



L'ÉVOLUTION HISTORIQUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

NETO, Daniel Carlos¹, DENDASCK, Carla², OLIVEIRA, Euzébio de³

CARLOS NETO, Daniel; DENDASCK, Carla; OLIVEIRA, Euzébio de. **L'évolution historique de la santé publique.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Vol. 01, Année 01, Ed. 01, pp : 52-67, mars 2016. ISSN : 2448-0959, lien d'accès: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/droit/levolution-historique>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/droit/levolution-historique

RÉSUMÉ

On le trouve dans les premiers documents historiques, la recherche constante de l'homme pour la recherche de la guérison de ses infirmités. Un des premiers dossiers que l'on a concernant l'exercice de la médecine à travers la Bible elle-même, où en plus de mentionne la recherche d'individus pour guérir leurs infirmités. Connaître l'évolution historique de la santé, en particulier de la santé publique, est fondamental pour comprendre les phénomènes qui font partie du cadre contemporain, cherchant ainsi, à travers cette reconnaissance, à tirer des leçons qui permettent des stratégies administratives et/ou résolutives pour ce qui est considéré comme la « crise du système de santé ».

Mots-clés: Santé publique, Évolution de la santé, Antécédents de santé.

INTRODUCTION

Le concept de santé a subi plusieurs interventions au cours des 100 dernières années, puisqu'il a été conceptualisé à partir de diverses visions du monde, dans une construction sociale et historique, allant du concept simple d'absence de maladie à un concept large avec diverses dimensions, telles que biologique, comportementale, sociale, environnementale, politique et économique.

Aujourd'hui, le concept adopté dans le monde entier est celui de l'Organisation mondiale de la santé qui *le définit comme « un état de bien-être physique, mental et social complet, et ne se compose pas seulement de l'absence de maladie ou de maladie ».* (OMS, 1946)



Cependant, la santé n'a pas toujours été traitée au cours de son évolution historique, car dans l'étude menée ici, il a été constaté que la santé « *va de la conception religieuse magique, à la conception simpliste de l'absence de maladie, jusqu'à l'atteinte de la conception la plus complète adoptée par l'Organisation mondiale de la Santé* » (CZERESNIA, 2003).

Par conséquent, il est noté que la conception de ce qu'est la santé a subi plusieurs modifications jusqu'à ce que l'on atteigne le concept le plus adopté actuel qui est celui de l'Organisation mondiale de la Santé et cherche principalement la promotion de la santé qui est fondée sur le droit fondamental de l'homme afin d'accroître le contrôle sur leur santé et ses déterminants, et la santé de tous les peuples est essentielle pour parvenir à la paix et la sécurité.

Un bref commentaire sur l'origine du terme santé est fait, il vient de la racine étymologique salus. En latin, ce terme désigné comme l'attribut principal des entiers, intact, intact, et dans les salus grecs vient du terme holos, dans le sens de la totalité, racine des termes holisme, holistique. C'est-à-dire que ce terme fait référence à l'ensemble.

Une fois que la santé est définie, il est d'une importance primordiale de comprendre son évolution historique dans le monde, car comme nous l'avons déjà dit, la santé a subi des interventions religieuses, sociales et économiques. Et pour comprendre l'approche de la santé est actuellement nécessaire de connaître son histoire, puisque ce qui est actuellement vu est le récit de la contemporanéité et qui a ses racines dans les époques très anciennes. Soulignant une telle importance au sujet de l'histoire de la santé et de la maladie est noté :

Que la santé et la maladie sont quelque chose de plus que des phénomènes biologiques; qu'en ce qui concerne les soins, les mécanismes de contrôle et les remèdes sont des dimensions pertinentes de l'histoire de la [...]santé et de la maladie et que le processus de santé-maladie concerne non seulement l'iness de santé ou l'insalubrité de nos pays, mais révèle, constituant et formateur des aspects cruciaux



de la modernité et de l'histoire sociale, politique, intellectuelle et culturelle. (HOCHMAN; XAVIER; PIRES-ALVES, 2004, p. 45)

Partant de la prémissse de la santé en tant que conception religieuse, on peut donc dire que le souci de la santé est venu collectivement avec les premières épidémies qui ont touché un plus grand nombre de personnes, les faisant réfléchir à leur cause. Dans la Bible, il existe des registres de maladies, telles que la lèpre (actuellement la lèpre), qui ont affecté la vie de nombreuses personnes, même dans le temps avant Jésus-Christ, apportant le souci d'isoler les lépreux pour éviter la contagion du reste de la population, parce qu'ils ont compris que la maladie était contagieuse, en plus qu'elle était considérée comme une punition divine. Écrivez:

Le lépreux est cet homme, le monde est; le prêtre le déclarera totalement pour le monde, dans sa tête il y a la peste.

Aussi les vêtements du lépreux, en qui est la peste, seront déchirés, et sa tête sera découverte, et couvrir la lèvre supérieure, et crier, Imundo, imundo.

Chaque jour, quand la peste sera en lui, elle sera unworldly; impie est, habitera seul; votre logement sera hors du camp. (LÉVITIQUE 13:44-46)

Toujours dans cette conception religieuse, au Moyen Âge, l'Église a exercé une grande influence sur la politique et, par conséquent, sur la santé. Car, suivant l'enseignement biblique mentionné ci-dessus, la maladie a été traitée comme une punition divine et les malades ont été isolés. Toutefois, cette conduite d'isolement des patients a fini par retarder les progrès scientifiques dans le domaine de la santé, car ils n'ont prouvé que le manque de traitement de la population, comme le montre le point de vue de Sevalho (1993, p.5) :

Au Moyen Âg[...]e, les foyers d'aide aux pauvres, les abris des voyageurs et des pèlerins, mais aussi les instruments de séparation et d'exclusion lorsqu'ils servaient à isoler les malades du reste de la population. L'une des valeurs fondamentales qui impliquait l'existence des hôpitaux du medievo était la charité, parce que prendre soin



des malades ou contribuer financièrement à l'entretien de ces maisons signifiait le salut des âmes des bienfaiteurs.

Toutefois, cette compréhension de la bienveillance divine a commencé à être remise en question avec l'apparition de nouvelles maladies, faisant croire à certains chercheurs que les maladies pouvaient passer d'une personne à l'autre et en partant de l'idée qu'il existe des moyens d'éviter les maladies, comme le souligne Sevalho (1993, p. 5) :

Dans les années 1300, au moment de la peste noire, un médecin arabe a signalé que la maladie pouvait être contractée par contact avec les malades ou par des vêtements, de la vaisselle ou des boucles d'oreilles (Sournia&Ruffie, 1986). Quoi qu'il en soit, dans la vision du monde des chrétiens médiévaux, la crainte que la maladie ait été imprimée a été contextualisée. Le sentiment qu'il doit être maintenu à distance, le retrait nécessaire du danger inconnu insensé, la peur de la souffrance et de la mort.

Après cette ère de domination de l'Église, puis vient la phase de rationalisme et de grand progrès scientifique, c'est ce qu'on appelle les Lumières. Dans cette période, avec la science, la connaissance du domaine de la santé a eu un énorme progrès, parce que, « l'être humain qui a accompagné la naissance de la science moderne était conquérant et propriétaire de la nature, n'est plus son partageur et observateur harmonieux. Cette perspective a ouvert la voie à des pratiques thérapeutiques interventionnelles. (SEVALHO, 1993)

De ce point de vue plus rationnel de la maladie, il a été possible de réfléchir à des moyens d'éviter les épidémies de l'époque. Avec la publication de la recherche scientifique au cours de cette période, de grandes découvertes ont été faites comme un moyen de prévenir certaines maladies et de contenir la contagion d'autres. L'un d'eux était celui des vaccins qui représentaient une étape historique pour la prévention de la tuberculose, du tétanos, de la méningite, des maladies qui, à une époque lointaine, étaient capables de décimer les populations.

Dans cette période, le premier microscope est également découvert.



Avec l'arrivée des Lumières, l'émergence du capitalisme était attendue. Capitalisme commençant des usines, générant des emplois extrêmement épuisants.

Par conséquent, les centres urbains, les inégalités sociales et le manque de structure dans ces centres sont apparus. En outre souligné:

Les graves problèmes sociaux du début du capitalisme industriel, les conditions de vie et de travail désastreuses générées par la formation et la croissance des centres urbains et la nécessité croissante d'accroître le capital industriel, au détriment de l'exploitation de la main-d'œuvre et de la pauvreté. (SEVALHO, 1993, p. 6)

Ainsi, l'influence du contexte social sur la santé de la population se pose, puisque la croissance désordonnée des villes et des centres ouvriers n'a pas toujours eu les conditions de logement les plus parfaites, l'assainissement de base, un traitement adéquat de l'eau. Et avec ces graves problèmes sociaux a commencé le souci de l'influence des conditions de vie sur la santé de l'individu.

Réalisant alors que les questions sociales ont influencé les conditions de santé de la population, et pour la première fois le terme médecine sociale a été entendu, comme Sevalho (1993, p. 6) déclare:

Une pénétration des connaissances médicales dans le domaine de l'environnement social, appliquée au panorama mercantiliste de l'Allemagne et de la France du XVIII^e siècle et au capitalisme naissant de l'Angleterre industrielle du XIX^e siècle, a donné naissance à la médecine sociale dans l'entrelacement de trois mouvements soulignés par Foucault (1979). La police médicale allemande, une médecine d'État qui a institué des mesures obligatoires de contrôle des maladies, la médecine urbaine Français, la sanitadora des villes comme structures spatiales qui cherchaient une nouvelle identité sociale, et, enfin, une médecine de la main-d'œuvre dans l'Angleterre industrielle, où le développement d'un prolétariat avait été plus rapide. De ces mouvements est venu la médecine sociale, conduit par les révolutionnaires de 1848 et leurs perspectives de réformes économiques et politiques, comme une entreprise d'intervention sur les conditions de vie, sur l'environnement socialement organisé par la voie capitaliste correctement conforme par la révolution industrielle.



Et la médecine sociale ne serait correctement enregistrée qu'au milieu du siècle, comme on l'indique :

En outre, ce n'est qu'au milieu du XIXe siècle, en 1848, que l'expression médecine sociale serait enregistrement. Il a émergé en France et, bien que concomitant avec le mouvement général qui a pris le contrôle de l'Europe, dans un processus de lutte pour le changement politique et social. (NUNES, 1998, p.108)

Cependant, après cette période de l'émergence du capitalisme et avec de nouvelles découvertes telles que l'existence de germes, de nouvelles façons de comprendre la maladie ont émergé, comme la « *théorie de l'uni causalité* » de Louis Pasteur.

Et c'est à partir de ces nouvelles découvertes et des nouveaux concepts non sociaux de la maladie que la santé est devenue biomédicale centrée sur la maladie et non sur l'individu, comme l'analyse Nunes (1998, p. 109) :

Ce n'est qu'à partir de la seconde moitié du XIXe siècle, marquée par les recherches de Pasteur et Koch, que l'âge du germe sera inauguré, et qu'il transformera radicalement la médecine d'une « profession orientée vers les personnes vers la maladie ».

Comme Salomon-Bayet (1986, p.12) écrit que la révolution biomédicale déclenchée par les œuvres de Pasteur peut s'appeler la « *lapastorisation de la lamédecine* » qui la distingue de la « *lapasteurisation de la lamédecine* », en ce sens qu'elle signifie, d'une part, une révolution aezo et, d'autre part, la médicalisation d'une société, légiférant sur la santé publique, institutionnalisant l'enseignement et agissant sur le plan politique et social. Il ne fait aucun doute que les découvertes de micro-organismes seront de la plus haute importance pour la santé publique, surtout lorsque, en plus de la relation individu-agent, un modèle épidémiologique est établi comme une interaction entre ces deux éléments et l'environnement.

À partir de ce moment, il y a eu un déclin de la santé publique, des préoccupations au sujet du contexte social et des conditions de vie de la population.



Toutefois, au fil du temps, la santé alternative et la vision holistique (globale) de la santé sont revenues au point de vue de nombreux professionnels de la santé. À cette fin, la santé a été traitée comme un concept positif et pas seulement comme un concept d'absence de maladie, selon la définition la plus classique de la santé publique en 1920, voir :

La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies et les handicaps, de prolonger la vie et de développer la santé physique et mentale, par des efforts communautaires organisés pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la communauté, l'éducation des individus aux principes d'hygiène personnelle et l'organisation de services médicaux et paramédicaux pour le diagnostic précoce et le traitement précoce des maladies et l'amélioration de la machine sociale qui assurera chaque individu , au sein de la communauté, un niveau de vie approprié au maintien de la santé. (WINSLOW, 1920 apud ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003 p.29)

Enfin, en 1946, le concept actuel de santé proposé par l'Organisation mondiale de la Santé est apparu, comme déjà exposé.

Depuis le concept de l'OMS, dans les années 1970, en Amérique latine, l'importance des sciences sociales dans l'approche de la santé s'est accrue. C'est pourquoi des conférences comme Alma-Ata et la Conférence d'Ottawa ont été organisées pour réfléchir à des stratégies visant à améliorer la promotion de la santé dans le monde entier et à se rendre au niveau complet de l'être physique, mental et social.

Parmi ce qui a été établi dans la Déclaration d'Alma-Ata (1978) se trouve principalement :

1. La réalisation du plus haut degré de santé nécessite l'intervention de nombreux autres secteurs sociaux et économiques, en plus du secteur de la santé
- III. La promotion et la protection de la santé de la population sont indispensables à un développement économique et social durable et contribuent à améliorer la qualité de vie et à parvenir à la paix dans le monde;



1. La population a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à l'application des mesures de santé;

VII-1. Les soins de santé primaires sont à la fois une réflexion et une conséquence des conditions économiques et des caractéristiques socioculturelles et politiques du pays et de ses communautés;

Mais la nécessité d'organiser les conférences mentionnées n'est pas venue de nulle part. Ils sont venus principalement des années 1960 marquées dans le monde entier par des changements dans les scénarios politiques et appelle à « sexe, drogues et rock'n'roll ». Motivés par des pensées libertaires, c'est aussi à cette époque que les discussions et les mobilisations qui ont profondément marqué l'histoire de la santé publique dans le monde ont commencé, les pensées d'audace et les expériences nationalistes ont permis l'élaboration de la Déclaration d'Alma-Ata, et donc, l'expansion de la compréhension de la complexité de garantir ce droit fondamental à l'être humain: la santé, et le changement de stratégie est à l'origine de la pensée de promotion de la santé étant un axe fondamental pour atteindre *l'utopie de la santé à jusqu'en l'an 2000* » (MENICUCCI, 2007, p. 158)

Face à tant de mobilisation, un voyage de discussions et de conférences internationales a commencé à viser à améliorer les concepts et la systématisation et les idées sur la façon de réussir dans les objectifs établis dans la Déclaration d'Alma-Ata et la Charte d'Ottawa, qui demeurent à ce jour des symboles de la transformation et de la façon de penser la santé dans le monde.

Entre autres objectifs, ils ont également été établis dans la Déclaration d'Alma-Ata (1978) :

Vii-3. Il comprend au moins les domaines suivants : l'éducation sur les principaux problèmes de santé et sur les méthodes de prévention et de lutte correspondantes; promouvoir le port alimentaire et une nutrition appropriée; un approvisionnement adéquat en eau potable et en assainissement de base; les soins maternels et infantiles, y compris la planification familiale; la prévention et la lutte contre les



maladies endémiques locales; traitement approprié des maladies et des traumatismes courants; et la disponibilité de médicaments essentiels;

VII-4. Il comprend la participation, outre le secteur de la santé, de tous les secteurs et domaines d'activité liés au développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'alimentation, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics, les communications et d'autres, nécessitant les efforts coordonnés de tous ces secteurs;

VII-5. Il exige et promeut, dans une certaine mesure, l'auto-responsabilité et la participation de la communauté et de la personne à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires. En fait, le texte de la Déclaration d'Alma-Ata, en élargissant la vue des soins de santé.

Une fois les citations ci-dessus faites, il est possible de confirmer l'indissociabilité des facteurs sociaux, économiques et culturels pour parvenir à une santé publique de qualité et équitable. Impliquant ainsi tous les secteurs de la société, y compris la société civile.

Mais les préoccupations concernant la promotion de la santé ne se sont pas arrêtées là, comme en 2005 est venue la Charte Bangkok – le résultat de la sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé à Bangkok, en Thaïlande – avec la portée d'identifier les actions, les engagements et les promesses nécessaires pour s'attaquer aux déterminants de la santé dans un monde globalisé par la promotion de la santé. La lettre susmentionnée a été reconnue sur la promotion de la santé :

Les Nations Unies reconnaissent que l'obtention du plus haut niveau de santé est l'un des droits fondamentaux de tout être humain, indépendamment de sa race, de sa couleur, de son sexe ou de sa situation socio-économique.

La promotion de la santé est fondée sur ce droit humain fondamental et offre un concept positif et inclusif de la santé en tant que déterminant de la qualité de vie, y compris le bien-être mental et spirituel.



La promotion de la santé est le processus qui permet aux gens d'accroître le contrôle sur leur santé et ses déterminants, en se mobilisant (individuellement et collectivement) pour améliorer leur santé. Il s'agit d'une fonction centrale de la santé publique et contribue aux travaux de lutte contre les maladies transmissibles, puis transmissibles, en plus d'autres menaces pour la santé. (CARTA DEBANGOKOK, 2005).

Même après la définition du concept de santé par l'Organisation mondiale de la Santé, l'idée curative de la santé est encore très forte, car encore aujourd'hui, on comprend que la promotion de la santé est le traitement d'une maladie. (BERRIDGE, 2000)

Bientôt, les jours de prospérité de la santé publique entre les deux guerres mondiales, l'épanouissement de l'empire de la santé publique dans l'hôpital, a été une erreur pour la santé publique, s'éloigner de la voie de la santé nécessaire pour la population.

Ainsi, on ne lui donne souvent pas la valeur nécessaire à la santé publique, oubliant la vision holistique de la promotion de la santé, comme l'avertit Virginia Berridge (2000, p. 11) :

La tension entre la relation avec les services médicaux et le rôle de la communauté est restée illustrée dans les années 1960 par la médecine communautaire et l'épidémiologie des maladies chroniques, et n'a pas encore été résolue. La dualité du rôle de la santé publique a été un thème permanent, d'une part entre la prévention et la promotion (ou le développement), et d'autre part, entre la planification et l'administration des services de santé.

En outre, la santé publique est toujours confrontée à une distance entre la pratique et la théorie, car « *le dilemme entre l'instrumentalité et l'apoliticité, les connaissances académiques et les connaissances militantes est toujours présent, en tant que points importants pour le débat actuel sur la santé collective* » (NUNES, 1998, p. 110)

Dans cette brève exemption historique, il est conclu que l'histoire de la santé publique dans le monde est directement liée aux situations politiques et économiques qui ont



décrit la trajectoire de la santé, ses besoins de reformulations et l'établissement d'objectifs audacieux pour la garantie de ce droit fondamental à l'être humain.

On peut voir que le défi de la construction d'une santé publique efficace reste un défi dans presque partout dans le monde, ainsi que de surmonter d'autres violations des droits de l'homme, comme bernardo (2012, p. 5) a surgi:

Une mondialisation qui rapproche les continents et favorise une discussion sur l'état de santé, qui nous permet de réfléchir à des stratégies de politiques de santé de travail pour tous; c'est la même mondialisation fondée sur des principes néolibéraux, qui ne permet pas au public d'être efficace et qui a comme ligne directrice fondamentale l'État minimum. Entraver la mise en œuvre d'une santé publique de qualité, avec équité et universalité.

Bien sûr, toutes les réalisations de la transformation de la pensée autour de la santé sont des événements qui ont marqué et permis à l'histoire de se dérouler de cette façon, cependant, il est conclu qu'il ya encore beaucoup à faire avancer, parce que chaque jour il est nécessaire d'élaborer des politiques publiques pour améliorer les lacunes qui sont dans les soins médicaux précaires actuels.

LES NORMES ÉTABLIES DANS LE SYSTÈME JURIDIQUE BRÉSILIEN DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Les normes sont fondamentales pour réglementer tout thème qui concerne la collectivité et entre ces normes, nous ne pouvons manquer d'observer les lois fondamentales qui sont constitutionnelles et dans ce Brésil particulier qui, dans son histoire juridique a sept constitutions sans elle était la Constitution actuelle de 1988, qui mieux normatisation traité de la santé thème.

Cependant, les soins de santé n'ont été reconnus dans le système juridique brésilien qu'en 1923, mais les besoins croissants de la population autour des problèmes inhérents à la santé et des pressions exercées par certains groupes sociaux ont



conduit les gouvernements à orienter leur regard vers la santé. (RODRIGUEZ NETO, 2003).

La grande étape historique de la reconnaissance de la santé dans le système juridique brésilien s'est produite par décret-légal n° 4682, du 24 janvier 1923, connu sous le nom de loi Elio Chaves, comme l'assure Santana (2010, p. 51):

Le décret légal n° 4 682 du 24 janvier 1923, connu sous le nom de loi Elio Chaves, auteur du projet respectif, a assuré, parmi nous, l'étape initiale de la constitution du système de santé, au sein du système de sécurité sociale, qui s'y est établie.

Par conséquent, il est noté que cette loi a été considérée comme l'une des premières interventions de l'État brésilien afin d'assurer une sorte de sécurité sociale ou de sécurité sociale au Brésil.

Il se trouve que cette garantie de soins de santé n'était liée qu'au secteur de la sécurité sociale, c'est-à-dire qu'elle ne s'adresse qu'aux contribuables, comme l'affirme Santana (2010, p. 51) : « La santé ici était pensée et structurée comme des soins médicaux liés au monde du travail et, par conséquent, à la sécurité sociale.

La vision systémique nécessaire n'a pas été prise, c'est-à-dire que la santé a été pensée en dehors de ses propres actions collectives. Par conséquent, on peut même faire allusion à un défaut d'origine.

Par conséquent, l'avantage ne s'adresse qu'aux travailleurs ayant des liens formels sur le marché du travail, puisque seuls ceux qui ont contribué à la Sécurité sociale sont ceux qui ont droit aux soins médicaux et aux médicaments, ce qui est un facteur déterminant de la privation d'accès aux soins médicaux pour la majorité de la population, qui a dû recourir à l'aide fournie par des entités philanthropiques. (NETO RODRIGUEZ, 2003)

Il convient de mentionner ici que ce décret a été publié lors de la validité de la Constitution de 1891, mais peu de temps avant la Constitution de 1934. Il convient de souligner que les seules constitutions qui ont effectivement eu des changements



significatifs dans le droit à la santé étaient celle de 1934 et celle de 1988, c'est pourquoi seules celles-ci seront expliquées.

La période de 1930 à 1945 et de 1951 à 1954 est connue sous le nom d'ère Vargas, faisant partie du processus d'industrialisation du Brésil. Cependant, avec l'émergence d'un si grand nombre d'industries, il était nécessaire de créer des lois du travail pour réglementer les droits des travailleurs et, parmi ces droits, le droit à la santé.

La Constitution de 1934 a été fortement influencée par la Constitution de la République allemande de Weimar pour avoir intégré les droits sociaux, économiques, culturels, syndicaux, syndicaux et de sécurité sociale dans son système juridique, comme indiqué :

La République de Weimar a inauguré une phase sans précédent de structuration constitutionnelle de l'État allemand, avec un rôle plus actif dans le développement social, dans la construction d'une société avec justice sociale par la réalisation des droits sociaux formalisés dans la Constitution de Weimar du 11 août 1919 – le sozialstaat ou état de droit social. L'ordre économique et social créé par la République allemande naissante a servi de modèle à certains États dans la période qui a immédiatement suivi la Première Guerre mondiale. Au Brésil, par exemple, intense a été le débat sur les réalisations sociales et constitutionnelles de Weimar, et la magna carta de 1934 a subi une forte influence du modèle social allemand nouvellement créé[...] Cette constitution brésilienne pratiquement assimilé les progrès idéalisés du nouvel ordre social allemand, mais seulement dans son aspect juridique-formel. (GUEDES, 1998, p. 82)

Par conséquent, cette constitution a apporté dénormes progrès dans le constitutionnalisme brésilien, avec l'établissement de bases pour le développement social, en particulier dans les questions de travail, telles que le salaire minimum, huit heures par jour de travail quotidien, vacances, repos hebdomadaire payé, sécurité sociale, indemnisation en cas de licenciement sans cause valable, congé de maternité, etc.

La principale caractéristique de cette Constitution était la suivante :



Son caractère démocratique, d'une certaine couleur sociale, s'est traduit par l'effort, qui s'est soldé par infructueuse, de réconcilier démocratie libérale et socialisme, dans le domaine économique et social; fédéralisme avec unitarisme, dans la sphère politique (MENDES; LAPIN; WHITE, 2007, p. 158).

En ce qui concerne le droit à la santé, le décret-loi 4682 de 1923 a été reçu dans cette constitution, mais il n'a pas apporté de progrès dans les garanties du citoyen qui avait besoin de soins de santé, parce que l'idée que seuls les travailleurs sont garantis un tel droit est resté.

Cette situation témoigne d'un « *protectionnisme à l'égard des chômeurs, des employés informels et de ceux qui travaillaient dans les zones rurales du pays* » (GONÇALVES, 2012, p. 35)

Le gros problème planait sur les habitants des zones rurales, qui recevaient une assistance médicale d'organismes de bienfaisance ou de services officiels, car ils, parce qu'ils n'étaient pas des travailleurs formels, ne contribuaient pas à l'assurance sociale. Par conséquent, les services de la plus haute qualité étaient les contribuables et les chômeurs et les travailleurs indirects se sont vu offrir des services nettement inférieurs, qui étaient sous la responsabilité du ministère de l'Éducation et de la Santé publique. (SOUZA, 2011)

En d'autres termes:

Bien que cette constitution apporte des avancées vers l'institution de bases pour le développement social, il est perçu que de telles avancées n'ont pas été étendues à l'ensemble de la population, puisque le droit à la santé a été considéré comme une garantie du travailleur et non de chaque citoyen. (BERTOLLINI FILHO, 2001, p. 34)

Dans cette période, l'application d'un modèle biopolitique est présente dans la manière décrite par Foucault, dans laquelle l'Etat contrôlait la santé pour augmenter la force productive, semblant ne pas se soucier de ceux qui n'étaient pas formellement insérés sur le marché du travail.



Ainsi, la Vieille République est marquée par le principe de la santé des travailleurs au début de l'ère Vargas et, par décret n° 19 402/1930, il y a eu la centralisation des politiques de santé publique, qui s'est produite par la création des ministères des Affaires de l'Éducation et de la Santé publique.

Cependant, c'était la constitution la plus courte, puisqu'elle n'était en vigueur que pendant trois ans parce qu'elle a été abolie par le coup d'État de 1937.

Bien qu'historiquement il y ait eu plusieurs jalons pour la santé publique au Brésil, tels que la création du Premier Conseil de la santé en 1948, la construction d'hôpitaux publics, la création du Ministère de la Santé en 1953, ces changements n'ont pas été institués dans les constitutions de 1937 à l'amendement constitutionnel de 1969, car l'État est resté longtemps fournir des soins de santé relatifs aux contribuables comme déjà mentionné , un fait qui n'a vraiment changé que par rapport au mouvement sanitaire de 1978 et surtout avec l'avènement de l'actuelle Constitution fédérative du Brésil de 1988. (GONÇALVES, 2012)

CONSIDÉRATIONS FINALES

Après tant de mobilisations sociales dans les années 1970 et 1980 avec la consternation de la santé de l'ensemble de la population, qui jusque-là n'était fournie qu'aux travailleurs formels, une redéfinition des politiques de santé au Brésil était nécessaire, comme l'affirme Menicucci (2007, p. 186) :

Après l'effondrement du régime autoritaire, avec la montée du premier président de la République civile après vingt ans de gouvernements militaires, à l'heure de la constitution d'un nouveau pacte social du pays, ont développé les articulations autour de la redéfinition de la politique de santé, qui, parmi toutes les politiques sociales, avait une proposition politique et substantiellement beaucoup plus articulée. Le processus décisionnel de la réforme a été précédé par la création ou la convocation de plusieurs forums collectifs, au cours duquel la proposition de transformation de la politique de santé a été mise en œuvre de manière formelle et politique.



C'est donc dans la Constitution fédérative du Brésil que le droit à la santé a été consolidé par la liste des droits sociaux, art. 6 des FC/1988, comme prévu :

Art. 6º. Les droits sociaux sont l'éducation, la santé, la nourriture, le travail, le logement, les loisirs, la sécurité, la sécurité sociale, la protection de la maternité et de l'enfance, l'aide aux sans-abri, sous la forme de cette Constitution. (BRÉSIL, 1988)

Mais l'innovation ne s'est pas arrêtée là, parce que la santé a reçu une attention particulière dans la Constitution actuelle dans le titre VIII – Ordre social, chapitre II – Sécurité sociale, Section II - Santé, qui va de l'art. 196 à l'art. 200.

Les dispositions de la Constitution ont introduit les droits et obligations de tous les États et de tous pour les soins de santé appropriés, comme le prévoit l'art. 196 de la Constitution :

Art. 196. La santé est le droit de tous et le devoir de l'État, garanti par des politiques sociales et économiques visant à réduire le risque de maladie et d'autres blessures et un accès universel et égal aux actions et aux services pour sa promotion, sa protection et son rétablissement. (BRÉSIL, 1988)

En analysant la disposition constitutionnelle, on peut insufflement que :

L'État devrait adopter des politiques publiques qui induisent le développement social et économique, réduisent les inégalités, éliminent les facteurs qui affectent négativement la santé de la population, tels que le faible revenu, le manque d'éducation, la pauvreté, le chômage, la faim et d'autres déterminants et conditions d'une mauvaise qualité de vie qui influenceront certainement les conditions de santé de la population., augmentant le risque de maladie. (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 97)

Par conséquent, la Constitution actuelle en est venue à définir les obligations de l'État de fournir à l'ensemble de la population un service de santé décent, mais aussi l'adoption de politiques publiques visant à réduire les problèmes qui affectent



directement et indirectement la santé des individus. C'est ce qu'on appelle la promotion, la protection et la récupération mentionnées à l'art. 196 de cf/1988.

Cette Constitution a également créé le système de santé unifié afin que les actions et les services de santé publique font partie d'un réseau régionalisé et hiérarchique, organisé selon certaines lignes directrices, à savoir :

Art. 198. (...)

I - décentralisation, avec une seule direction dans chaque sphère du gouvernement;

II - soins complets, prioritaires pour les activités préventives, sans préjudice des services de soins;

III - Participation communautaire. (BRÉSIL, 1988)

Enfin, à l'article 199 de la Constitution, il a également veillé à ce que les soins de santé sont des initiatives privées gratuites favorisant l'émergence de plans de santé. (BRÉSIL, 1988)

Deux ans après la promulgation de la Constitution de 1988, la loi n° 8 080 du 19 septembre 1990, connue sous le nom de loi SUS, a été introduite dans le système juridique brésilien qui prévoit les conditions de la promotion, de la protection et du rétablissement de la santé, de l'organisation et de l'exploitation des services correspondants et fournit d'autres arrangements, voir :

Art. 1º Cette loi réglemente, sur l'ensemble du territoire national, les actions et services de santé, exécutés seuls ou conjointement, de façon permanente ou éventuelle, par des personnes physiques ou morales régies par le droit public ou privé. (BRASIL, 1990).

Cette loi a également établi la santé comme un droit fondamental de l'être humain, et l'État doit fournir les conditions indispensables à son exercice complet, comme le prévoit l'article 2 de la loi. 8.080/90.



Comme on l'a bien démontré, la santé est actuellement comprise comme : promotion, prévention, protection et rétablissement des maladies. Ces concepts sont cités à l'article 196 de la Constitution fédérale et à l'article 2, paragraphe 1, de la loi n° 8 080/90 comme suit :

Art. 2º. (...)

- 1º Le devoir de l'État de garantir la santé par la formulation et la mise en œuvre de politiques économiques et sociales visant à réduire les risques de maladies et d'autres blessures et dans l'établissement de conditions garantissant un accès universel et égal aux actions et aux services pour leur promotion, leur protection et leur rétablissement. (BRASIL, 1990)

Il est clair que le Brésil a adhéré au concept de santé de l'Organisation mondiale de la Santé de la recherche d'un bien-être complet, physique, mental et social, parce que dans l'article 3 de la loi 8080/90 a établi que:

Art. 3º Les niveaux de santé expriment l'organisation sociale et économique du pays, avec la santé comme déterminants et facteurs de conditionnement, entre autres, la nourriture, le logement, l'assainissement de base, l'environnement, le travail, le revenu, l'éducation, l'activité physique, le transport, les loisirs et l'accès aux biens et services essentiels.

Ainsi, on peut conclure que la constitution actuelle était cruciale pour la reconnaissance du droit à la santé en tant que droit social et fondamental, garanti à l'ensemble de la population, car comme les soins de santé ont été étudiés pendant longtemps, seule une partie de la population.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ALMA-ATA. Alma Ata. 1978. Disponível em:http://www.saudepublica.web.pt/05-promocao-saude/Dec_Alma-Ata.htm. Acesso em: 09 nov. 2015.

BERNARDO, Camila et. al. *Evolução Histórica da Saúde no Mundo*. 2012. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAA-HEAA/historia-saudepublica-no-mundo-final>. Acesso em: 09 nov. 2015.



BERRIDGE, Virginia; MARANHÃO, Eduardo S. Ponce (Trad.). *A História na Saúde Pública: quem dela necessita?*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

BERTOLLINI FILHO, Cláudio. *A história da Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília. DF: Senado, 2014.

BRASIL. Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF.

CARTA DE BANGKOK PARA A PROMOÇÃO EM UM MUNDO GLOBALIZADO. Bangkok. 2005. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2015.

CZERESNIA, Dina. *O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção*. Rio de Janeiro. 2003. Disponível em: http://143.107.23.244/departamentos/social/saude_coletiva/AOconceito.pdf. Acesso em: 09 nov. 2015.

GONÇALVES, Luciano Meni. *O Direito Fundamental Social à Saúde: Do Biopoder às Audiências Públicas de Saúde*. 2012. Disponível em: <http://www.fdsm.edu.br/site/posgraduacao/dissertacoes/19.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2015.

LEVIDICO. Bíblia. Disponível em: <https://www.bibliaonline.com.br/acflv/13>. Acesso em: 09 nov. 2015.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. *Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

NUNES, Everaldo Duarte. *Saúde Coletiva: Histórias e Paradigmas*. São Paulo: Fiocruz, 1998.

RODRIGUES NETO, Eleutério. *Saúde: Promessas e Limites da Constituição*. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2003.

SANTANA, José Lima. *O Princípio Constitucional da Eficiência e o Sistema Único de Saúde (SUS)*. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; SANTOS, José Sebastião dos. (Org). *Direito à Vida e à Saúde*. São Paulo: Atlas, 2010.

_____. *Dignidade da Pessoa Humana e direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988*. 4 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.



MULTIDISCIPLINARY SCIENTIFIC JOURNAL

NÚCLEO DO
CONHECIMENTO

REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR NÚCLEO DO

CONHECIMENTO ISSN: 2448-0959

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br>

SOUZA, Jessé. *A ralé brasileira: Quem é e como vive.* Belo Horizonte: Editora UFMG, 2011.

¹ Étudiant postdoctoral en psychanalyse clinique et titulaire d'une maîtrise en bioéthique, directeur du Center for Research and Development of Advanced Studies, coach et professeur de MBA en entreprise, Campinas et São Paulo.

² Docteur en psychologie et psychanalyse clinique. Doctorat en cours en Communication et Sémiotique de l'Université Pontificale Catholique de São Paulo (PUC/SP). Maîtrise en sciences religieuses de l'Universidade Presbiteriana Mackenzie. Master en Psychanalyse Clinique. Diplôme en Sciences Biologiques. Diplôme en Théologie. Il travaille depuis plus de 15 ans avec la méthodologie scientifique (méthode de recherche) dans l'orientation de la production scientifique des étudiants de maîtrise et de doctorat. Spécialiste des études de marché et des recherches axées sur le domaine de la santé. ORCID : 0000-0003-2952-4337.

³ Biologiste. Maître de biologie. Docteur en médecine / Maladies tropicales. Chercheur du Programme d'études supérieures du Centre de médecine tropicale de l'UFPA. Professeur au premier cycle et aux cycles supérieurs et chercheur à l'Université fédérale du Pará - UFPA.