

Autorização concedida ao Repositório Institucional da Universidade de Brasília (RIUnB) pela Chefe da Editora Universitária da UERN, Professora Anairam de Medeiros e Silva, em 21 de maio de 2020, para disponibilizar o texto integral da obra **Novas tecnologias aplicadas à saúde: integração de áreas transformando a sociedade**, gratuitamente, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, sem ressarcimento dos direitos autorais.

REFERÊNCIA

ROSA, Mário Fabrício Fleury; DOMINGUEZ, Aldira Guimarães Duarte; GUIMARAES, Sílvia. Contexto histórico do setor saúde no Brasil: uma leitura a partir do modelo privatista/previdenciário às atuais tendências da saúde coletiva. In: LEITE, Cícilia Raquel Maia; Suélia Rodrigues Fleury Rosa (org.). **Novas tecnologias aplicadas à saúde: integração de áreas transformando a sociedade**. Mossoró, RN: EDUERN, 2017. p. 15-53. Disponível em: <http://www.sbeb.org.br/site/wp-content/uploads/LivroVersaoFinal15-07-2017.pdf>. Acesso em: 27 maio 2020.

NOVAS TECNOLOGIAS APLICADAS À SAÚDE:
INTEGRAÇÃO DE ÁREAS
TRANSFORMANDO A SOCIEDADE

Organização:

Cicilia Raquel Maia Leite

Suélia de Siqueira Rodrigues Fleury Rosa





REITOR

Prof. Pedro Fernandes Ribeiro Neto

VICE-REITOR

Prof. Aldo Gondim Fernandes

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. João Maria Soares

COMISSÃO EDITORIAL DO PROGRAMA EDIÇÕES UERN:

Prof. João Maria Soares

Profa. Anairam de Medeiros e Silva (Editora Chefe)

Prof. Eduardo José Guerra Seabra

Prof. Humberto Jefferson de Medeiros

Prof. Sérgio Alexandre de Moraes Braga Júnior

Profa. Lúcia Helena Medeiros da Cunha Tavares

Prof. Bergson da Cunha Rodrigues

ASSESSORIA TÉCNICA:

Daniel Abrantes Sales

AUTORES:

Adriano O. Andrade

Adson da Rocha

Aldira Guimarães Duarte Dominguez

Alessandro Ribeiro de Pádua Machado

Amanda Gomes Rabelo

Ana Maria Guimarães Guerreiro

Ana Paula Machado Velho

Ana Paula S. Paixão

Bruno Elvis Costa Rodrigues da Silva

Bruno Lima Pessôa

Célia Aparecida dos Reis

Cicília Raquel Maia Leite

Cristiane Ramos de Moraes

Cristina Akemi Shimoda Uechi

Danielle Brasil Barros da Silva

Diego Colón

Emerson Fachin-Martins

Fábio Henrique M. Oliveira

Francisco Milton Mendes Neto

Glaukus Regiani Bueno

Jerffeson Gomes Dutra

Josimar Laurentino Serafim

Kayo Luann Nogueira Pinto

Kheline Fernandes Peres Naves

Letícia Gonçalves Nunes Coelho

Marcos Campos

Marcus Fraga Vieira

Maria Jose Ferreira Zaruz

Marina Pinheiro Marques

Marina Pinheiro Marques

Mário Fabrício Fleury Rosa

Paulo Henrique Ferreira de Araújo Barbosa

Pedro Fernandes Ribeiro Neto

Rodrigo Azevedo de Medeiros

Sílvia Guimarães

Suélia de Siqueira Rodrigues Fleury Rosa

Suellem Stephanie Fernandes Queiroz

Tiago Franklin Rodrigues Lucena

Catálogo da Publicação na Fonte. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

Novas tecnologias aplicadas à saúde: integração de áreas transformando a sociedade / Adriano O. Andrade... [et al.]; Cicília Raquel Maia Leite, Suélia de Siqueira Rodrigues Fleury Rosa (Organizadoras) . - Mossoró - RN, EDUERN, 2017.

284 p.

ISBN: 978-85-7621-164-8

1. Novas tecnologias - Saúde. 2. Engenharia Biomédica. 3. Sistemas de Saúde. 4. Processos interdisciplinares. I. Leite, Cicília Raquel Maia. II. Rosa, Suélia de Siqueira Rodrigues Fleury. III. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. V. Título.

CONTEXTO HISTÓRICO DO SETOR DE SAÚDE NO BRASIL: UMA LEITURA A PARTIR DO MODELO PRIVATISTA/PREVIDENCIÁRIO ÀS ATUAIS TENDÊNCIAS DA SAÚDE COLETIVA.

Mário Fabrício Fleury Rosa¹, Aldira Guimarães Duarte Dominguez², Sílvia Guimarães³

Resumo

No Brasil, o processo de desenvolvimento científico e tecnológico relaciona-se com as demandas sociais, mas, também, econômicas. Procedimentos teóricos/metodológicos e políticas públicas em saúde são revistos periodicamente. O setor da saúde pública, no Brasil, reflete essas transformações, após a reforma sanitária ocorrida nas décadas de 1970 e 1980, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma área de conhecimento e perspectiva de criação de novas tecnologias consolidam-se, caso da Saúde Coletiva. Alguns elementos contribuíram para o delineamento desse campo: questionamento sobre o modelo biomédico; consolidação de procedimentos teóricos/metodológicos marcados pela perspectiva interdisciplinar e qualitativa em saúde. O presente capítulo procura analisar o contexto de inserção da Saúde Coletiva como uma área de conhecimento que está presente na formulação de políticas e criação de novas tec-

1 - Doutorando em Ciências e Tecnologias em Saúde – Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde (PPGCTS) – Universidade de Brasília (UnB) – Faculdade de Ceilândia (FCE).

2 - Docente do curso de Saúde Coletiva do Campus Faculdade de Ceilândia (FCE) da Universidade de Brasília (UnB).

3 - Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde (FCE) da Universidade de Brasília (UnB).

nologias. Para tanto, serão analisados: a) historiografia sobre a influência da saúde pública no processo de desenvolvimento científico e tecnológico nacional e formação do sistema de saúde brasileiro; e b) epistemologia da saúde coletiva e assimilação de novas tecnologias em saúde. A medicina sanitária e bacteriológica do início do século XX foi responsável pela implementação da pesquisa experimental, no Brasil. Também, esteve presente na formulação do sistema de saúde previdenciário como base do sistema de saúde nacional. A Saúde Coletiva como área de conhecimento e movimento social se fortalece e apresenta respostas às demandas sociais e aos novos problemas e necessidades de saúde. As tecnologias denominadas - leve; leve-dura; dura – apresentam-se primordiais para o avanço de políticas públicas em saúde, especialmente, na melhor efetivação do SUS

Palavras-chave: *Sistemas de saúde; saúde coletiva; processos interdisciplinares;*

1.1 INTRODUÇÃO

Atualmente, no Brasil, vive-se uma crescente interação de diferentes áreas do conhecimento como – ciências médicas, humanas, sociais e engenharias. Trata-se de nova perspectiva acadêmica norteada por procedimentos teórico-metodológicos que devem se readequar a este movimento assim como a construção de objetos de reflexão. No campo da saúde, tal perspectiva contribuiu na constituição dos saberes científicos atinentes às problemáticas que levantam.

Especialmente, no campo da saúde pública – entendida como espaço de atuação do Estado em suas diversas vertentes na produção do cuidado de grupos populacionais - cabe enfatizar que a construção de um objeto não se define pela restrição como Weil, D'Ambrosio e Crema (1993) afirmam acontecer no campo da disciplinaridade, ou seja, a fragmentação do objeto em três diferentes níveis: o da matéria (forma sólida, líquida, ígnea e gasosa), o da vida (vegetal, animal e humana) e o da programação, com informações identificadas tanto no nível da matéria como no nível da vida. Mas, o objeto se constrói a partir da perspectiva do encontro entre disciplinas. Assim, um problema de saúde pública envolve o olhar sobre o corpo biológico, questões sociais, ambientais, econômicas. Nesse sentido, saúde pública diz respeito ao campo interdisciplinar, que envolve um olhar holista. As questões que a saúde pública apresentam serão resolvidas ao se seguir o movimento contrário que forçou a disciplinaridade.

A interdisciplinaridade estabelece novas possibilidades de pesquisa, construção de tecnologias e formulação de políticas. O processo interdisciplinar, segundo Alvarenga et al. (2011), “inscreve-se no amplo movimento de reflexão crítica sobre o tipo de avanço da ciência e tecnologia no mundo moderno [...]” (ALVARENGA et al., 2011, p.3).

Diante deste cenário, na saúde pública, as ciências sociais e humanas por meio da pesquisa qualitativa⁴, abriram novas possibilidades tanto para o estudo de temas vinculados à área da saúde em si quanto na formulação de políticas e garantias de direitos. No campo dos direitos, cabe enfatizar que o direito à saúde que vigora na Constituição Federal de 1988, como um direito de todos de dever do Estado, não apresentou uma definição prévia do que é saúde, o que evidencia a perspectiva de estudo das ciências sociais que se debruça sobre as representações e práticas dos sujeitos e grupos sociais, que são diversas. Nesse sentido, houve o cuidado de não apresentar o olhar de uma ciência ou de um grupo social na definição do direito à saúde.

É bem verdade, de acordo com Deslauriers e Kérisit (2012), “que as semelhanças possibilitem que os pesquisadores qualitativos estabeleçam um diálogo com os outros pesquisa-

4 - De acordo com Minayo (2012), a pesquisa qualitativa está voltada para o universo dos significados, das crenças, dos conceitos, valores, representações, os quais não são passíveis de serem quantificados.

dores, e também que as particularidades da pesquisa qualitativa ilustrem sua contribuição ao desenvolvimento metodológico nas ciências sociais” (DESLAURIER; KÉRISIT, 2012, p.128). Acrescento, aqui, as possibilidades de criação de novas tecnologias no campo da saúde, conforme veremos adiante. As ciências humanas e ciências sociais, a partir da década de 1970, incorporam-se de forma definitiva nos debates, envolvendo temas relacionados com a saúde pública, inclusive contribuindo com ações como a Reforma Sanitária, que culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Nesse sentido, os desafios teóricos e metodológicos vinculados às investigações sobre a saúde pública intensificaram-se nas últimas décadas, visto que, historicamente, a área da saúde pública no Brasil passou a responder a ações de atores sociais até então pouco representados, como os movimentos populares na saúde, de profissionais da área da saúde e formuladores de políticas públicas entre outros. Nesse contexto, o encontro entre métodos científicos assume posição de destaque em pesquisas envolvendo temas novos como os de saúde e meio ambiente e desigualdade em saúde.

Entre as áreas de conhecimento que fomentam o setor da saúde pública, na atualidade, evidencia-se a saúde coletiva⁵, que apresenta possibilidades de construção de tecnologias e atuam diretamente e para além dos serviços públicos de saúde, e ultrapassa um enfoque clínico sobre o corpo biológico, mas diz respeito a processos históricos, econômicos, ambientais e sociais. Mehry e Feuerwerker (2009) afirmam que o foco das tecnologias sobre a cura de um corpo biológico acaba por se basear em uma relação de escuta empobrecida. Desse modo, muitos elementos constitutivos da vida são deixados de lado. O sofrimento humano aborda questões mais amplas que o corpo biológico e como lidar com isso. Diante desse cenário a interdisciplinaridade que marca a saúde coletiva, especialmente, sua vertente das ciências humanas e sociais, apresenta caminhos para solucionar esses problemas. E isso se relaciona com questões que tocam o tema da técnica e tecnologia.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define tecnologia em saúde como a “aplicação de conhecimentos e habilidades organizados na forma de dispositivos, medicamentos, vacinas, procedimentos e sistemas desenvolvidos para resolver um problema de saúde e melhorar a qualidade de vida”⁶. O conceito de tecnologia em saúde passou a ser problematizado, analisado por uma vertente genealógica e destrinchado. Schraiber, Mota & Novaes (2017) relaciona tecnologias e modos de produzir intervenções em saúde a diferentes contextos sócio-históricos. De acordo com Mehry (2002), é possível visualizar três tipos de tecnologias de saúde: leves, leve-duras, duras. As tecnologias duras se referem aquelas que visam o corpo bio-

5 - Segundo Nunes (1994), a saúde coletiva é tanto um movimento social quanto uma disciplina que se consolidou após a reforma sanitária que criou o SUS em 1988.

6 - CATES – Centro Colaborador do SUS. Avaliação de Tecnologias & Excelência em Saúde. O QUE É TECNOLOGIA EM SAÚDE? Disponível em: <<http://www.cates.org.br/content/cont.php?id=20>>. Acesso em: ag. 2016.

lógico são os equipamentos e máquinas, tratam de saberes e fazeres estruturados e materializados. As tecnologias leves-duras se referem a saberes agrupados que organizam trabalhos, são as normas, protocolos. Por sua vez, as tecnologias leves acontecem nos processos de trabalho em ato, dependem da inter-relação, envolve a subjetividade e autonomia.

A esse propósito, vale ressaltar a distinção elaborada por Campos (2010), que afirma “que durante os anos setenta e oitenta do século XX, a Saúde Pública brasileira transformou-se radicalmente, sendo rebatizada de Saúde Coletiva”. Desse modo, justificando que a nova denominação foi necessária “porque se pretendia indicar que, graças a todo um prolongado trabalho de reelaboração teórica e prática, haver-se-ia constituído um novo paradigma, uma nova maneira de compreender e agir sobre o processo saúde e doença” (CARVALHO, 2010, p.13). A partir da consolidação da Saúde Coletiva, questões reconhecidas como novas tecnologias em saúde começaram a ser vinculadas na rotina do setor da saúde; e termos e conceitos como tecnologias leves, leves-dura e duras⁷ passaram a orientar ações relacionadas às políticas públicas em saúde elaboradas pelo Ministério da Saúde (MS), dentro da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), em seu Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde (DECIIS), operacionalizado pela Coordenação Geral de Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde (CGEMS)⁸.

O paradigma biomédico para a saúde, o qual foca na doença sem levar em conta fatores sociais, e o modelo médico-hospitalar – que prioriza as relações comerciais em saúde, que durante todo o século XX deu base para os procedimentos teóricos metodológicos do setor - perde vigor nas décadas de 1970 e 1980, com o advento da Reforma Sanitária brasileira. Um espaço que marcou essa mudança de perspectiva foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), no ano de 1986, que se configurou na antissala para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição de 1988 definiu a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. Posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990), estabelece as regras constitucionais do SUS. Vale ressaltar que o SUS, conforme Paim (2009), “é apenas uma das respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde da população brasileira”. Ao lado do SUS, aduz o pesquisador, “políticas econômicas, sociais e ambientais são fundamentais para a promoção da saúde e para a redução de riscos e agravos” (PAIM, 2009, p.75).

Neste capítulo, tem-se por objetivo refletir, a partir de perspectivas históricas, o papel da saúde pública fomentando o desenvolvimento científico e tecnológico nacional; a perspectiva do avanço do paradigma biomédico à medida que a medicina previdenciária assume pa-

7 - MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC; 2002.

8 - Para maiores informações, disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sctie>>. Acesso em: 20 de set. 2016.

tamare inquestionáveis no sistema de saúde; e se contrapondo a este movimento, a influência de novos desafios sociais nos sistemas de saúde brasileiro abrindo espaço para a consolidação da Saúde Coletiva; e a ascensão de novas tecnologias em saúde sob o viés da Saúde Coletiva e Promoção da Saúde.

1.2 O CAMPO DA HISTÓRIA: CONTRIBUIÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

A historiografia sobre o setor da saúde pública, no Brasil, confunde-se com o desenrolar do próprio desenvolvimento científico e tecnológico nacional. Muitos autores considerados importantes para a História da Ciência brasileira⁹ afirmam que graças à organização do setor da saúde no início do século XX, mais especificamente da saúde pública – identificada pelas ações na área da medicina sanitária e medicina bacteriológica –, o Brasil passou a orientar cientificamente as pesquisas de caráter experimental.

São justamente as características da pesquisa experimental da área da saúde, entre os anos de 1900 e 1930, que motivaram outras áreas do conhecimento (Física, Química e Matemática) a romperem com os preceitos positivistas¹⁰ para a ciência e engendrarem ações pautadas principalmente pelo modelo experimental, base para o desenvolvimento tecnológico que se conhece atualmente.

O tema saúde pública historicamente ocupa lugar de destaque em discussões interdisciplinares¹¹, sejam regionais e/ou globais, envolvendo setores da área médica, áreas afins e outras áreas do conhecimento – instituições estatais e/ou privadas – que compõem esse conjunto social. Várias são as construções conceituais para o termo saúde pública, entretanto a maioria das abordagens evidencia aspectos em comum, entre eles: coletividade; sistemas e serviços de saúde; processos saúde-doença; investimentos públicos e privados; políticas públicas; e avaliação de políticas e programas de saúde; todos inseridos no conjunto de condições determinantes sociais, políticas e econômicas.

9 - Como o pioneiro Fernando de Azevedo que, ainda na década de 1950, organizou o clássico *As Ciências no Brasil* vv. 1 e 2; e outros mais atuais, a saber: Simon Schwartzman em sua obra *Formação da Comunidade Científica no Brasil* de 1979; Ana Maria Fernandes, cuja obra escrita, em 1990, denomina-se *A construção da ciência no Brasil* e a SBPC; e Shozo Motoyama onde relata o papel da ciência e tecnologia para a sociedade, em seu livro *Uma História de Política Científica e Tecnologia*, de 1999.

10 - Há de se colocar, também, que os modelos teóricos das investigações científicas no Brasil estavam alicerçados nas influências do pensamento positivista de Comte, da ciência acabada, com poucas perspectivas para a mudança (FLEURY ROSA, 2013, p.18)

11 - Por interdisciplinaridade, entende-se o processo de ligação entre duas ou mais áreas distintas do conhecimento.

A virada dos séculos XIX para os XX evidencia a interação entre os setores da saúde pública com processos de desenvolvimento científico e tecnológico das sociedades. O progresso tecnológico e o desenvolvimento científico surgem como uma ideal capaz de possibilitar uma vida mais fácil e confortável à humanidade e passam a exercer papel importante nas relações entre o homem e o meio no qual esse sobrevive. E estão intimamente ligados ao avanço da ciência moderna e o desdobramento de pesquisas científicas, essa última mais aparente a partir do início do século XX.

Discussões sobre ciência e tecnologia, como afirma Schwartzman (1979), levam a crer que não há como distinguir, de forma clara e indiscutível, onde começa uma e termina a outra (SCHWARTZMAN, 1979). Desenvolvimento científico e pesquisa tecnológica são temas que se correlacionam constantemente e que passaram a influenciar diretamente nas concepções relacionadas a outros setores considerados estratégicos na maioria das nações modernas, como o da saúde pública. O século XX se transformou na era da tecnologia, todavia, esse movimento é acompanhado de discussões sobre a relação entre avanços tecnológicos e seus impactos sociais. As primeiras três décadas desse século estabeleceram uma aproximação definitiva entre os fazeres científicos e o desenvolvimento tecnológico com as nuances inseridas no arcabouço da saúde pública, a intersecção entre as duas áreas fica perceptível nesse momento histórico, a exemplo da interação do estudo da microbiologia e o equipamento microscópio.

Outrossim, o avanço epistemológico da ciência dá-se com o início da chamada ciência moderna, a partir de ações impetradas por consagrados e históricos teóricos e homens da ciência, como Nicolau Copérnico (1473-1543) – divulgador da teoria heliocêntrica (o Sol como centro do universo); Francis Bacon (1561-1626) – que defendia a experimentação e o método empírico, tese de sua obra “Novum Organum”, e a indiscutível influência de Galileu Galilei (1564-1642), com suas famosas descobertas na área da astronomia, que, juntos, contribuíram na fundamentação dos alicerces da denominada ciência moderna. Conforme Bernal (1971), o período entre 1450-1690 foi testemunha da transformação da experiência e o cálculo no novo método da ciência natural (BERNAL, 1971, p.374).

O amadurecimento da ciência moderna transitou em paralelo às necessidades materiais oriundas de algumas sociedades no processo de transição do sistema antigo (feudal) para o capitalista, desse modo, propiciando rupturas no curso natural de relações sociais historicamente estabelecidas (sociedade manufatureira), que sofreu modificações motivadas, muitas vezes, pelos impactos relacionados à Revolução Industrial. Vale ressaltar que, no decurso do final da segunda metade do século XVIII, fortalece a concepção filosófica que influenciaria – de forma predominante – o desenvolvimento acadêmico e científico em um contexto geral, a saber: a corrente filosófica denominada positivismo. Consolidada na ciência, no século XIX, como tese apreçada pelo francês Augusto Comte (1798-1857), ao defender a substituição de

uma especulação racional da Filosofia pelos dados positivos da ciência, conforme demonstra os autores (RAMOS, 2011; NEVES, 2011; CORAZZA, 2011). Nessa atmosfera, enraíza-se uma das concepções filosóficas de longo alcance e de forte influência na construção científica, do mundo contemporâneo, o já mencionado positivismo.

A expansão científica, tanto nas áreas teórica quanto técnica, assume patamares avançados para época, em meados do século XIX, apoiada em larga medida pela influência do positivismo da ciência. A intersecção entre novas concepções a respeito da ciência, aquelas providas por Copérnico, Bacon e Galileu, entre outras, e o positivismo que teve Comte como seu maior representante, resulta em um enlace consensual. Fortalecendo, conforme relatos dos autores supracitados, terreno fértil para o desenrolar científico e tecnológico.

Nesse contexto, o desenvolvimento científico contemporâneo e o surgimento de diferentes tecnologias, a partir do século XIX, resultaram na multiplicação de campos de pesquisa, áreas do saber e especialização cada vez maior dos cientistas. A expansão do fazer científico em disciplinas distintas, e em separado, acompanhando tendência histórica como exposto, possibilitou que áreas do saber, como a Física, Química e Biologia, expandissem e proliferassem em subciências apartadas (BERNAL, 1971, p.555). Lançando, com isso, a possibilidade de inúmeras descobertas no infundável universo da ciência, ao que o autor refere como a consolidação de grandes descobertas no início do século XX.

Desse modo, pesquisas científicas oriundas de setores científicos como os da Física e da Química – da última década do século XIX – incrementaram grandes descobertas científicas como a da radioatividade (CURIE, 2002). Setores da indústria, construção civil e atividades vinculadas à terra, ou seja, áreas como as Engenharias, Arquitetura, Indústria e Agronomia – atividades técnicas históricas – evoluem com o advento da tecnologia e acompanham o processo modernizante dos avanços técnicos possibilitados por conceitos tecnológicos.

Por sua vez, a microbiologia fortaleceu-se ao longo da segunda metade do século XIX, apoiada em esforços de atores sociais históricos da área da saúde pública, como Louis Pasteur (1822-1895). Muitos foram os cientistas que fundamentaram a teoria microbiológica da doença¹², entretanto é natural direcionar essa consolidação a Louis Pasteur devido à disseminação global do avanço da matéria (estudo da biologia dos micro-organismos, das doenças e vacinas) postulada pelo Instituto Pasteur, inaugurado em 1887.

Para o delineamento do setor da saúde pública, a partir da segunda metade do século XIX, o estudo e a aplicação dos conhecimentos vinculados à microbiologia ocuparam lugar de destaque. A interação do setor da saúde pública e o desenvolvimento tecnológico, esse último

12 - Entre os mais citados: Ferdinand Julius Cohn (1828-1898); e Heinrich Hermann Robert Koch (1843-1910).

Quadro 1.1 - Contextos do surgimento da microbiologia (pesquisa experimental)

Dados Históricos	Desfechos
<p>Limitação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprovaram a transmissibilidade da doença através da inoculação subcutânea da saliva de um cão raivoso e um são; <p>Avanços nas investigações sobre os corpos infinitamente pequenos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Na cidade francesa de Lille, Pasteur demonstrou que a fermentação dos vinhos e das cervejas estava associada à atuação de micro-organismos específicos; <p>Comprovação da ação de micróbios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suas investigações iriam mostrar que o mal era consequência da ação de um micróbio transmitido às lagartas através do ovo das borboletas; <p>Consolidação da Teoria Microbacteriana:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasteur afirma que grande parte das doenças contagiosas e dos processos infecciosos também se devia à ação dos micróbios; e seus estudos então se voltaram para a identificação de diversos micro-organismos causadores de doenças em animais e humanas e, em seguida, para a busca de vacinas para as doenças; 	<p>Primeira Investigação para a doença da Raiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gruner e Salm-Reifferscheidt realizaram, em 1813, os primeiros trabalhos experimentais sobre a transmissão da raiva; <p>Primeira pesquisa de Louis Pasteur sobre a função dos micro-organismos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os trabalhos do químico francês Louis Pasteur sobre a função dos micro-organismos na fermentação das cervejas foram realizados a partir de 1854; <p>Aproximação de Pasteur com a medicina e a veterinária:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em 1865, a convite do Professor Jean-Baptiste Dumas, Pasteur voltou-se para o estudo de uma doença que atacava os bichos-da-seda; <p>Engajamento sobre os males relacionados aos micro-organismos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A partir de 1873, Pasteur passa a ser membro da Academia de Medicina da França;

Fonte: Elaborado com base em Teixeira,(1995)

representado principalmente pelo aperfeiçoamento do microscópio, pode ser considerada um ponto de contato entre esses dois grandes setores estratégicos naquele momento histórico. Grande parte do progresso alcançado pela Biologia, nos últimos cem anos, está intimamente associada aos aperfeiçoamentos introduzidos pelo microscópio (GRIMSTONE, 1980).

Os países com maior tradição em desenvolvimento científico e tecnológico já, no início do século XX, debatiam alguns limites do positivismo para a ciência, o que propiciou a assimilação e possibilidade de novos paradigmas¹³ para o desenvolvimento científico. Gradativamente, o desenvolvimento da área da saúde permitiu descobertas – como os profiláticos – que seriam capazes de tornar os organismos imunes aos micróbios causadores de grande parte das injúrias das sociedades, reconhecidamente um avanço na pesquisa experimental com base tecnológica.

1.2.1 Antecedentes históricos da saúde pública no Brasil

Uma das grandes preocupações da maioria dos países contemporâneos na área de saúde pública – sem dúvida – são as doenças e epidemias. Doenças e epidemias históricas – a peste negra, concentrada na Europa e Ásia do século XIV; bubônica – Brasil início do século XX; cólera – epidemia global – do século XIX; tuberculose e varíola prevaleceram no século XX; gripe espanhola e tifo, epidemias na primeira metade do século XX; febre amarela, mais aparente nos países da África e nas Américas, doença que castigou o Brasil, além da malária, sarampo, AIDS e outras como H1N1, conforme indica a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁴, são consideradas grandes epidemias ao longo da história e os prejuízos sociais e materiais atribuídos a esses fenômenos são, historicamente, atenuados pelo setor da saúde pública.

No Brasil, foi justamente o campo da saúde pública, em grande medida motivada por algumas mazelas supracitadas, que influenciou boa parte do desenvolvimento científico nacional. O período entre as três primeiras décadas do século XX apresenta-se como fundador das bases do desenvolvimento científico brasileiro no campo da medicina experimental, aperfeiçoado pela instituição e difusão do conhecimento das ciências biomédicas, consolidação dos postulados referentes à saúde pública e intervenção a posteriori de processos relacionados à saúde coletiva.

Segundo Fritsch (1986), entre 1870 e 1880, a tuberculose matou 20.196 pessoas, enquanto a febre amarela e a varíola, as duas mais importantes doenças epidêmicas, mataram 14.541 e 6.618, respectivamente, isso somente no estado do Rio de Janeiro¹⁵.

13- Quanto aos paradigmas na ciência ver: KUHN, Thomas. S. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva, 1991.

14 - Organização Mundial de Saúde - Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <<http://www.paho.org/bra/>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

15 - FRITSCH, Lilian de Amorim. Palavras ao vento: a urbanização do Rio Imperial. Revista Rio de Janeiro, Niterói, v. 1, n. 3, p. 75-85, 1986. In: MARQUES, E. C.: Da higiene à construção da cidade: o estado e o saneamento no Rio de Janeiro. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v.II, n.2, p.51-67, jul.-out. 1995.

Nesse período, países como Inglaterra, França, Estados Unidos da América, Canadá, Itália, antiga União Soviética entre outros, iniciavam o agrupamento das políticas referentes ao processo de desenvolvimento de pesquisas científicas em organizações para sua difusão e ordenação. Essa ação representa, conforme Lopes (1978), a consciência do papel da pesquisa científica como uma força básica, por meio da tecnologia, para a expansão econômica¹⁶. E a partir dessa perspectiva, alguns países passam a serem definidos como potências, um dos itens que qualifica um país como potência é o aprimoramento tecnológico, segundo White (2002), somado ao tamanho da população, posição estratégica e extensão geográfica, como também recursos econômicos e produção industrial, completa o teórico das relações internacionais.

O Brasil das primeiras três décadas do século XX, diante de tais critérios, apresentava baixo desempenho científico, tecnológico e industrial, seguido pelos restritos recursos econômicos, se comparados aos países considerados “potências” da época. Entrementes, começava a organizar seu setor científico buscando atender às demandas mais urgentes da época, com maior ênfase na área da saúde pública.

Segundo Junior e Nogueira (2002)¹⁷, a saúde emergiu como efetiva prioridade de governo no Brasil, no começo do século XX, com a implantação da economia exportadora de café, na região Sudeste. A melhoria das condições sanitárias, entendida então como dependente basicamente do controle das endemias e do saneamento dos portos e do meio urbano, tornou-se uma efetiva política de Estado, conquanto essas ações estivessem bastante concentradas no eixo agrário-exportador e administrativo formado pelos estados do Rio de Janeiro e São Paulo.

Mesmo com a aparente desvantagem do setor científico brasileiro, o setor da saúde pública no Brasil destacou-se internacionalmente. Os primeiros institutos de pesquisa no Brasil datam do início do século XX quando, conforme Lopes (1978), calamidades públicas e epidemias forçaram a criação, pelo Governo, de institutos de Biologia e Medicina experimental independentes das escolas de medicina.

O surto da peste bubônica¹⁸ no Brasil, que colocou os portos brasileiros de maior expoente – cidade de Santos no estado de São Paulo e cidade do Rio de Janeiro (DF) – no epicentro desse evento, modificou o status quo da pesquisa científica nacional¹⁹. Antes, porém, as Comissões de Geografia e Geologia – voltados para as explorações econômica mineral e vege-

16 - LOPES, José Leite. *Ciência e Liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978, p.18.

17 - RISI JUNIOR, João Baptista; NOGUEIRA, Roberto Passos. *As Condições de Saúde no Brasil*. In: FINKLMAN, Jacobo. *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

18 - Final do século XIX.

19 - As atividades econômicas de exploração mineral e vegetal sobressaíam também no cenário de pesquisa no Brasil até o final da década de 1890. Abrindo espaço para os centros de produção de vacina e soro contra a peste já em 1900. Ver em: Schawartzman (1979, p. 83).

tal – poderiam ser consideradas como centros representativos brasileiros de desenvolvimento científico, posteriormente cedendo esse postulado à área da saúde pública – medicina sanitária e bacteriana – que gradativamente ocuparam o lugar de destaque no processo de desenvolvimento científico nacional até a década de 1930.

Foi nessa emergência que o governo federal designou Oswaldo Cruz, recém-chegado de longo estágio em Paris, principalmente no Instituto Pasteur para, juntamente com Adolpho Lutz e Vital Brazil, designados pelo governo de São Paulo, a verificar a real etiologia da epidemia de Santos. Confirmado oficialmente que “a moléstia reinante em Santos é a peste bubônica”, decidiram as autoridades sanitárias instituir laboratórios para produção de vacina e soro contra a peste: Instituto Butantan, em São Paulo, e no Instituto Soroterápico Municipal, no Rio de Janeiro²⁰.

Apesar da movimentação dos aparelhos estatais visando à implementação dos institutos supracitados, nessa época, os quadros institucionais de pesquisa científica eram limitados e não possuíam estrutura compatível à importância dos trabalhos a serem realizados – produzir em alta escala insumos para o combate da peste bubônica, principalmente. O que fez com que muitos dos avanços fossem garantidos pelos esforços individuais de autoridades e cientistas envolvidos com a matéria e intervenções coletivas; sendo que as condições, mesmo que precárias e incipientes, foram suficientes para que surtiram efeitos legais e lançassem base para o profícuo desenvolvimento científico brasileiro; nesse momento, articulado por médicos, sanitaristas e agentes públicos, conforme amplamente divulgado na literatura especializada.

Com base nas questões brevemente levantadas sobre o papel da medicina sanitária e bacteriana no processo de desenvolvimento científico e tecnológico brasileiro das três primeiras décadas do século XX, é possível delinear o caminho das instituições que promoveram esse processo para a epistemologia da saúde pública no Brasil:

- Outros institutos e centros de pesquisas na área da medicina sanitária e bacteriológica surgiram na época e deram sustentabilidade ao setor de saúde pública brasileiro: O Instituto Soroterápico Federal foi consequência de empenhos do Barão de Pedro Affonso Franco – que o dirigiu entre 1900 e 1902; anteriormente, ele já havia criado, em 15 de setembro de 1894, na cidade do Rio de Janeiro, o Instituto Vacínico Municipal, oficializado pelo Decreto nº105, que tinha como objetivo desenvolver o serviço de vacinação contra a varíola ²¹. O Instituto Soroterápico Federal iniciou suas operações como anexo do Instituto Vacínico Municipal, com

20 - FIOCRUZ. Instituto Oswaldo Cruz (IOC). História. Criação do Instituto Soroterápico. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=60>>. Acesso em: 20 maio 2016. .

21 - INSTITUTO VACÍNICO MUNICIPAL (1894). Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/pdf/instvacmun.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

seu laboratório sediado na fazenda Manguinhos, sob a direção técnica de Oswaldo Gonçalves Cruz (1872-1917).

- Se, por um lado, os Institutos Oswaldo Cruz (Instituto Manguinhos) e o Instituto Vacínico Municipal²² evidenciavam-se como precursores de pesquisas biomédicas, saúde pública e medicina experimental, lotados no estado e município do Rio de Janeiro: por outro, o estado e o município de São Paulo contribuíam para emancipação científica nacional sob o mesmo viés. E, como o Rio de Janeiro, entram para a história do desenvolvimento científico brasileiro na área da saúde pública, em grande medida, representado pelos esforços realizados para o delineamento do Instituto Butantan.
- Outrossim, a trajetória para o que foi consolidada como Instituto Butantan, se confunde – em alguns aspectos – com o rito percorrido pelo Instituto Oswaldo Cruz²³. Cada qual guardando suas particularidades, mas comungando questões comuns, a saber: surto de peste bubônica nos portos brasileiros; necessidade de vacinas e soros para diferentes mazelas e regiões; florescimento da medicina sanitária; delineamento das políticas em saúde pública; desenvolvimento das ciências biomédicas; avanços da saúde coletiva brasileira e, uma característica em especial, a implementação da pesquisa médica experimental no Brasil.

1.3 SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL: O MODELO PRIVATISTA/PREVIDENCIÁRIO EM QUESTÃO

A Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, em seus artigos 196 a 200, sumariamente diz que a saúde passa a ser um “direito de todos e dever do Estado”²⁴, esse direito social garantido e assumido pelo Governo em suas esferas federais, estaduais e municipais, de forma universal e gratuita, consolida uma nova realidade para o setor da saúde

22 - Na década de 1920, o Instituto Vacínico Municipal passou a ser Federal, por força do artigo 1.185 do Decreto n. 14.354, de 15 de setembro de 1920. Nessa data, foi incorporado ao Instituto Oswaldo Cruz, tornando-se o braço vacinogênico de Manguinhos. Ver em: Diário Oficial da União (DOU). 18/12/1920. Seção 1.p. 3. Sabbado 18. 21059.

23 - Denominações: Instituto Soroterápico Federal (1900); Instituto de Manguinhos (s.d.); Instituto de Patologia Experimental (1907); Instituto Oswaldo Cruz (1908); Fundação Instituto Oswaldo Cruz (1970); Fundação Oswaldo Cruz (1974). Ver em: Instituto Soroterápico Federal. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Capturado em 28 abr. 2016. Online. Disponível na Internet <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/scripts/>

24 - CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988, em seus artigos 196 a 200 (seção II da Saúde).

no Brasil – graças a essa Constituição, a saúde eleva seu status, torna-se bem público e de livre acesso a todos. Apresenta-se como direito no sentido de que todos os indivíduos em território brasileiro têm garantido o acesso gratuito à saúde; e dever, uma vez que o papel do Estado seria implementar políticas sociais e econômicas a fim de minimizar as mazelas na saúde da população²⁵. Ficaram garantidos então, pela Carta de 1988, direitos sociais e de bem-estar para a sociedade brasileira, relacionados diretamente à atenção em saúde²⁶.

O novo cenário para o setor da saúde garantido na Constituição de 1988 – visando ao bem-estar da população e às suas condições de vida – materializou-se em grande medida, com a criação e implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, amparado pelas Leis n.8.080 e n.8.142, de 19 de setembro e 28 de dezembro de 1990, respectivamente. Entretanto o SUS vai muito além de políticas; planejamento; e gestão em saúde, ele é resultado de uma luta de classe, de um apelo social e de uma visão de mundo mais igualitária, e foi nesse processo de construção histórica do SUS que o papel da Saúde Coletiva se evidenciou.

Bastante influenciada pelo marxismo, estruturalismo e pós-estruturalismo francês, conforme Campos (2010), “a Saúde Coletiva desconstruiu, o quanto pode, o império biomédico dominante em pesquisa, ensino e práticas em saúde” (CARVALHO, 2010, p.13). A novidade foi que a área da Saúde Coletiva problematizava as ações da Saúde Pública, inclusive, apoiando-se em tendências advindas de movimentos sociais, ou seja, considerando aspectos da conjuntura social, econômica, política e cultural. O objeto da Saúde Coletiva passa a privilegiar os sujeitos e suas ações em desfavor do tratamento exclusivo das doenças.

A inovação da Saúde Coletiva diferenciava-se pela utilização de novas metodologias de pesquisa e análises (pesquisas qualitativas e métodos interdisciplinares), visando contemplar vários componentes que participam no cuidado da saúde, a exemplo do nível de renda, saneamento básico, acesso à educação, entre outros. Componentes esses que, muitas vezes, não recebiam o tratamento adequado na perspectiva de atenção à saúde no contexto do sistema biomédico tradicional e dominante na Saúde Pública. Igualmente, a década de 1980 foi palco de calorosas discussões metodológicas também na área das Ciências Humanas. Revel²⁷ – historiador francês – discutiu a necessidade da pesquisa histórica deparar-se com o que foi denominado como micro-história. Defendeu a atenção sobre a importância do princípio de variação das escalas da observação em seus vários pontos de análise (REVEL, 1998).

25 - Ações sanitárias; ações tecnológicas; ações de serviços que extrapolam a competência do Ministério da Saúde (MS), mas conjuntamente trazem melhorias que beneficiam a saúde.

26 - Segundo o Dicionário da Educação Profissional em Saúde, atenção em saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>>. Acesso em: 03 de set. 2016.

27- Outros nomes como Carlo Ginzburg; Giovanni Levi; Ronaldo Vainfas; entre várias, trabalham metodológica e teoricamente o recorte em micro-história.

Nesse cenário, a Saúde Coletiva, assim como a História, procura aumentar e ampliar as escalas de suas observações, para tanto, adaptou-se a outros arcabouços teóricos e metodológicos, como supracitados.

Para a Saúde Coletiva, tanto a metodologia da pesquisa qualitativa como o método da pesquisa interdisciplinar demonstraram relevância no desenvolvimento científico relacionado com a atenção à saúde. Esse novo ferramental teórico-metodológico ajuda a identificar sujeitos, saberes e fazeres em níveis, comumente, individuais até então com baixa articulação nos estudos da área da saúde, que, em última análise, contribuem para elaboração de políticas públicas, desenvolvimento e aplicação de tecnologias em saúde mais eficazes e específicas, dependendo do contexto.

Outrossim, o Brasil, já no final do século XX – com importante articulação política e social da Saúde Coletiva – delineou a versão do sistema de saúde que se conhece atualmente: o SUS. Termos hoje pacificados como Previdência Social e Assistência Social (Direitos Sociais), materializados ao longo do século XX no Brasil, estão literalmente imbricados no processo de formação e manutenção de nosso sistema de saúde. Por isso se revela a importância da aplicação de metodologias científicas, como a pesquisa qualitativa e processos interdisciplinares, para o desenvolvimento de políticas públicas em saúde a fim de contemplar, da melhor forma possível, as diversidades cultural e social que compõem os usuários do sistema de saúde brasileiro.

1.3.1. Sistemas de Saúde no Brasil: a vez da medicina previdenciária

A primeira metade do século XX testemunhou vários acontecimentos envolvendo esforços do Estado e da iniciativa privada em busca de institucionalizar o atendimento da população na área da saúde.

Nesse período, transformações políticas (adaptações à fase republicana); sociais (fenômeno da urbanização, formação do proletariado industrial e da classe média); e econômicas (industrialização); por exemplo, contextualizaram a busca sistemática do Brasil em estabelecer seus sistemas de saúde.

Todavia conceitos atualmente apaziguados como assistência social e previdência social, no período supracitado, não estavam ainda delimitados, o que ocorreu ao longo da segunda metade do século XX.

Entretanto, mister se faz a distinção entre os conceitos de assistência social e previdência social, sendo que esta última deve ser encarada como um seguro de contribuição mútua para que haja o reconhecimento pelo segurado no futuro, enquanto a primeira é financiada pelo governo por meio dos tributos pagos pela sociedade²⁸.

Essa diferenciação é de suma importância para a constante manutenção e aprimoramento do sistema de saúde, objetivando não regredir em aspectos cruciais para a formação de políticas públicas e financiamento do setor da saúde, uma vez que tanto a previdência social quanto a assistência a saúde são fundamentais para o bem-estar de uma sociedade.

Durante as duas primeiras décadas do século XX, sobressaíam algumas ações voltadas para o setor de saúde pública brasileiro, entre elas; a) a organização sanitária (arquitetura e urbanismo influenciados pela reforma sanitária do início do século; e pesquisa e desenvolvimento da medicina sanitária e bacteriológica); e b) a assistência médico-hospitalar (hospitais vinculados principalmente às faculdades de medicina e santas casas). Esse não sistema, como explica Paim (2009), foi formado ao longo do século XX, tendo como marca principal a separação entre as ações de saúde pública (ações sanitárias) e a assistência médico-hospitalar (PAIM, 2009, p.28)²⁹. Todavia as ações do governo voltadas à saúde da população são consideradas como assistência social ou assistência a saúde.

Com o advento do Brasil Republicano, a partir de 1889, a sociedade brasileira cada vez mais assimilaria o sistema capitalista em seus diversos setores estratégicos, principalmente em suas relações de trabalho. Não há uma forma definitiva em separar o Estado e a iniciativa privada no processo de formulação e consolidação do sistema de saúde brasileiro. Dependendo da época e das conjunturas, um ou outro participava mais efetivamente. Entretanto, durante a Primeira República (1889 e 1930), o Brasil adotava um tipo de política de concepção liberal de Estado, ficando por conta dos empregados e empregadores a normatização das coberturas em saúde, quando existiam; esses benefícios dependiam muito do poder de negociação dos empregados. Destacando que a conscientização do alto fator de impacto que a mão de obra imprimia no processo de produção ajudava os trabalhadores no momento de angariar direitos até então pouco institucionalizados, ou melhor, com baixa influência do Estado.

28 - Evolução histórica da previdência social no Brasil e no mundo. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11335&revista_caderno=20>. Acesso em: 01 out. 2016.

29 - Ver em: PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 148 p.

Batich (2004) salienta que

[...] nas primeiras décadas do século XX, empregados de uma mesma empresa, sem a participação do poder público, instituíam fundos de auxílio mútuo, nos quais também o empregador colaborava, de forma a garantirem meios de subsistência quando não fosse possível se manterem no trabalho por motivos de doença ou velhice” (BATICH, 2004)³⁰.

Por sua vez, “na segunda década do século XX, algumas iniciativas foram tomadas em relação aos serviços médicos de empresas. Havia fábricas em São Paulo que ofereciam serviços médicos aos trabalhadores, descontando para tal 2% dos salários” (PAIM, 2009, p.29). Estavam aí lançadas as bases que sustentaram o denominado modelo de Medicina Previdenciária, versão predominante durante quase todo século XX, para o sistema de saúde brasileiro. A medicina previdenciária é aquela que atende à parcela da população que faz contribuições previdenciárias e, assim, angariava acesso à maioria dos procedimentos médicos disponíveis.

Outrossim, ações estatais pesavam na consolidação do sistema de saúde brasileiro. Foi durante o governo do Presidente Artur da Silva Bernardes que surgiu o seguro social no Brasil. A Lei n.4.682, em 24 de janeiro de 1923³¹, de autoria do deputado federal Eloy Chaves, que deu essa providência legal inédita. A historiografia sobre a saúde pública brasileira sinaliza que essa ação foi importante para o processo de institucionalização do sistema de saúde nacional, visto que a Lei Eloy Chaves de 1923, como ficou conhecida, elaborou o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). As CAPs aumentaram a segurança jurídica das partes (trabalhadores e empregadores) no momento de estabelecerem seus contratos de seguro social (aposentadorias e pensões) e sinalizavam algum direito à assistência social (atendimento à saúde), o que pode ter significado aumento efetivo do acesso à saúde por parte dos trabalhadores.

No primeiro momento, as CAPs privilegiavam os trabalhadores ferroviários, gradativamente, expandindo-se para outros setores produtivos. As CAPs eram vinculadas ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores e, ao final de 1932, conforme Mercadante (2002), “existiam 140 CAPs com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e aproximadamente 8.800 pensionistas.” (MERCADANTE, 2012, p. 237)³².

30 - BATICH, Mariana. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. São Paulo em Perspectiva, v.18, n.3, jul./set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300004> . Acesso em: 03 de set. 2016.

31 - BRASIL. Presidência da República; Casa Civil; Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 4.682 em 24 de janeiro de 1923. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/dpl4682.htm>. Acesso em: 01 out. 2016.

32 - Descritivo dos antecedentes das políticas em saúde no Brasil, ver em: MERCADANTE, Otávio Azevedo (Org.). Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 328 p.

Em termos gerais, as CAPs procuravam garantir aos seus associados direitos previdenciários e, em alguns casos, dependendo da categoria, assistência médica e medicamentos. A gestão e o financiamento eram ordenados entre os próprios trabalhadores e os empregadores, com pouca interferência do Estado, o que muitas vezes convergiam em desvantagens aos trabalhadores por falta de maiores regulamentações trabalhistas e organização de classe. Nesse momento histórico, essas categorias, muitas vezes, investiam – material e pessoal – em ambientes de atendimento médico particular, ou seja, construíam ou alugavam os hospitais e consultórios e contratavam mão de obra especializada para fornecer atendimento somente para os que contribuíam para a determinada CAPs.

A década de 1930 incrementou essa relação entre público e privado, o Estado passou a atuar de forma importante nesse processo. Com a Revolução de 1930³³, os rumos políticos e econômicos brasileiros mudaram. Barbosa (1976) assevera que o

Brasil, depois de 1930, rompeu radicalmente com o liberalismo do *laissez-faire*³⁴ da República Velha para tomar os rumos do estatismo, na verdade a única solução cabível para muitos dos problemas que só foram equacionados com decisão, como os do aço, petróleo e da energia elétrica, entre outros (BARBOSA, 1973, p. 8).

As ações estatais avançaram, nesse sentido, foram criados os Ministérios do Trabalho, Indústria e Comércio – em 26 de novembro de 1930 – e o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), em 14 de novembro do mesmo ano. O seguro social – naquele momento histórico representado pelas CAPs – passam ao escopo do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio; e o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP)³⁵ – pasta da saúde – vinculou-se ao MESP.

Com os novos ministérios, a operação das garantias dos trabalhadores ficou mais eficaz. Ao longo da década, várias leis referentes aos direitos dos trabalhadores foram homologadas. Em 1º de maio de 1943, foi aprovada a famigerada Consolidação das Leis Trabalhistas

33 - Movimento armado iniciado no dia 3 de outubro de 1930, sob a liderança civil de Getúlio Vargas e chefia militar do tenente-coronel Pedro Aurélio de Góis Monteiro, com o objetivo imediato de derrubar o governo de Washington Luís e impedir a posse de Júlio Prestes, eleito presidente da República em 1º de março. O movimento tornou-se vitorioso em 24 de outubro; e Vargas assumiu o cargo de presidente provisório a 3 de novembro do mesmo ano. As mudanças políticas, sociais e econômicas que tiveram lugar na sociedade brasileira no pós-1930 fizeram com que esse movimento revolucionário fosse considerado o marco inicial da Segunda República no Brasil. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpd/doc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/revolucao-de-1930-3>>. Acesso em: 23 set. 2016.

34 - *Laissez-faire* significa uma expressão comumente utilizada para representar o liberalismo econômico onde o capitalismo de mercado deveria funcionar livremente com a mínima intervenção do Estado.

35 - Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) – criado em 02 de janeiro de 1920, pelo Decreto n. 3.987, para ser o principal órgão federal da área de saúde, subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Disponível em: <[http://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/DEPARTAMENTO%20NACIONAL%20DE%20SAÚDE%20PÚBLICA%20\(DNSP\).pdf](http://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/DEPARTAMENTO%20NACIONAL%20DE%20SAÚDE%20PÚBLICA%20(DNSP).pdf)>. Acesso em: 30 set. 2016.

(CLT), com o Decreto-Lei n.5.452³⁶. Não obstante, os trabalhadores que de alguma forma contribuía angariavam direitos vinculados ao seguro social– esse seguro cobriam parcialmente o atendimento à saúde. Entrementes, o setor da saúde pública (área da saúde desvinculada ao atendimento básico em saúde) esforçava-se em atenuar os problemas sanitários da população a fim de atender às necessidades de toda a sociedade brasileira.

É importante observar que o modelo médico previdenciário, focalizado no tratamento e na cura das doenças inserido no sistema médico-hospitalar, ou seja, financiado pelo sistema previdenciário e atendido em hospitais vinculados a esse sistema, estabelece o modelo de sistema de saúde no Brasil, com isso, distanciando-se dos aspectos inerentes ao modelo de Saúde Pública (aquelas ações de prevenção em saúde). O modelo médico previdenciário pautado pelo tratamento biomédico estava sendo gestado pari passo à formação do sistema previdenciário, unidos pelos protocolos, legislações e instituições. Ocorre que a separação, pelo menos institucional, entre o sistema previdenciário e o que veio a ser considerado como atenção à saúde, consolida-se somente com o surgimento do SUS.

Durante a década de 1930 foram concebidos os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), que reuniam um grupo de trabalhadores de determinado ramo e atividade, a exemplo do Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado (IPASE) de 1938³⁷. Neste, gradativamente, eram aperfeiçoados os serviços na área da alimentação, habitação e saúde, além é claro das aposentadorias e pensões. À medida que os IAPs proliferavam pelos estados da federação, cada qual com suas próprias diretrizes, ocorriam também contradições nos processos de atendimento em saúde, muitos IAPs davam cobertura precária para os atendimentos médicos, enquanto outros promoviam atendimentos relativamente adequados.

Os IAPs, que eram vinculados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, tinham recursos arrecadados através do desconto salarial compulsório, “para criar um fundo que, investido, gerava a massa de recursos necessários para pagar as aposentadorias e pensões, sendo administrado por representantes dos trabalhadores. Portanto, os IAPs eram financiados pela contribuição do trabalhador, das empresas e, teoricamente, também pelo Estado” (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 1992). Nessa altura, o Estado participava da gestão financeira deixando maior parte da organização e gestão à direção das IAPs, existindo certa autonomia dos institutos no que diz respeito as suas operações.

Até a criação do Ministério da Saúde – Lei nN. 1.920, de 25 de julho de 1953 –que estabelece em seu “Art. 1º É criado o Ministério da Saúde, ao qual ficarão afetos os problemas

36 - Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Decreto-Lei N. 5.452, de 1º de maio de 1943. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm>. Acesso em: 10 de set. 2016.

37 - Em 1938, foi criado o Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado (IPASE), disponível em: <<http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos30-37/PoliticaSocial/IAP>> . Acesso em: 30 set. 2016.

atinentes à saúde humana”³⁸, as pastas que abrigamos interesses do setor de saúde no Brasil Republicano foram: “a) Ministério da Justiça e Negócios Interiores inclusive com o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP); e posteriormente o Ministério da Educação e Saúde Pública”³⁹. Soma-se a essa lista o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio por abrigar as IAPs. Salienta-se que esses ministérios também executavam as ações ligadas à saúde pública, ou melhor, ações com mais interesses nos setores sanitários. Nesse período, grande parte do denominado atendimento básico ficava por conta das IAPs, que, por sua vez, ainda não era de domínio do Ministério da Saúde.

Apesar da concentração das políticas em saúde estarem ligadas aos ministérios supracitados, em 30 de dezembro de 1949, foi baixado o Decreto n. 27.664, que criava o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU)⁴⁰. Esse serviço era uma ação do Governo que beneficiava os Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões, entretanto passou a ser oferecido de forma gratuita e universal quando realizados convênios entre os governos Federais e Municipais. O SAMDU, que era vinculado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, em suas diretrizes, serviu de modelo para as bases do atendimento universal e gratuito do sistema de saúde atual.

Os IAPs, praticamente durante toda a sua existência, representaram, em grande medida, boa parte dos esforços do Governo em conjunto com a iniciativa privada em organizar os sistemas previdenciários e de saúde brasileiro. Entretanto era um tipo de sistema descentralizado, em que cada organização fazia a gerência a seu modo; que perdeu vigor, no final da década de 1950, por ser questionado pela falta de homogeneidade⁴¹, como também escassez de investimentos diretos (os investimentos eram desassociados pela fragmentação das políticas públicas). Em 1960, começaram as primeiras tratativas a fim de amenizar essas diferenças e necessidades, ou seja, entre as principais questões: havia a de unificar todos os IAPs em um único sistema. A Lei Orgânica de Previdência Social, conhecida como LOPS (Lei n. 3.807, de 26 de agosto de 1960), operacionalizou essa mudança: “[...] que visou unificar a legislação referente aos Institutos de Aposentadorias e Pensões”⁴². Contudo foi somente um avanço legal, na

38 - Lei de criação do Ministério da Saúde, de 25 de julho de 1953. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1920.htm>. Acesso em: 20 set. 2016.

39 - Do ponto de vista da saúde pública, a segunda atribuição do ministério, houve uma preocupação de atender às populações do interior. Em 1937, foi criado o Serviço Nacional de Febre Amarela, o primeiro serviço de saúde pública de dimensão nacional, e em 1939, o Serviço de Malária do Nordeste. Vários hospitais, colônias e asilos foram construídos para o tratamento de outras endemias, como a tuberculose e a lepra. Em 1941, o Departamento Nacional de Saúde assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública. Disponível em: <<http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos30-37/IntelectuaisEstado/MinisterioEducacao>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

40 - Regula o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decreto/1940-1949/decreto-27664-30-dezembro-1949-340344-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 05 out. 2016.

41 - Cada IAP operava conforme seu estatuto.

42 - Previdência Social: Período de 1960 – 1970. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/aceso-a-informacao/institucional/historico/periodo-de-1960-1973/>>

prática, as IAPs ainda vigoraram até a criação, em 1966, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

O INPS foi criado pelo Decreto n. 72, de 21 de novembro de 1966, como resultado da junção dos IAPs então existentes⁴³– e dos serviços integrados e comuns a todos os institutos⁴⁴. O INPS, na sua criação, vinculou-se ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, que, por sua vez, foi criado em 22 de julho de 1960. A nova autarquia do governo (INPS) herdou o modelo médico privado que fora gestado durante a organização dos IAPs, e durante a década de 1970, influenciada pelas políticas vinculadas ao regime militar ditatorial. O sistema de medicina previdenciária apoiado no setor médico de caráter privado articulou-se no período da ditadura militar (1964 – 1985) fortalecendo o modelo biomédico para a saúde ou modelo médico-hospitalar. Processos como saúde-doença com o envolvimento do sujeito e sua realidade para a atenção a saúde, durante as décadas de 1970 e 1980, com base em um movimento democrático e de abertura política, entraram nas discussões sobre o desenvolvimento de políticas públicas em saúde no Brasil e evidenciaram-se a partir da Constituição de 1988.

A Lei n. 6.036, de 1º de maio de 1974, criou o Ministério da Previdência e Assistência Social, desmembrado do Ministério do Trabalho e Previdência Social⁴⁵. Posteriormente, em 1976, foi promulgado o Decreto n.77.077, de 24 de janeiro, que expedia a Consolidação das Leis da Previdência Social (CLPS)⁴⁶, dizia o seguinte em seu artigo primeiro:

Art. 1º O regime de previdência social de que esta Consolidação tem por fim assegurar aos seus beneficiários os meios indispensáveis de manutenção, por motivo de idade avançada, incapacidade tempo de serviço, encargos familiares, prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente, bem como serviços que visem à proteção da sua saúde e concorram para o seu bem-estar.

A CLPS complementa, até certo ponto, o que a LOPS, em 1960, iniciou, ou seja, unificou toda legislação referente à Previdência Social e orientações sobre o atendimento médico (assistência médico-hospitalar). Tanto a previdência quanto o atendimento médico ficavam, então, aos auspícios do Ministério da Previdência e Assistência Social vinculados ao INPS – até a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). O SINPAS foi criado pela Lei n.6.439, de 1º de setembro de 1977, e foi considerada uma importante etapa no

43 - Dos Marítimos (IAPM); o dos comerciários (IAPC); o dos bancários (IAPB), o dos industriários (IAPI), o dos empregados em transportes e cargas (IAPETEC) e o dos ferroviários e empregados em serviços públicos (IAPFESP).

44 - Entre os quais, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) e o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS).

45 - Ministério do Trabalho e Previdência Social. Previdência Social. Período 1974 – 1992. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/acesso-a-informacao/institucional/historico/periodo-de-1974-1992/#>>. Acesso em: 12 out. 2016.

46 - Consolidação das Leis da Previdência Social (CLPS). Decreto nº 77.077, de 24 de janeiro de 1976. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-77077-24-janeiro-1976-425531-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 13 out. 2016.

processo de consolidação da previdência social brasileira, principalmente pelo fato de reforçar a distinção institucional entre a previdência social e assistência social (assistência médica), uma vez que institucionalizou: por um lado, a previdência social; por outro, o atendimento médico-hospitalar.

Antes do SINPAS, as seguintes entidades eram vinculadas ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS): 1) INPS; 2) FUNRURAL (Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural); 3) IPASE; 4) LBA (Fundação Legião Brasileira de Assistência); 5) FUNABEM (Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor); CEME (Central de Medicamentos); e DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social). Com a criação do SINPAS duas novas entidades surgiram: a) o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social o INAMPS; e b) o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), dentre outras ações ⁴⁷. A criação do INAMPS inaugurou em novo tempo para o seguro social brasileiro, ou seja, pela primeira vez se via a previdência social desmembrada da assistência social ou assistência médica, o INAMPS fazia o atendimento médico-hospitalar dos contribuintes da previdência social.

Outrossim, a elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS) – ação do Ministério da Saúde (1968) – foi interpretada como um contraponto ao modelo de assistência médico-hospitalar previdenciário que se instalava no Brasil, à medida que implicava em perda de poder do setor médico-previdenciário em favor do Ministério da Saúde.

O PNS se notabilizou por algumas características centrais que, se implementadas, teriam modificado substancialmente o sistema de saúde vigente no país, entre elas a universalização do acesso e a integração da assistência médica no Ministério da Saúde, o que foi objeto de forte resistência, ainda que não explícita, da área previdenciária (MERCADANTE, 2012, p. 237) ⁴⁸.

O quadro a seguir busca ilustrar o processo de institucionalização do modelo previdenciário para a saúde, visto que o processo de construção do sistema de saúde brasileiro privilegiou os quadros previdenciários para a assistência médica.

47 - LEITE, Celso Barroso. SINPAS: a nova estrutura da previdência social brasileira. Revista de Informação Legislativa, Brasília, Ano 15, n. 57, jan./mar. 1978, p. 110.

48 - Descritivo dos antecedentes das políticas em saúde no Brasil, ver em: MERCADANTE, Otávio Azevedo (Org.). Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

**Quadro 1.2 - Institucionalização de políticas públicas no Brasil
(características do modelo médico-previdenciário)**

Ação	Legislação	Data	Ministério	Resultado
Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP)	Decreto n. 3.987.	02 de janeiro de 1920.	Ministério da Justiça e Negócios Interiores	Principal órgão federal da área de saúde.
Elaborou o primeiro sistema de caixas de aposentadoria e pensões no Brasil	Ministério da Justiça e Negócios Interiores	24 de janeiro de 1923	Lei Eloy Chaves Lei n. 4.682	Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPs)
Pioneiro para os Marítimos, benefícios de aposentadoria e pensões.	Ministérios do Trabalho, Indústria e Comércio	29 de Junho de 1933	Decreto n. 22.872. (O 1º IAPs foi criado para os Marítimos).	Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs)
Operações de previdência e assistência a favor de seus contribuintes.	Ministérios do Trabalho, Indústria e Comércio	23 de fevereiro de 1938	Decreto-Lei n. 288.	Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado (IPASE)
Consolidação das Leis Trabalhistas	Ministérios do Trabalho, Indústria e Comércio	1º de maio de 1943	Decreto-Lei n. 5.452	Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)
Associação instituída com o objetivo de prestar, assistência social.	Ministério da Justiça e Negócios Interiores	15 de outubro de 1942.	Decreto-Lei n. 4.830.	Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA)
A assistência médica domiciliar e de socorro urgente (Institutos e Caixas)	Ministérios do Trabalho, Indústria e Comércio.	30 de dezembro de 1949	Decreto n. 27.664.	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU)
Unificou a legislação referente aos Institutos de Aposentadorias e Pensões.	Ministérios do Trabalho, Indústria e Comércio.	26 de agosto de 1960	Lei n. 3.807.	Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS)
Incorporou o patrimônio e as atribuições do Serviço de Assistência a Menores.	Ministério da Justiça e Negócios Interiores	1 de dezembro de 1964.	Lei n. 4.513.	Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM)
Unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões.	Ministérios do Trabalho e Previdência Social	21 de novembro de 1966.	Decreto n. 72.	Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)
Fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos, para pessoas sem condições econômicas.	Vinculados aos Ministérios: da Marinha, Exército, Aeronáutica, do Trabalho e Previdência Social e da Saúde.	25 de junho de 1971.	Decreto n. 68.806.	Central de Medicamentos (CEME)
A execução do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural	Ministro do Trabalho e Previdência Social	25 de maio de 1971.	Lei complementar n. 11.	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL)
Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social	Ministério da Previdência e Assistência Social	4 de novembro de 1974.	Lei n. 6.125	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV)

Ação	Legislação	Data	Ministério	Resultado
Consolidação da legislação que asseguram o acesso e a manutenção do direito à previdência social.	Ministério da Previdência e Assistência Social	24 de janeiro de 1976.	Decreto n. 77.077.	Consolidação das Leis da Previdência Social (CLPS)
Distinção institucional entre a previdência social e assistência social.	Ministério da Previdência e Assistência Social	1º de setembro de 1977.	Lei n. 6.439.	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS)
Assistência médico-hospitalar restrita aos empregados que contribuísem com a previdência social.	Ministério da Previdência e Assistência Social.	1º de setembro de 1977.	Lei n. 6.439.	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)
Autarquia responsável pela arrecadação, fiscalização e cobrança das contribuições.	Ministério da Previdência e Assistência Social.	1º de setembro de 1977.	Lei n. 6.439.	Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS)

Fonte: Elaboração própria.

Todavia a projeção do sistema previdenciário nacional e sua vertente para o atendimento médico-hospitalar vinculam-se às transformações políticas, econômicas e sociais do Brasil. A partir da evolução das relações trabalhistas, o sistema previdenciário se consolidou ao ponto de gerar as coberturas em saúde, visto que o financiamento advinha das contribuições previdenciárias. No quadro a seguir (quadro 1.3), observa-se a gradativa mudança das pastas ministeriais, ao longo do século XX, que domiciliaram as principais políticas públicas em saúde.

No vácuo da consolidação da previdência social e assistência médica no Brasil, reivindicações de toda ordem – patrocinada principalmente por novos atores sociais e movimentos sociais – exigiam mudanças para o sistema de saúde que foram capitalizadas por diversas áreas vinculadas ou não ao Estado e que representavam a denominada Reforma Sanitária (1970).

Quadro 1.3 - Formação ministerial previdenciária e saúde

Nome	Legislação	Governo	Período	Função
Reunindo as atribuições das secretarias de Estado do Interior, da Justiça e da Instrução Pública, Correios e Telégrafos.	1891 – 1967	Florianô Peixoto (1891-1894)	Lei n. 23, de 30 de outubro de 1891.	Ministério da Justiça e Negócios Interiores
Este Ministério terá a seu cargo o estudo e despacho de todos os assuntos relativos ao trabalho, indústria e comércio.	1930-1960 Em 1960 passa a chamar-se de Ministério do Trabalho e da Previdência Social.	Getúlio Vargas (1930-1945)	Decreto n. 19.433, de 26 de novembro de 1930	Ministérios do Trabalho, Indústria e Comércio

Nome	Legislação	Governo	Período	Função
Este Ministério terá a seu cargo o estudo e despacho de todos os assuntos relativos ao ensino, saúde pública e assistência hospitalar	1930 -1953 A partir de 1937 passa a chamar Ministério da Educação e Saúde	Getúlio Vargas (1930-1945)	Decreto n. 19.402, de 14 de novembro de 1930	Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública (MESP)
É criado o Ministério da Saúde, ao qual ficarão afetos os problemas atinentes à saúde humana	1953-Atual (O Ministério da Educação e Saúde passa a denominar-se “Ministério da Educação e Cultura.”)	Getúlio Vargas (1951-1953)	Lei n. 1.920, de 25 de julho de 1953	Ministério da Saúde (MS)
A partir de 1º de fevereiro de 1961, o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio passará a denominar-se Ministério do Trabalho e Previdência Social	1960 – 1974 Quando passou a chamar-se Ministério da Previdência e Assistência Social.	Juscelino Kubitschek (1956-1961)	Lei n. 3.782, de 22 de julho de 1960. Em seu artigo 10.	Ministério do Trabalho e Previdência Social.
Extinguiu o Ministério da Previdência e Assistência Social e restabeleceu o Ministério do Trabalho e da Previdência Social	1974-1990 Quando passa a chamar-se Ministério do Trabalho e da Previdência Social	Ernesto Gaisel (1974-1979)	Lei n. 6.036, de 1º de maio de 1974	Ministério da Previdência e Assistência Social
Extinguiu o Ministério do Trabalho e da Previdência Social e restabeleceu o Ministério da Previdência Social (MPS)	1990-1992 Quando passou a chamar-se Ministério da Previdência Social (MPS)	Fernando Collor de Melo (1990-1992)	A Lei n.8.029, de 12 de abril de 1990.	Ministério do Trabalho e da Previdência Social
Extinguiu o Ministério do Trabalho e da Previdência Social e restabeleceu o Ministério da Previdência Social (MPS)	1992-1995 Quando passou a chamar-se Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)	Fernando Collor de Melo (1990-1992)	A Lei n. 8.490, de 19 de novembro de 1992.	Ministério da Previdência Social (MPS)
Transformou o Ministério da Previdência Social (MPS) em Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)	1995-2003 Quando passou a chamar-se Ministério da Previdência Social	Fernando Henrique Cardoso (1995-2003)	Medida Provisória n. 813, de 1º de janeiro de 1995	Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)
Foi desmembrado do Ministério da Previdência Social e Assistência Social. Tornando Ministério da Assistência Social	2003-2004 Quando passou a chamar-se de Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome.	Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2008)	Lei n. 10.683, de 28 de maio de 2003	Ministério da Assistência Social

Nome	Legislação	Governo	Período	Função
Transforma o Ministério da Assistência Social em Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome	2004-2016 Quando passou a chamar-se de Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário	Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2008)	Lei n. 10.869, de 13 de maio de 2004	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome
Transforma o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome em Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário	2016 -Atual	Michel Temer (2016-)	Lei n. 13.341, de 29 de setembro de 2016	Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário
Transforma Ministério da Previdência Social em Ministério do Trabalho e Previdência Social	2015-2016 Quando passa a chamar-se Ministério do Trabalho	Dilma Vana Rousseff (2010-2016)	Medida provisória n. 696, de 2 de outubro de 2015	Ministério do Trabalho e Previdência Social

Fonte: Elaboração própria.

1.4 SAÚDE COLETIVA: ANTIGAS DEMANDAS E NOVAS PRÁTICAS

Sobre os discursos envolvendo as ciências, Santos (2010), resume bem.

Estamos há quinze anos do final do século XX. Vivemos num tempo atônito que ao debruçar-se sobre si próprio descobre que os pés são um cruzamento de sombras, sombras que vêm do passado que ora pensamos já não sermos, ora pensamos não termos ainda deixado de ser, sobras que vêm do futuro que ora pensamos já sermos, ora pensamos nunca virmos a ser⁴⁹.

O século XXI traz consigo transformações e acontecimentos gestados ao longo do anterior, um tipo de praxis⁵⁰ vinculado às áreas políticas, sociais, econômicas, científicas e culturais que pavimentam transformações inegáveis e irremediáveis nos contextos sociais pelo mundo afora. A cultura, segundo Bauman (2013), tanto a refinada quanto a vulgar, ou melhor, elite cultural ou cultura popular, passa por transformações estéticas e sociais no “mundo líquido moderno”⁵¹, nas palavras do autor. Cultura política, cultura da elite e cultura popular – termos

49 - SANTOS, Boaventura de Sousa. Um discurso sobre as ciências. São Paulo: Cortez, 2010. p.13.

50 - Aquela à qual Karl Marx conceitua: “não existe na realidade uma natureza pura, isto é, não modificada pela história humana, nem existe campo de ação onde não seja possível descobrir leis” (BOBBIO, Norberto. Dicionário de Política. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2010. p. 988.

51 - BAUMAN, Zygmunt. A cultura no mundo líquido moderno. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

bem-delineados durante muito tempo – passam a dilatar e misturar seus significados, à medida que aspectos menos tangíveis da sociedade, como aumento da expectativa de vida, maior acesso aos bens de consumo, crises políticas e econômicas, fornecem novos pressupostos para o estudo social.

Limites entre ciências moderna e pós-moderna – tema ainda em franca discussão em busca de um perfil teórico e sociológico – exemplifica bem as mudanças em campo, que ora privilegiam novos conceitos, novos métodos, novos paradigmas, novas práticas e por consequência novos resultados, e, por sua vez, não destituem os fazeres sociais, acadêmicos e científicos historicamente estabelecidos. Entretanto algumas demandas e necessidades gestoras de constantes mudanças na sociedade, basicamente permaneceram pouco alteradas, nesse caso, a vontade humana em sentir-se inserida aos meios sociais e acolhida em suas seguranças jurídicas e de plena vida.

Nesse cenário de transformações sociais e culturais, instala-se o processo de formação e desenvolvimento da Saúde Coletiva. Tais quais várias outras áreas do conhecimento consolidadas há mais tempo, como antropologia, história, saúde, sociologia, engenharias, ciências políticas, relações internacionais, direito, entre outras, a Saúde Coletiva buscava atualizar seus estatutos teóricos e metodológicos a fim de responder ao inexorável e contínuo avanço e necessidade dos diversos grupos sociais que compõem o mundo. Como infere o historiador Peter Burke (2012), “alguns sociólogos e antropólogos, como muitos historiadores, fizeram uma guinada à cultura”⁵².

Foi exatamente essa guinada à cultura que diferentes aspectos interpretativos do processo saúde-doença e as várias maneiras de entender o que é estar saudável, inclusive amplificando a participação do sujeito e o meio nesse processo social e cultural, que a Saúde Coletiva capitalizou-se para apresentar-se como uma área científica voltada ao bem-estar da saúde do homem apoiada principalmente em aspectos sociais.

Os desafios para a Saúde Coletiva brasileira do século XXI são inumeráveis, todavia muito já avançou desde as duas últimas décadas do século passado. No Brasil, a implementação do SUS corresponde ao grande avanço da Saúde Coletiva e Promoção da Saúde, em perspectiva a ampliação de políticas públicas para a saúde, inserindo parcela generosa da população brasileira, que até pouco tempo não juntava garantias legais e sociais para a manutenção de sua saúde.

52 - BURKE, Peter. História e teoria social. São Paulo: Editora Unesp, 2012. p. 13.

1.4.1. Iniciativas Sociais

O arcabouço teórico da Saúde Coletiva, em sua maior parte, é influenciado pelas bases teórica/metodológica das Ciências Sociais e Humanas. Conforme Giddens (2016), “a sociologia hoje é dotada de diversidade teórica, abrange um espectro de temas bastante amplo e se inspira em incontáveis métodos de pesquisa para explicar as sociedades”⁵³. As Ciências Sociais e Humanas contribuem ativamente na prática e no método para a ampliação dos conceitos essenciais vinculados à Saúde Coletiva, ou seja, aqueles ligados com a influência da saúde sobre as condições e a qualidade de vida da sociedade.

Questões como o pensamento científico, estrutura da sociedade, meio ambiente e urbanismo, políticas públicas em saúde e doença e corpo, entre outros aspectos, inspiram o discurso⁵⁴ que orienta a Saúde Coletiva, discurso este que centra o seu objeto nos sujeitos e nas mudanças.

A Promoção da Saúde⁵⁵ moderna, braço importante da Saúde Coletiva, tem como ponto de inflexão o denominado Relatório Lalonde (1974), formulado no Canadá. “Cujo eixo estratégico é formado por um conjunto de intervenções que buscam transformar os comportamentos individuais não-saudáveis” (Carvalho, 2010). Esse relatório, dentre outros manifestos sobre saúde sanitária, ajudam a pensar à Carta de Ottawa de 1986⁵⁶, delineada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá. Países como Inglaterra e Itália dispunham de ações vinculadas à promoção à saúde e aprimoramento da Medicina Social em suas políticas públicas em saúde já nesse período, a exemplo do Estado de Bem-estar Social.

Nessa época, foram eleitas as linhas gerais para a promoção em saúde, entre elas, as cinco estratégias de promoção em saúde: 1) Implementação de políticas públicas saudáveis; 2) Criação de ambientes favoráveis à saúde; 3) Reorientação dos serviços de saúde; 4) Reforço à ação comunitária; e 5) Desenvolvimento de habilidades pessoais. O delineamento prático dessas ações em saúde depende em grande medida dos conhecimentos oriundos das Ciências Sociais, em seus aspectos metodológicos e teóricos. Tema que gradativamente ganhou espaço nos meios de saúde brasileiro durante a Reforma Sanitária, à medida que o regime militar perdia sustentação política e social, abrindo espaço para as demandas mais a esquerda. Até que a

53 - GIDDENS, Anthony. *Conceitos essenciais da Sociologia*. São Paulo: Editora Unesp, 2016. p.1.

54 - Na perspectiva foucaultiana: “Michel Foucault relacionou o estudo da linguagem ao predominante interesse sociológico no poder e seus efeitos na sociedade” (GIDDENS, Anthony. *Conceitos essenciais da Sociologia*. São Paulo: Editora Unesp, 2016. p. 8).

55 - Promoção da Saúde é definida como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida. Carta de Ottawa (WHO, 1986 apud CARVALHO, Sérgio Resende. *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeitos e mudança*. 3 ed. São Paulo : Hucitec, 2010. p. 41).

56 - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The Ottawa charter for health promotion*. Geneve: WHO; 1986.

promulgação da Constituição Cidadã de 1988 quebra o ciclo privatista para a saúde no Brasil, representado pelo modelo de medicina privada e previdenciária, e dá lugar para um novo sistema de saúde representado pelo SUS.

O movimento da promoção da saúde do Canadá, aqui representado pela conferência supracitada, corrobora diretrizes vinculadas em Saúde Coletiva no Brasil, que, gradativamente, foram sendo incorporadas por ações na área da saúde brasileira. Não obstante, as mudanças na área da saúde no Brasil avolumaram-se com a denominada Reforma Sanitária Brasileira⁵⁷, culminando no Artigo 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, caracterizada como a Lei Áurea da saúde no Brasil, vinculada à Constituição de 1988. Segundo Paim (2009), “essa conquista política e social pode ser atribuída a diversas lutas e esforços empreendidos pelo movimento da Reforma Sanitária, entre 1976 e 1988”⁵⁸.

A ascensão de um Estado autoritário no Brasil – representado pelo golpe de 31 de março de 1964 – “drama mais amplo que constituiu o ciclo de ditaduras militares na América Latina nos anos 60 e 70. Sob o calor da guerra fria – especialmente visível após a vitória da Revolução Cubana”⁵⁹ e o fortalecimento do sistema de saúde previdenciário e práticas de saúde da medicina biomédica, apropriados e financiados pelo regime militar, serve como gatilho para que o modelo teórico-conceitual da Saúde Coletiva se encorpasse, produzindo a crítica ao sistema de saúde vigente naquele momento histórico e saindo a campo exigindo mudanças sociais.

Como bem denotado na historiografia do setor de saúde brasileiro, vários sujeitos políticos se uniram com o objetivo de democratizar a saúde em contraposição ao sistema de saúde apregoado pelo regime militar. Algumas associações, como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes); Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); e Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SPBC), entre outras, uniram-se às outras dimensões da sociedade civil para compor o movimento sanitário iniciado na década de 1970.

A reabertura democrática brasileira ganhou status de movimento social que datavam das Diretas já, com participação de várias áreas da sociedade civil, inclusive a área da saúde coletiva, e teve como desfecho a queda do regime militar em 1985.

57 - A reforma sanitária brasileira foi proposta num momento de intensas mudanças e sempre pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial. Almejava-se, desde seus primórdios, que pudesse servir à democracia e à consolidação da cidadania no país. A realidade social, na década de 1980, era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, restrita aos trabalhadores que para ele contribuíam, prevalecendo a lógica contraprestacional e da cidadania regulada. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

58 - PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.43.

59 - MARTINS FILHO, João Roberto. Estado e militarismo: revisitando as análises sobre a ditadura militar. In: COSTA, Sílvio. Concepções e formação do estado brasileiro. São Paulo: A. Garibaldi – UCG, 2004. p.53.

Conforme Bravo (2012),

[...] em 1986, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o marco mais importante na história da política pública de saúde neste país, que pode ser considerada como a Pré-Constituinte da Saúde. Esta Conferência, sendo a primeira com participação popular, contou com presença ampla de diversos segmentos da sociedade civil, desde as representações sindicais, conselhos, associações e federações nacionais de profissionais de saúde ⁶⁰.

Esses movimentos políticos e sociais, com apoio de multiplicidades de organizações civis e interdisciplinaridade em suas bases teórica-metodológicas, construíram o pano de fundo do final do regime militar e, mais importante para o foco deste trabalho, viabilizaram a narrativa da nova era da saúde pública no Brasil.

1.4.2. Métodos de Pesquisa do campo interdisciplinar da Saúde Coletiva

O pensamento social está ligado em um dos mais duradouros ensinamentos de Max Weber, segundo Sallum Jr. (2012), “a sociologia e as outras disciplinas que estudam a sociedade estão condenadas à eterna juventude, a renovar permanentemente seus conceitos à luz de novos problemas suscitados pela marcha incessante da história” ⁶¹. Lançar mão de conceitos como antropologia médica ⁶² de Helman (1994); processos saúde-doença ⁶³ em Gualda e Bergamasco (2004); e epidemiologia e saúde ⁶⁴ de Rouquayrol e Sobrenome Filho (1999), correspondem ao embasamento de importante parte do fazer empírico e teórico da Saúde Coletiva.

As teses defendidas pelos autores supracitados e outros tantos debatem importantes dilemas que afligem os indivíduos em suas relações cotidianas com o meio em que sobrevivem. Relações essas que durante muito tempo não acessavam os centros de decisão econômica e política das sociedades por não haverem esforços de institucionalizar essas demandas como reais necessidades das sociedades. Com a consolidação do setor de Saúde Coletiva e Promoção em Saúde, esses sujeitos evidenciaram-se.

60 - BRAVO, Maria Inês Souza. As Lutas pela saúde: desafios da frente nacional contra a privatização da saúde. In: 64ª REUNIÃO ANUAL DA SBPC. Anais... – São Luís, MA – jul. 2012.

61 - BRASÍLIO JR., Sallum Brasílio. Apresentação da coleção. In: A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p.7.

62 - “A antropologia médica trata de como as pessoas, nas diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas das doenças, os tipos de tratamento em que acreditam e a quem recorrem se ficam doentes”. Ver em: HELMAN, Cecil G. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 21.

63 - “Saúde e doença não são questões unicamente pessoais, mas sócio-culturais” (GUALDA, Dulce Maria Rosa; BERGAMASCO, Roselena Ferraz. Enfermagem, cultura e processo saúde-doença. São Paulo: Ícone, 2004. p. 25).

64 - Apesar do que dizem os manuais de epidemiologia, não há método epidemiológico. O que de fato existe é uma variante de metodologia científica especialmente desenvolvida para ser aplicada à investigação dos processos saúde-doença-cuidado em populações humanas. ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de Almeida. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.141.

Ainda, hoje, se sofre muito na área da saúde no que diz respeito à falta de entendimento e efetivação de políticas públicas que deem conta de problemas não exatamente da doença, mas sim da saúde. A Saúde Coletiva, através de estudos epidemiológicos, análise de contextos sociais, intermediação de treinamento dos agentes de saúde, indicação de tipo de abordagens ao grupo social específico, análise sanitária das regiões, contribui fundamentalmente para construção de tecnologias que alcancem grupos sociais de maneira mais ampla.

A interação entre os entes federados ou civis, ou seja, município, estado e governo federal – representados pelas instituições, autarquias e pelos agentes públicos – e as associações de bairro, movimentos sociais locais, ONGs, entre outras representações civis, passa a ser uma agente política e científica a partir dos conhecimentos oriundos da Saúde Coletiva.

Nesse sentido, processos interdisciplinares e métodos qualitativos de pesquisa são importantes para a produção não só do conhecimento e práticas em saúde, mas principalmente para a aplicação desse conhecimento e dessa prática produzidos a fim de impactar no centro de um problema. A construção do campo interdisciplinar é realidade nos meios científicos e acadêmicos desde as últimas décadas do último século. Conforme Duarte et al. (2011), “muitos autores inspiraram o enfrentamento do desafio representado pelo processo de construção do saber interdisciplinar no campo acadêmico, do diálogo entre saberes, de novos olhares e de novas práticas científicas que remetem à responsabilidade socioambiental dos cientistas”⁶⁵.

No Brasil, seus órgãos de financiamento de produção de mão de obra especializada e pesquisa científica de ponta – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – autarquias federais responsáveis por aproximadamente 90% de todo o investimento em desenvolvimento acadêmico, científico e tecnológico nacional, buscam, há muito tempo, além de formação de pessoal, inserir a área de avaliação Interdisciplinar em sua Diretoria de Avaliação Interdisciplinar (DAV-CAPES)⁶⁶. Ou seja, a orientação do processo interdisciplinar já é uma política pública na área do desenvolvimento científico nacional.

Ações como essas do governo federal procuram acompanhar de perto os processos de desenvolvimento científico e tecnológico globalizado, em seus aspectos teórico-metodológicos, que gerem conhecimento para o enfrentamento dos desafios oriundos do avanço social

65 - DUARTE, et al. Construção de campo interdisciplinar e trajetória do Centro de Desenvolvimento Sustentável da UnB. In: PHILIPPI JR., Arlindo; SILVA NETO, Antonio J. Barueri, SP: Manole, 2011. p.513.

66 - A natureza complexa de tais problemas pede diálogos não só entre disciplinas próximas, dentro da mesma área do conhecimento, mas entre disciplinas de áreas diferentes, bem como entre saberes disciplinares e saberes não disciplinares da sociedade e das culturas, dependendo do nível de complexidade do fenômeno a ser tratado. Daí a relevância, no mundo contemporâneo, de novas formas de produção de conhecimento que tomam como objeto fenômenos que se colocam entre fronteiras disciplinares, quando a complexidade do problema requer diálogo entre e além das disciplinas. Diante disso, desafios teóricos e metodológicos colocam-se para diferentes campos da ciência e da tecnologias. Documento de Área 2009 (Interdisciplinar). Disponível em: <<https://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/INTER03ago10.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

em várias áreas, inclusive na área da Saúde Coletiva, que usualmente se apoia no processo interdisciplinar a fim de identificar as melhores opções de ações em determinados problemas sociais em saúde. E, nesse contexto, ao mesmo tempo de gerar produtos acadêmicos como dissertações e teses na área da saúde e abastecer os gestores de políticas públicas em saúde com orientações de toda ordem sobre diversos temas relacionados à sociedade.

Os métodos qualitativos e quantitativos são outras ferramentas metodológicas que a Saúde Coletiva lança mão na expectativa em consolidar seus fazeres teóricos e empíricos. Giddens (2016) descreve, de forma elucidativa, a contribuição desses métodos (qualitativo/quantitativo) para as Ciências Sociais e por inferência para a Saúde Coletiva. Segundo ele, “distinção básica entre abordagens de pesquisa que buscam o conhecimento profundo explorando o raciocínio e os processos de tomada de decisão (qualitativo) e aquelas que fazem vasto uso de medidas para quantificar os fenômenos sociais (quantitativos)”⁶⁷.

Outrossim, faz-se necessário pontuar que as Ciências Sociais, em seus processos de atualização metodológica e científica, afastou-se do método de pesquisa quantitativo e aproximou-se mais do método de pesquisa qualitativo. Ainda conforme Giddens (2016), “a pesquisa qualitativa começou como uma forma mais especializada, atuando como um tipo de subordinada aos estudos quantitativos supostamente mais significativos e de larga escala”. E continua o autor, “a partir dos anos de 1970, porém, essa situação começou a mudar e a pesquisa qualitativa aos poucos passou a ser vista como um método de pesquisa em si mesma”⁶⁸.

De fato, a pesquisa qualitativa atualmente é considerada mais eficaz para os interesses vinculados às Ciências Sociais e à Saúde Coletiva em razão da condição de conseguir, justamente, a partir de todo seu arsenal metodológico ⁶⁹, compreender relações e problemas sociais, alcançar o sujeito e sua realidade, algo que a pesquisa quantitativa não consegue abstrair da realidade.

67 - GIDDENS, Anthony; SUTTON, Philip W. Métodos qualitativos/quantitativos. In: AUTOR. Conceitos essenciais da Sociologia. São Paulo: Editora Unesp, 2016. p.53.

68 - Ibidem, p.53.

69 - Amostragem; entrevista tipo qualitativo; análise documental; observação direta; abordagem bibliográfica, entre outros.

1.4.3 Tecnologias e Saúde

Tecnologia em saúde é um tema fundamental tanto para as políticas públicas em saúde quanto para as políticas públicas em desenvolvimento tecnológico no Brasil. Portanto, nos dois casos, trata-se de setores estratégicos para o desenvolvimento social nacional, em termos de cobertura para o SUS, como também de desenvolvimento de parques industriais e tecnológicos visando à autossuficiência da indústria tecnológica nacional para alguma área da tecnologia em saúde (equipamentos biomédicos e medicamentos em geral).

Outrossim, produzir um equipamento biomédico qualquer, com tecnologia nacional, por exemplo, pode representar uma redução extraordinária de custos se comparados com a importação desse mesmo equipamento, dependendo do caso. E mais, se a análise se der sob esse enfoque para a cobertura do SUS, é possível inferir que o equipamento nacional terá a possibilidade de proporcionar um impacto positivo em algum processo saúde-doença que envolva o uso desse equipamento biomédico, visto que poderá disponibilizar maior quantidade de atendimentos.

O artigo 200 da Constituição Cidadã (1988), em seu inciso V, atribui como responsabilidade do SUS: incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico. Por isso, atualmente, o desenvolvimento de tecnologias para saúde passa estrategicamente pelo Ministério da Saúde (MS), estando vinculado ao SUS, com apoio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE).

Entretanto, a tradição brasileira em desenvolvimento de tecnologias em saúde não vem de longa data; somente entre as décadas de 1950 e 1980, o Brasil deu um salto qualitativo e quantitativo em seu parque de pesquisa, ou seja, na formação de mão de obra especializada em todas as áreas do saber e, também, no desenvolvimento tecnológico. Essa ação se deu com a inauguração da CAPES e CNPq, entre os anos de 1950 e 1960.

Conforme o documento denominado Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde da SCTIE, do Ministério da Saúde, algumas das características básicas da pesquisa e do desenvolvimento naquele momento – horizontalidade e pouca seletividade – estavam vinculadas ao modelo então predominante na produção científica, que buscava, prioritariamente, criar uma massa crítica de recursos humanos qualificados. A imaturidade do componente tecnológico deve-se, em grande parte, também ao modelo de industrialização, que não estimulava o desenvolvimento e a capacitação científica, tecnológica e de inovação⁷⁰. Entretanto esses argumentos ficam na órbita de processos desenvolvimentistas em saúde e

70 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

tecnologia, mais necessariamente em aspectos históricos e políticos.

Por sua vez, Tecnologias em Saúde não são representadas exclusivamente pelo desenvolvimento de equipamentos biomédicos e/ou medicamentos somente. As áreas das Ciências Sociais e Humanas também são capazes de produzir teoria e métodos envolvendo tecnologia em saúde vinculados às expectativas teórico-metodológicas da Saúde Coletiva. Nesse caso, as tecnologias em saúde estão a trabalho do atendimento básico em saúde principalmente. Buscam, através de ações, protocolos e regras, estimular o avanço técnico e tecnológico no trabalho em saúde, estabelecendo, mormente, técnicas de acolhimento e andamento dos processos vinculados à saúde, preservando a qualidade e o interesse do usuário do sistema. O ser humano, desse modo, desenvolve ações agindo junto aos indivíduos na preservação da autonomia dos serviços em saúde.

A questão aqui colocada está em identificar o papel do sujeito na produção e reprodução de tecnologias em saúde que deem conta de problemas mais abrangentes que o conceito tradicional de tecnologia em saúde não consegue solucionar. Como, por exemplo, amenizar as mazelas que vão além da doença e do tratamento dos indivíduos e estão presentes no dia a dia no processo complexo entre a saúde e a doença.

Merhy (2014) lança luz sobre essa questão. Ele propõe a classificação das tecnologias em saúde como leve; leve-dura; e dura. Sua tese n. 9 classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como:

[...] leve (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho); leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo); e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizações)⁷¹.

Essa divisão para a tecnologia em saúde de Merhy (2014) faz refletir sobre a importância dos processos em saúde vinculados à Saúde Coletiva, pois, mediante ações no âmbito social que fogem das estruturas convencionais, como o caso sobre a tecnologia em saúde supracitado, é possível notar o quanto se pode lidar com as racionalidades médicas a fim de, cada vez mais, contribuir para um cenário mais favorável ao processo saúde doença ligado à realidade brasileira.

71 - MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 49.

Referência bibliográfica

ALVARENGA, Thereza Augusta de et al. Histórico, fundamentos filosóficos e teórico-metodológicos da interdisciplinaridade. In: PHILLIPI JR., Arlindo; SILVA NETO, Antônio J. Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia & inovação. Barueri, SP: Manole, 2011.

AZEVEDO, Fernando de (Org.). As Ciências no Brasil. 2.ed.Rio de Janeiro: Editora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1994. vv.1; 2.

BARBOSA, Francisco de Assis. Apresentação. In: SKIDMORE, Thomas. Brasil: de Getúlio Vargas a Castelo Branco (1930-1945). Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1976.

BATICH, Mariana. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. São Paulo em Perspectiva, v.18, n.3, jul./set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300004>. Acesso em: 03 de set. 2016.

BAUMAN, Zygmunt. A cultura no mundo líquido moderno. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

BOBBIO, Norberto. Dicionário de Política. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2010.

BRASIL. Anos de Incerteza (1930 - 1937): Ministério do Trabalho. Disponível em: <<http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos30-37/PoliticaSocial/MinisterioTrabalho>>. Acesso em: 02 out. 2016.

BRASIL. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Decreto-Lei N. 5.452, de 1 de Maio de 1943. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm>. Acesso em: 10 set. 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

BRASIL. Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) – criado em 02 de janeiro de 1920 pelo Decreto n. 3.987, para ser o principal órgão federal da área de saúde, subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Disponível em: <[http://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/DEPARTAMENTO%20NACIONAL%20DE%20SAÚDE%20PÚBLICA%20\(DNSP\).pdf](http://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/DEPARTAMENTO%20NACIONAL%20DE%20SAÚDE%20PÚBLICA%20(DNSP).pdf)>. Acesso em: 30 set. 2016.

BRASIL. Lei de criação do Ministério da Saúde de 25 de julho de 1953. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1920.htm>. Acesso em: 20 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde Pública. Disponível em: <<http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos30-37/IntelectuaisEstado/MinisterioEducacao>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência Social. Previdência Social. Período 1974 – 1992. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/aceso-a-informacao/institucional/historico/periodo-de-1974-1992/#>>. Acesso em: 12 out. 2016.

BRASIL. Presidência da República; Casa Civil; Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 4.682 em 24 de janeiro de 1923. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/dpl4682.htm>. Acesso em: 1º out. 2016.

BRASIL. Previdência Social: Período de 1960 – 1970. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/aceso-a-informacao/institucional/historico/periodo-de-1960-1973/>>. Acesso em: 15 out. 2016.

BRÁSÍLIO JR., Sallum. Apresentação da coleção. In: A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. As Lutas pela saúde: desafios da frente nacional contra a privatização da saúde. In: 64ª REUNIÃO ANUAL DA SBPC. Anais... – São Luís, MA – jul. 2012.

BURKE, Peter. História e teoria social. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

CARVALHO, Sérgio Resende. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeitos e mudança. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CENTRO COLABORADOR DO SUS – CATES. Avaliação de Tecnologias & Excelência em Saúde. O que é tecnologia em saúde? Disponível em: <<http://www.ccates.org.br/content/cont.php?id=20>>. Acesso em: ag. 2016.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). Documento de Área 2009 (Interdisciplinar). Disponível em: <<https://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/INTER03ago10.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

CURIE, Marie. Radioactive Substances. Mineola: Dover Publications, 2002.

DESLAURIERS, Jean-Pierre; KÉRISIT, Michèle. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, Jean et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

DICIONÁRIO da Educação Profissional em Saúde, atenção em saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta as necessidades da população. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>>. Acesso em: 03 set. 2016.

DUARTE, et al. Construção de campo interdisciplinar e trajetória do Centro de Desenvolvimento Sustentável da UnB. In: PHILIPPI JR., Arlindo; SILVA NETO, Antonio J. Barueri, SP: Manole, 2011.

FERNANDES, Ana Maria. A construção da ciência no Brasil e a SBPC. Brasília: Editora Universidade de Brasília/ANPOCS/CNPq, 1990.

FINKELMAN, Jacobo (Org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FLEURY ROSA, Mário Fabrício. A Física Atômica no Brasil: da questão das areias monazíticas à CPI de 1956. 2013. 181 fls. Dissertação (Mestrado em História Social) – UnB, Brasília, 2013.

GIDDENS, Anthony. Conceitos essenciais da Sociologia. São Paulo: Editora Unesp, 2016.

GRIMSTONE, Albert Victor. O Microscópio Eletrônico em Biologia. São Paulo: EPU/Ed. da Universidade de São Paulo, 1980.

GUALDA, Dulce Maria Rosa; BERGAMASCO, Roselena Ferraz. Enfermagem, cultura e processo saúde-doença. São Paulo: Ícone, 2004.

HELMAN, Cecil G. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA AOS SERVIDORES DO ESTADO (IPASE), Disponível em: <<http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos30-37/PoliticaSocial/IAP>>. Acesso em: 30 set. 2016.

KUHN, Thomas. S. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva, 1991.

LEITE, Celso Barroso. SINPAS: a nova estrutura da previdência social brasileira. Revista de Informação Legislativa, Brasília, Ano 15, n.57, p.110-331, jan.-mar. 1978.

MARTINS FILHO, João Roberto. Estado e militarismo: revisitando as análises sobre a ditadura militar. In: COSTA, Sílvio. Concepções e formação do estado brasileiro. São Paulo: A. Garibaldi – UCG, 2004.

MERCADANTE, Otávio Azevedo (Org.). Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

- MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.
- MINAYO, M. C. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.; DESLANDES, S; GOMES, R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 31.ed.
- MOTOYAMA, Shozo. FAPESP. Uma História de Política Científica e Tecnologia. São Paulo: FAPESP, 1999.
- NUNES, Everardo Duarte. 1994. “Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito.” Saúde e Sociedade (3)2: 5-21
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <<http://www.paho.org/bra/>>. Acesso em: 10 abr. 2016.
- PASSERON, Jean-Claude. O raciocínio sociológico: o espaço não-popperiano do raciocínio natural. Petrópolis: Vozes, 1994.
- PHILLIPI JR., Arlindo; SILVA NETO, Antônio J. Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia & inovação. Barueri, SP: Manole, 2011.
- POUPART, Jean et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.
- PREVIDÊNCIA Social. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11335&revista_caderno=20>. Acesso em: 15 out. 2016.
- RAMOS, Fernanda Peres; NEVES, Marcos Cesar Danhoni; CORAZZA, Maria Júlia. A ciência moderna e as concepções contemporâneas em discursos de professores-pesquisadores: entre rupturas e a continuidade. Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias, v.10, n.1, p.84-108, 2011.
- REVEL, Jacques (Org.). Jogos de Escala: a experiência da microanálise. Tradução: Dora Rocha. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.
- REVEL, Jacques. Microanálise e construção social. In: REVEL, Jacques. Jogos de escalas: a experiência da microanálise. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.
- RISI JUNIOR, João Baptista; NOGUEIRA, Roberto Passos. As Condições de Saúde no Brasil. In: FINKLMAN, Jacobo. Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Um discurso sobre as ciências. São Paulo: Cortez, 2010.

SCHRAIBER, L; MOTA, A; NOVAES, H. 2017. Tecnologias em Saúde- Dicionário da Educação profissional em saúde, Fiocruz, acesso: 10/01/2017 (<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tecsau.html#topo>)

SCHWARTZMAN, Simon. Formação da Comunidade Científica no Brasil. São Paulo/Rio de Janeiro: Nacional/Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), 1979.

SCHWARTZMAN, Simon. Um espaço para a ciência: a formação da comunidade científica no Brasil. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, Centro de Estudos Estratégicos, 2001.

SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS (SCTIE). Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sctie>>. Acesso em: 20 set. 2016.

SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIAR DE URGÊNCIA (SAMDU). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-27664-30-dezembro-1949-340344-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 05 out. 2016.

SKIDMORE, Thomas. Brasil: de Getúlio Vargas a Castelo Branco (1930-1945). Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1976.

TEIXEIRA, Luiz Antônio. Ciência e Saúde na Terra dos Bandeirantes: A trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no período 1903 – 1916. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

WEILL, Peirre; D'AMBROSIO, Ubiratan; CREMA, Roberto. Rumo à nova transdisciplinaridade. São Paulo: Summus, 1993.