

# SAÚDE PÚBLICA SOB REGIME AUTORITÁRIO: O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA DITADURA MILITAR BRASILEIRA

João Victor Almeida Rangel<sup>1</sup>; João Pedro Henriques de Castro Morais<sup>2</sup>

joaorangelcampina02@gmail.com

**Área Temática:** Saúde Coletiva.

## RESUMO

**Introdução:** A organização da assistência à saúde no Brasil foi profundamente influenciada pelos contextos políticos e institucionais de cada período histórico. Durante o regime militar (1964–1985), as políticas de saúde foram estruturadas de forma centralizada e fortemente vinculadas ao sistema previdenciário, o que contribuiu para a consolidação de um modelo assistencial marcado por desigualdades no acesso e forte participação do setor privado. A análise desse período é importante para compreender as bases estruturais que influenciaram a organização do sistema de saúde brasileiro nas décadas posteriores, especialmente no contexto da redemocratização e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Analisar a organização da assistência à saúde no Brasil durante o regime militar (1964–1985), identificando as características estruturais do modelo adotado, seus impactos sobre o acesso aos serviços e suas repercussões na configuração do sistema público de saúde no período pós-redemocratização. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa, realizada a partir de levantamento nas bases SciELO, PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e acervos institucionais da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Foram utilizados descritores relacionados à Ditadura Militar, políticas de saúde, previdência social e Reforma Sanitária, combinados por operadores booleanos. Inicialmente foram identificados 72 estudos potencialmente relevantes. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, exclusão de duplicidades e de estudos sem pertinência temática ou acesso ao texto completo, permaneceram 15 estudos, que compuseram o corpus final da análise. **Resultados e Discussão:** Os resultados indicam que a assistência médica esteve predominantemente vinculada ao sistema previdenciário, restringindo o acesso aos trabalhadores formais urbanos e excluindo amplos segmentos populacionais, como trabalhadores informais e populações rurais. Observou-se também o fortalecimento do financiamento público ao setor privado, consolidando um modelo hospitalocêntrico e desigual. Nesse contexto, emergiu o movimento da Reforma Sanitária, que criticou o modelo vigente e defendeu a saúde como direito social. **Conclusão:** Conclui-se que o regime militar estruturou um padrão segmentado e excludente de assistência à saúde, cujas consequências influenciaram a organização do sistema brasileiro nas décadas seguintes e impulsionaram a construção do SUS e da saúde como direito universal.

**Palavras-chave:** Ditadura Militar; Políticas de Saúde; Previdência Social; Reforma Sanitária.

## 1 INTRODUÇÃO

O período da Ditadura Militar brasileira (1964–1985) representou uma fase de profundas transformações institucionais no Estado e nas políticas sociais. No campo da saúde, consolidou-se um modelo assistencial fortemente vinculado à previdência social, estruturado sob a lógica do trabalho formal e da contribuição compulsória, o que produziu um sistema segmentado e excludente. A assistência médica não era concebida como direito universal, mas

como benefício previdenciário, acessível prioritariamente aos trabalhadores inseridos no mercado formal (Menicucci, 2024).

Com base na historiografia crítica (Dreifuss, 1981; Fernandes, 2020; Oliveira, 2003), pode-se afirmar que a Ditadura Militar consolidou um programa de integração nacional ao capitalismo dependente e associado. O processo, dirigido por uma parceria entre setores da cúpula militar e do empresariado nacional, organizou o estado brasileiro com base em um modelo tecnocrático, no qual o saber existe como meio passivo para um determinado fim: o acúmulo de capital. Assim, a razão perde seu potencial emancipatório e humanizante, e converte-se em instrumento de dominação dos homens sob os homens (Adorno, Horkheimer, 2006).

Esse arranjo institucional reforçou desigualdades históricas, sobretudo em um país marcado por ampla informalidade laboral e por disparidades regionais profundas. Trabalhadores rurais, desempregados e populações marginalizadas permaneceram à margem da cobertura assistencial estruturada pelo Estado, recorrendo a serviços filantrópicos, à caridade ou a redes locais precárias de atendimento (Menicucci, 2024).

Além disso, a centralização decisória característica do regime autoritário limitou a participação social na formulação e no controle das políticas públicas de saúde. A supressão de instâncias democráticas de debate impediu que demandas populares fossem incorporadas de forma ampla, consolidando um modelo tecnocrático, orientado por critérios econômicos e pela expansão do setor privado conveniado (Paim; Almeida-Filho, 2014).

Compreender a estrutura da assistência à saúde nesse período é fundamental para analisar as raízes do sistema híbrido público-privado brasileiro e os processos históricos que culminaram no movimento crítico da Reforma Sanitária e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 como expressão do direito universal à saúde (Escorel, 1999).

## **2 METODOLOGIA**

A presente pesquisa caracteriza-se como uma Revisão Bibliográfica Integrativa, método que possibilita a sistematização e análise crítica de produções científicas acerca de determinado fenômeno histórico-social, permitindo integrar diferentes abordagens e perspectivas teóricas (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases SciELO, PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e em acervos institucionais da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), utilizando descritores relacionados à Ditadura Militar, políticas de saúde, previdência social e Reforma Sanitária. Na busca inicial, foram identificados 72 estudos potencialmente relevantes.

Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, 57 estudos foram excluídos por se tratarem de publicações duplicadas, trabalhos que não abordavam diretamente a política de saúde no período de 1964 a 1985, textos sem fundamentação teórica consistente ou materiais sem acesso ao conteúdo completo. Ao final do processo, 15 estudos foram considerados elegíveis e compuseram o corpus da análise. Também se utilizou referências básicas sobre a historiografia do período militar.

A análise foi conduzida de forma interpretativa e crítica, buscando identificar convergências, divergências e permanências estruturais nas políticas de saúde implementadas durante o regime militar e seus desdobramentos no processo de redemocratização brasileira.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Durante o regime militar, a assistência médica brasileira esteve majoritariamente vinculada ao sistema previdenciário, estruturado para atender principalmente trabalhadores formais urbanos inseridos no mercado de trabalho regulamentado. A unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, seguida da criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), consolidou essa lógica contributiva, na qual o acesso aos serviços de saúde era condicionado ao vínculo empregatício e à contribuição ao sistema (Menicucci, 2024). Esse arranjo institucional reforçava a compreensão da saúde como benefício trabalhista e não como direito social universal, limitando o alcance das políticas públicas e restringindo a cobertura àqueles integrados à economia formal.

Essa organização contribuiu significativamente para o aprofundamento da segmentação social, uma vez que grande parcela da população economicamente ativa encontrava-se na informalidade, no desemprego ou em áreas rurais desassistidas por cobertura previdenciária regular. O modelo previdenciário, conforme destacam Oliveira e Teixeira (1986), ampliou a assistência para setores estratégicos do desenvolvimento econômico, acompanhando o projeto modernizador do regime, mas não promoveu a universalização do

acesso à saúde. Assim, consolidou-se uma estrutura que reproduzia desigualdades históricas, especialmente entre regiões e classes sociais, perpetuando a exclusão de grupos vulneráveis.

Dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística demonstram a concentração de estabelecimentos e leitos hospitalares nas regiões Sudeste e Sul, evidenciando disparidades territoriais significativas no período analisado (IBGE, 1976-1995). Essa distribuição desigual refletia tanto o padrão de desenvolvimento econômico regional quanto as prioridades de investimento do Estado, reforçando a centralização dos recursos em áreas mais industrializadas e deixando regiões Norte e Nordeste em situação de maior precariedade assistencial.

Um dos traços mais marcantes do período foi a expressiva expansão do setor privado conveniado ao Estado. Em vez de priorizar a ampliação da rede pública própria e fortalecer a infraestrutura estatal de atendimento, o governo militar optou por financiar a compra de serviços privados, direcionando recursos públicos para hospitais e clínicas particulares (Menicucci, 2024). Essa estratégia estava alinhada à lógica desenvolvimentista do regime, que incentivava parcerias com o setor empresarial e estimulava a participação privada em áreas estratégicas, inclusive na saúde.

Tal política contribuiu para a formação de um complexo médico-industrial dependente de financiamento público, mas orientado por princípios de mercado e rentabilidade. Donnangelo (1975) já apontava que o mercado de trabalho médico se estruturava de maneira progressivamente subordinada à dinâmica empresarial, transformando a prática profissional e ampliando a mercantilização dos serviços de saúde. Nesse contexto, a assistência médica passou a operar segundo parâmetros produtivistas e hospitalocêntricos, com ênfase em procedimentos especializados e curativos, em detrimento de ações preventivas e de promoção da saúde.

Essa configuração consolidou uma hegemonia institucional médica alinhada a interesses corporativos e privados, fortalecendo a fragmentação do sistema e reduzindo a capacidade do Estado de coordenar uma política pública integrada. A coexistência de um setor público subfinanciado com um setor privado robusto estruturou um modelo híbrido que se perpetuaria no período pós-ditadura, tornando-se uma das principais heranças institucionais do regime militar (Menicucci, 2024).

Paralelamente, a Ditadura Militar promoveu intensa centralização administrativa e política, restringindo espaços de deliberação democrática e enfraquecendo instâncias

participativas. No campo científico e universitário, houve repressão a pesquisadores, intervenções institucionais e desarticulação de centros críticos de produção de conhecimento, como evidenciado no chamado “Massacre de Manguinhos”, episódio analisado por Santos (2020). Tais medidas impactaram diretamente o desenvolvimento da saúde coletiva como campo científico e político.

O ambiente autoritário comprometeu a autonomia universitária e limitou debates públicos sobre políticas sanitárias. Motta (2014) destaca que as universidades sofreram perseguições, aposentadorias compulsórias e vigilância ideológica, o que reduziu o espaço para formulações críticas e análises estruturais do sistema de saúde. Esse contexto restringiu a pluralidade de perspectivas e dificultou a construção de propostas alternativas ao modelo vigente.

Tais contradições fazem parte, de maneira mais ampla, do processo social organizado pelo golpe militar de 1964. Partindo da historiografia crítica (Dreifuss, 1981; Fernandes, 2020; Oliveira, 2003), pode-se afirmar que o regime militar brasileiro se estruturou com o objetivo de reintegrar o país aos interesses do capital multinacional e associado. Assim, as diretrizes políticas e econômicas do regime incorporaram interesses de classe, organizando um novo ritmo social em que a repressão política se transformava em pré-condição do acúmulo de capital. Priorizando eficiência máxima e integração total ao mundo do trabalho – processo mesmo que gera contradições, como seu oposto, o crescimento do trabalho informal – a ditadura institucionalizou a instrumentalização da razão como mecanismo de acumulação de capital. Assim, a técnica, a tecnologia e o saber foram reificados, transformaram-se em instrumentos para um determinado fim, tornando-se, assim, instrumentos de dominação (Adorno, Horkheimer, 2006).

Diante desse cenário, tornou-se mais difícil a consolidação de políticas orientadas por princípios de equidade, integralidade e participação social — fundamentos que só seriam incorporados de maneira sistemática no período de redemocratização (Paim; Almeida-Filho, 2014). A ausência de mecanismos institucionais de controle social durante o regime reforçou a distância entre Estado e sociedade na definição das prioridades sanitárias.

Apesar das limitações impostas pelo regime, emergiu, a partir da década de 1970, um movimento intelectual e político conhecido como Movimento da Reforma Sanitária. Composto por profissionais de saúde, pesquisadores, estudantes e militantes sociais, esse grupo passou a

defender a saúde como direito universal e a propor a reorganização do sistema com base nos princípios de integralidade da atenção, descentralização administrativa e controle social (Escorel, 1999). O movimento articulou crítica técnica e mobilização política, transformando a saúde em pauta estratégica na transição democrática.

A articulação entre sanitaristas, acadêmicos e movimentos sociais mostrou-se decisiva durante a Assembleia Constituinte de 1987-1988, culminando na consagração constitucional do direito à saúde como dever do Estado e direito de todos. A criação do Sistema Único de Saúde representou ruptura formal com o modelo estritamente previdenciário e estabeleceu um novo paradigma de política pública universal, pautado na descentralização, na participação popular e na integralidade da atenção (Paim; Almeida-Filho, 2014).

Entre as contradições do período destacado, conforme destaca Menicucci (2024), pode-se destacar como SUS herdou estruturas híbridas consolidadas no período militar, especialmente a forte presença do setor privado na prestação de serviços financiados com recursos públicos. Essa permanência evidencia que, embora a redemocratização tenha redefinido os princípios normativos da política de saúde, elementos estruturais do modelo anterior continuaram influenciando a organização do sistema brasileiro nas décadas subsequentes.

#### **4 CONCLUSÃO**

A análise realizada permitiu compreender que a assistência à saúde durante a Ditadura Militar brasileira foi estruturada sob uma lógica previdenciária excludente, vinculada ao trabalho formal e orientada por forte centralização estatal. O modelo adotado ampliou a cobertura para segmentos estratégicos da economia, mas manteve significativa parcela da população à margem do sistema, reforçando desigualdades regionais e sociais. Paralelamente, a expansão do setor privado conveniado consolidou um arranjo híbrido que influenciaria de maneira duradoura a organização da política de saúde no país.

Os resultados evidenciam que o contexto autoritário limitou a participação social e o debate público sobre políticas sanitárias, ao mesmo tempo em que estimulou a formação de um movimento crítico que culminaria na Reforma Sanitária. Assim, o período foi marcado por exclusões estruturais, das quais surgiram mobilizações críticas centrais para a formulação de bases teóricas e políticas que sustentaram a criação do Sistema Único de Saúde, redefinindo a saúde como direito universal na Constituição de 1988.

Como limitações deste estudo, destaca-se a dependência exclusiva de fontes bibliográficas e documentais, o que restringe a incorporação de perspectivas empíricas diretas ou relatos de sujeitos impactados pelas políticas do período. Além disso, a análise concentrou-se predominantemente na dimensão institucional e estrutural do sistema, podendo não contemplar de forma aprofundada especificidades regionais ou experiências locais de organização da assistência.

Sugere-se que pesquisas futuras explorem análises comparativas entre diferentes regiões brasileiras durante o regime militar, bem como investigações que articulem dados históricos com indicadores contemporâneos, a fim de identificar permanências e transformações no acesso à saúde. Estudos que integrem abordagens qualitativas, incluindo memórias institucionais e trajetórias profissionais, também podem ampliar a compreensão dos impactos sociais e políticos desse período na consolidação do sistema de saúde brasileiro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADORNO, Theodor W.; HORKHEIMER, Max. *Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2ª ed., 2006
- BAHIA, Luiza. *Oferta e produção de serviços de saúde no Brasil na década de 80: um estudo exploratório*. 1991. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.
- BRASIL. Lei nº 6.168, de 9 de dezembro de 1974. Dispõe sobre a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 10 dez. 1974.
- DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: **Pioneira**, 1975.
- DREIFUSS, René. *1964: a conquista do Estado*. Petrópolis: **Vozes**, 1981.
- SCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- FERNANDES, Florestan. *A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica*. 6. ed. São Paulo: **Contracorrente**, 2020. 430 p.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS)*. Rio de Janeiro: IBGE, 1976-1995.
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. 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, 2024.
- MOTTA, Rodrigo Patto Sá. *As universidades e o regime militar*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.
- OLIVEIRA, Francisco de. *Crítica à razão dualista / O ornitorrinco*. São Paulo: **Boitempo**, 2003.
- OLIVEIRA, João Augusto; TEIXEIRA, Sílvio M. F. *Imprevidência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: **Vozes; Abrasco**, 1986.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. ***Políticas e sistema de saúde no Brasil: contribuições para uma história crítica***. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

SANTOS, Diana Guimarães e. ***Massacre de Manguinhos: a ciência brasileira e o regime militar (1964-1970)***. São Paulo: Hucitec, 2020.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. *Einstein (São Paulo)*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.