



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA.
DIRETORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM GESTÃO HOSPITALAR**

RUAN VICTOR MACHADO LEAL

**REVISÃO DA SAÚDE PÚBLICA DURANTE A DITADURA CÍVICO MILITAR
(1964-1985).**

**BOA VISTA
2025**

RUAN VICTOR MACHADO LEAL

**REVISÃO DA SAÚDE PÚBLICA DURANTE A DITADURA CÍVICO MILITAR
(1964-1985).**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Roraima – IFRR/Campus Boa Vista, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Tecnólogo em Gestão de Hospitalar.

Orientadora: Profa. Me. Rafaella da Silva Pereira

BOA VISTA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca do Instituto Federal de Roraima - IFRR)

L435r Leal, Ruan Victor Machado.
Revisão da saúde pública durante a ditadura cívico militar (1964-1985) / Ruan Victor Machado Leal. – Boa Vista, 2025.
22 f.

Orientadora: Profa. Me. Rafaella da Silva Pereira.

Trabalho de Conclusão Curso (graduação) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar, *Campus* Boa Vista, 2025.

Bibliografia: f. 20-22.

1. Ditadura cívico-militar. 2. Saúde pública. 3. Políticas de saúde. 4. Sistema Único de Saúde. I. Pereira, Rafaella da Silva. II. Título.

CDD - 362.10981

Elaborada por Paula Lima Garcia - CRB 11/887

**Instituto Federal de Educação Ciências e Tecnologia de Roraima,
Diretoria de Ensino de Graduação
Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar**

A Comissão Examinadora, abaixo aprova o Trabalho de Conclusão de Curso,

**REVISÃO DA SAÚDE PÚBLICA DURANTE A DITADURA CÍVICO MILITAR
(1964-1985).**

Apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Roraima – IFRR/Campus Boa Vista, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Tecnólogo em Gestão Hospitalar

Comissão Examinadora

Profa. Me. Rafaella da Silva Pereira

(Orientadora)

Profa. Dra. Ana Paula Santos de Oliveira

(Professora avaliadora)

Profa. Me. Gisely Souza Campos Moraes

(Professora avaliadora)

Boa Vista, ____ de _____ de 2025.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como tema a revisão da saúde pública durante a Ditadura Cívico-Militar no Brasil (1964 a 1985). O objetivo foi compreender as transformações ocorridas nas políticas de saúde nesse período, destacando os impactos sociais, políticos e econômicos sobre o sistema de saúde brasileiro. A pesquisa, de natureza qualitativa e caráter descritivo, baseou-se em revisão bibliográfica de autores como Bertolli Filho (2007) e Moysés Filho et al. (2016), além de documentos históricos e legislações da época. Os resultados apontam que, embora o regime tenha provocado censura, repressão e cortes orçamentários no setor de saúde, também foram criadas políticas importantes, como o Programa Nacional de Imunização (Lei nº 6.259/1975) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (Lei nº 6.036/1974), que contribuíram significativamente para o desenvolvimento da saúde pública no Brasil. Conclui-se que, mesmo sob um contexto autoritário, ocorreram iniciativas que serviram de base para a formação posterior do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988.

Palavras-chave: Ditadura Cívico-Militar. Saúde Pública. Políticas de Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This undergraduate thesis focuses on a review of public health during the Brazilian Civil-Military Dictatorship (1964-1985). The objective was to understand the transformations that occurred in health policies during this period, highlighting the social, political, and economic impacts on the Brazilian health system. The research, qualitative and descriptive in nature, was based on a literature review of authors such as Bertolli Filho (2007) and Moysés Filho et al. (2016), as well as historical documents and legislation from the period. The results indicate that, although the regime provoked censorship, repression, and budget cuts in the health sector, it also created important policies, such as the National Immunization Program (Law No. 6,259/1975) and the Ministry of Social Security and Assistance (Law No. 6,036/1974), which contributed significantly to the development of public health in Brazil. It can be concluded that, even under an authoritarian context, initiatives occurred that served as the basis for the subsequent formation of the Unified Health System (SUS), created by the Federal Constitution of 1988.

Keywords: Civil-Military Dictatorship. Public Health. Health Policies. Unified Health System.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões

CNS – Conferência Nacional de Saúde

DMP – Departamentos de Medicina Preventiva

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

PIASS – Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PNI – Programa Nacional de Imunização

PPA – Plano de Pronta Ação

SANDU – Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1 A Saúde Pública antes da Ditadura	10
2.2 A Saúde Pública e a Ditadura	11
2.3 Cortes na Saúde Pública	12
2.4 A Previdência Social e a Ditadura	12
2.5 A Influência do Setor Privado e a Expansão dos Convênios Médicos	13
2.6 O Movimento Sanitário e o Processo de Redemocratização	14
3 METODOLOGIA	15
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS	20

INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil apresenta um histórico marcado por profundas desigualdades sociais, regionais e institucionais, que se intensificaram ao longo do século XX. Durante a Ditadura Cívico-Militar (1964–1985), esse cenário foi fortemente influenciado por um regime autoritário que priorizou o crescimento econômico, a centralização administrativa e a repressão política, relegando as políticas sociais, em especial a saúde pública, a um papel secundário na agenda estatal.

No período, o Estado brasileiro adotou um modelo de atenção à saúde fragmentado e excludente, baseado predominantemente no sistema previdenciário contributivo. A assistência médica ficou condicionada ao vínculo formal de trabalho, excluindo amplos segmentos da população, como trabalhadores informais, rurais e desempregados. Paralelamente, o governo incentivou a expansão do setor privado de saúde por meio de convênios com a Previdência Social, consolidando uma dualidade estrutural entre um sistema privado financiado com recursos públicos e um setor público precarizado.

Apesar das limitações impostas pelo regime autoritário, a Ditadura Cívico-Militar também foi marcada pela implementação de programas epidemiológicos relevantes, como o Programa Nacional de Imunização (PNI) e o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Tais iniciativas contribuíram para avanços no controle de doenças transmissíveis, mas ocorreram de forma fragmentada, sem integração a uma política universal de saúde e sem enfrentamento das desigualdades estruturais existentes.

Nesse contexto contraditório, emergiram críticas técnicas e políticas ao modelo vigente, especialmente nos Departamentos de Medicina Preventiva e no Movimento da Reforma Sanitária. Esses espaços passaram a defender uma concepção ampliada de saúde, articulada às condições sociais e à democratização do Estado, estabelecendo as bases teóricas e políticas para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado pela Constituição Federal de 1988.

Diante disso, este trabalho tem como objetivo analisar a saúde pública no Brasil durante a Ditadura Cívico-Militar (1964–1985), identificando as principais

políticas públicas implementadas, os desafios enfrentados pelo sistema de saúde e as contradições estruturais que influenciaram a conformação do modelo sanitário brasileiro. Busca-se compreender de que forma o contexto autoritário impactou o acesso à saúde e como esse período contribuiu, direta ou indiretamente, para a construção do SUS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Saúde Pública antes da Ditadura

Antes de 1964, o sistema de saúde brasileiro era predominantemente curativo e marcado pela desigualdade social. Segundo Bertolli Filho (2007), a assistência médica era concentrada nos grandes centros urbanos, voltada apenas aos trabalhadores formais que contribuía com a previdência social e tinham direito às Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), criadas pela Lei Eloy Chaves de 1923. Enquanto os trabalhadores rurais e informais que não contribuía com a previdência, tinham que arcar do próprio bolso para custear seu tratamento ou depender de instituições de caridade, como as Santas Casas de misericórdia. Esse modelo de assistência à saúde limitava o acesso da população aos serviços, reforçando a comercialização dos serviços de saúde.

Antes do início da ditadura, apesar dos desafios da época, a população já havia vencido várias lutas por melhores condições de saúde, como foi o caso da 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que ocorreu em 1963, um pouco antes do golpe que deu início à ditadura. A 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve como objetivo analisar a situação sanitária no Brasil, através de revisão técnica, discussões e debates com a população, para propor a criação de leis, projetos e programas de saúde que se ajustassem às necessidades da população na época. A 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi uma aproximação dos interesses e necessidades da comunidade com o Governo, que é o responsável pela legislação, organização e execução das ações de saúde.

A 3ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), realizada em 1963, propunha a reordenação dos serviços de assistência médico-sanitária e alinhamentos gerais para determinar uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação visando, sobretudo, à municipalização. (MOYSÉS FILHO ET AL., 2016, p.27).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, buscou reorganizar as ações sanitárias, propondo a descentralização e a participação popular. Moysés Filho et al. (2016) destacam que essa conferência representou um esforço pioneiro de articulação entre gestores e sociedade civil, mas suas recomendações foram interrompidas com o golpe militar de 1964.

2.2 A Saúde Pública e a Ditadura

O dia 31 de março de 1964, foi o dia que ficou marcado na história do Brasil, como o dia em que um golpe de Estado liderado pelas Forças Armadas colocou um fim na democracia como a conhecemos hoje. Com a alegação de impedir a instauração do comunismo no Brasil, combater a corrupção e garantir a segurança nacional, os militares suspenderam a Constituição Federal, dando fim aos direitos civis e estabeleceram um regime ditatorial que censurou, perseguiu e puniu todos os indivíduos e instituições que fossem contrários ao regime.

A instauração da Ditadura Cívico-Militar em 1964 provocou profundas mudanças no sistema de saúde brasileiro. O discurso de “segurança nacional” foi usado como justificativa para a centralização das políticas públicas e a repressão aos movimentos sociais. O regime militar foi utilizado como instrumento voltado ao crescimento econômico e à estabilidade política, colocando as políticas sociais a um papel secundário.

A repressão política também atingiu instituições intelectuais e sanitárias. O regime considerava rebeldes as propostas de democratização da saúde, perseguindo lideranças que defendiam maior participação popular. Esse controle autoritário impediu avanços da saúde pública durante boa parte do regime. Muitos desses indivíduos e instituições que foram perseguidos pelo regime, tinham os mesmos objetivos em comum, que era a luta por melhores condições de saúde para a população brasileira.

“Classificados como agentes do comunismo internacional, foram perseguidos muitos líderes políticos, estudantis, sindicais e religiosos, que lutavam pela melhoria das condições de saúde do povo.” (BERTOLLI FILHO, 2007, p. 49).

2.3 Cortes na Saúde Pública

Um dos primeiros efeitos da Ditadura Cívico Militar no Ministério da Saúde foi a redução das verbas destinadas à saúde pública, medidas essas que permaneceram até o fim da ditadura. Outros ministérios, como o Ministério dos Transportes e o Ministério da Indústria e Comércio, eram de maior importância para os militares e por isso os repasses de orçamentos eram muitos superiores aos do Ministério da Saúde. Por conta do baixo repasse orçamentário, muitas ações e serviços de saúde pública nesse período foram limitadas ou nem mesmo foram executadas, que conseqüentemente afetou de forma negativa a saúde da população brasileira, que sofria com várias doenças endêmicas nesse período.

O Ministério da Saúde, teve seus orçamentos reduzidos, ficando restrito à elaboração de programas, enquanto o foco governamental se deslocava para obras de infraestrutura e incentivos industriais. Essa redução de investimentos contribuiu para o agravamento de doenças endêmicas e o aumento das desigualdades sociais.

Mesmo sob autoritarismo, alguns programas sanitários foram implantados com impactos positivos para a saúde da população. O Programa Nacional de Imunização (PNI), criado em 1975, é um exemplo de avanço no campo epidemiológico. O PNI representou um marco na saúde pública, ampliando a cobertura vacinal e contribuindo para a erradicação da varíola no país.

Outros programas importantes foram o Plano de Pronto Ação (PPA) e o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), implementado no final da década de 1970, com o objetivo de expandir os serviços básicos de saúde para áreas rurais e municípios de pequeno porte. Apesar das limitações, o PIASS representou uma das primeiras experiências de descentralização sanitária, influenciando políticas futuras como o SUS.

2.4 A Previdência Social e a Ditadura

A Previdência Social no Brasil começou em 1923 com a Lei Elói Chaves que criou as caixas de aposentadorias e pensões (CAPS) que inicialmente eram apenas para trabalhadores ferroviários e eram organizadas pelas empresas contratantes, sob

regulamentação do Estado. Em 1967 o Governo criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando todos os órgãos previdenciários da época. O INPS ficou subordinado ao Ministério do Trabalho e ao Ministério da Saúde, o Ministério do Trabalho era responsável por tratar dos doentes individualmente, enquanto o Ministério da Saúde ficou responsável por elaborar e executar programas sanitários e prestar assistência à população durante as epidemias.

O início do ano de 1967 foi marcado pela implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), reunindo os seis institutos de aposentadorias e pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (Samdu) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. (MOYSÉS FILHO ET AL., 2016, p.27).

Segundo Moysés Filho et al. (2016), essa medida promoveu uma reorganização administrativa, mas manteve o caráter excludente do sistema. Esse modelo previdenciário, ao vincular o acesso à saúde por meio de contribuição, deixou de fora milhões de brasileiros que não possuíam vínculo empregatício formal, ampliando as desigualdades sociais.

Com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) em 1974, o Governo reorganizou a oferta de políticas previdenciárias e assistenciais, mas ainda sob uma administração centralizadora e excludente.

2.5 A Influência do Setor Privado e a Expansão dos Convênios Médicos

Durante a ditadura, o Governo incentivou fortemente o crescimento do setor privado de saúde. Os convênios entre o INPS e hospitais particulares tornaram-se comuns, resultando em uma transferência significativa de recursos públicos para empresas médicas privadas.

Ao assumir a assistência médica como uma de suas atribuições, a previdência social não optou pela instalação de uma infraestrutura própria de produção de serviços. A legislação dos institutos não definia a instalação de infraestrutura própria, sendo permitidos convênios e contratos com outros institutos ou com estabelecimentos hospitalares privados. (MENICUCCI, 2024, p.03).

Essa política fortaleceu o chamado “complexo médico-industrial”, caracterizado pela expansão dos serviços privados. Menicucci (2024) observa que o

regime militar incentivou a medicina empresarial, transformando a saúde em um mercado lucrativo e reduzindo o papel do Estado como provedor direto.

O INPS tornou-se o grande comprador de serviços médicos e passou a sustentar uma procura ampliada, garantindo um mercado institucional pela via dos segurados da Previdência. Essa interferência estatal contribuiu para o fortalecimento do setor privado, cuja expansão dificilmente seria viável de forma independente do Estado, tendo em vista os baixos níveis salariais da população e o aumento dos custos da assistência médica, que inviabilizariam à maioria da população brasileira a compra direta de serviços médicos. (MENICUCCI, 2024, p.03).

Essa comercialização dos serviços de saúde gerou graves consequências para a saúde da população, pois criou-se dois sistemas de saúde: de um lado, a assistência privada financiada por convênios previdenciários; de outro, um sistema público precário e insuficiente para atender a população excluída da previdência.

2.6 O Movimento Sanitário e o Processo de Redemocratização

A partir do final da década de 1960, começaram a surgir novas propostas de reorganização do sistema de saúde. O Movimento da Reforma Sanitária, composto por sanitaristas, pesquisadores e movimentos sociais, passou a questionar o modelo médico-assistencial existente nesse período e a defender a saúde como direito de todos.

Foi durante o período mais repressivo do autoritarismo no Brasil – final da década de 1960 e início da seguinte – que se transformou a abordagem vigente dos problemas de saúde e se constituiu a base teórica e ideológica de um pensamento médico-social. A abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde foi realizada nos departamentos de Medicina Preventiva (DMP) criados, por lei, em todas as faculdades de medicina na Reforma Universitária de 1968. Nesses locais, iniciou-se o que chamamos as bases universitárias do movimento sanitário (Escorel, 1999), um movimento social que propunha uma ampla transformação do sistema de saúde. (SCOREL, 2012, p.09).

De acordo com Escorel (1998), o movimento foi responsável por articular o debate entre saúde e democracia, influenciando o processo constituinte de 1988. A Reforma Sanitária representou a consolidação de uma nova política de saúde no Brasil, que contribuiu para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988, incorporou princípios de universalidade, integralidade e equidade, rompendo com a herança excludente do período ditatorial.

3 METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de natureza qualitativa, com abordagem descritiva e analítica, fundamentada em revisão bibliográfica e documental. A opção por esse delineamento metodológico justifica-se pela necessidade de compreender, de forma crítica e contextualizada, as políticas públicas de saúde desenvolvidas durante a Ditadura Cívico-Militar brasileira (1964–1985), bem como seus impactos estruturais sobre o sistema de saúde.

A revisão bibliográfica adotada pode ser classificada como revisão narrativa, uma vez que buscou reunir, analisar e interpretar produções teóricas e históricas relevantes sobre o tema, sem a pretensão de esgotar toda a literatura disponível, mas priorizando obras de referência e estudos com reconhecida relevância acadêmica. Foram utilizados livros, artigos científicos, capítulos de obras coletivas e publicações em periódicos especializados na área da saúde pública e das ciências sociais.

A pesquisa documental concentrou-se na revisão de legislações, decretos, relatórios oficiais e documentos institucionais produzidos entre 1964 e 1985, especialmente aqueles vinculados ao Ministério da Saúde e à Previdência Social. Esses documentos permitiram compreender a organização administrativa, o financiamento e as diretrizes das políticas sanitárias implementadas durante o regime militar.

A seleção dos materiais seguiu critérios previamente definidos. Como critérios de inclusão, consideraram-se: (a) publicações que abordassem diretamente a saúde pública no Brasil durante a Ditadura Cívico-Militar; (b) obras clássicas e contemporâneas reconhecidas na literatura acadêmica, como Bertolli Filho, Escorel, Menicucci, Hochman e Moysés Filho; (c) artigos científicos disponíveis em bases de dados confiáveis, especialmente a biblioteca virtual SciELO; e (d) legislações e documentos oficiais promulgados no período analisado. Foram excluídos materiais que tratassem do tema de forma superficial, sem relação direta com o recorte temporal ou que apresentassem caráter meramente opinativo, sem respaldo acadêmico.

As buscas bibliográficas foram realizadas entre março e maio de 2025, utilizando-se palavras-chave como: saúde pública, políticas de saúde, ditadura militar, previdência social e reforma sanitária. A combinação desses descritores permitiu

ampliar o alcance da literatura selecionada e garantir maior consistência teórica à revisão.

A análise dos dados ocorreu por meio de uma revisão de conteúdo temática, na qual os materiais selecionados foram lidos de forma sistemática, permitindo a identificação de categorias analíticas centrais, tais como: repressão política e desfinanciamento da saúde; modelo previdenciário e fortalecimento do setor privado; avanços epidemiológicos; e bases estruturais para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas categorias orientaram a organização do capítulo de resultados e discussão, possibilitando uma interpretação crítica e articulada dos achados.

Dessa forma, o percurso metodológico adotado buscou assegurar rigor científico, coerência analítica e alinhamento entre os objetivos propostos, o referencial teórico utilizado e os resultados apresentados, contribuindo para uma compreensão aprofundada das contradições e dos legados da política de saúde durante a Ditadura Cívico-Militar brasileira.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A revisão dos materiais bibliográficos e documentais permitiu identificar que a política de saúde durante a Ditadura Cívico-Militar (1964–1985) foi marcada por profundas contradições estruturais. De um lado, observou-se a centralização administrativa, o desfinanciamento do setor público e a repressão política; de outro, a implementação de programas epidemiológicos relevantes e a reorganização institucional que, ainda que excludente, influenciou a conformação futura do sistema de saúde brasileiro. Para fins analíticos, os resultados foram organizados em quatro eixos temáticos.

4.1 Repressão política e desfinanciamento da saúde pública

Os resultados evidenciam que a saúde pública ocupou posição secundária no projeto político do regime militar. A priorização do crescimento econômico, da infraestrutura e da industrialização ocorreu em detrimento das políticas sociais, resultando em sucessivos cortes orçamentários no Ministério da Saúde. Conforme apontam Bertolli Filho (2007) e Escorel (2012), o setor sanitário foi progressivamente

fragilizado, ficando restrito à formulação de campanhas e programas pontuais, sem capacidade estrutural de garantir acesso amplo e contínuo à população.

A repressão política também teve impacto direto sobre a formulação das políticas de saúde. Propostas de descentralização e participação social, como aquelas defendidas na 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963), foram interrompidas com o golpe de 1964. O regime passou a considerar como subversivas as iniciativas que defendiam democratização do acesso à saúde, perseguindo sanitaristas, pesquisadores e instituições acadêmicas comprometidas com uma visão ampliada do direito à saúde.

Nesse contexto, a ausência de participação social e o controle ideológico limitaram o desenvolvimento de políticas estruturantes. A literatura analisada converge ao afirmar que a combinação entre repressão política e desfinanciamento contribuiu para o agravamento das desigualdades regionais e sociais no acesso aos serviços de saúde, especialmente entre populações rurais, trabalhadores informais e grupos historicamente vulnerabilizados.

4.2 Modelo previdenciário e consolidação do setor privado

Outro eixo central identificado refere-se à reorganização da Previdência Social e ao fortalecimento do setor privado de saúde. A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967, unificou os institutos previdenciários existentes, mas manteve o caráter contributivo e excludente do sistema. O acesso à assistência médica permaneceu condicionado ao vínculo formal de trabalho, excluindo milhões de brasileiros do direito à atenção à saúde.

Os resultados indicam que a opção governamental por não investir na construção de uma rede pública própria de serviços resultou na ampliação dos convênios com hospitais e clínicas privadas. Conforme analisa Menicucci (2007; 2024), o INPS tornou-se o principal financiador da assistência médica privada, consolidando um modelo híbrido público-privado sustentado por recursos estatais.

Essa estratégia produziu efeitos estruturais duradouros. Ao invés de fortalecer a capacidade estatal de provisão direta de serviços, o regime militar estimulou a medicina empresarial, transformando a saúde em um setor economicamente lucrativo. Como resultado, consolidou-se uma dualidade no sistema de saúde: um segmento privado relativamente bem estruturado, destinado aos segurados da previdência, e um setor público precarizado, voltado à população não segurada.

A revisão crítica dos autores evidencia que esse modelo não foi resultado de demanda social, mas de decisão política alinhada aos interesses econômicos do período. Tal configuração aprofundou desigualdades e dificultou, naquele contexto, a construção de um sistema universal e integrado de saúde.

4.3 Avanços epidemiológicos e suas contradições

Apesar das limitações estruturais, os resultados confirmam a implementação de importantes programas epidemiológicos durante o regime militar. O Programa Nacional de Imunização (PNI), instituído pela Lei nº 6.259/1975, destacou-se como um marco na ampliação da cobertura vacinal e no controle de doenças transmissíveis. A erradicação da varíola no Brasil representa um dos resultados mais expressivos desse período.

Outro programa relevante foi o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), implementado no final da década de 1970, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços básicos em áreas rurais e municípios de pequeno porte. Embora limitado em alcance e recursos, o PIASS configurou uma das primeiras experiências de descentralização sanitária no país.

Entretanto, a revisão crítica revela que esses avanços ocorreram de forma fragmentada e desarticulada de uma política estrutural de saúde. Houve progresso no controle epidemiológico, mas persistiram problemas como concentração urbana dos serviços, precariedade da atenção básica e ausência de integração entre ações preventivas e assistenciais. Assim, os avanços epidemiológicos coexistiram com retrocessos administrativos e institucionais.

4.4 Bases estruturais e políticas para a criação do SUS

Os resultados também demonstram que, paralelamente às políticas governamentais, emergiu um movimento crítico de contestação ao modelo vigente: o Movimento da Reforma Sanitária. Desenvolvido principalmente nos Departamentos de Medicina Preventiva criados a partir da Reforma Universitária de 1968, esse movimento passou a questionar o modelo hospitalocêntrico e curativo, defendendo uma concepção ampliada de saúde como direito social.

De acordo com Escorel (2012) e Hochman (2024), a Reforma Sanitária articulou saúde e democracia, denunciando os efeitos da repressão política, da fragmentação institucional e da mercantilização da assistência. Esse debate ganhou

força no processo de redemocratização e influenciou diretamente a Assembleia Constituinte de 1988.

Conclui-se, a partir da revisão, que as contradições do período ditatorial — entre centralização e expansão programática, exclusão social e avanços técnicos — constituíram o pano de fundo histórico que possibilitou a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS surge, portanto, não como ruptura isolada, mas como resultado de lutas sociais, acúmulos técnicos e críticas estruturais ao modelo excludente consolidado durante a Ditadura Cívico-Militar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão da saúde pública no Brasil durante a Ditadura Cívico-Militar (1964–1985) evidencia que o período foi marcado por profundas contradições estruturais, nas quais avanços técnicos coexistiram com retrocessos institucionais, exclusão social e repressão política. O regime autoritário priorizou o crescimento econômico e a centralização administrativa, relegando as políticas sociais a um plano secundário e comprometendo a construção de um sistema de saúde universal e equitativo.

Os resultados demonstram que a adoção de um modelo previdenciário contributivo restringiu o acesso à assistência médica aos trabalhadores com vínculo formal, excluindo milhões de brasileiros. A opção governamental por financiar o setor privado de saúde, em detrimento da construção de uma rede pública própria, consolidou a dualidade público–privado e aprofundou desigualdades no acesso aos serviços de saúde, cujos efeitos estruturais se estendem até a atualidade.

Embora programas como o Programa Nacional de Imunização (PNI) e o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) tenham representado avanços importantes no controle epidemiológico, tais iniciativas ocorreram de forma fragmentada e desarticulada de uma política estrutural de saúde. Assim, os avanços técnicos não foram acompanhados por reformas institucionais capazes de garantir universalidade, integralidade e equidade.

Paralelamente, a repressão política e a ausência de participação social

limitaram o debate democrático e a formulação de políticas sanitárias mais abrangentes. No entanto, esse mesmo contexto estimulou o surgimento de críticas ao modelo vigente, especialmente nos Departamentos de Medicina Preventiva e no Movimento da Reforma Sanitária, que passaram a articular saúde e democracia como dimensões indissociáveis.

Conclui-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) não surgiu como uma ruptura isolada, mas como resultado das contradições, dos limites e das lutas sociais acumuladas durante o período autoritário. A compreensão desse processo histórico é fundamental para a revisão crítica dos desafios contemporâneos da saúde pública brasileira e para a defesa do SUS como política de Estado e direito social.

REFERÊNCIAS

BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde pública no Brasil**. 4 ed. São Paulo: ática, 2008. p. 49-59.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cronologia Histórica da Saúde Pública [site]**. Brasília. 2017. Disponível em: <https://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 17 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha do tempo da Saúde Pública [site]**. Brasília. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/iec/pt-br/assuntos/difusao-cientifica/museu-1/linha-do-tempo-museu.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde [site]**. Brasília. 1963. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-3a-conferencia-nacional-de-saude/view>. Acesso em: 17 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961: Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, de normas gerais sobre defesa e proteção da saúde**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 21 jan. 1961. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/atos/decretos/1961/d49974a.html. Acesso em: 17 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **LEI Nº 4.709, DE 28 DE JUNHO DE 1965: Altera a Lei nº 2.743, de 6 de março de 1956, e cria a Campanha de Erradicação da Malária**. Brasília. 1965. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4709-28-junho-1965-377795-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 17 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 59.153, de 31 de Agosto de 1966: Institui, no Ministério da Saúde, a Campanha de Erradicação da Varíola e dá outras providências**. Brasília. 1966. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-59153-31-agosto-1966-399883-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 17 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 66.623, de 22 de Maio de 1970: Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde, e dá outras providências.** Brasília. 1970. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-66623-22-maio-1970-408086-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 17 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **LEI Nº 6.036, DE 1º DE MAIO DE 1974: Dispõe sobre a criação, na Presidência da República, do Conselho de Desenvolvimento Econômico e da Secretaria de Planejamento, sobre o desdobramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social e dá outras providências.** Brasília. 1974. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6036.htm. Acesso em: 17 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **LEI Nº 6.229, DE 17 DE JULHO DE 1975 (Vide Decreto nº 76.973, de 1975) (Revogada pela Lei nº 8.080, de 19.9.1990): Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.** Brasília. 1975. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229impresao.htm. Acesso em: 17 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **LEI Nº 6.259, DE 30 DE OUTUBRO DE 1975: Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.** Brasília. 1975. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm. Acesso em: 17 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 79.056, de 30 de Dezembro de 1976: Dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde e dá outras providências.** Brasília. 1976. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-79056-30-dezembro-1976-428077-retificacao-1-pe.html>. Acesso em: 17 mai. 2025.

CHEVRAND, C.; HOCHMAN, G. **Doutores da ditadura: médicos e violação de direitos humanos no Brasil (1964-1985).** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 10. Rio de Janeiro. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QmHBpVbJX5ysrxF3rphhS3D>. Acesso em: 17 mai. 2025.

DOMINGUES, C. M. A. S. et al. **46 anos do Programa Nacional de Imunizações: Uma História Repleta de Conquistas e Desafios a Serem Superados.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XxZCT7tKQjP3V6pCyywtXMx/>. Acesso em: 17 mai. 2025.

ESCOREL, S. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária.** In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 323–363. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494-17.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2025.

HOCHMAN, G. **Saúde e Ciência na ditadura militar brasileira (1964-1985).** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10. 2024. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/csc/2024.v29n10/e12112024/>. Acesso em: 17 mai. 2025.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 320 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/tr7y8/pdf/menicucci-9788575413562.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2025.

MENICUCCI, T. M. G. **A assistência à saúde no governo militar (1964-1985) e sua herança para o SUS: o híbrido público-privado**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 2143-2152. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yfqr4h3RLBHRPvr98WTNQcy/?lang=pt>. Acesso em: 17 mai. 2025.

MOYSÉS FILHO, J. et al. **Planejamento e Gestão Estratégica em Organizações de Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2016. p. 26-28.

SANTOS, P. R. E.; VIEIRA, F. A. **Os Arquivos da Fiocruz: Fontes Para a Pesquisa Sobre a Ciência e a Saúde na Ditadura Militar (1964-1985)**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6VqNfdmWhr9hYdTwYQwww/>. Acesso em: 17 mai. 2025.