

O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: UMA ANÁLISE DOS IMPACTOS DO GOLPE MILITAR NO DEBATE SOBRE A UNIVERSALIZAÇÃO DA SAÚDE.

CARVALHO, Rodrigo Badaró de ¹

SANTOS, Thaís dos ²

RESUMO

O artigo tenta compreender como o Golpe Militar instaurado em 1964 impactou as discussões e as políticas públicas direcionadas para a universalização da saúde no Brasil. A partir de uma análise das propostas discutidas no âmbito das Conferências Nacionais de Saúde, o presente artigo tem como objetivos analisar se as políticas adotadas ao longo dos governos militares representaram avanço ou retrocesso no que diz respeito a esse direito e se guardavam proximidade com as discussões que ocorriam nesses fóruns. A metodologia predominantemente utilizada é a análise bibliográfica, lançando mão de dados e conceitos já explorados em vasta bibliografia existente sobre o tema. A título de conclusão adianta-se que algumas propostas fundamentais para a criação do Sistema Único de Saúde já estavam presentes na III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, tendo a sua implementação adiada pelas propostas desenvolvidas pelo regime militar.

PALAVRAS-CHAVE: Direito à Saúde. Universalização. Regime Militar. Sistema Único de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde.

ABSTRACT

This article seeks to understand how the military dictatorship established in 1964 influenced the discussion and the public health policies aimed towards the universalization of health in Brazil. From an analysis of the proposals discussed at the National Health Conferences, tries to analyze military government politics and check if it represented forward or backward relative that right and if have nearness to the discussions that occurred in these forums. Literature review is the predominant methodology used, using data and concepts already explored in extensive existing literature. By way of conclusion, advance if some important proposals for the creation of the Unified Health System were already present in III National Health Conference, having delayed its implementation by the proposals developed by the military regime

Keywords: Right to Health. Universalization. Military Regimen. Unified Health System. III National Health Conference.

¹ Mestrando em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais, desenvolve pesquisas sobre o pensamento político e social brasileiro na sua interface com o Direito, vinculado à linha de pesquisa História, Poder e Liberdade do Programa de Pós Graduação em Direito da UFMG. Email: rodrigobadaro@yahoo.com.

² Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Email: thais-santos@ufmg.br.

INTRODUÇÃO

Desde 1930, no início da chamada "Era Vargas", começava-se a estruturar o Estado de Bem Estar Social brasileiro, estendendo direitos sociais ao rol de garantias liberais que já marcavam a realidade brasileira desde o século XIX. No que diz respeito à saúde pública, chama-se a atenção para a Lei Eloy Chaves, conhecida por iniciar a regulação do funcionamento das Caixas de aposentadorias e Pensões (CAP) que funcionavam nas empresas e eram reguladas por representantes dos patrões e dos trabalhadores (RODRIGUES; SANTOS, 2009).

Nos anos seguintes, a saúde assumiu grande importância em todos os governos, desde o governo do Presidente Dutra (1946-50) até João Goulart (1961-64), com destaque para o período que o médico Juscelino Kubitschek esteve à frente da Presidência da República, sendo responsável por importantes ações como a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais e a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (Lops) em 1960, último ano de seu mandato.

No final do governo de Juscelino Kubitschek se tornava evidente um intenso crescimento da inflação e uma atuação intensa do movimento sindicalista e do movimento estudantil. Seu sucessor, Jânio Quadros, assumiu o poder em 1961 e renunciou nove meses depois, agravando a instabilidade política que marcava aquele período. A mudança do regime brasileiro para o parlamentarismo não foi capaz de resolver a crise que estava em curso, a qual impactava diretamente também a questão da saúde, que teve seis diferentes titulares à frente do Ministério da Saúde nesse curto período de tempo.

Paralelamente à instabilidade política que regia o país, diversos setores da sociedade se propunham a discutir temas que seriam fundamentais para a nova (?) sociedade brasileira que se buscava constituir. A saúde, nesse sentido, possuía uma agenda especial de debates. Em 1962 aconteceu em Recife o XV Congresso de Higiene, no qual foi apresentado o conceito ampliado de saúde, condições globais de trabalho, cuja finalidade era consolidar uma nova política sanitária. Além disso, reconheceu-se que para minimizar o círculo vicioso entre pobreza e doença era necessário o desenvolvimento de um projeto nacional baseado em reformas estruturais da sociedade e melhor distribuição da riqueza nacional. Como consequência disso, em 1963, sob governo de João Goulart, caracterizado pelos projetos de reformas de base, um dos temas principais discutidos na III Conferência

Nacional de Saúde foi a municipalização dos serviços de saúde. Nessa Conferência foi sugerida a criação de uma lei para todos os municípios criarem seus serviços de saúde, pretendia-se, dessa forma, um modelo sanitário descentralizado, que começasse pelo atendimento básico prestado por auxiliares da saúde e se estendesse até o nível terciário (atendimento médico hospitalar) (GIOVANELLA; BELISARIO, 2008).

Esse modelo traçava algumas das diretrizes básicas em semelhança às que hoje constituem o Sistema Único de Saúde (SUS). O Golpe Militar de 1964, no entanto, depôs João Goulart e impediu que a proposta das reformas de base fosse levada à frente e, com elas, retardava-se também as reformas que eram discutidas por profissionais e acadêmicos da área da saúde.

Diante disso, buscou-se neste trabalho analisar como se deu a garantia do direito à saúde, direito social fundamental, nos anos de chumbo. Objetivou-se, com isso, compreender como o Golpe Militar instaurado em 1964 impactou as discussões e as políticas públicas direcionadas para a universalização da saúde no Brasil, tendo como base as propostas sobre a universalização e municipalização da saúde, presentes já na III Conferência Nacional de Saúde e garantidos apenas após a Constituição da República de 1988. Verifica-se, pois, se as políticas adotadas pelo regime militar, notadamente a criação do INPS e o seu desdobramento no INAMPS, representaram passos necessários para o avanço no acesso à saúde ou se, ao contrário, representaram um atraso no que diz respeito à consolidação de um sistema universal de saúde, elemento fundamental só conquistado com a redemocratização.

Metodologicamente, optou-se por realizar uma ampla análise da bibliografia já existente sobre o tema. Lançou-se mão dos registros dessas conferências, presentes em diversas obras sobre o tema; de trabalhos que empreendem profunda análise da saúde no período do governo militar; de levantamentos de dados estatísticos já produzidos por outros autores e por órgãos de destaque nesse trabalho no Brasil (IBGE) e na América Latina (CEPAL).

1. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As primeiras Conferências Nacionais de Saúde datam de 1941. Originalmente, previa-se que as conferências ocorres em a cada dois anos, porém a III Conferência Nacional de Saúde só ocorreu em 1963. Nessa conferência, ocorreram as primeiras recomendações sobre a municipalização como um caminho para o aumento da cobertura dos serviços de saúde e sobre o "preparo de aproveitamento do pessoal técnico", considerado como subsídio importante para a efetivação da referida municipalização. Além disso, apontou-se para o caminho da distribuição de atribuições dos serviços de saúde entre as três esferas de governo, assumindo o município a centralidade nesse processo (FERREIRA; MOURA, 2006).

O Golpe Militar, em 1964, impossibilitou que houvesse Conferências Nacionais de Saúde nos anos de 1964, 1965 e 1966. A IV Conferência Nacional de Saúde foi ocorrer em 1967 e a V Conferência Nacional de Saúde somente em 1975. Nas VI e VII Conferências Nacionais de Saúde, 1977 e 1980, respectivamente, a descentralização, assunto colocado em pauta desde a III Conferência, foi um dos principais temas abarcados (FERREIRA; MOURA, 2006).

No período do Regime Militar o governo continuou a implementar institutos e a criar políticas na área da saúde como já vinha sendo feito. Foram criados instrumentos burocráticos e normativos na área social e da saúde. Em janeiro de 1967 foi implementado o Instituto Nacional de Previdência social (INPS), centralizando administrativa e financeiramente os benefícios dos trabalhadores assegurados. Foi criado também o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) viabilizando a existência do Banco Nacional de Habitação (BNH), - cujo objetivo era promover a construção e aquisição da casa própria, especialmente pelas classes de menor renda – o Plano Nacional de Saneamento (Planasa), o Programa de Integração Social (PIS); o Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público (Pasep); o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural) e o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural). Ações como a criação da Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM), visando erradicar e controlar endemias, e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) também foram elaboradas. Em 1972, empregadas domésticas passaram a ter direito à cobertura previdenciária e em 1973, trabalhadores autônomos.

Os recursos médico-hospitalares foram direcionados ao setor privado, de forma que poderia contar com o apoio de setores importantes e influentes dentro da sociedade e da economia para o funcionamento do serviço. Segundo Vargas (2008), ao aumentar substancialmente o número de contribuintes e conseqüentemente de beneficiários, parecia impossível ao sistema médico previdenciário existente atender a toda a população. Por isso o governo militar teve que decidir onde iria alocar seus recursos para atender a essa necessidade de ampliação do sistema, tendo ao final optado por direcioná-los para a iniciativa privada.

Criou-se, assim, convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país. Essa forma de organização levou à criação em 1978 do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que pagava aos hospitais particulares o atendimento dos segurados. Além disso, levou-se, também, à criação de um sistema médico-industrial, com aumento do consumo de medicamentos, baseados em uma medicina curativista; capitalização dos grupos envolvidos nesse sistema e, ainda, ampliação de hospitais da rede privada. Até o final de 1970 foi excluída a gestão tripartite das unidades previdenciárias, centralizando o controle do Estado e afastando os trabalhadores dos processos decisórios. Para Giovanela e Belisário (2008), as mudanças ocorridas nesse período podem ser consideradas avanços referentes à abrangência dos serviços de saúde que possibilitaram a universalização dos serviços de saúde, anos mais tarde, com a criação no Brasil, do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, e implementado, em 1992.

Na Figura 1 que segue, apresenta-se o número de leitos entre os períodos compreendidos como 1976 a 1985.

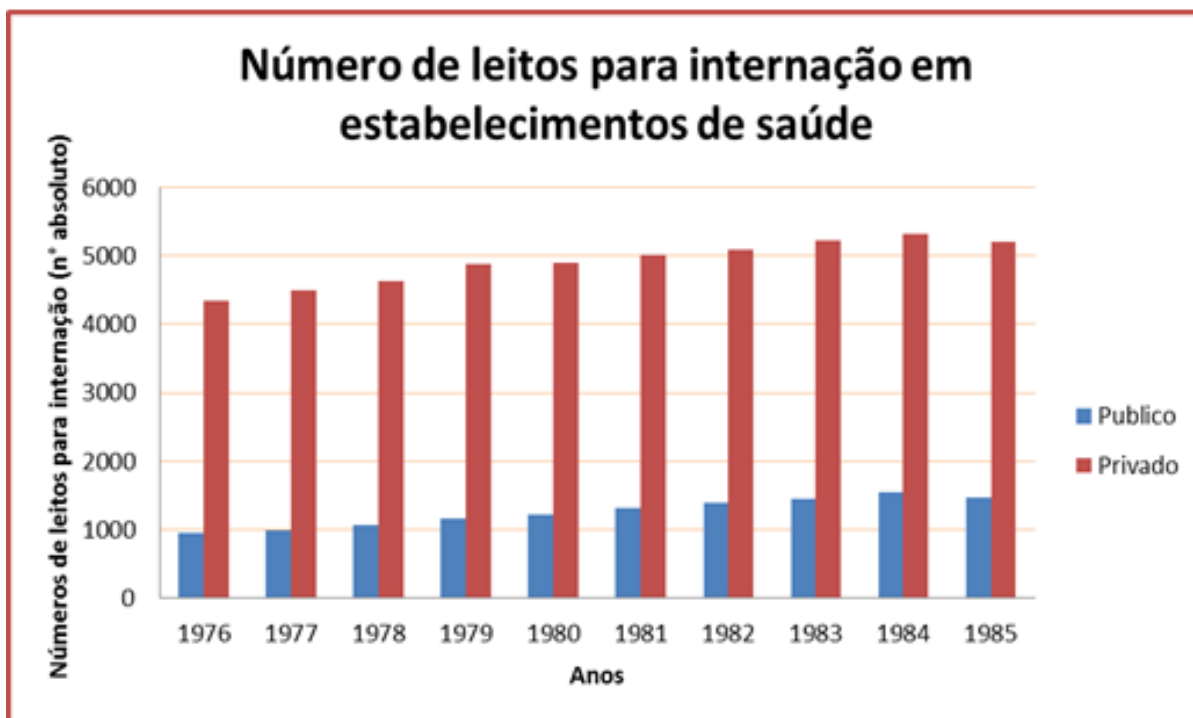


Figura 1 – Gráfico do números de leitos para internação em estabelecimentos de saúde.
Fonte: Brasil (2004b).

No período da Ditadura Militar no Brasil é possível perceber o aumento do número de hospitais e seus números de leitos (Figura 1), assim como uma ampliação relativa do acesso da população brasileira aos serviços de saúde. Esses feitos, no entanto, acabaram por reforçar uma lógica de prestação de serviços de saúde que se restringia a “curar doentes” e que, ao mesmo tempo, limitava-se a atender trabalhadores formais, deixando parte significativa (trabalhadores informais e desempregados) à margem do sistema.

Esses problemas se dão, como atesta Polignano (2013), pelo fato dos investimentos terem sido direcionais para a rede privada. Ainda segundo o autor, a ditadura, por si só, seria incapaz de justificar por um longo tempo um governo ditatorial e repressivo, de modo que o regime instituído procurou atuar através da formulação de algumas políticas sociais na busca de uma legitimação do governo perante a população. Assim, a criação do INPS, do FGTS, do BNH, do Planasa, do PIS, do Pasep, do Prorural, do Funrural, da SUCAM e do PIASS foram formas de se firmar enquanto governo perante a população, uma vez que a repressão seria insuficiente para sustentar tal projeto de poder.

A criação do INPS também é criticada pelo autor, posto que ao criar o INPS e unificar os benefícios do Estado, aumentou-se a base de contribuição que, aliado ao

milagre econômico da década de 70 e ao pequeno percentual de aposentadorias e pensões em relação ao total de contribuintes, permitiu ao sistema acumular grande aumento do volume dos recursos financeiros capitalizados sem que, contudo, houvesse ampliação da estrutura para que fosse capaz de atender a esses beneficiários sob a cobertura dos INPS. De acordo com Vargas (2008) no início da década de 80, esse sistema, INPS/ INAMPS, começa a mostrar sinais de esgotamento. A previdência começa a "envelhecer" e a fase de captação de recursos começa a dar lugar a uma fase de maiores gastos, a partir do surgimento das primeiras aposentadorias e pensões, a Previdência passa a ter que gastar um dinheiro que já não tem.

Assim, em 1975, na V Conferência Nacional de Saúde, como atestam Ferreira e Moura (2006), o Governo percebeu que era imprescindível abandonar o modelo de saúde curativo e individual e enfatizar os serviços de prevenção coletiva. A descentralização começou a dar seus primeiros passos a partir da criação das coordenadorias regionais de saúde, apesar de as mesmas já serem mencionadas desde a III Conferência, em 1963.

Decorrente da crise do sistema de saúde previdenciário, iniciativas de extensão de cobertura assistencial a nível estadual e municipal foram reforçadas pelo governo. Uma dessas ações foi a elaboração de um plano de reorganização da assistência à saúde, em 1980, o PREV-SAÚDE, com características muito semelhantes ao projeto da Reforma Sanitária, prevendo a implantação de uma rede de serviços básicos, com a descentralização do setor, participação popular e integração dos Ministérios da Saúde e da Previdência que, no entanto, devido a intervenções externas, não foi colocado em prática (VARGAS, 2008).

Em 1981 o Plano CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária) incorporou algumas propostas da Reforma Sanitária, como as Ações Integradas de Saúde (AIS). As AIS propiciaram o surgimento das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), base para os Conselhos de Saúde e para a implantação, mais tarde, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), a primeira aproximação estratégica para o SUS (VARGAS, 2008).

Para fazer uma análise com mais prioridade, a Figura 2 apresenta a taxa de mortalidade entre os períodos de 1960 a 1985.



Figura 2 – Gráfico das Taxas de mortalidade no Brasil por mil nascidos vivos entre 1960 1985.

Fonte: Brasil (2004b)

Ao analisar as taxas de mortalidade infantil no Brasil, por mil nascidos vivos e por grandes regiões, observa-se que também houve redução dos seus valores, conforme ilustrado na Tabela 1 que segue.

Tabela 1 - Taxas de mortalidade infantil no Brasil por macrorregiões

Grandes Regiões	Taxas de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)					
	1950	1960	1970	1980	1991	2000
Brasil	135	124	115	82,8	47,5	29,7
Norte	145,4	122,9	104,3	79,4	45,1	29,5
Nordeste	175	164,1	146,4	115,3	75,9	42,3
Sudeste	122	110	96,2	57	32,5	21,3
Sul	109	96	81,9	58,9	28	18,9
Centro-Oeste	119	115	89,7	69,6	33,3	21,6

Fonte: BRASIL (2004b)

No que diz respeito à esperança de vida ao nascer da população brasileira na década de 1960, por grandes regiões brasileiras, é possível observar que todas as regiões alcançaram um aumento nos seus valores quando comparados os anos de 1960 e 1980 (Figura 3). A região Nordeste, embora continuasse a apresentar em 1980 a esperança de vida ao nascer mais baixa do país, teve seus valores elevados de 40 para 58,3 anos, quando comparados os anos de 1960 e 1980, respectivamente, conforme pode-se observar na Figura 3 a seguir.

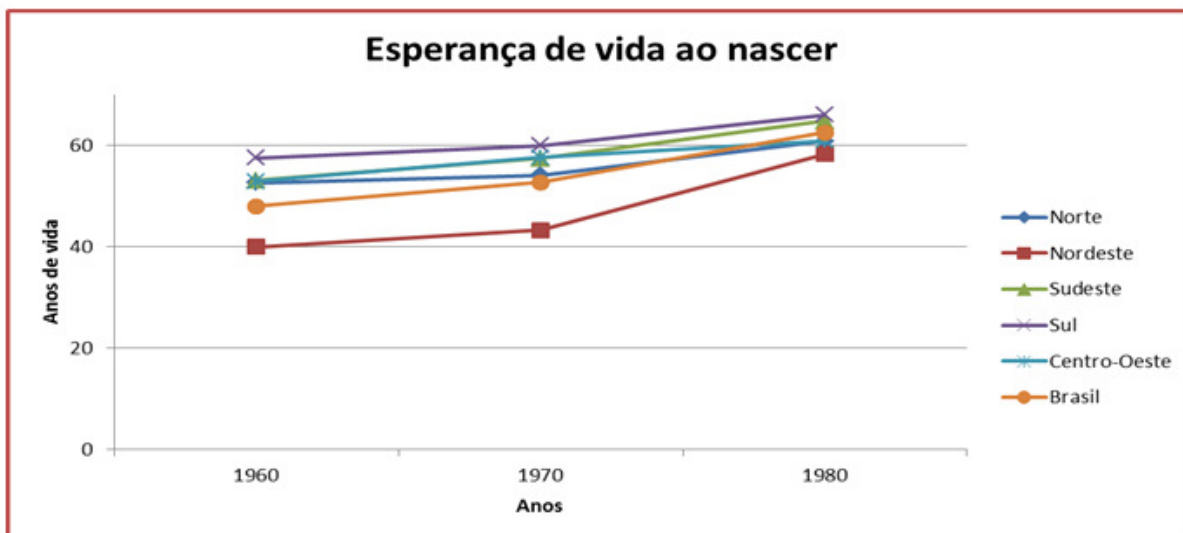


Figura 3 – Gráfico de Esperança de vida ao nascer no Brasil por macrorregiões entre os anos 1960 e 1980.

Fonte: Brasil (2004b).

Os índices de analfabetismo no Brasil reduziram de 39,7% do total da população referente ao Censo Demográfico de 1960, para 25,9% em 1980. Este cenário é ilustrado na Figura 4.

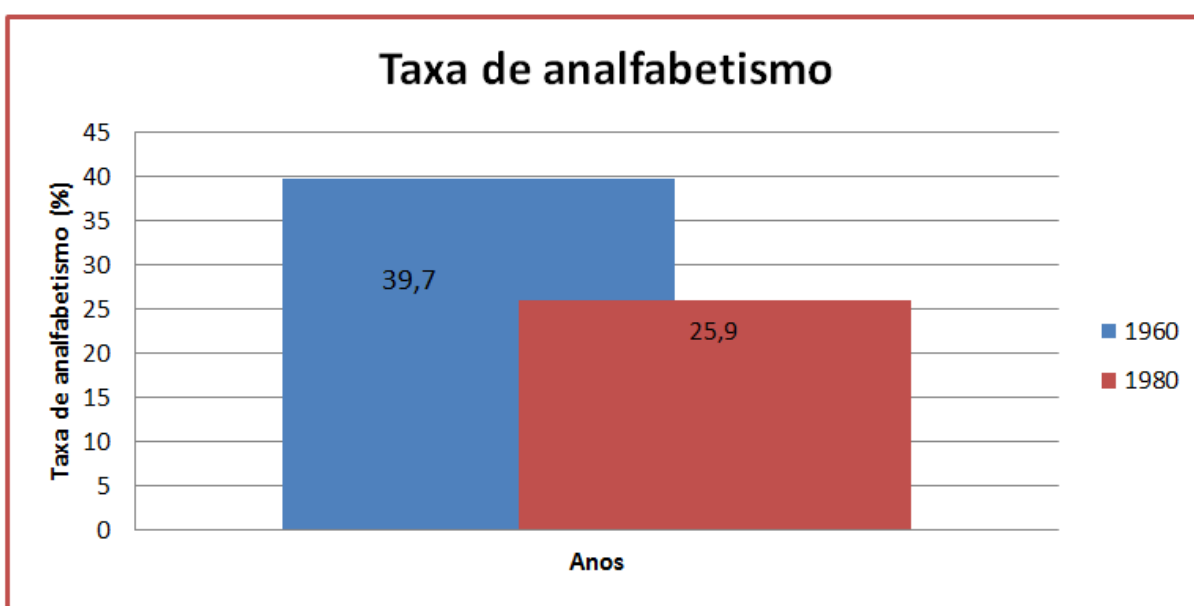


Figura 4 – Gráfico da Taxa de Analfabetismo no Brasil em 1960 e 1980.

Fonte: Brasil (2004b)

Apesar desses valores positivos apresentados, uma questão a ser levantada no que se refere à redução desses índices é: os avanços ocorridos no período do Regime Militar não seriam, na verdade, resultados de avanços mais gerais da própria medicina, bem como da urbanização da população brasileira? Assim, pode-

se verificar alguns dados de levantamentos realizados pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), que segue na Tabela 2.

Tabela 2 - Taxas de mortalidade, estimadas segundo quinquênios, por países da América Latina.

País	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000
América Latina	128	114	102	92,2	81,5	69,8	57,4	47,3	38,3	31,9
Argentina	65,9	60,4	59,7	57,4	48,1	39,1	32,2	27,1	24,4	21,8
Bolívia	176	170	164	158	151	131	109	90,1	75,1	66,7
Brasil	135	122	109	100	90,5	78,8	63,3	52,4	42,5	34,1
Chile	120	118	109	89,2	68,6	45,2	23,7	18,4	14,1	11,5
Colômbia	123	105	92,1	82,2	73	56,7	43	35,3	27,6	24
Costa Rica	93,8	87,7	81,3	67,7	52,5	30,4	19,2	17,4	14,5	11,8
Cuba	80,6	69,9	59,4	49,7	38,5	22,3	17,4	15,9	15,3	9,6
Equador	140	129	119	107	95	82,4	68,5	55,5	44,2	33,3
El Salvador	151	137	123	110	105	95	77	54	40,2	32
Guatemala	141	134	127	116	102	90,9	79,3	67,1	58,4	45,5
Haiti	220	194	171	150	135	131	122	100	85,5	70,3
Honduras	169	154	136	119	104	81	65	53	43,2	35,4
México	121	102	88	79,4	69	56,8	47	39,5	33,1	27,7
Nicarágua	172	151	131	114	97,9	90,1	79,8	65	48	33,6
Panamá	93	74,9	62,7	51,6	43,7	36,3	31,6	29,6	27	23,7
Paraguai	73,4	69,7	62,3	58,6	53,1	51	48,9	46,7	42,9	39,2
Peru	159	148	136	126	110	99,1	81,6	68	47,6	38,8
República Dominicana	153	139	124	109	95,9	86	75,2	62,9	47,6	41,3
Uruguai	57,4	53	47,9	47,1	46,3	42,4	35,5	22,6	20,1	15,6
Venezuela	106	89	72,8	59,5	48,7	39,3	33,6	26,9	23,1	20,7

Fonte: CEPAL (2009).

O que as tabelas 2, 3 e 4 mostram que houve queda significativa nas taxas de todos os países da América Latina estudados, mostrando que as reduções nesses indicadores ocorridas no Brasil não foram uma exclusividade nossa. Ao contrário, se comparados com países que seguiram uma agenda diversa da brasileira no período, com destaque para a experiência cubana, se percebe que as políticas aqui adotadas não foram bem sucedidas.

Na segunda metade da década de 1970 o regime militar começava a perder força na esfera econômica devido às crises do petróleo na economia mundial, pondo

fim ao chamado 'milagre econômico brasileiro'. A inflação aumentava drasticamente; os investimentos se voltaram para os gastos com importações do petróleo; as exportações declinaram e o endividamento cresceu; o valor real dos salários diminuiu; a População Economicamente Ativa (PEA) aumentou 2,8%, enquanto os números de desempregados atingiram 28,4%; os conflitos de terra se tornaram mais frequentes e violentos e a impopularidade do governo, juntamente com as greves e passeatas, aumentou. No início da década de 80 surgiram os primeiros casos de AIDS, sendo registrados em 1988, 4,8 mil casos. Ainda assim, as doenças causadas pela fome, aliadas à falta de saneamento básico foram as que mais atingiram a população brasileira. Em 1983, apenas 65% da população brasileira tinha acesso à rede de água e uma minoria de 30% à rede de esgoto (RODRIGUES, 1991).

Destaca-se no gráfico apresentado pela Figura 5, que em 1980 a região sudeste apresentava 70% de sua população com acesso à rede geral de abastecimento de água, sendo a região que continha, nessa época, os percentuais mais elevados, enquanto a o Nordeste possuía apenas 32% de sua população, evidenciando, dessa forma, as grandes diferenças regionais existentes no país nos anos de 1980.

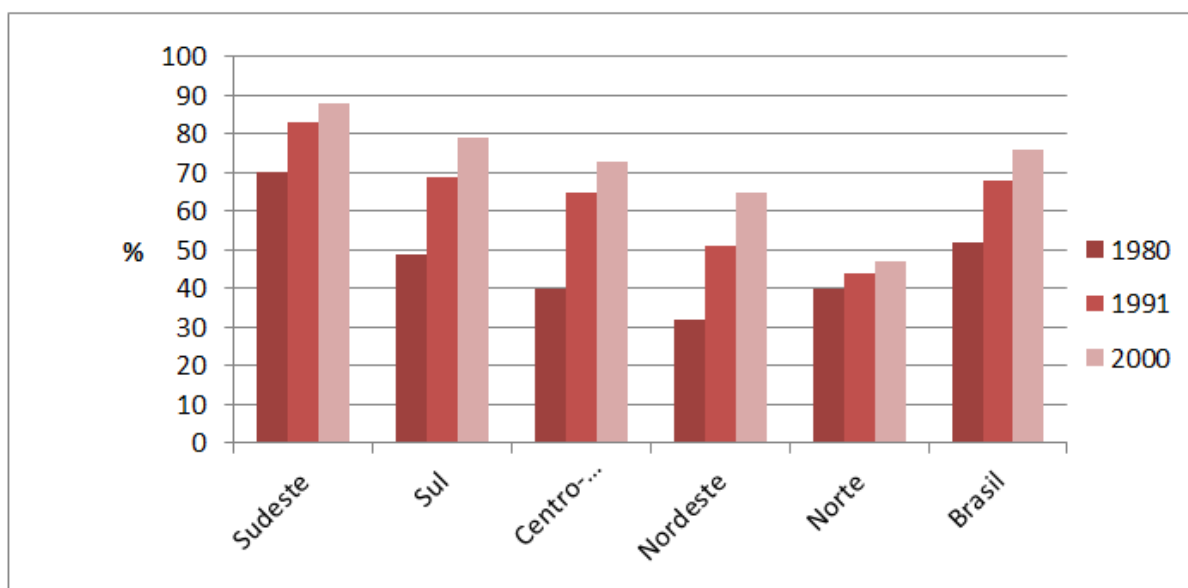


Figura 5 – Gráfico do percentual da população com acesso à rede de abastecimento de água, segundo região.

Fonte: Fonseca (2007)

Considerando o acesso da população brasileira, por regiões, à rede de instalação sanitária, em 1980, que é o que trata o gráfico ilustrado na Figura 6,

vemos que a região sudeste, mais uma vez apresenta os melhores valores, com uma taxa de 47% da população com acesso à rede de instalações sanitárias. As regiões Norte e Nordeste, por sua vez, contavam com 5% cada uma, muito abaixo da média nacional (25%) naqueles anos.

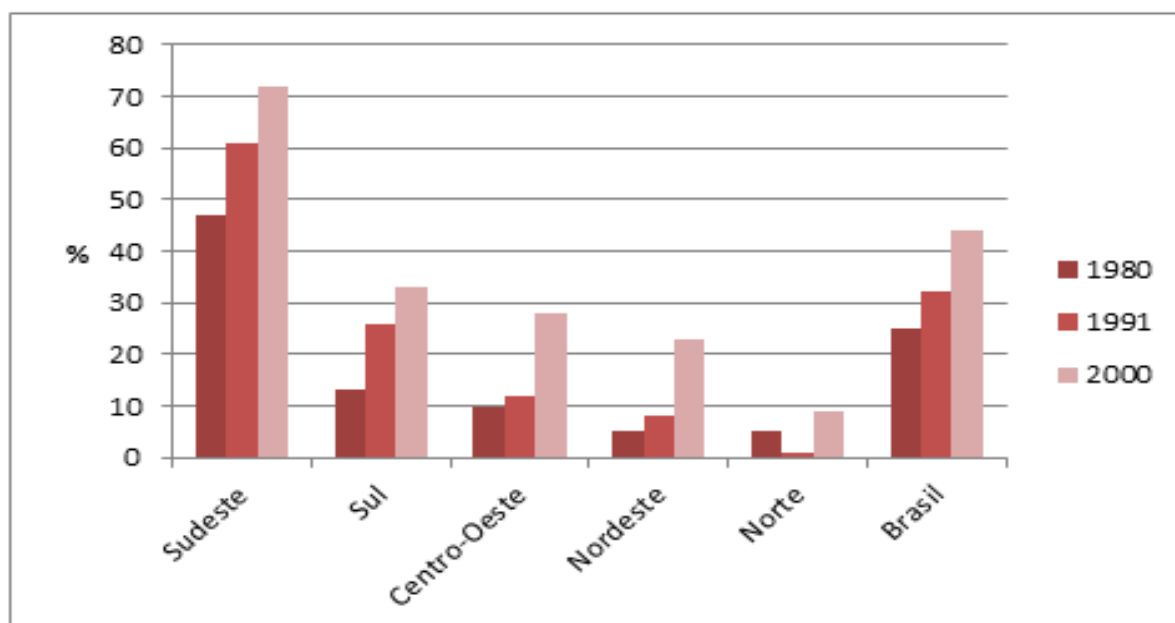


Figura 6 – Gráfico do percentual da população com acesso à rede de instalação sanitária segundo região.

Fonte: Fonseca (2007)

Embora o Brasil tenha obtido ganhos sobre as taxas de mortalidades gerais, particularmente no que concerne à esperança de vida ao nascer, o padrão das taxas de mortalidade por idade sofreu uma significativa alteração no decorrer dos anos 80. Se por um lado, ocorreu redução da mortalidade nas primeiras idades; por outro, houve elevação brutal das mortes de jovens e adultos jovens por causas externas (IBGE, 2000).

Além disso, o envelhecimento da população é resultado do declínio na fecundidade, e não na mortalidade, que reduziu de 6,3 filhos por mulher, nos anos 60; para 5,8, nos anos 70 e 4,5 filhos por mulher em 1980, colocando o país em um nível de fecundidade próximo ao de reposição (número de nascimentos constante e igual ao número de óbitos, gerando crescimento nulo) (BRASIL, 2004^a; CARVALHO; GARCIA, 2003). Assim, a taxa de fecundidade entre 1950 e 2000 apresenta-se na tabela 3.

Tabela 3 - Taxas de fecundidade totais no Brasil por regiões.

Grandes	1950	1960	1970	1980	1991	2000
---------	------	------	------	------	------	------

Regiões

Brasil	6,2	6,3	5,8	4,5	2,9	2,3
Norte	7,9	8,6	8,2	6,5	4,2	3,2
Nordeste	7,5	7,4	7,5	6,1	3,7	2,7
Sudeste	5,5	6,3	4,6	3,5	2,4	2,1
Sul	5,7	5,9	5,4	3,6	2,5	2,2
Centro-Oeste	6,8	6,7	6,4	4,5	2,7	2,3

Fonte: Fonseca (2007)

Para Vargas (2009), com o movimento da reforma sanitária, foram levantadas novas propostas que futuramente dariam origem ao SUS, baseadas num modelo voltado para as necessidades da população e de acesso universal.

Tais propostas procuravam resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. O conceito de saúde se expande e incorpora outros fatores relacionados, atento aos aspectos sociais, econômicos e culturais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se demonstrar nesse trabalho que os efeitos trazidos pelo regime militar à saúde foram extremamente perversos, embora tantas vezes possa se perceber naquele período o início de algumas políticas públicas de saúde, notadamente com a criação do INAMPS, e índices positivos no que dizem respeito à saúde pública. O que uma análise detida sobre o tema nos aponta, no entanto, é que ambos os pontos possuem apenas a aparência de políticas públicas bem sucedidas.

O INAMPS, por um lado, se mantinha preso a uma lógica privada, trazendo-a para a gestão da saúde pública. Com isso, centralizava-se as políticas na cura de pacientes enfermos e garantia-se o acesso à saúde apenas àqueles cidadãos que possuíam vínculo trabalhista. Essa lógica acabou por reforçar a desigualdade econômica brasileira, reproduzindo-a no que envolve a saúde. Os dados relativos sobre desigualdade regional nos ajudam a perceber como as regiões de menor desenvolvimento econômico acabaram tendo como consequência os menores indicadores também em questões relativas à saúde.

Por outro lado, os números analisados de forma literal, que aparentavam um avanço considerável durante o período militar em diversos dos índices que envolvem questões relativas à saúde, terminaram por não se sustentar em uma análise comparada com outros países da região latinoamericana. Não só a melhoria dos índices foi um fenômeno comum entre todos os países da região como vários países conseguiram resultados bem mais expressivos que aqueles obtidos pelo Brasil.

Somente com o fim do regime militar em 1985 foi possível que por meio da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e sua proposta de reforma sanitária por meio de um debate democrático bem como pela criação de uma Constituição Federal (1988) a saúde alcançasse seu conceito ampliado de estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença. Só então garantiu-se, também, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação e passou-se a compreender a saúde como direito de todos e dever do Estado, conforme diz o *caput* do artigo 196 da Constituição Federal. Assim, foi possível a criação do Sistema Único de Saúde e suas Normas Operacionais Básicas, visando garantir os princípios de descentralização, integralidade e participação da comunidade, princípios já esboçados na ideia de municipalização da saúde, da III Conferência Nacional de Saúde de 1963.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de Saúde no Brasil:reconstrução histórica e perspectivas atuais.**Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004** – uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. In: FONSECA, A. F. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fio Cruz, 2007.

BRASIL. Tendências demográficas:uma análise dos resultados da amostra do censos demográfico de 2000.**Caderno de estudos e pesquisas – Informação demográfica e socioeconômica**, nº13. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão. Rio de Janeiro, 2004b. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tendencias_demograficas/tendencias.pdf>. Acesso em:24/07/2014.

CEPAL. **Descrição das principais tendências do sistema educativo entre 1950 e 1980.** Disponível em:

<<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/25613/18Desarrollo%20y%20educacionT1cap4.pdf>>. Acesso em: 17/11/ 2013.

CEPAL. **Observatório demográfico.** Projeção de população. Publicação das Nações Unidas. Comissão Econômica para a América Latina e Caribe. Nações Unidas: Santiago de Chile, 2009. Disponível em:

<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/7/38297/OD7_Proyeccion_Poblacion.pdf>. Acesso em: 24/07/2014.

FAGNANI, E. **Ajuste econômico e financiamento da política social brasileira:** notas sobre o período 1993/98. Economia e Sociedade, Campinas, (13): 155-178, dez. 1999. Disponível em:

<http://www.eco.unicamp.br/docdownload/publicacoes/instituto/revistas/economia-e-sociedade/V8-F2-S13/07-Edu-Fagnani.pdf?origin=publication_detail>. Acesso em: 24/07/2014.

FAUSTO, Boris. **História do Brasil.** 12. ed., 2 reimpr. São Paulo: USP, 2007.

FERREIRA, M. A. L.; MOURA, A. A. G. **Evolução da Política de Recursos Humanos a partir da análise das Conferências Nacionais de Saúde (CNS).** Disponível em:

<http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/politica_rh_analise_cns.pdf>. Acesso em: 08/07/2014.

FONSECA, A. F. **O território e o processo saúde-doença.** Rio de Janeiro: EPSJV/ Fio Cruz, 2007.

GIOVANELLA, L.; BELISARIO, S. A. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2008.

HOCHMAN, G. **O Brasil não é só doença:** o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, jul. 2009, p.313-331.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil:** uma pequena revisão. Disponível em: <http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf>. Acesso em: 20/10/2013.

RODRIGUES, Marli. **A década de 80 - Brasil:** quando a multidão voltou às praças. São Paulo: Ática, 1992.

RODRIGUES, P. H.; SANTOS, I. S. **Saúde e cidadania:** uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

VARGAS, J. D. **História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil:** revisão da literatura. 2008. 32p. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) - Escola de Saúde do Exército, Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares. Rio de Janeiro, 2008.