas e relações entre elas, num processo de rápido crescimento. Em reação ao crescimento acelerado, o saneamento não conseguia acompanhar o desenvolvimento dessas metrópoles. Então as regiões ocupadas pelas pessoas mais pobres, com menos condições para saneamento básico, acabavam tornando-se foco de doenças. Essas doenças ganhavam proporções diferentes com o crescimento do fluxo internacional de pessoas, na condição de imigrantes ou mesmo de visitantes, além do fluxo de mercadorias.

Os países estavam numa luta para obter poder e aumentar sua economia através do comércio internacional. O que só poderia acontecer devido ao desenvolvimento do mercado marítimo.

A economia capitalista, como não poderia deixar de ser, tornou-se global. Ela consolidou essa sua característica de forma, mais intensa durante o século XIX, à medida que foi estendendo suas operações para regiões cada vez mais remotas do planeta, transformando assim essas áreas de modo mais profundo. Sobretudo, essa economia não reconhecia fronteiras, funcionando melhor onde nada interferia na livre movimentação

dos fatores de produção. O capitalismo era assim não só internacional na sua prática, mas internacionalista na sua teoria. (HOBSBAWM, 1995, p. 41 apud SEVCENKO, 1998, p. 8).

De fato, a economia mundial experimentaria um comércio sem fronteiras, mais e mais os países estavam conectados através de relações comerciais que se sustentaram e se aprofundaram até os dias de hoje. Mas, durante o século XIX, essa união acabaria por contribuir para a disseminação da febre amarela, que assolou desde meados de 1850 até o começo do século XX.

As medidas de prevenção para promover a saúde pública aconteceram ao mesmo tempo em que se começou a ter consciência sobre os microrganismos, e como eles podem prejudicar nossos corpos, partindo disso foram criadas maneiras de cura e prevenção das doenças. Mas esse ainda não foi o início da saúde pública como direito. Sabemos que a saúde pública é a maneira de prevenção e cura que uma sociedade exerce em conjunto, então saúde e saúde pública tiveram começos diferentes (TRINDADE, 2000).

Dessa forma, a saúde pública veio à tona como uma resposta à propagação das epidemias de Varíola, Cólera e Febre amarela, essa última que se tornara um dos principais impulsionadores para que as nações do mundo pudessem mobilizar-se para proteger os cidadãos.

A primeira medida foi a quarentena nos portos, com o passar do tempo essas quarentenas prejudicavam a todos os países ligados à exportação e importação, já que provocava atraso na comercialização. Dessa maneira surgiu a necessidade de ter uma organização à frente para lidar com o problema das epidemias. Pode-se entender como desenrolar dessa preocupação a criação das OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), formadas por grupos de pesquisadores, médicos e higienistas, que pesquisavam sobre as formas de conter essas epidemias, regulamentavam as mercadorias e os períodos quando as embarcações deveriam passar pelos portos. Em relação a isso a autora Nísia Lima Trindade (2000, p. 35) esclarece que

Não se deu apenas no plano interno às nações o impacto do fenômeno desse processo ocorreu nas relações internacionais, com a intensificação do comércio e as implicações negativas da instituição das quarentenas nos portos marítimos. As controvérsias científicas ocorreriam também nos primeiros fóruns internacionais criados no campo da saúde: as Conferências Sanitárias Internacionais.

Como resultado dessas iniciativas, passou-se a discutir e olhar mais diretamente para o comércio intercontinental de escravos e discutir o tráfico negreiro para o Brasil, conseqüentemente a Lei de Euzébio de Queiroz, pois se acreditava que os africanos, devido às péssimas condições durante o seu transporte, traziam consigo a doença para os continentes, o que constituía justificativa para legitimar essa lei.

Temos assim que, no Brasil, o sentido de saúde pública começou a fazer parte do pensamento e das preocupações em meados do século XIX, momento em que aumentaram as expansões de mercadorias intercontinentais. A chegada de imigrantes para o país trazia uma carga a mais, uma epidemia que tomou a Europa e chegava à América: a febre amarela. Essa doença atacava homens, mulheres, crianças, pobres, ricos, brancos e negros. Desse modo, o fato de a febre amarela ser uma doença que atacava as pessoas sem importar a sua classe, região ou raça, despertou grande preocupação em prevenir e achar o causador dessa doença. A primeira medida que o Estado adotou foi a higienização do Império Brasileiro durante o século XIX (TRINDADE, 2000).

## **1.2 O Brasil Frente às Medidas de Saúde Pública**

Assim como a Europa nos finais do século XIX e inícios do século XX passava pelo crescimento vertiginoso das cidades, o Brasil também acompanhou o crescimento urbano. Nessa época, o adensamento de populações nas grandes cidades ocorreu sem que houvesse uma correspondência na expansão da infraestrutura citadina e na oferta de empregos e moradias, transformando esse avolumar menos num desenvolvimento e mais num inchaço, o que acentuou o contraste entre as desigualdades sociais que aí se fizeram presentes. E para essas pessoas sobraría o comércio informal como fonte de renda para sobreviver (WISSENBAACH, 1998).

Com a abolição, muitos escravos, ex-escravos, forros e libertos, foram morar no centro em busca de trabalho e instalaram-se em casarões e cortiços, buscando uma maneira de sobreviver ao ritmo da cidade, seja nas fábricas ou nas feiras do centro. Porém da perspectiva do governo, à medida em que mais pessoas instalavam-se no centro, mais era colocada em risco a ordem, a segurança e a moralidade públicas (SEVCENKO, 2008, p. 21). Surgiu assim uma classe enorme de pessoas pobres, desempregadas e desamparadas, em um país que não conseguia acompanhar o crescimento demográfico tanto dos escravos libertos quanto dos imigrantes, que também procuravam modos de viver no Brasil.

De acordo com Sidney Chalhoub (2006), a corte imperial via como necessidade “descontaminar” as ruas que estavam infectadas pela “classe pobre” e pelas suas habitações – os cortiços eram a principal forma de viver entre os moradores pobre da cidade do Rio de Janeiro. Várias medidas foram tomadas para evitar que essa classe “contaminasse” e representasse um perigo social para a saúde das “demais classes”.

A cólera e a febre amarela eram uma preocupação a se resolver. Todavia, o surgimento de medidas de enfrentamento para promover a saúde e combate às enfermidades não começou nos hospitais, ela fazia parte de um conjunto de práticas a serem desenvolvidas a partir das crenças populares. Os pobres e trabalhadores escravos, ou seja, a maioria da população, há séculos buscava em seus conhecimentos empíricos e suas crenças resolver seus problemas de adoecimento.

Nesse contexto de medo com a conjuntura mundial em relação à saúde, cientistas procuraram maneiras para transformar e adaptar esse conhecimento, para que o processo de cura fosse mais eficiente. Uma coisa deve ser destacada, as populações do Rio de Janeiro, e no Brasil como um todo, já sofriam com outras doenças fatais, como tuberculose e varíola, e até então não havia uma preocupação de saúde pública, mesmo existindo médicos, esses médicos atendiam apenas aqueles que tinham condição de pagar. O que não estava ao alcance dos mais pobres (CHALHOUB, 2006).

O Brasil Imperial estava lotado de escravos, alforriados e imigrantes, que não tinham nenhuma condição e construía suas casas em ambientes precários. Cabia a essas famílias, para se livrar de doenças comuns, irem em busca de curandeiros e feiticeiros, os quais eram muitos procurados para realizar rituais milagrosos e fazer ervas que curassem ou que melhorassem a situação de saúde (SAMPAIO, 2002). A religiosidade era uma das principais formas que as famílias mais pobres e esquecidas tinham para enfrentar as pestilências da cidade moderna.

Quando o governo tomou ciência de que a epidemia estava não só afetando a comercialização, como também estava colocando em risco a saúde dos brancos ricos, a corte Imperial criou a Junta Central de Saúde, em 1850, para combater as epidemias e encontrar uma forma de erradicar a doença que, até então, era uma incógnita mundial, e se difundia e matava pessoas indiscriminada e ferozmente. Muitas medidas foram tomadas como meios de higienização das cidades, tais como as quarentenas aos imigrantes nos portos (CHALHOUB, 2006).

Os médicos falavam a respeito de que os miasmas de putrefação estariam presentes em favelas e cortiços, regiões onde as pessoas mais carentes habitavam. Houve então um

processo de higienização, a Junta Central de Saúde começou a fechar habitações que representassem risco à saúde. “A questão da saúde pública consistia essencialmente no controle da higiene das habitações – particularmente as das ‘classes pobres’/ ‘classes perigosas’” (CHALHOUB, 2006, p. 41-42).

Como os higienistas chegaram à hipótese de que a doença acontecia pelo contágio de estrangeiros que vinham em navios mercadores, uma medida era colocar os portos em quarentena. “Sendo assim, diplomatas britânicos declaravam ao governo brasileiro, com fleuma do costume, que as quarentenas eram prejudiciais ao comércio e inúteis contar a ‘*Yellow Jack*’<sup>7</sup>” (CHALHOUB, 2006, p.68). O governo precisava tomar outras medidas que não prejudicassem as relações comerciais com outros países, principalmente a Inglaterra. Dentre essas medidas estavam: restringir as obras de calçamento, cuidados com as carnes de porcos, e outras, para evitar que os miasmas pudessem se alastrar. Medidas essas que foram inúteis, porque não foram capazes de conter a epidemia da febre amarela (CHALHOUB, 2006).

Sobre os portos, com a abolição dos escravos e a perseguição do Estado às crenças, rituais e práticas “[...] eram considerados igualmente graves do ponto de vista dos governantes as ameaças postas à saúde pública pela sua convivência adensada, em precárias condições sanitárias nas áreas centrais da cidade.” (SEVCENKO, 2008, p. 21-22). Começa aí um processo de modernização dos portos e de controle das mercadorias que iam sendo deixadas no Brasil, principalmente uma fiscalização sobre os imigrantes que vinham de países que estavam passando por problemas com a febre amarela.

O Brasil República, por sua vez, buscou cortar qualquer vínculo com o arcaico, com o ultrapassado modelo imperial. Desse modo, ocorreu a abolição, através da Lei áurea, durante o Brasil império, e após a promulgação da Constituição da República e o fim da Monarquia Imperial ocorreu investidas do Governo para adotar o modelo norte americano, justificando como um processo inevitável.

Um homem chamado Joaquim Nabuco foi uma das principais pessoas à frente da formação do Brasil República (NABUCO, 1906). Ele defendia que se deveria abandonar o sistema de economia escravocrata e imperial, pois o mesmo só atrasava o país em passar pelo mesmo desenvolvimento que os outros países, que estavam aderindo ao modelo de República, estavam passando, como os Estados Unidos. “Foram essas tentativas de mudar as sociedades, suas culturas, suas estruturas arcaicas, desencadeando uma série de revoltas, levantes e

---

<sup>7</sup> Termo utilizado pelos britânicos para se referir à febre amarela (Chalhoub, 2006).

guerras regionais contra o invasor europeu e seus aliados locais, entre a metade do século XIX e início do século XX” (SEVCENKO, 2008, p. 13).

Assim que foi proclamada a República no Brasil, o principal objetivo foi desenvolver o país o mais rápido possível e abrir o capital para outros países. Sobre isso Nicolau Sevcenko (2008, p. 15) comenta sobre a carreira dessa classe de privilegiados que queria impulsionar seu mercado:

Quando um conluio envolvendo militares radicais, cafeicultores paulistas e políticos republicanos culminou na proclamação da república, não era de surpreender que uma das primeiras medidas adotadas fosse uma completa abertura da economia aos capitais estrangeiros, sobretudo ingleses e americanos, a permissão para bancos privados emitirem moeda, uma nova lei liberal das sociedades anônimas e a criação de um moderno mercado de ações, centrado na Bolsa de Valores do Rio de Janeiro. A idéia das novas elites era promover uma industrialização imediata e a modernização do país “a todo custo”.

A modernização “a todo custo” foi uma medida governamental que fez com que a elite de cafeicultores, empresários e a alta classe, se abrissem para o comércio externo e tornassem o Brasil uma potência econômica. Para a modernização, era necessário mudar o sistema e também a aparência da capital do Brasil, o Rio de Janeiro.

Foi necessário modernizar não só a política e a economia, mas também transformar o Brasil em um país propício para receber essas inovações e o grande fluxo de capital. Os portos e a grande concentração de pessoas pobres no centro da cidade, impossibilitavam o Rio de Janeiro a passar uma imagem moderna. “Além desse problema, havia a questão do porto. As instalações portuárias do Rio de Janeiro eram obsoletas ao ponto de tornar impraticável o volume crescente de suas transações comerciais.” (SEVCENKO, 2008, p. 22).

Na recém-república brasileira começou então um processo de melhoramento da cidade. Instalações eram destruídas para dar lugar a grandes prédios modernos, seguindo os modelos europeus, os portos eram modernizados e as populações pobres eram mais uma vez desamparadas pelo governo, pois as autoridades buscavam construir uma nova capital a partir de um plano para resolver o problema de infraestrutura que era a modernização do porto, o saneamento da cidade e a reforma urbana (CHALHOUN, 2006). Foi uma mudança radical e necessária para os governantes, porém a preocupação era mínima com a situação das pessoas que moravam no centro e foram obrigadas a retirar-se de seus lares.

Assim como a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) em um âmbito mais geral estabeleceu uma união de pesquisadores e cientistas na área da saúde de toda a América

para pensar em forma que combater as epidemias e preservar a saúde, no âmbito local as autoridades sanitaristas buscavam formas tanto de curar como de prevenir as doenças através de saneamento, vacinas, etc. A OPAS exercia a função de difundir as ideias científicas e relacionadas às ações e propostas de regulação da notificação, bem como formas de combate às doenças transmissíveis com aprovação do código sanitário Pan-Americano em 1924 (TRINDADE, 2000, p. 47-48).

Foi nesse momento de pós República que o Brasil teve maior impulso quanto ao saneamento da cidade. O Estado começou a tomar medidas preventivas, mas não por questões sociais e solidárias para a nação, mas partiu do objetivo de tornar o Brasil um país saudável, mais receptivo e livre de doenças.

Eram consideradas igualmente graves do ponto de vista dos governantes as ameaças postas à saúde pública pela sua convivência adensada, em precária condição sanitária, nas áreas centrais da cidade. O Rio de Janeiro era o principal porto de exportação e importação do país e o terceiro em importância no continente americano, depois de Nova York e Buenos Aires. Mais que isso, como capital da República ele era a vitrine do país. (SEVCENKO, 2008, p. 22).

A cidade do Rio de Janeiro era, até então, a vitrine do Brasil, como Sevcenko (2008) coloca, não poderia ter sua imagem manchada para os outros países, já que era nessa cidade que era recebida a maior parte dos imigrantes e comerciantes de outros países. A aparência da cidade influenciava diretamente a economia local e nacional, por isso a preocupação com as reformas urbanas.

Além de reformas urbanas com a construção de centros organizados, ruas retas e pavimentadas, o Governo Republicano do Brasil instaurou medidas de reformas sanitárias e deu todo suporte para os sanitaristas agirem. Sobre a formação do Instituto de Higiene no Brasil, a autora Mariana de Carvalho Dolci (2015) fala sobre o apoio que o governo deu às reformas de higiene nas grandes cidades.

No período de instalação e consolidação da república, promoveu-se uma reorganização do aparato institucional que lhe deveria servir de apoio. No campo da higiene, entre 1889 e 1903, foram criados: o Instituto Vacinogênico, o Instituto Bacteriológico, o Laboratório de Análises Clínicas, o Serviço Sanitário, o Laboratório Farmacêutico e o Instituto Butantã, todos em São Paulo. (DOLCI, 2015, p. 2).

Esses Laboratórios e Institutos viriam impulsionar e agilizar a ações dos sanitaristas durante a República, com campanhas de vacinações e medidas para prevenir as doenças



transmissíveis. O número crescente de pesquisas a respeito das vacinas e apoio a esses novos institutos, possibilitou o combate à varíola, que afligia a população durante a Velha República.

Porém, de um lado tinha-se a modernização da cidade e do saneamento, mas por outro lado havia um processo violento para com as pessoas pobres. O processo de evacuação das famílias pobres consistiu numa forma de humilhação, além disso, devido à campanha de saneamento promovida por Oswaldo Cruz, a obrigação quanto a tomar vacinas tornou-se a gota d'água e estourou assim a Revolta da Vacina, em 1904. As consequências eram grandes para os que não cumprissem com a obrigação da vacina. Muitos dos empregos exigiam uma residência fixa e o comprovante de vacinação em dia. (CHALHOUB, 2006) Havia ainda a questão de controle da polícia, que recebia ordens diretas para deter as pessoas ociosas que não possuíam trabalho ou casa (SEVCENKO, 2008).

Nesse sentido para pensarmos em saúde pública no Brasil e nas demais interações entre a sociedade, temos que ter em mente o contexto histórico no qual essa sociedade estava inserida. Algo considerado de praxe para todo historiador: situar o objeto de pesquisa no contexto em que está inserido. Assim, vemos que a preocupação com a saúde nunca deixou de ter uma relação intrínseca com a sociedade.

A saúde pública surge então como reação a uma série de acontecimentos que estiveram ligados ao bem-estar da população. Ela também foi um conjunto de medidas de aprimoramento da economia, na perspectiva em que pensamos como a saúde de um país pode interferir de uma maneira significativa em sua relação com outros países.

O crescimento acentuado de pesquisas no campo da saúde gerou uma mobilização dos países em torno da saúde pública, incentivando que os Estados considerassem a condição da comunidade mais carente, em um tempo em que as doenças estavam cada vez mais vorazes e mais próximas dos nobres.

No Brasil, durante sua República, vários investimentos estiveram relacionados à reformas sanitárias e melhoramentos das cidades. Essa corrida para alcançar uma cidade perfeita, bonita e saudável, acarretou em uma revolta, que foi a da vacina, o estopim de decisões impostas pelo governo republicano. O Estado planejou “tornar mais civilizadas” as ruas, expulsando as classes pobres para as extensões das cidades e entrando com campanhas de saneamento e de vacinação obrigatórias. Apesar das promessas do novo governo republicano ser para o povo, suas decisões não levaram em conta os homens pobres, escravos, imigrantes, a classe baixa como um todo.

Como apontam os estudos, a ação da comunidade na defesa dos seus direitos foi necessária para mostrar que, mesmo sendo “a classe perigosa” ou “a classe esquecida”, ela tem grande força para expor e mobilizar suas ideias. A sociedade mostrou cada vez mais que a saúde não era um assunto só para cientistas, passando a se colocar como sujeitos ativos, capazes participar das novas medidas de saúde pública.

## **CAPÍTULO 2 – “A UNIÃO FAZ A FORÇA”: PARTICIPAÇÃO POPULAR E MUDANÇAS, DOS MOVIMENTOS TRADICIONAIS AOS NOVOS MOVIMENTOS SOCIAIS (1930-1960)**

A participação popular na política e a vida cotidiana na historiografia brasileira são recentes e estiveram ligadas através de muitos movimentos sociais, na sua maioria organizados pelas diversas camadas da sociedade, sejam elas formadas por estudantes, professores, operários, donos de pequenos negócios e/ou desempregados. Ações conjuntas que colaboraram para atingir um objetivo que beneficiaria a maioria. Os movimentos sociais são um dos maiores e mais efetivos meios de atuação da população dentro da política brasileira, ao lado da eleição através do voto.

Para entender como surgiram os Novos Movimentos Sociais precisamos compreender que existiu um “Velho” Movimento, o que no meio acadêmico é chamado de Movimentos Tradicionais, os quais valem ser discutidos somente a título de comparação, para assim entendermos o que mudou durante os anos do começo do século XIX até meados do século XX.

### **2.1 Mudança de Organização: Diferença Entre os Novos Movimentos Sociais e os Movimentos Tradicionais.**

A representação e a organização das massas de pessoas dispostas a lutarem por seus direitos tinha um perfil social diferente dos novos agentes de luta nos Novos Movimentos Sociais. Os movimentos anteriores, ou seja, datados dos anos 1920 para 1940, ficaram conhecidos na sociologia como Movimentos Sociais Tradicionais, os mesmos seguiam uma direção de organizações e sindicatos que os mobilizavam para seus devidos fins (SCHERER-WARREN; KRISCHKE, 1987).

Tendo em vista o conceito geral utilizado pelos sociólogos Ilse Scherer-Warren e Paulo Krischke (1987, p. 37): “Os movimentos Sociais propriamente ditos são o momento de integração da práxis com o projeto através de uma organização grupal.” Ou seja, para que possa existir de fato um movimento social é necessário ter grupos de interesses mútuos, ou coletivos, capazes de juntarem os indivíduos dentro desse movimento.

As principais diferenças entre Movimentos Tradicionais e Novos Movimentos Sociais, conforme discutido por Scherer-Warren e Krischke (1987), são em relação ao motivo que impulsiona a ação popular, que antes constituíam os direitos ligados ao trabalho, ou seja, eram

movimento tipicamente formado por trabalhadores e sindicatos. Já os novos movimentos englobam uma ideia mais crítica da situação de cada indivíduo da camada social mais baixa, com objetivos mais gerais que buscam englobar os interesses de toda população envolvida.

De acordo com a Ilse Scherer-Warren e Krischke (1987) os “Movimentos Sociais Tradicionais surgem como expressão típica da industrial (proletariados). Os movimentos libertários tinham o objetivo da sociedade sem classe com base no marxismo-leninista.” (SCHERER-WARREN; KRISCHKE, 1987, p. 36).

Os movimentos que surgem na virada do século XIX para o XX nascem a partir da ação dos trabalhadores da indústria e do comércio, especialmente dos grandes centros urbanos, de uma história de luta por não suportarem as péssimas condições de trabalho e o descaso com o seu bem-estar. Esses movimentos eram pensados sob o ponto de vista da organização sindical, ou partidária, e ideológica, a exemplo dos socialistas, anarquistas e comunistas. As décadas de 1910 a 1930 apresentaram expressão, poder de mobilização e autonomia de luta frente aos patrões e ao Estado.

No entanto, os movimentos foram sendo vencidos em 1930, período voltado a conjunturas específicas do cenário político nacional, percebeu-se a chegada de um domínio crescente da perda de autonomia de luta. Passam a integrar as frentes gerais de representação de sindicatos indivíduos aliados com o Estado e o poder.

Deste modo, a organização dos Movimentos Tradicionais formados por sindicalistas ou por partidos, girava em torno de lutar pelos direitos do trabalho, enquanto que os Novos Movimentos Sociais eram voltados também para as demais camadas, além da dos trabalhadores, não estando necessariamente filiadas a partidos ou sindicatos. Até a década de 1960, emergem situações adversas capazes de mudar rapidamente as estruturas dos Movimentos Tradicionais, assim os mesmos transformaram-se, por necessidade, em movimentos capazes de acolher a participação todos. “Os movimentos são novos como são novos os tempos vividos no pós-64.” (TELLES, 1987, p. 70).

No Brasil, os Movimentos Tradicionais remetem à época da era varguista, na década de 1930, com a formação dos sindicatos para trabalhadores e a constituição de novos direitos para os trabalhadores, como, por exemplo, o salário mínimo e a carteira de trabalho. Com isso, facilitou-se para os sindicatos realizarem movimentos visando um bem futuro, pois a comunicação entre os funcionários dentro de uma empresa tornava-se mais acessível. Como cita Vera da Silva Telles (1987, p. 65), essas formas de participação haviam reconhecido a existência de dimensões da vida social que escapavam ao controle do Estado, como a

capacidade de auto-organização dos trabalhadores com a presença dos sindicatos e partidos tradicionais, que se consideravam portadores do futuro.

Com os Novos Movimentos Sociais isso acontece de uma forma diferente. Percebe-se a necessidade de reparar ou de provocar o governo para realizar mudanças imediatas, capazes de favorecer a toda população. Esse é um dos pontos que diferencia os Novos Movimentos Sociais dos Movimentos Tradicionais: o caráter das mudanças serem imediatas.

Ilse Scherer Warren e Paulo Krischke (1987, p. 50) explicam esse caráter dos Novos Movimentos Sociais, para eles “[...] os novos movimentos sociais não apresentam projetos bem definidos para o futuro, mas parece-me que estão construindo as bases para uma vida mais democrática e mais socializada.” Ou seja, os novos atores não buscam mudanças para o futuro, mas para investir no trabalho ou elaborar medidas que garantam seus direitos, além disso buscam também medidas imediatas para a conjuntura da sociedade e generalizadas, que contemplem o desejo da maioria das pessoas presentes nesses movimentos, dando a característica de um movimento mais democrático.

Essa mudança não aconteceu de repente, houve uma série de acontecimentos que mudaram o pensamento sobre a participação das pessoas na política do Estado. O reconhecimento da sociedade enquanto indivíduos pensantes e capazes de saber o que querem para si e para seu país envolveu o desenvolvimento da consciência de que são aptos para lutar pelos seus direitos.

O processo de desenvolvimento o capitalismo, por volta da década de 1940 para 1990, agravou a situação para as classes baixas, pois elas se sentiam cada vez mais desprivilegiadas pelo Estado. Há um processo crescente de alienação, acompanhado de uma perda real de confiança nas organizações políticas tradicionais, “O processo de capitalização cria no mundo classes oprimidas e exploradas, que não são necessariamente caracterizadas como criadoras de mais-valia.” (KÄRNER, 1987, p. 21). Os indivíduos são alienados de formas profundamente enraizadas de existência, vida e trabalho.

Não existiam muitas escolhas para a população, a não ser ir às ruas e lutar pelos seus direitos, independentemente de gênero, raça ou idade. As diferenças de classes eram cada vez mais percebidas e esse reconhecimento da população criou a iniciativa de buscar não depender do Estado, mas de ações próprias.

Ainda a respeito das características que impulsionaram o nascimento dos Novos Movimentos Sociais, os sociólogos Scherer-Warren e Krischke (1987) enumeram dois eventos que os definiram: a ascensão do capitalismo, como mencionado anteriormente, e o desenvolvimento do sentimento de criticidade sobre a conjuntura nacional.

A identidade nestes “novos movimentos sociais” será constituída, pois, a partir de dois fatos. Primeiro, o reconhecimento do povo (num sentido mais abrangente do que classe proletária) das condições materiais o capitalismo contemporâneo e de suas variadas e sobrepostas forma de opressão [...] Segundo, a internacionalização de uma cultura crítica que vem penetrando os movimentos populares. (SCHERER-WARREN; KRISCHKE, 1987, p. 39-40).

Os autores que falam sobre o surgimento dos Novos Movimentos Sociais, como Telles (1987) e Warren (2006), acabam por chamar a atenção para o fato do desenvolvimento do capitalismo, envolvido no contexto de conflito entre Estado e população. Essa situação incentivou as pessoas a quererem mudanças e a não esperarem iniciativas do Estado, ao contrário gerando um envolvimento da população como agente sócio-político, preparado para fazer mudanças no seu país.

Caberia à sociedade organizada protestar pelos seus direitos, independente das ações do Estado, de partidos ou sindicatos. O período de fervor desses movimentos sociais não tornava o Estado alheio à essas expressões políticas da sociedade, de forma que, o objetivo do Estado, nos anos em que acontecia a chamada Ditadura Militar, era suprimir essa organização civil contra o governo. Por isso os movimentos adotaram um caráter independente e generalizado<sup>8</sup>.

De acordo com Vera da Silva Telles (1987) as organizações da esquerda eram articuladas por interesses referentes às condições de vida e moradias, sendo desvinculadas do Estado e partidos oficiais ou sindicatos. No Pré-64, os movimentos popular se perceberam como atuantes nas lutas, mesmo que no período da Ditadura Militar os Movimentos Sociais tenham sido sufocados. “Foi fora do Estado (e das instituições) e contra o Estado que esses autores perceberam a existência de uma classe atuante.” (TELLES, 1987, p. 58).

Telles (1987) é precisa em afirmar que a autonomia popular se deu como reação às ações de um Estado ditador. Assim, essa atuação acabou por gerar uma nova classe de atores, capazes de se entender como parte integrante da política e que, antes de tudo, não necessitavam mais de partidos ou sindicatos, mas realizavam uma ação conjunta com todas as pessoas que se sentissem partes importantes da nação.

Vale ressaltar que não somente o Brasil passava pela transição de Movimentos Tradicionais para Novos Movimentos, de cunho mais generalizado. Muitos movimentos culturais surgiram ao redor do mundo entre as décadas de 1940 e 1960, período no qual

---

<sup>8</sup> Mas isso não significa a inexistência dos Movimentos Tradicionais, estes ainda continuaram com sua forma de lutar, os movimentos Sociais coexistem até hoje.

aconteceu uma ruptura cultural, através da qual a sociedade começou a problematizar valores tradicionais como a família, a fé, a etnia e o trabalho da mulher. Esses atos de reconhecimento e de auto definição deram impulso aos movimentos culturais como, por exemplo, movimentos hippies, feminismos, movimentos juvenis, estudantis, Black Power, os Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), entre outros. Movimentos estes que só aconteceram com uma política aberta, ou populista (CRUZ, 1987).

Combinado a esse cenário, os avanços na comunicação facilitaram a organização das pessoas, fazendo com que esses movimentos ganhassem mais visibilidade e força. Ao espalhar informações e convites para movimentos através dos rádios, televisão ou da imprensa, mais pessoas eram alcançadas com o objetivo de protestar. Mesmo quando isso não era tão explícito nos jornais, por causa do período de opressão, cabia às comunidades informar e convidar.

A imprensa cumpriu um papel importante na divulgação desses movimentos, levando mais pessoas a terem conhecimento de uma frente civil, disposta a enfrentar o governo e trazer mudanças. Era necessário que a população tivesse conhecimento desses movimentos e se sentissem livres para lutar pelos seus direitos.

Foi nesse contexto que houve um crescimento vertiginoso das produções acadêmicas sobre movimentos sociais, com uma comunicação mais aberta para juntar as pessoas e organizar movimentos em prol da sociedade representada. Isso possibilitou discutir mais movimentos sociais e a perceber, academicamente, os novos atores que fazem parte dos Novos Movimentos Sociais.

## **2.2 A Historiografia e os Atores Sociais: Uma Troca de Protagonistas**

Segundo os estudiosos, só foi possível ter contato com a discussão de movimentos sociais urbanos quando trabalhos acadêmicos começaram a discutir a participação dos novos atores presentes nesses movimentos de reivindicações. De acordo com Telles (1987), foi apenas a partir de 1978/79 que começaram os trabalhos sobre “movimentos sociais urbanos”, devido ao surgimento de práticas reivindicatórias da periferia nos movimentos da emergência de novos atores, de práticas de luta e organização. E quem eram esses “novos atores”? Nada mais do que a grande população excluída dos textos acadêmicos até então. Assim, a historiografia brasileira mudou o seu sujeito e o seu objeto com a chegada da História Social,

possibilitando que mães de família, crianças, mendigos e etc., também se fizesse presentes nos artigos acadêmicos.

É importante destacar que essa mudança de sujeito na historiografia aconteceu devido a uma mudança do pensamento da nova geração de pesquisadores em meados dos anos 70, através da qual aconteceram vários avanços dentro das universidades. Apesar do período ter sido bastante autoritário, a nova grade de professores, vindos de outros países ou inspirados por outros países, acabou por trazer consigo novas influências na pesquisa e novas ideias de sociedade e de luta.

As novas produções acadêmicas, os novos professores estrangeiros que traziam consigo novas ideias sobre personagem histórico e um novo conceito de lugar social, geraram um rompimento com a estrutura do campo social no meio acadêmico. Ainda citando Telles (1987), entendemos que só começamos a ter consciência da mudança dos novos atores, quando percebemos a presença deles nos trabalhos acadêmicos, o que não significava que eles não participavam antes, mas a teoria de “Novos Movimento Sociais” só poderia começar a discutir diante de novas teorias e debates dentro do campo acadêmico. De acordo com Telles (1987, p. 65):

[...] as rupturas com as formas tradicionais de pensar a sociedade e a política não é algo explicado pelos atores, mas pelos trabalhos acadêmicos sobre trabalhadores urbanos e temas diversos culturais. a classe passou a ser pensada enquanto sujeito constituídos a partir de suas práticas na dinâmica mesmo do conflito social.

A sociedade, antes silenciada, passa agora a ter sua voz reconhecida através dos trabalhos acadêmicos, ressalta-se que a não presença destas classes sociais na historiografia não significava que elas não atuassem na luta pelos seus direitos. Essas pessoas surgiam das periferias, das fábricas ou das sarjetas, formando um novo grupo que teve sua visibilidade nos novos movimentos sociais. Apenas em 1978, começaram a ser produzidos trabalhos acadêmicos que colocavam a classe mais baixa como parte integrante dos movimentos sociais urbanos.

Com a abertura política, além da intensificação dos trabalhos sobre movimentos sociais, esses novos atores também entenderam a importância de sua atuação na política brasileira, num contexto de luta pelos seus direitos civis. Nessa abertura política simples moradores de bairros ou periferias tornaram-se então protagonistas no momento inédito da historiografia, que foi a História social, mais propriamente, os Novos Movimentos Sociais, reconhecendo os sujeitos da luta por seus direitos (TELLES, 1987).



Nos anos compreendidos pelo final da década de 1970 e início dos anos 1980, assistiu-se no Brasil o desenvolvimento lento e gradual dos movimentos sociais, que haviam sido impedidos de figurar publicamente devido ao período de grande opressão do regime militar dos anos 60. A comunicação entre os atores tornou-se estreita com o passar do tempo, a medida em que ia acontecendo a abertura política.

Os setores da igreja<sup>9</sup> mostraram-se de grande importância no campo da luta, como disseminadoras de informações durante o contexto de luta nas ruas. Assim, os movimentos sociais urbanos ganharam força graças à participação de igrejas, universidades e repartições públicas, discutindo ideias para promover as mudanças políticas através da luta nas ruas.

Os estudantes e operários novamente tomaram uma posição marcante como presença importante nos movimentos de rua, pois também eram classes fáceis de comunicarem-se. Sejam dentro das igrejas, universidades, escolas, fábricas ou empresas públicas, havia o contato entre pessoas que simpatizavam com a participação do povo dentro do governo. Essa insatisfação afetou todos os setores do Brasil, através de movimentos urbanos e de greves a população poderia então representar sua desaprovação com as atitudes da Ditadura Militar.

O Governo estava em crise, ele não tinha saída, o problema era aguçar o conflito, transformar a crise política em crise militar. Daí, vinha nossa concepção insurrecional de greve. O objetivo era levar a massa, através de uma radicalização crescente, a um conflito com as forças de repressão. Foi essa concepção que nos guiou quando, em julho de 1968, decidimos desencadear a greve. (IBRAHIM, 1980).

Essas crises na sociedade e no Estado impulsionam ainda mais as mobilizações civis. As lutas, através de greves e mobilizações nas ruas, são uma das principais maneiras de defender os interesses da comunidade, principalmente da maioria desfavorecida. Então, pensar em movimento social é levar em conta seu estopim, que é o incômodo com a conjuntura vigente na sociedade.

No entanto, a tentativa de interpretar os movimentos sociais como um todo é um equívoco, afinal os movimentos são reações de insurgência às situações agravantes. Assim, o movimento social está mais relacionado ao sentido de pertencimento à sociedade do que a uma nação. Ou seja, entre a nacionalidade e a modernidade, os movimentos sociais formam-se em volta deste último.

Com a chegada das Repúblicas representativas, desde a Revolução Francesa no século XVIII e a república americana com a escolha de um presidente representativo, vários países

---

<sup>9</sup> Para entender a teologia da libertação, ver Zilda Márcia Gricoli Iokoi (1996).

aderiram a essa nova política federativa. O Brasil não foi indiferente à onda republicana do século XIX, pois tornou-se uma República com instituições públicas e com presidente representativo. Mas a Constituição Brasileira passou por muitas mudanças conflituosas para que pudesse contemplar todas as esferas da população. Questões como saúde, educação e política, vinham sendo discutidas cada vez mais pelo Estado, promovendo mudanças drásticas nas estratégias na política e na saúde. Esse quadro de mudanças afetaria a relação entre população e Estado.

Um Estado é responsável pela administração pública, de modo que a busca por vender a ideia de um governo de todos vestiu o Brasil durante sua luta pela democracia, ainda que incompleta. Vemos, então, os primeiros passos do processo aqui abordado durante a “Velha República”, através de instituições de saúde e educação, mudanças para o voto – lembrando que, durante a primeira constituição em 1889, o voto era de maneira censitário, ou seja, as pessoas que tinha condições financeiras quem poderiam votar –, e as novas eleições para presidente, que acabavam por estampar uma imagem democrática para o governo republicano.

Um país desenvolvendo suas instituições públicas, certamente não atenderia a todas as necessidades da maioria da população. Tendo isso em vista, percebe-se a necessidade de uma ação das massas para lutar pelos direitos.

Uma mobilização nem sempre está ligada a uma instituição, pode também servir para incitar a população para causas sociais, como questões étnicas, racismo e liberdade de expressão, ou pode ser da forma que mais conhecemos: para reivindicar os nossos direitos. Um causa social leva as pessoas à saírem as ruas para representar frente às decisões do Estado ou frente a conjuntura social do país. Assim, para falar de movimentos sociais, temos de pensar nos fatores que impulsionam as pessoas a mobilizarem-se contra ou a favor das instituições.

A participação popular é a união de pessoas de diversas escalas da sociedade para lutar a favor ou contra as instituições públicas, para isso é necessário ter uma causa que afeta a mais de uma classe, seja ela de trabalhadores, estudantes, donas de casa, etc. O objetivo é claro: ser capaz de mudar situações legislativas ou até mesmo sociais, tendo em vista que existem mobilizações de cunho informativo.

Se fôssemos marcar um período no qual mais houve mobilizações ao redor do mundo, poderíamos apontar o momento da Guerra Fria. Durante a década de 1980, não só o Brasil passava por um aumento do número de protestos e mobilizações civis contra o Estado, mas também a maior parte da América Latina. O historiador Nilson do Rosário Costa (1988, p. 3) falou sobre o contexto de luta civil na década de 1980 da seguinte maneira:

Uma possível resposta parece indicar que na história recente das lutas populares no Brasil — como em vários países latino-americanos — os movimentos sociais foram definidos como expressão, no plano político, dos conflitos originados pelas contradições urbanas. Fundamentalmente, registram a emergência de novos atores políticos em confrontação com o Estado, politizando a questão urbana.

E quem seriam esses novos atores políticos? Eram os operários, que trabalhavam dezesseis horas por dia, os estudantes, os vendedores ambulantes, enfim, diversos setores da sociedade. Esses novos atores integraram a luta no campo político para serem ouvidos e gerar o respeito aos direitos civis para os ricos e pobres. Assim, como a posição política alargou-se entre esquerda direita, capitalista ou socialista, foi na década de 1980 que se sentiu a pressão dos novos atores desse cenário político.

Discussões sobre a importância da participação popular tornaram-se frequentes entre as pessoas em seu ambiente de trabalho, escolas e ruas. A consciência da população sobre sua função na política no país colocou um peso em cima das decisões do Estado. A participação popular sempre foi uma luta constante, seja nas ruas ou nas fiscalizações dos gestores. O compartilhamento da gestão não significa e nem implica uma substituição do gestor e suas responsabilidades, pois a participação da população não deve substituir o Estado, mas fiscalizá-lo e fazer com que ele cumpra seus compromissos constitucionais (GOHN, 2006).

Nesse contexto, os movimentos sociais ocorridos durante a década de 1980 apresentaram-se como uma reação da sociedade, de forma organizada, com o objetivo de reparar ou mudar a conjuntura do sistema no qual ela estava inserida. E como eram esses movimentos? Contaram com um comando organizador capaz de lhe coordenar.

Para formar um movimento, é necessário um objetivo em comum que una as pessoas para promover a mudança. Os movimentos não são, e não foram, os mesmos, pois houveram mudanças na sua estrutura desde meados da década 60, onde aconteciam ligados a uma força sindical por pelegos em busca de melhorias apenas para o campo do trabalho.

A partir de 1970, os grupos que participavam dos movimentos mudaram, vemos a presença de novos movimentos sociais e de novos atores nesses movimentos. Os movimentos que marcaram o Brasil a partir de 1950, tais como movimento das mulheres, o estudantil, Movimento dos Sem Terras, dos trabalhadores, aconteciam com cada vez maior frequência nos espaços urbanos e rurais. Vemos uma desvinculação com os partidos políticos ou sindicatos, e a união de uma força que impulsionava a população mais pobre para a luta.

Para a amplitude desses movimentos, os meios de comunicação tiveram um papel importantíssimo. Através de jornais, as manchetes podiam organizar as pessoas de diferentes camadas da sociedade para irem às ruas.

Dentre esses movimentos que emergiram no contexto de lutas coletivas e que pensavam as condições sociais da maioria dos brasileiros, destacou-se a questão da saúde como direito de todos, bem como a luta pela saúde do indivíduo e da coletividade. Questões que foram por tanto tempo negligenciadas por sucessivos governos.

O debate que ocorreu com as políticas sanitaristas do início do século, e que resultaram em protestos como a Revolta da Vacina e a secularização dos cemitérios, ficaram de certo modo adormecidas, voltando à pauta durante as chamadas lutas pelas reformas de base no pré 1964. Contexto que começava a ser rompido em 1986, quando acontece um movimento em prol da melhoria da saúde e o planejamento para reforma sanitária no Brasil, período que ficou conhecido por sua inédita participação da população, como na oitava edição da Conferência Nacional de Saúde, onde estiveram desde as classes trabalhadores a estudantes e donas de casa.

No que se refere as essas Conferências Nacionais de Saúde, que começaram em 1941, a oitava diferenciou-se por sua participação popular e pelas novas vozes a serem ouvidas. Essas ações constituíam reflexões sobre um contexto de lutas, o qual o Brasil passou durante o Regime Militar e a repressão de lutas civis. O evento mostrou que o povo tinha poder para mobilizar o Brasil e trazer mudanças que atingissem as várias camadas da sociedade brasileira. Luta que se estendeu para a área de saúde, como também para a cultura, a moral e, principalmente, a política.

Mas a Conferência era na verdade o resultado de mudanças na cultura política de organização da sociedade. À medida que surge o reconhecimento da sociedade é que esses Novos Movimentos Sociais tornaram-se tão presentes e tão necessários para a luta por direitos, pois deu-se através de sujeitos que não estão vinculados à partidos, mas que lutam por seus direitos, sejam voltados para o governo, educação ou saúde. A Conferência Nacional de Saúde surgiu nesse meio de movimentos, primeiro dos Novos Movimentos Sociais ligados à abertura política e como reação dos movimentos de reforma sanitária que já vinham acontecendo durante esse momento e que ganharam mais força em 1980. Esse contexto propiciou que a “8ª Conferência Nacional de Saúde” se tornasse um marco histórico na saúde pela sua participação popular.

### **CAPÍTULO 3 - UMA LUTA POR DIREITOS: “QUANDO NOVOS PERSONAGENS ENTRAM EM CENA” NA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

Como já mencionado no capítulo anterior, os Novos Movimentos Sociais deram uma alavancada depois da década de 1970, período do Regime ditatorial em que o Brasil estava sob o comando dos militares, e, mais precisamente, durante as décadas de 1980. Nessa conjuntura, o Brasil viu o renascimento de uma extrema sensação de engajamento político, motivando e levando as pessoas às ruas. As formas culturais de movimentos também ganharam espaço nas ruas, movimentos de consciência e de promoção de culturas foram outros exemplos dos Novos Movimentos Sociais.

Cada vez mais a classe trabalhadora vinha ganhando conhecimento sobre o seu papel dentro da sociedade política. De acordo com Eder Sader (1988, p. 26):

Entre as rupturas, que marcam todas as transições, uma das mais impressionantes nesta que estamos tratando é certamente a que cruza a história do movimentos operários, ou das “classes populares”, ou dos “setores dominados” [...]. Atores sociais e intérpretes, no próprio calor da hora, se aperceberam de que havia algo novo emergindo na história social do país, cujo significado, no entanto, era difícil de ser imediatamente captado.

Como lemos, Sader (1988) coloca muito bem a discussão de como novos atores, que na verdade já existiam na sociedade, tomaram mais espaço nas ruas e tornaram-se conscientes da sua história e do seu lugar social. Esses novos personagens tornaram-se sujeitos ativos na ação popular em 1978, que ganhou mais força durante os Movimentos da década de 1980.

Foi nesse contexto que os movimentos relacionados à saúde, lugar onde se insere nosso objeto de estudo, tiveram uma mudança relativa de perspectiva no rumo da Nova República. Em 1988, ano em que foi aprovada a nova Constituição Federal, apareceria um artigo na lei<sup>10</sup> que definia a participação popular como membro necessário e formador de opiniões nas reuniões e conferências sobre saúde, educação, política, e etc. Foi então aberta uma via para que o público acompanhasse as decisões do governo. Essa iniciativa demonstrava o propósito de transparência e, assim, contrapor-se como política de Estado ao antigo governo autoritário.

Assim, o Movimento de Reforma Sanitária na década de 1980 foi um dos principais contribuintes para a “8ª Conferência Nacional de Saúde” ter sido notabilizada como aquela cuja maior diferença seria a participação popular. Durante a “7ª CNS” já se começou a notar

---

<sup>10</sup>Ver Lei n. 8.142, 28 de dezembro de 1990 no que se refere à participação popular.

os primeiros passos para uma participação popular nas reuniões, na medida em que, durante esse período, já começavam os protestos para a reforma sanitária na década de 1980. Mas foi apenas no final dessa década que leis e resoluções entraram em vigor dentro na nossa constituição e foram vivenciadas pela população.

A ação popular foi incisiva para lutar pela democracia e pelos direitos que foram obtidos durante a redemocratização Constitucional de 1988, período em que a população ganhou mais espaço. Pensando nisso, entende-se que devemos nos aproveitar desses espaços para que possamos tornar visíveis as necessidades da população através dos movimentos. “Para que os movimentos sociais possam pressionar, é preciso que aproveitem as mobilizações, fóruns, conferências e outras formas de manifestação. São essas ações que trazem para a agenda pública as desigualdades sociais.” (BRASIL, 2006, p. 22).

Dessa forma, as Conferências Nacionais de Saúde representaram o lugar, ou o espaço, de recepção dessa agenda pública, um lugar onde projetos e propostas foram discutidos pelo governo em função da sociedade. Vale ressaltar que não foi um acontecimento inédito a realização das Conferências de Saúde, pois desde o final do século XIX já aconteciam conferências em escala mundial – como foi o caso das Conferências de Saúde Pan-Americanas, que aconteceu entre 1889/90 e de outras conferências internacionais que foram desencadeadas a partir desta. De acordo com Nísia Trindade (2000), as conferências começaram a ser pensadas aqui no Brasil dentro de um plano nacional de saúde em meados da década de 1930, durante o Governo de Getúlio Vargas e a Constituição Federal de 1937.

### **3.1 Conferência Nacional de Saúde e sua Influência no Quadro Nacional**

Desde o governo Vargas, foram levantadas discussões sobre a necessidade que o Estado tinha de entender mais o processo de saúde-doença e da maneira de tratá-las, para isso era necessário reunir pessoas especialistas na área da saúde para montar projetos para todo território brasileiro.

O governo de Getúlio Vargas então iniciou as Conferências Nacionais de Saúde e elaborou leis que padronizassem as reuniões e as conferências, as quais discutiriam os projetos de lei para assegurar a vida e a educação. Foi nesse contexto que Vargas elaborou a Lei 378 da Constituição Federal de 1937, que teria como função o planejamento de políticas ou ações para a detecção dos males. Na época, foi incumbida a responsabilidade ao Ministério da Saúde e Educação para realizar os planejamentos que dizem respeito tanto à saúde quanto à

educação. Assim, as Conferências Nacionais de Saúde formaram espaços, criados durante o mandato de Getúlio Vargas, com o objetivo de discutir as maneiras de manter o saneamento básico e a saúde da população em bons estados.

Durante a “1ª Conferência Nacional de Saúde e Educação”, foram discutidos alguns pontos sobre educação, porque até o momento o Ministério da Educação e da Saúde era apenas um único departamento. Desde 1941, quando aconteceu a “1ª Conferência Nacional de Saúde”, foram levantadas hipóteses sobre o que poderia ser feito para impedir que os trabalhadores adoecessem e manter o bem-estar social e físico da população (BRASIL, 2009). Vemos que existia um interesse por parte do Estado na saúde do trabalhador, em função do capital e do prejuízo para esse gerado pelo seu adoecimento. Adoecimento que atingia índices enormes por causa das condições péssimas de trabalho, jornadas imensas de trabalho, insalubridades e empobrecimento, dentre outras várias dificuldades (SADER, 1988).

Pensando nesta questão, a Constituição Federal de 1937 determinou a criação das Conferências Nacionais com a participação de grupo de estudiosos e de ministérios que discutissem a situação da Saúde e da Educação do país. De acordo com a Lei nº 378/37, estabelecida por Getúlio Vargas, as conferências deveriam ser convocadas pelo presidente, e acontecer periodicamente. A Lei, descrita na Constituição Federal de 1937, afirmou que:

Art. 90. Ficam instituídas a Conferencia Nacional de Educação e a Conferencia Nacional de Saude, destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das actividades concernentes á educação e á saude, realizadas em todo o Paiz, e a oriental-o na execução dos serviços locais de educação e de saude, bem como na concessão do auxilio e da subvenção federaes.  
Parapho unico. A Conferencia Nacional de Educação e a Conferencia Nacional de Saude serão convocadas pelo Presidente da República, com intervallos maximos de dois annos, nellas tomando parte autoridades administrativas que representem o Ministerio da Educação e Saude e os governos dos Estados, do Districto Federal e do Territorio da Acre. (BRASIL, 1937).

A necessidade de estender a discussão a todo o Brasil, não somente nas capitais, fez com que essa Lei fosse aplicada em todo solo brasileiro, inclusive no Território Federal do Acre, que no período ainda não era reconhecido na categoria de estado brasileiro. Um relatório final foi feito pela organização ao fim da primeira conferência, sendo ele o mais compacto e sucinto, quando comparado a outras edições que abarcavam os projetos da Saúde e Educação.

Estas conferencias se destinam ao objetivo de firmar princípios e entendimentos que articulem o Ministério da Educação e saúde com as administrações estaduais, e, por intermédio destas, com as administrações municipais, tudo afim de que a educação e a saúde, em todo o território do país, se organizem em termos de serviços públicos acionais convenientemente racionalizados, mediante a cooperação das três ordens da administração pública, - a federal, a estadual e a municipal,- com a participação da iniciativa particular. (BRASIL, 1941).

De acordo com o estabelecido no relatório da “1ª CNS”, as conferências tinham o foco de manter a saúde da criança e do adolescente, bem como controlar as doenças que mais geravam mortes, como, por exemplo, a lepra, a varíola e a malária. Até 1953, ano em que o Ministério da Educação e Saúde foi desvinculado, os debates aconteciam com os Ministros e Delegados de ambas as áreas.

Só depois da “2ª Conferência Nacional de saúde” que aconteceu em 1950, mas somente em 1953, que se pensou em desvincular as discussões de Saúde e Educação em momentos diferentes. O governo criou o Ministério da Saúde, pois acreditava que separando os setores da Educação e da Saúde facilitaria a resolução dos problemas sanitários do país, criando assim a primeira tentativa de organização do sistema nacional de saúde (BRASIL, 2009, p. 13).

Apesar de definido um intervalo de dois anos para as Conferências Nacionais de Saúde, depois da primeira ter passado por uma série de adiamentos, a segunda só veio acontecer nove anos após, em 1950. Pouca informação se tem a respeito da “2ª CNS”, já que não foi deixado nenhum relatório final dessa conferência, apenas discussões e textos discutidos sobre o que foi tratado na ocasião, em 1950 durante governo de Dutra (LIMA; PINTO, 2003, p. 1049).

Com a “3ª CNS”, ocorrida em 1963, as conferências começaram a adotar um caráter de coleta de dados para estabelecer modos de curar e manter as taxas de vitalidade da população. Claro, projetos e medidas foram tomados com a finalidade de que se resolvessem as crises enfrentadas naquele momento, bem como a propagação dos recursos da saúde a níveis de estados e municípios, o que se tornaria um pouco diferente depois da Reforma Sanitária e da “8ª CNS”.

O relatório final da “3ª CNS” deixa claro o princípio de controle social e combate aos males. O relatório tinha como objetivos: “[...] uma análise realista das dificuldades enfrentadas, dos erros cometidos, das vitórias assinadas na luta contra os males que afligem a população brasileira, constituirá um dos objetivos primaciais da reunião projetada.” (BRASIL,



1963) A partir de então as conferências começaram a exercer função importante para o controle social e controle dos males.

Os resquícios de participação da comunidade nas Conferências de Saúde foram totalmente sufocados com o período da Ditadura Militar. Durante esse momento aconteceram três Conferências Nacionais de Saúde: a “4ª CNS”, “5ª CNS” e “6ª CNS”. Essas conferências contavam com a presença apenas de Ministros, Delegados, e profissionais da área para discutir, além do controle social, projetos operacionais para garantir a saúde no Brasil.

A “4ª CNS” foi um exemplo claro das conferências que aconteceram durante o período de repressão política. Em 1967, ocorreu sua convocação, durante o governo Costa e Silva, e a mesma não trouxe mudanças drásticas nos planos de saúde nacional. A conferência ganhou uma característica de ser mais informativa do que ativa. Lendo-se os anais dessa conferência, destaca-se somente a presença das autoridades e estudiosos do campo da saúde:

A IV Conferência Nacional de Saúde, reunindo autoridades e professôres universitários, autoridades e profissionais de saúde, para a discussão de problemas comuns, representou, no dizer do Exmo. Sr. Ministro da Saúde, a oportunidade "de os educadores se tornarem mais sanitaristas e de os sanitaristas se tornarem mais educadores". (BRASIL, 1967, p. 13).

Percebemos que a intenção foi uma troca de conhecimentos entre estudiosos e sanitaristas. Nesse momento, a conferência era restrita apenas para essas pessoas, as quais representavam a autoridade da saúde nacional. O espaço não era aberto para a população, e assim foi durante todo o momento de repressão política.

Durante a “5ª CNS” e a “6ª CNS”, ocorridas em 1975 e 1977, respectivamente, voltou-se a tratar de assuntos relacionados à organização e modos de controlar as epidemias que as pessoas experienciavam durante a década de 1970. O planejamento aconteceu em volta da formação de um novo sistema nacional de saúde, porém esse sistema de saúde ainda não era o modelo de saúde universal que surgiu posteriormente com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Ocorrida em 1980, a “7ª CNS” recebeu influência do Movimento de Reforma Sanitária, um movimento que surgiu para lutar contra a Ditadura Militar e em favor da democracia na saúde. Um dos principais personagens na saúde dessa época foi Sergio Arouca, uma das pessoas que estavam à frente do Movimento de Reforma Sanitária.

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços.

Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. (AROUCA, 1986).

Na década de 1980, já se começava a sentir a força desses movimentos de reforma sanitária, mas isso aconteceu de forma tímida se comparada à oitava edição, ocasião em que Sergio Arouca (1986) mencionou que foi o momento em que o movimento se consolidou e ganhou mais representantes. As massas começaram a aderir ao movimento que lutava por mudanças no sistema nacional de saúde.

Os acontecimentos não foram isolados, pois nesse período aconteceu também a Conferência Internacional de Saúde, em 1978, e a publicação da Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978), uma carta montada pelas nações para pensar planos de saúde coletiva. Através da Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978), que serviu de base para os movimentos de reforma sanitária, países de subdesenvolvimento como o Brasil foram levados a pensar em novas estratégias de saúde. Isso serviu de norte tanto para movimento de reforma sanitária na década de 1980, como para planejar novas medidas para o sistema de saúde nacional.

Principalmente no que se refere ao termo IV da mencionada carta, onde encontra-se: “É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.” (OMS, 1978, p. 1). Isso impulsionou ainda mais as pessoas a quererem participar ativamente das conferências e reuniões, pedindo por mudanças sanitárias e mais igualdade na prestação de saúde.

Quando se trata de Conferência Nacional de Saúde, podemos ter acesso aos relatórios e documentos produzidos pela Secretaria de Saúde, contendo os objetivos alcançados, as metas que deverão alcançar e o corpo o qual é formado em cada ano. Nos relatórios podemos ainda ter o conhecimento legível de discussões e de levantamentos dados, apesar de haver falhas quanto à experiência empírica. Mas, embora escritas, muitas das decisões foram resultados da participação de quem estava lá presente, discutindo com os médicos e sanitaristas, para alcançar uma reforma sanitária que satisfizesse a toda população.

O relatório sobre a “8ª CNS” é o mais procurado por pesquisadores que procuram trabalhar com as políticas públicas de saúde, já que a mesma foi o embrião para o atual sistema de saúde. Vejamos a seguir um quadro produzido pelo CONASS (BRASIL, 2009, p. 16), a respeito dos temas das Conferências Nacionais de Saúde desde a sua primeira edição até a sétima, organizada pelo Ministério da Saúde.

Quadro 1: Conferências Nacionais de Saúde de 1941 a 1980

Conferência	Ano	Temas
1 <sup>a</sup>	1941	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organização sanitária estadual e municipal.</li> <li>2. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose.</li> <li>3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento.</li> <li>4. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.</li> </ol>
2 <sup>a</sup>	1950	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho.
3 <sup>a</sup>	1963	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Situação sanitária da população brasileira.</li> <li>2. Distribuição e coordenação das atividades médicas-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal.</li> <li>3. Municipalização dos serviços de saúde.</li> <li>4. Fixação de um plano nacional de saúde.</li> </ol>
4 <sup>a</sup>	1967	Recursos humanos para as atividades de saúde.
5 <sup>a</sup>	1975	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementação do Sistema Nacional de Saúde.</li> <li>2. Programa de Saúde Materno-Infantil.</li> <li>3. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.</li> <li>4. Programa de Controle das Grandes Endemias.</li> <li>5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.</li> </ol>
6 <sup>a</sup>	1977	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Situação atual do controle das grandes endemias.</li> <li>2. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo nacional em matéria de saúde.</li> <li>3. Interiorização dos serviços de saúde.</li> <li>4. Política Nacional de Saúde</li> </ol>
7 <sup>a</sup>	1980	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos.

Fonte: Relatórios da 1<sup>a</sup> a 7<sup>a</sup> conferência (BRASIL, 2009).

Desde a época da primeira Conferência de Saúde até a sua sétima edição, a participação do povo era escassa, mais ainda durante o período que compreendia o Regime Militar (1964-1985). O controle social e as medidas de curar doenças, através de tratamentos das epidemias, tinham sido os pontos principais até acontecer o Movimento de Reforma Sanitária, que levaria as pessoas a buscarem participar das reuniões e conferências da saúde e,

mais tarde, tornaria a “8ª Conferência Nacional de Saúde” em um marco social para a saúde. Pois foram então gerados os princípios que norteariam as políticas públicas de saúde, a exemplo da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

### **3.2 A “8ª Conferência Nacional de Saúde”: Uma Ação Popular Ativa**

Um fato inédito para a história das Conferências de Saúde no Brasil e que se tornou um marco, no que diz respeito ao fato da representatividade social, foi a “8ª Conferência Nacional de Saúde”. Essa Conferência Nacional de Saúde aconteceu em 1986, em Brasília, e contou com a presença de mais de 4000 (quatro mil) pessoas, dentre as quais estavam vários atores presentes e pessoas de todos os setores sociais. O evento foi filmado e fotografado e ocorreu dentro de um estádio, pois, nesse ano, contava com convidados prestigiados. A população se empenhava em chegar mais próximo das decisões do governo e contribuir com a discussão sobre saúde. Segundo Carvalho (1995, p. 53):

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

Como informa Carvalho (1995), a todo o momento durante as conferências a preocupação cerne envolvia criar projetos que alcançassem todo território brasileiro, seja pelo saneamento básico ou ações que levassem a cura das doenças que atingiam desde o trabalhador rural até o empresário. Cabe problematizar que não existia ainda uma lei que garantisse a universalidade, então afirmar que a saúde era distribuída de maneira igual seria um equívoco.

Figura 1: Ginásio da Oitava Conferência Nacional de Saúde em 1986



Fonte: Acervo da Coordenadoria de Comunicação Social/Fiocruz<sup>11</sup> (2019).

A partir da fotografia acima, podemos observar que a participação popular não foi planejada pela comissão da “8ª CNS”, essa ação partiu da própria vontade do povo. Surgiu a necessidade em tornar possível pensar políticas públicas juntamente com as pessoas “comuns”, que mesmo não tendo cursos ou especializações, são capazes de contribuir para os projetos do governo e de questioná-los quando necessário.

Estabeleceram-se, portanto, dois níveis de discussão: um que ocorreu durante os trabalhos de grupo, subsidiados pelas apresentações e mesas-redondas sobre os temas e outro que se concretizou na assembléia final. O processo altamente participativo, democrático e representativo que permeou todo o debate de 8ª CNS permitiu um alto grau de consenso, caracterizando uma unidade quanto ao encaminhamento das grandes questões, apesar da diversidade de propostas quanto as formas de implementação. (BRASIL, 1986, p.1).

De acordo com o Relatório final da “8ª CNS” o debate entre os ministros, delegados e, principalmente, a população presente, garantiu que as partes interessadas na questão fossem ouvidas, promovendo, assim, a democracia. Dessa forma, podemos entender que a participação popular influenciou na tomada de decisões para a formação de um sistema nacional de saúde.

A “8ª CNS” tinha como objetivo discutir a definição de saúde como um direito de todos, a reformulação do sistema nacional de saúde visou dar lugar a um programa capaz de dar suporte a todo profissional de saúde e de atingir toda a população, assim como tratar de

<sup>11</sup> Acervo Virtual Fio Cruz (imagens). Disponível em: [https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/galeria\\_imagens3.htm#](https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/galeria_imagens3.htm#). Acesso em: 20 de nov. 2019.

esclarecer o financiamento do setor, separando-o da previdência social. Esses foram objetivos traçados pela comissão organizadora, mas nem tudo aconteceu com facilidades.

É o momento de pensar quais são as possibilidades reais e concretas que nós temos de mudar o sistema de saúde hoje no Brasil. Esse é o porquê da conferência. Assim ela nasce: no instante em que a discussão sobre a formulação do sistema de saúde no Brasil infelizmente quase foi tratada como uma simples reforma administrativa. (AROUCA, 1986).

Foi um campo de debate cuja pauta política quase se perdeu, como diz Sergio Arouca (1986), presidente da “8ª CNS” e conferencista que realizou sua abertura. Um dos principais pontos a serem discutidos na Conferência Nacional de Saúde dizia respeito à questão dos financiamentos dos setores da previdência social e Ministério da Saúde. Como iria ficar a situação do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) para os trabalhadores? Projeto esse que estava vinculando à previdência social e ao Ministério da Saúde. O conceito de saúde para todos foi debatido, principalmente pelo conferencista Sergio Arouca (1986). As definições de saúde vão muito além de significar a ausência de doenças, pois os indivíduos precisam ter boas condições para viver, seja na educação na sociedade, ou no trabalho. O homem precisa de bem-estar físico, político, social e econômico para ter saúde (AROUCA, 1986). Ou seja, é preciso pensar em outros ramos da sociedade como a educação, o trabalho, o lazer e a cultura para que estejam em comunhão para conseguir alcançar o que chamamos de saúde perfeita. Sergio Arouca representava o Movimento de Reforma Sanitária da década de 1980, e foi um dos maiores colaboradores para a pesquisa sobre saúde coletiva.

Não só o discurso de Arouca (1986) nos remete à democracia e à participação popular organizada, mas o relatório final também faz referência aos convidados especiais. Sendo assim, a introdução do relatório final da “8ª CNS”, feita pelo ministro da saúde, Roberto Figueira dos Santos, cita a participação comunitária, sendo formada não só por profissionais da saúde, como também trabalhadores, professores, estudantes, partidários, delegados, intelectuais, donas de casas, enfim homens, mulheres e crianças em geral, formando uma quantidade considerável de pessoas. Sobre isso Roberto Figueira dos Santos relata a respeito dessa participação:

O presente relatório final reflete um processo de discussão, que iniciado nas pré-conferências preparatórias estaduais e municipais, culminou com a participação, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), de mais de 4.000 pessoas, dentre quais 1.000 delegados. (BRASIL, 1986, p.1).

O relatório também explica cada debate que houve a respeito da saúde e enumera três temas: Saúde como Direito, Reformulações no Sistema Nacional de Saúde e o Financiamento do Setor. O primeiro tema discutido foi sobre o conceito de saúde e como ela constitui um direito que deve ser dado pelo governo, havendo assim mudanças administrativas e financeiras que visassem a qualidade de vida da população brasileira. A saúde então se define como um produto do meio e não somente pela ausência de doenças.

1. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p. 4).

Vemos um esboço sobre essa discussão no artigo 196 da Constituição Federal, quando fala que “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988, s. p.). E também na Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, que reafirma:

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990a, s. p.).

Assim, o primeiro tema, “Saúde como direito”, não só tratava da definição de saúde, mas tratava de uma luta da população, sendo necessária a presença dos interessados nas discussões sobre as políticas de saúde. Além disso, também se observava que as limitações e obstáculos para que a população tivesse direito à saúde eram de natureza estrutural (SANTOS, 1986). Dessa forma, o primeiro tema tratou do aspecto da saúde em geral e como ela viria a ser definida no Brasil.

O segundo tema, “A Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”, trouxe a necessidade de um sistema de saúde capaz de suprir as demandas. Começou-se a discutir a formação de um Sistema Único de Saúde (SUS):

No nível federal, este novo sistema deve ser coordenado por um único Ministério, especialmente concebido para esse fim. Com este objetivo o Poder Executivo deve encaminhar, a curto prazo, mensagem ao Congresso, garantindo-se, entretanto, que formulação proposta seja previa e amplamente

debatida por todos os setores da sociedade civil. A unicidade de comando deve ser reproduzida nos níveis estadual e municipal. (BRASIL, 1986, p. 10).

Nesse trecho do relatório final da “8ª Conferência Nacional de Saúde”, observa-se como o SUS foi delineado. Vemos a sombra das diretrizes e princípios que moldam o SUS, como, por exemplo, a hierarquização, a participação comunitária e a universalidade<sup>12</sup>. A partir daí vai sendo discutida a função do SUS a nível federal, estadual e municipal.

O tema três, “Financiamento do Setor”, tratou sobre como seria financiado, afinal um grande projeto que daria assistência à saúde grátis à população deveria ter um investimento seguro. “Os fundos de saúde, dos diferentes níveis, serão geridos conjuntamente com a participação colegiada de órgãos públicos [...] e somente o Estado que será o responsável por financiar o sistema de saúde.” (BRASIL, 1986, p. 19).

No discurso de Sérgio Arouca (1986), o mesmo falou sobre a democracia na saúde no Brasil, enfatizando que: “[...] na realidade hoje nessa 8ª Conferência Nacional De Saúde eu acho que nós temos um convidado, um participante que conseguiu um lugar nessa conferência com bastante sacrifício, que é a sociedade civil.” Em todo momento, Arouca (1986) discutiu sobre como a participação comunitária, de partidos, instituições e trabalhadores, era realmente necessária para a discussão de democracia na saúde que irão enfrentar.

Uma das discussões de Arouca (1986) insere-se dentro dos temas no Relatório Final: o conceito de saúde. Ele fala acerca de como é abstrato o referido conceito, não devendo ser mencionado apenas no sentido de ausência de doença. A saúde seria definida, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), como o perfeito bem-estar físico, mental e social. Mas isso depende das condições nas quais o sujeito se encontra financeira, social e psicologicamente, e o Estado deveria então procurar formas de intervir por estes agravos à saúde.

O discurso de Arouca (1986) foi voltado para como a saúde não está apenas ligada à tratar doenças, mas ao cotidiano do brasileiro, sendo necessárias mudanças no setor de trabalho que lhe proporcionassem condições de vida, incluindo condições econômicas e sociais. Para a luta por esses direitos, era imprescindível a participação da população. A democracia deveria ser encontrada em todos os órgãos do Estado, tanto na política, como no econômico e também na saúde.

Nesse campo de discussão, foi reformulado um novo sistema de saúde nacional, o Sistema Único de Saúde (SUS), que atenderia toda a população sobre os princípios da

---

<sup>12</sup> Ver Lei Orgânica da Saúde, nº 8080/90, onde estão presentes os princípios do Sistema Único de Saúde.



equidade, integralidade e universalidade (BRASIL, 1990a). Esse novo sistema seria responsável pelo direito à saúde para todos, como dever do Estado para garantir o bem-estar da população. Assim, a auto percepção da comunidade possibilitou que as pessoas buscassem os seus direitos.

Conquistar cidadania exige ação, exige sujeitos políticos e sociais. Sujeito é o ser que atua, que age, que participa das decisões que o afetam, que luta para determinar quais são os seus direitos e exigir o que for necessário para que possa usufruí-los. O auto reconhecimento como portador de direitos é essencial para que haja o reconhecimento do direito pelos outros.” (BRASIL, 2009, p. 9).

O documento citado traduz o sentimento de participação, ou seja, o entendimento e percepção da ação dos sujeitos sociais como capazes de provocar mudanças. Pensando na conquista da cidadania e democracia política. Esse reconhecimento tornou-se o fôlego dos Novos Movimentos Sociais.

### 3.2.1. A força do povo: Da participação popular ao SUS

A participação popular tornou-se um fator decisivo para que a questão tomasse fôlego, resultando na formulação de um decreto nacional: “Saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, s. p.). Essa força popular expressava as lutas das massas, a exemplo das mobilizações da década de 1980 no Brasil, que tiveram grandes implicações. A participação popular significava uma força social imprescindível para fazer sair do papel as conquistas e impulsionar mudanças (VALLA, 1998). De acordo com Victor Vicent Valla (1998, p. 9), a participação popular poderia atuar de várias formas:

[...] participação popular compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico etc.). Outros sentidos mais correntes de participação são a modernização, a integração dos grupos ‘marginalizados’ e o mutirão.

A participação popular pode ser vista como um empoderamento social daqueles sujeitos que representavam as camadas populares, o povo, os excluídos. Pois as decisões foram conseguidas pela pressão social através de mutirões, conferências ou conselhos. Para Ilse Scherer-Warren (2006, p. 123), o empoderamento das massas tem como características:

O combate à exclusão em suas múltiplas faces e a respectiva luta por direitos (civis, políticos, socioeconômicos, culturais e ambientais); o reconhecimento da diversidade dos sujeitos sociais e do respectivo pluralismo das idéias; a promoção da democracia nos mecanismos de participação no interior das organizações e nos comitês da esfera pública, criando novas formas de governança.

Esta última característica, de interiorização da democracia dentro das comunidades, impulsionou os movimentos sociais e requereu melhores projetos, que acontecessem de forma democrática, ou seja, com a presença da comunidade. Algo que remete ao texto da Constituição Brasileira de 1988, quando leis foram sancionadas a partir de uma luta social pelos direitos humanos à saúde, cuja extensão pôde ser vista na “8ª Conferência Nacional de Saúde”, que acarretou na Lei Orgânica do SUS (BRASIL, 1990a). A respeito da força que a população tem dentro das decisões do Estado, Vicent Valla (1998, p. 10) fala que

No caso específico da saúde, a participação popular assumiu um papel importante nas formulações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, redigida em 1988, no sentido de construção e fortalecimento das propostas progressivas de reorientação da política do setor. As discussões acumuladas neste processo resultaram na consagração institucional da saúde como “direito de todos e dever do Estado”, e, mais tarde, deram origem à Lei Orgânica da Saúde, de 1990. Essa lei constitui, apesar dos vetos presidenciais, um importante instrumento na configuração jurídica-política de um novo modelo assistencial, capaz de ter impacto sobre a saúde da população.

A participação popular ativa mostrou a grande força que a população exerceu para que seus direitos na saúde fossem escutados, acarretando na visão de uma participação inclusiva da sociedade nas Conferências Nacionais de Saúde.

Dessa forma, vemos que as políticas públicas em saúde surgiram a partir de uma pressão da sociedade sobre os governantes em prol de seus direitos, tanto em relação à saúde como também a educação, moradia, transporte e igualdade social. O conjunto de políticas públicas e participação popular encontram-se em uma única via rumo à luta por benefícios e uma saúde pública para todos.

O processo participativo exige uma mudança nas relações de poder, implicando uma dimensão que politiza tanto o diagnóstico como as ações de saúde, repolitizando, assim, criticamente as políticas. [...] É esse o eixo das lutas pela participação, que abre novos espaços públicos, repõe a questão de saúde fora do mundo privado da casa, do mundo da magia, dos consultórios, dos gabinetes, das mãos das elites e do mercado, embora os tenha postos, buscando novos pressupostos. (BRASIL, 2006).

O trecho destacado busca tirar a saúde do ambiente privado e levar a outros espaços, ou seja, esclarecer que a saúde não acontece dentro de casa num processo de curar, ou de adoecer, mas se trata de uma questão que deve ser discutida entre as pessoas no contexto social e que deve ser levada aos gabinetes, assim levando os problemas do dia a dia de pessoas desfavorecidas para o conhecimento da elite, que se encontra no poder. Por isso o processo participativo se faz importante, por colocar em xeque os poderes, pois, se de um lado há um Estado que executa e planeja, do outro há uma população que sabe discutir saúde e que tem muito a contribuir para as políticas de saúde nacional.

Pessoas comuns, como donas de casa, trabalhadores, estudantes, desempregados, e demais pessoas que não tem títulos de autoridade civil, foram engajadas no movimento e sentiram a necessidade de avivar mais a democracia brasileira. Como o conferencista e presidente da Conferência em estudo, Sergio Arouca (1986), coloca no seu discurso devemos buscar a democracia na saúde. Em seu discurso, ele diz: “A saúde enquanto projeto pode ser demarcada antes e depois da Oitava, onde novamente discutimos o valor da participação da população, o valor do controle social, o valor da democracia direta e da luta pela redemocratização do País.” (AROUCA, 1986, s. p.). Como pessoa engajada nos movimentos sociais e que se levantou contra a ditadura militar, Sergio Arouca incentivava a multidão à participar do processo democrático do país.

O engajamento da sociedade nas políticas públicas de saúde refletiu por mais alguns anos até ser legitimado por lei, através da democratização da saúde na Constituição Federal de 1988, ou seja, a participação popular passou a ser reconhecida pelo governo, passando a fazer parte das discussões sobre saúde. Mais tarde, os movimentos sociais de Reforma Sanitária e demais lutas pela democracia acabaram requerendo um dos principais temas discutidos na “8ª CNS”, que foi a criação do SUS, em 1990, seguindo os moldes da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1990a).

O SUS surgiu dessa luta por melhores condições de saúde, principalmente para melhorar as condições de desigualdades sociais e promover ações efetivas que alcançassem todas as classes sociais. A “8ª Conferência Nacional de Saúde” deu origem ao Sistema Único de Saúde, o SUS, tendo em vista os princípios discutidos durante a intervenção popular. Partindo da relação saúde-democracia, colocado por Arouca (1986), começaria a surgir uma classe atuante nas políticas de saúde.

Como vemos, muito do que se tornou o nosso sistema de saúde atual é resultado de um movimento de discussões e debates que envolveram os profissionais da saúde interessados e a população, conforme o projeto defendido para a “8ª CNS”. Eles queriam mostrar que a

democracia e a saúde poderiam andar de mãos dadas. A participação popular tornou-se então necessária nas demais conferências e o povo tornou-se mais ativo nas Conferências Nacionais de Saúde.

Assim, as mobilizações, que estavam sendo cada vez mais frequentes na década de 1980, conciliadas pelo sentimento de busca a exercer cidadania deram uma cara nova a conferência nacional e saúde. Uma conferência com uma cara mais democrática e mais ativa dentro da sociedade. Ações poderosas de engajamento que transformaram a “8ª Conferência Nacional de Saúde” em um marco na participação popular e como resultado das políticas públicas de formação do SUS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando nos dispusemos a estudar a “8ª Conferência Nacional de Saúde”, objeto desse estudo partiu de uma observação: essa conferência reuniu em seu formato uma participação popular nunca vista nas Conferências anteriores. Partimos também da consideração de que na historiografia a temática da saúde veio ganhar presença apenas com a Nova História, que trazia consigo o novo conceito de sujeito histórico e fonte histórica. Mas, mesmo que a saúde não tivesse tão presente na historiografia, os acontecimentos desse terreno se faziam presentes no cotidiano das pessoas, o que já se compreende como lugares de histórias.

Assim, adentrando no campo historiográfico, a saúde vem cada vez mais tomando espaço na História, através de novas perspectivas como a História Social e Nova História Política, também por meio da possibilidade de diálogos com outras áreas, como por exemplo, a sociologia e as Ciências Políticas.

Nesse estudo, quisemos mostrar a importância da discussão sobre saúde e saúde pública, como objetos de estudo dos historiadores. Entendendo as relações que acontecem entre Estado e homem, e como os sujeitos, trabalhando em conjunto, são capazes de promover mudanças dentro de um poder político no tempo e no espaço.

Vimos que o tempo da conferência estudada foi o tempo das mobilizações sociais, em que os sujeitos buscavam seus direitos enquanto cidadãos. Os Novos Movimentos Sociais, como chamaram alguns teóricos, a exemplo de Eder Sader (1988), surgiram como uma onda diferente dos Movimentos Tradicionais, pois eram carregadas de autonomia através da qual os sujeitos ganharam as ruas.

Como referenciais teóricos, trabalhamos com Telles (1987), de La Cruz (1987) e Warren (2006), para discutir a respeito da diferença entre Movimentos Tradicionais e os Novos Movimentos Sociais, tendo em vista a conformação dos movimentos sociais. Esses autores mostraram que, se antes havia uma classe organizada através de sindicalistas ou partidos, para tratar de acordos salariais ou de direitos trabalhistas, depois se começam a perceber novos personagens, que saem das sombras do esquecimento, com novas propostas de intervenção, geralmente propostas imediatas, ou seja, planos que se efetivem no presente, e não com promessas para o futuro.

Usamos ainda o autor Eder Sader (1988) para discutir a chegada desses novos personagens que passaram a integrar o roteiro de lutas por direitos civis. Esses sujeitos ocultos das pesquisas acadêmicas sempre estiveram presentes nos movimentos, eram eles: mães, padres, estudantes, vendedores ambulantes, comunidades carentes; ou seja, pessoas

simples que decidiram participar ativamente nas políticas do Estado. Percebemos que os Novos Movimentos surgiram da abertura política, de modo que para ocorrer essa mudança foi necessário que os indivíduos ultrapassassem a condição de sua própria percepção de si, para se transformarem em sujeitos capazes de lutar pela democracia.

No campo da saúde também aconteceram os movimentos sociais, caracterizados por um levante da população para participar das ações do Estado, baseado no momento de fervor em que a sociedade estava engajada. Os movimentos contra a Ditadura Militar, como por exemplo, os Movimentos de Reforma Sanitária, e a abertura política colaboraram para que as pessoas se preocupassem mais com os planos decididos nas conferências. Viram essa como uma oportunidade para exercer sua democracia e lutar pelos seus direitos dentro da saúde pública.

A “8ª Conferência Nacional de Saúde” foi, assim, o exemplo dessa luta. A mesma tornou-se um momento inédito na história da saúde pública brasileira, pois a comunidade se fez presente durante todas as discussões e em todos os debates acerca de um novo sistema de saúde pública, sendo o novo caráter de saúde que o Estado estava defendendo expresso da seguinte maneira: “Saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, s. p.).

A ocasião não foi somente um marco por existir uma diversidade de pessoas lá naquele momento, mas por essas pessoas terem voz e legitimarem ainda mais o processo de democracia na saúde, tendo em vista que a comunidade participou ativamente dos debates e que ainda participa. Sendo agora necessário o comparecimento da população nos planos de reformas da saúde durante as Conferências Nacionais de Saúde.

Isso pôde ser percebido durante as análises dos relatórios das conferências que antecederam a “8ª CNS”, do próprio relatório final da conferência em estudo e do discurso feito por Sérgio Arouca (1986), um dos principais atores nas políticas de ação na saúde brasileira. Colocou-se em evidência que a participação popular deveria ser considerada como membro oficial e que a participação incita o governo a pensar mais em um bem-estar social.

A discussão sobre a intervenção das pessoas em políticas de saúde pública merece mais destaque, pois estabelece relações entre o Estado e a sociedade, enquanto objeto de análise, discussões que não caberiam em uma monografia e que são importantes, não só para entender os movimentos que circularam o evento que foi a “8ª CNS”, mas o que levou as demais conferências a não terem a devida visibilidade. Não só a questão da participação popular, mas a preocupação com a saúde em si pode ser discutida através dos dados presentes nos relatórios finais, disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

Através desse estudo pudemos pontuar um tempo na história em que a sociedade organizada se fez participar ativamente das políticas públicas do Estado, transmitindo suas mensagens de que, independentemente de partidos ou de institucionalizações, os atores sociais presentes em todas as camadas da sociedade são sujeitos atuantes.

Sabemos que são sujeitos, mas eles ainda permanecem lutando pelos seus direitos até hoje? Qual impacto social que as conferências tiveram. Será que influenciou apenas na saúde? São questões que podem ser discutidas e que merecem uma atenção maior dos historiadores que se interessarem para discutir a “8ª Conferência Nacional de Saúde” como objeto de análise. Fica ainda a necessidade de mais discussões sobre o assunto, visto que se pode trabalhar com eles em diversos aspectos como a imprensa ou a forma que o evento se tornou visível, problematizando seus integrantes.

Buscando analisar a relação do povo com a formação do nosso Sistema Único de Saúde, o SUS, falamos, pois, de uma história que a partir de uma conferência, no caso a oitava, modificou os rumos da vida e do cotidiano social, no que diz respeito à saúde pública como direito dos cidadãos do Brasil como um todo. Pensamos que nossa contribuição foi trazer para o campo do interesse dos historiadores os temas e problemas sociais sob o ponto de vista da organização.

## REFERÊNCIAS

AROUCA, Sergio. **Democracia é saúde**. In: 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL EM SAÚDE. Brasília, março de 1986. Realização: Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde/Núcleo de Vídeo/Fiocruz. Produção: Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde/Fiocruz. Distribuição: VídeoSaúde Distribuidora da Fiocruz. Vídeo restaurado em 2013. Publicado no canal: VídeoSaúde Distribuidora da Fiocruz. Publicado em: 6 set. 2013. 1 vídeo (42min). Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=-\\_HmqWCTEeQ](https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ). Acesso em: 31 de out. de 2019.

BARROS, José D'Assunção. **O campo Histórico**: Considerações sobre as especialidades na historiografia contemporânea. 2005.

BARROS, José D'Assunção. Teoria da História: os primeiros paradigmas: Positivismo e Historicismo. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

BARROS, José D'Assunção. Historicismo: Notas de um paradigma. **Antíteses**, V.5, n.9, p.391-419, jan/jun de 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **As Conferências Nacionais de Saúde**: Evolução e perspectivas. Brasília, 2009. 100 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988.

BRASIL. **Constituição de 1937**. Brasília: Planalto do Governo. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao37.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm). Acesso em: 20 de nov. 2019.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde (LOS). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. 1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde. **[Anais]** Brasília: Ministério da Educação e Saúde, 1941.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde, recursos humanos para as atividades de saúde. **[Anais]**. Brasília, 1967.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. 7ª Conferência Nacional de Saúde **[Anais]**. Brasília, 1980.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório final**. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. III Conferência Nacional de Saúde. **[Anais]** Brasília: Ministério da Saúde, 1963.



BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. V Conferência Nacional de Saúde. **Relatório final**. Brasília, 1975.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. VI Conferência Nacional de Saúde. **Relatório final**. Brasília, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: História da Reforma Sanitária e o Processo participativo**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006. 300 p.

BURKE, Peter. **A Escola dos Annales: 1929-1989**. São Paulo: Edit. Univ. Estadual Paulista, 1991.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CARVALHO, José Murilo de. **Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial**. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

COSTA, Nilson do Rosário. Transição e movimentos sociais contribuição ao debate da reforma sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 4, p. 207-225, 1988.

CRUZ, Rafael De La. **Os Novos movimentos Sociais: encontros e desencontros com a Democracia**. In: SCHERER-WARREN, Ilse; KRISCHKE, P. Uma Revolução no Cotidiano? Os novos movimentos sociais na América do Sul. São Paulo: Brasiliense, 1987.

DIAS, Ingrid da Silva. Instituto e Microbiologia Paulo de Góes Ufrj. A História do surgimento da Microbiologia: Fatos Marcantes. Disponível em: <<http://www.microbiologia.ufrj.br/portal/index.php/pt/destaques/novidades-sobre-a-micro/384-a-historia-do-surgimento-da-microbiologia-fatos-marcantes>>. Acesso em: 04 dez. 2019.

DOLCI, Mariana de Carvalho. Sobre a criação do Instituto de Higiene no contexto sanitário do início do século XX. [Anais] XXVIII Simpósio Nacional de História. Florianópolis-SC, 2015.

GINZBURG, Carlo. **O queijo e os vermes: o cotidiano e as ideias de um moleiro perseguido pela Inquisição**. Tradução: Maria Betânia Amoroso. São Paulo: Companhia das Letras. 1976.

GOHN, Maria da Glória. Conselhos gestores e gestão pública. **Ciências Sociais Unisinos**, v. 42, n. 1, p. 5-11, 2006.

IBRAHIM, José. Movimento operário: novas e velhas lutas (debate). **Revista Escrita/Ensaio**. São Paulo: Ed. Escrita, 1980.

IOKOI, Zilda Márcia Gricoli. **Igreja e camponeses: teologia da libertação e movimentos sociais no campo : Brasil e Peru, 1964-1986**. Brasil: Editora Hucitec, 1996, 1996. 255 p.

KÄRNER, Hartmut. Movimentos sociais: revolução no cotidiano. *In*: SCHERER-WARREN, Ilse; KRISCHKE, P. **Uma Revolução no Cotidiano?** Os novos movimentos sociais na América do Sul. São Paulo: Brasiliense, 1987.

LIMA, A. L. G. S.; PINTO, M. M. S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde, v. 10, n. 3, p. 1037-1051, set./dez. 2003. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro.

NABUCO, Joaquim. **A República é incontestável**: discursos parlamentares. São Paulo: Instituto Progresso Editorial, 1906.

NORA, Pierre; *et al.* Entre Memória e História: a problemática dos lugares. São Paulo: Projeto História: **Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História**, v. 10, 1993.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud**. Genebra: OMS, 1978. Disponível em: <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>. Acesso em: 12 de ago. 2019.

REIS, José C. **A história entre a filosofia e a ciência**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena**: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo 1970-80. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988.

SAMPAIO, Gabriela dos Reis. Tenebrosos mistérios: Juca Rosa e as relações entre crença e cura no Rio de Janeiro imperial. *In*: CHALHOUB, Sidney; *et al.* (Orgs.). **Artes e Ofícios de Curar no Brasil**. Campinas, SP, UNICAMP, 2002.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro. O pensamento sanitário na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

SCHERER-WARREN, Ilse; KRISCHKE, P. (orgs.). **Uma revolução no cotidiano?** Os novos movimentos sociais na América do Sul. São Paulo: Brasiliense, 1987.

SEVCENKO, Nicolau. O prelúdio republicano, astúcias da ordem e ilusões do progresso. *In*: SEVCENKO, Nicolau (org.). **História da Vida Privada no Brasil - Volume 3**. São Paulo: Companhia de Letras, 1998.

TRINDADE, Nísia de Lima. O Brasil e a Organização Pan Americana da Saúde: Uma História em Três Dimensões. **Caminhos da saúde no Brasil**, 2000.

VALLA, Victor Vincent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Caderno Saúde pública**, Rio de Janeiro. p. 7-18. 1998.

WARREN, Ilse Scherer. Das mobilizações às redes de movimentos sociais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 21, n.1, p. 109-130, jan./abr. 2006.

WISSENBACH, Maria Cristina Cortez. Da escravidão à liberdade: dimensões de uma privacidade possível. *In*: SEVCENKO, Nicolau (Org.). **História da Vida Privada no Brasil - Volume 3**. São Paulo: Companhia de Letras, 1998.