



A história vista de baixo: o vanguardismo branco nas origens do SUS

History from below: white vanguardism in the origins of SUS

Rosely Anacleto de Jesus Moraes de Almeida*

 <https://orcid.org/0000-0002-0956-3198>

RESUMO

O artigo discute a influência do dispositivo de racialidade na conformação do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), embrião do SUS, analisando-o sob o prisma da “história vista de baixo”. Confluindo raça e classe, a pesquisa bibliográfica revisita os “sujeitos coletivos” nucleados ao MRSB, no contexto da distensão democrática, quando as faláciais da democracia racial e da meritocracia não eram contestadas. Os achados revelam que o discurso de universalização da saúde foi conduzido por uma vanguarda branca, formada por entidades médicas e acadêmicas, cujos interesses corporativos, manifestos e implícitos, limitaram a participação de setores populares, especialmente da população negra. A compreensão das entradas do SUS é relevante porque influenciou o desenho da política de saúde, um dos principais espaços socio-ocupacionais dos assistentes sociais, além de ser reconhecidamente racista pelo próprio Ministério da Saúde. Esses elementos oferecem subsídios para o combate ao racismo institucional, atualizando reflexões que podem potencializar um exercício profissional antirracista.

PALAVRAS-CHAVES

Dispositivo de racialidade; Movimento de Reforma Sanitária; SUS; Branquitude.

ABSTRACT

This article explores the influence of racial dynamics in shaping the Brazilian Sanitary Reform Movement (MRSM), the precursor to the Unified Health System (SUS), analyzing it through the lens of “history from below”. Conflating race and class, this bibliographical research revisits the “collective subjects” central to the MRSM within democratic distension, when the fallacies of racial democracy and meritocracy went unchallenged. Findings reveal that the discourse of health universalization was led by a white vanguard, comprised of medical and academic entities whose corporate interests, both explicit and implicit, limited the participation of popular sectors, especially the Black population. Understanding the inner workings of SUS is relevant because it influenced the design of health policy, one of the main socio-occupational spaces for

*Assistente Social. Mestra em Serviço Social pela Universidade Federal de Sergipe (UFS, São Cristóvão, Brasil). Assistente Social das Secretarias de Saúde de Aracaju (SMS, Aracaju, Brasil) e da Fundação Hospitalar de Saúde de Sergipe (FHS, Aracaju, Brasil) e membra titular do Comitê Estadual de Equidade no Trabalho do SUS.). E-mail: ranacleto.1@hotmail.com

DOI 10.22422/temporalis.2025v25n49p188-206

 © A(s) Autora(s)/O(s) Autor(es). 2025 **Acesso Aberto** Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR), que permite copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato, bem como adaptar, transformar e criar a partir deste material para qualquer fim, mesmo que comercial. O licenciante não pode revogar estes direitos desde que você respeite os termos da licença.

social workers and has been recognized as racist by the Ministry of Health. These elements provide a basis for combating institutional racism, updating reflections that can enhance an anti-racist professional practice.

KEYWORDS

Racialized device; Sanitary Reform Movement; Unified Health System (SUS); Whiteness.

Introdução

Este artigo é um recorte de uma pesquisa conduzida no doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (PPG PSI-UFS), da linha Subjetivação e Política, que investiga como o dispositivo de racialidade opera no Sistema Único de Saúde (SUS), beneficiando o sujeito universal branco. O conceito de dispositivo de racialidade, formulado por Sueli Carneiro (2023), permite compreender como as relações raciais são estruturadas por meio da articulação de múltiplos elementos que produzem poder, saber e subjetividade, manifestando-se em discursos, práticas sociais e institucionais que sacralizam a vida branca enquanto segregam e rebaixam a existência negra.

Os elementos aqui explorados particularizam a influência do dispositivo de racialidade na conformação do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), resgatando suas origens a partir da perspectiva da “história vista de baixo” (Thompson, 1987). Os dados foram extraídos de três fontes bibliográficas que tematizam o surgimento do MRSB na segunda metade da década de 1970, assentado na defesa da democracia e na universalização do acesso à saúde. Nessa quadra histórica, os ecos mitológicos da democracia racial e da meritocracia ainda pulsavam sem maiores questionamentos, mascarando as desigualdades raciais estruturais e estruturantes da sociedade brasileira.

A relevância da discussão reside na necessidade de problematizar a ausência da questão racial na formulação original do MRSB, compreendendo que essa lacuna impactou o desenho da política pública de saúde, que emprega 22,75% dos assistentes sociais no Brasil (CFESS, 2024). Os achados analíticos convergem com os esforços da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) para expandir a produção de conhecimento sobre a questão étnico-racial, desviando, neste caso, o olhar tradicionalmente voltado para as vítimas das desigualdades e redirecionando-o para os grupos sociais que usufruem dessas vantagens, independentemente da sua condescendência.

A pesquisa analisa o perfil das entidades que constituíram o MRSB, fundamentando-se nos estudos críticos da branquitude, campo de conhecimento inaugurado pelo sociólogo marxista W. E. B. Du Bois nos Estados Unidos e que vem se consolidando no Brasil desde a década de 1990. Nesse enquadramento, além da introdução e das considerações finais, o artigo examina o contexto político e econômico que antecedeu a criação do SUS, destacando o apagamento da temática racial durante o período do “milagre econômico”. Em seguida, discute o modelo de saúde na fase de distensão democrática, evidenciando como a pauta racial foi diluída na luta por justiça social. Por fim, realiza um cotejamento das entidades do MRSB, seguido de uma análise crítica que atualiza o debate ao interseccional raça e classe.

O “cale-se” sobre a temática racial durante o “milagre econômico”

Enquanto o Brasil vivia o auge do chamado “milagre econômico” entre 1968 e 1973, com um discurso ufanista celebrando a modernização conservadora, o governo militar instituiu um aparato repressivo extremamente violento. Sob o pretexto de combater “ameaças” à ordem, institucionalizou-se a tortura, a censura e a eliminação de opositores, marcando um dos períodos mais sombrios da história brasileira: os “anos de chumbo”. A discriminação racial e o direito à greve foram enquadrados como crime de subversão pela Lei de Segurança Nacional, entulho da autocracia burguesa, retomado recentemente por Jair Bolsonaro. Nas palavras de Gonzalez (2022, p. 20-21):

Discriminação racial? Era proibido falar dessas coisas naqueles anos de “milagre”, uma vez que estaria ferindo a Lei de Segurança Nacional por crime de subversão [...] os novos setores da classe média funcionavam como suporte ideológico do “milagre”. Era grande a euforia do “Ninguém segura esse país”: eletrodomésticos, carro do ano, tv em cores, Copa de 70, Irmãos Coragem, compra de apartamento, de casa na praia, na montanha, disso, daquilo e muito mais. E a turma “tava que tava”, muito orgulhosa de si e do país.

No entanto, a proibição oficial de atos de discriminação racial apenas interditou qualquer debate relacionado à raça e ao racismo, mas não constrangeu nem conteve a máquina estatal de reprodução sistêmica de desigualdades, perpetrando a hierarquia racial, assentada em bases colonialistas e capitalistas. As poucas lideranças negras que tentaram organizar resistência foram perseguidas, presas ou exiladas, a exemplo da própria Lélia Gonzalez cujas aulas foram patrulhadas, além do ator e cantor Tony Tornado, Abdias de Nascimento e Guerreiro Ramos.

O chamado “milagre econômico” retratou um crescimento vertiginoso de até 14% do PIB, impulsionado pela aliança entre o Estado militar, as multinacionais e o grande empresariado nacional (Gonzalez; Asenbalg, 2022). Apesar da expansão do parque industrial, a absorção da força de trabalho negra ocorreu de forma tímida, sem qualquer chance de reversão das desigualdades raciais (Theodoro, 2005). No ABC paulista, por exemplo, esse segmento foi sub-representado, “uma vez que o nível tecnológico das indústrias ali concentradas exigia um tipo de especialização que a maioria dos trabalhadores negros não possuía” (Gonzalez; Asenbalg, 2022, p. 20).

A voragem do capital estrangeiro reconfigurou o mercado de trabalho, reduzindo a participação das empresas nacionais e de pequeno porte. Como consequência, a força de trabalho negra foi empurrada para o desemprego ou para setores precarizados e de baixa qualificação, como a construção civil, o setor de serviços e a informalidade. Condicionados a postos de trabalho aviltantes e sem reconhecimento social, esses profissionais somaram-se aos nordestinos que migraram para o sudeste em busca de oportunidades, e passaram a habitar as periferias e as cidades dormitórios dos grandes centros urbanos, emergindo inclusive a figura do “boia fria” (Gonzalez; Asenbalg, 2022). Dessa forma, o “milagre econômico” foi um fenômeno excludente e que aprofundou as barreiras raciais e estruturais do país.

Na outra ponta, o estrato intermediário branco consolidou-se como um grupo privilegiado tanto material quanto simbolicamente, ampliando sua presença em setores estratégicos

da economia, inclusive se beneficiando da redução da alíquota máxima do Imposto de Renda. Paralelamente, o ingresso no serviço público se dava mediante relações clientelistas e não por aprovação em concurso público, requisito adotado apenas a partir de 1988, tornando o setor estatal um monopólio da racialidade branca. A inserção de pessoas negras dependia das redes de indicação e proximidade com esse segmento, evidenciando o verdadeiro paraíso racial brasileiro (Figueiredo, 2012).

Esses privilégios eram sustentados por um sistema que, mesmo não falando abertamente de raça sob a perspectiva negra, foi bastante eloquente para operar em favor da branquitude garantindo uma posição de vantagem no mercado de trabalho, no Estado e na sociedade em geral. A metáfora do “salário público e psicológico” da branquitude, cunhada por Du Bois nos Estados Unidos, se manifestou aqui com a representação cultural através da projeção da autoimagem da racialidade branca nos cartões postais, no consumo desenfreados de bens e serviços e na generalização de oportunidades negadas aos outros segmentos.

Disfarçada sob a fachada do progresso, a branquitude preservou sua posição dominante, assegurando condições objetivas e subjetivas que consolidaram sua supremacia. Como apontam Gonzalez e Asenbalg (2022), esses condicionamentos precisam ser enfrentados e desmascarados, pois, ao longo da história brasileira — da colônia ao império, da velha à nova República — manteve-se o princípio organizador das relações sociais: a reinterpretação do “lugar natural” de brancos e negros, reforçando a dicotomia entre dominadores e dominados.

A falácia da meritocracia funcionou como uma justificativa ideológica para as desigualdades raciais, atribuindo o sucesso dos brancos ao mérito individual, enquanto a marginalização da população negra era explicada por uma suposta falta de qualificação, esforço ou ainda resquício da escravista. No entanto, Hasenbalg (2022) demonstrou que a desvantagem do contingente negro, era resultado de critérios racializados implícitos de recrutamento, seleção e gestão da força de trabalho, manipulados sistematicamente em favor da branquitude, assegurando que a estrutura permanecesse rigidamente assimétrica. Isso conferia relações de poder e saber que reverberaram no MRSB.

A saúde pública na distensão democrática e a dissolução da pauta racial

Antes da Constituição de 1988, que consagrou a saúde como um direito universal e dever do Estado, o sistema público era organizado de forma segmentada. De um lado, o Ministério da Saúde coordenava ações coletivas, como campanhas de vacinação e controle de endemias; do outro, a assistência ambulatorial e hospitalar era fornecida pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), aos “trabalhadores formais urbanos/as, quase todos/as brancos/as” (Godoi; Alves; 2023, p. 454). O acesso à saúde funcionava como um seguro, baseado na capacidade contributiva do segurado, configurando o que Santos (1979) denominou de cidadania regulada.

Os previdenciários e seus dependentes dispunham de um certo exclusivismo no tocante à assistência individualizada à saúde, ampliada ao longo da década de 1970 para trabalhadores rurais, domésticos e autônomos, desde que contribuíssem. Esse público, em sua maioria descendente de ex-escravizados, enfrentava essa barreira institucional, que

era a atualização e sofisticação sanitária da agenda colonialista, responsável por sua dispersão geográfica durante o regime escravocrata. Aliados do sistema oficial, dependiam de hospitais filantrópicos, como as Santas Casas de Misericórdia.

Durante o regime militar, os dados sobre a epidemia de meningite foram censurados, enquanto “desaparecidos políticos” e pessoas indocumentadas eram enterrados na chamada “Vala de Perus”, um cemitério clandestino em São Paulo. Paralelamente, a concentração de renda em “brancas mãos” aprofundou as desigualdades sociais, agravando a fome nos rincões do país. Em busca de legitimidade, os militares ampliaram a cobertura da assistência à saúde sem estruturar uma rede pública, optando pela contratação de serviços privados. Como resultado, entre 1964 e 1974, o número de hospitais com fins lucrativos aumentou de 944 para 2.121 (Barrucho, 2024). Assim, consolidou-se um modelo de intervenção estatal marcado pelo viés privatista, hospitalocêntrico, excludente e curativista, favorecendo a expansão de empresas médicas, da indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares. Além disso, conforme apontam Paiva e Teixeira (2014, p. 21), os militares “[...] facultaram incentivos fiscais às empresas, para a contratação de companhias privadas ou cooperativas de médicos que prestassem serviços de saúde aos seus funcionários — são os convênios empresas [...]”.

Enquanto a medicina previdenciária se expandia conveniando a parcela branca da classe trabalhadora, o Ministério da Saúde, responsável pelas ações preventivas, teve sua capacidade minada com a retração de investimentos. O contingente negro, ocupando posições instáveis, inseguras, intermitentes e politicamente desarticulado (Martins, 2017; Gonzalez; Asenbalg, 2022, Theodoro, 2005), sequer conseguiu pautar suas reivindicações trabalhistas e sanitárias. Simultaneamente, no exterior, a exportação da imagem do Brasil como uma “democracia racial” era veiculada (Nascimento, 2016).

Em 1978, o Movimento Negro, reprimido e desmantelado nos anos de chumbo, iniciou um processo de reorganização durante a janela democrática, culminando na criação do Movimento Negro Unificado. No entanto, como observa Jaccoud (2008), nessa quadra histórica, a questão racial foi diluída nos debates mais amplos sobre justiça social.

No contexto internacional, as crises do petróleo de 1973 e 1979 impactaram severamente a economia brasileira, intensificando o endividamento externo e resultando na adoção de medidas de ajuste fiscal, acompanhadas de um arrocho salarial sem precedentes. Desse modo, o financiamento do exclusivismo previdenciário colapsou e a precarização dos serviços bateu à porta. Parafraseando Kopenawa e Albert (2019), assistiu-se “a queda do céu”. Filas congestionadas, sucateamento da infraestrutura e denúncias de corrupção envolvendo a cobrança indevida por procedimentos não realizados tornaram-se comuns.

Esse panorama fomentou a busca por mudanças estruturais no sistema de saúde e abriu espaço para a emergência de novas concepções sobre a relação entre saúde e suas determinações sociais. Os valores meritocráticos e individualistas, enraizados na colonização, reforçados por Vargas e amplificados pelos militares, foram reelaborados por um curíssimo espaço de tempo — a exemplo do que se assistiu durante a pandemia, com a proliferação de mensagens como #EstamosTodosnoMesmoBarco, #SomosTodosSUS e #NinguémSoltaAMãoDeNinguém — com a vocalização de narrativas defendendo princípios de solidariedade de classe e uma política de saúde universalista.

No bojo desses acontecimentos, eclodiu na segunda metade da década de 1970, no interior das academias sudestinas, o campo da Saúde Coletiva, entendido como um campo teórico e prático que articula ciências da saúde às ciências sociais, impulsionado pelas críticas ao paradigma biomédico e pela necessidade de compreender a relação entre saúde e estrutura social, focalizando a geopolítica da América Latina. A partir de então, passou-se a criticar a duplicidade do modelo, propondo sua reformulação para enfrentar a distribuição desigual do nascer, viver e morrer, determinada pela posição das frações de classe.

De acordo com Menicucci (2003), o MRSB foi tributário de dois fatores interconexos: a entrada de atores políticos com propostas inovadoras e a ampla insatisfação com a assistência médica privada. Nesse intento, articulou-se uma “frente de pessoas e entidades” (Escorel, 1999, p. 13), para defender a universalização do acesso, descentralização da gestão, integração preventivo-curativa e participação social. Inspiraram-se nas experiências de medicina comunitária de outros países, a exemplo do projeto “Médicos Pés Descalços da China” (Escorel, 1999). Como consequência, a saúde passou a ser reivindicada não mais como um benefício restrito a determinados grupos, mas como um direito de cidadania a ser provido pelo Estado.

Em 1986, o ponto de culminância do MRSB foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), com o tema “Saúde é democracia”. Esse evento, reuniu mais de quatro mil pessoas e assim como o próprio MRSB, costuma ser apresentado como uma coalizão de forças em que diversos setores da sociedade se aliaram em torno de uma agenda comum. Consoante Pontes et al. (2019, p. 147, grifo nosso),

Esse momento de redemocratização do País possibilitou o encontro de sujeitos com diferenças abissais na luta por valores comuns de reconhecimento, respeito e solidariedade, fundamentais para o Movimento da Reforma Sanitária e expressos na VIII CNS. Tal Conferência significou um momento de articulação de lutas anteriores e específicas que vinham acontecendo por todo o País.

No entanto, as perguntas que permanecem sem respostas são: *Quem eram exatamente esses sujeitos com diferenças abissais no MRSB? Como eles se organizavam? Quem os representava? Quais valores efetivamente professavam?* Partindo dessas provocações, revisitei três publicações consideradas clássicas para os fins propostos, que ajudam a elucidar essas inquietações.

As entidades constitutivas do MRSB

Diante desse cenário, tornou-se imperioso aprofundar o conhecimento sobre a composição, o grau de envolvimento e os interesses, nem sempre suficientemente explícitos, das entidades que protagonizaram o MRSB, embrião do SUS. Essa necessidade emergiu da constante leitura e análise dos discursos dos mesmos “autores-atores” (Carnut; Mendes; Marques, 2019) que participaram do MRSB e construíram a narrativa hegemônica formadora de novas gerações de sanitaristas, nas quais me incluo.

As informações analisadas foram extraídas de obras que retratam o surgimento do MRSB: *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*, de Sarah Escorel (1999); *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*, de Silvia Gerchman

(2004); e *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*, de Vicente de Paula Faleiros et al. (2006).

É importante ressaltar que a catalogação das entidades abrange até 1986, ano da realização da 8ª CNS. Contudo, a classificação adotada não obedeceu a ordem cronológica de fundação nem o seu grau de envolvimento na transformação do paradigma sanitário. Essa organização se justifica tanto pela diversidade de interesses e temas abordados pelos pensadores quanto pelo fato de que o engajamento de algumas entidades ocorreu de maneira simultânea. Os dados coligidos reportaram 22 entidades, que foram agrupadas a partir das afinidades institucionais, a saber: acadêmicas, médicas, sindicais, representações partidárias, entidades federadas, entidades “guarda-chuvas” e movimentos populares.

Quadro 1: Perfil das entidades do MRSB até 1986

Entidades Acadêmicas	
O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)	Instituído em 1976, é considerado o alicerce do movimento sanitário brasileiro. Este centro se tornou um espaço vital para a articulação política e acadêmica, reunindo profissionais e intelectuais de saúde pública. Por meio da revista “Saúde em Debate”, que continua em circulação, inclusive em formato digital, o CEBES manteve e disseminou estudos críticos. O lema inicial do centro focava na Reforma Sanitária e na queda da ditadura, mas, após a redemocratização, houve um afastamento parcial do primeiro foco, retomado a partir de 2006. O CEBES chegou a integrar o “Projeto Andrômeda”, restrito aos “altos escalões intelectuais do movimento sanitário”, articulando-os para a ocupação de posições institucionais nos chamados aparelhos de Estado.
A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)	Fundada em 1979, foi criada para acolher os dissidentes do extinto Programa de Apoio às Residências Médicas, encerrado por divergências ideológicas com o governo autoritário. A ABRASCO desempenhou um papel fundamental no fortalecimento da formação de técnicos e intelectuais, tornando-se um polo de resistência e inovação na saúde coletiva.
Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs)	Os DMPs surgiram nas dependências de universidade públicas inicialmente do Sudeste, a partir da década de 1950, promovidos por instituições como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Os DMPs se diferenciavam por incluir as ciências sociais na formação médica. Criticaram o modelo hospitalocêntrico e privatista, propondo uma prática preventiva e social.
Corporações Médicas	

“Entidades guarda-chuva” designam organizações de caráter mais amplo que abrigam, articulam ou representam outras entidades menores sob sua estrutura institucional ou política. No contexto da saúde coletiva e do movimento sanitário brasileiro, refere-se a instituições que desempenham papel de coordenação, unificação de pautas e representação de diversos segmentos, como conselhos, fóruns ou frentes organizativas, contribuindo para a construção coletiva de agendas e estratégias comuns.

Movimento dos Médicos Residentes (MMR)	Fundado em 1967, inicialmente focava na regulamentação da residência médica. Durante a década de 1970, no contexto do novo sindicalismo, o movimento passou a lutar pelo reconhecimento dos residentes como trabalhadores assalariados, reivindicando direitos trabalhistas e sindicais. Greves foram realizadas para pressionar o governo por melhores condições de trabalho e ensino. Apesar de conquistas previdenciárias, a residência permaneceu uma atividade educacional sem vínculo empregatício. O movimento rapidamente angariou apoio entre os pares.
Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR)	Criada em 1967 no Rio de Janeiro e São Paulo, tendo como objetivo inicial a regulamentação da residência médica. Desde 1975, a ANMR redirecionou seu foco do interesse pedagógico para a defesa dos direitos trabalhistas dos residentes, destacando a precarização dessa força de trabalho.
Movimento de Renovação Médica (REME)	Fundado em 1968, recrutou e articulou médicos já experientes e atuantes no sistema de saúde, especialmente em sindicatos e conselhos regionais de medicina. Rompeu com a hegemonia conservadora das lideranças das entidades médicas, que representavam interesses do setor privado e uma visão liberal da profissão. Participou da campanha pela anistia ampla, geral e irrestrita em 1978 e defendeu a nacionalização da indústria farmacêutica.
Federação Nacional dos Médicos (FNM)	Surgiu em 1973, também defendendo interesses estritamente corporativos.
Entidades Sindicais	
Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG)	Fundada em 1963, defendeu os interesses dos trabalhadores rurais, denunciando a falta de assistência nas zonas rurais.
Central Única dos Trabalhadores (CUT)	Criada em 1983, foi uma força motriz do novo sindicalismo, mobilizando a classe trabalhadora e promovendo o projeto de saúde através do PT, em contraste com o projeto defendido pelo PCB.
Confederação Nacional dos Trabalhadores (CGT)	Criada em 1986, foi uma central sindical representando o sindicalismo da era Vargas, associada ao PCB. Arregimentou os trabalhadores em torno da agenda sanitária, porém com práticas moderadas e consideradas retrógradas.
Partidos Políticos	
Partido Comunista Brasileiro (PCB)	Organizado desde 1922, reuniu os principais intelectuais marxistas da época, sendo chamado de “Partido Sanitário” e acusado de instrumentalizar a saúde para fins partidários. Sua legitimidade foi abalada pelo baixo enraizamento junto aos trabalhadores mais pauperizados. Contribuiu de maneira decisiva para o modelo de saúde atual.

Partido dos Trabalhadores (PT)	Fundado em 1980, opôs-se veementemente ao projeto de saúde defendido pelo PCB.
Partido Socialista Brasileiro (PSB)	Fundado em 1947, defendeu a descentralização da gestão da saúde e a participação popular nas políticas públicas, princípios que foram adotados SUS.
Partido Comunista do Brasil (PCdoB)	Integrou, junto aos demais partidos, a Plenária Nacional de Entidades de Saúde, defendendo um modelo de saúde pública universal inspirado em experiências socialistas.
Representações Federadas	
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)	Foi estabelecido de maneira extraoficial na 8ª Conferência Nacional de Saúde, visando à integração dos conselheiros municipais de saúde.
Conselho Nacional de Secretários Estadual de Saúde (CONASS)	Fundado em 1982, reuniu os secretários estaduais de saúde, defendendo aporte orçamentário para a política de saúde.
Entidades “Guarda-chuvas”	
Fórum da Reforma Sanitária Brasileira	Esteve ativo entre 1985 e 1986, agregou intelectuais, profissionais de saúde, acadêmicos, sindicalistas, gestores e representantes de movimentos sociais. Seu principal objetivo foi coordenar esforços para influenciar as políticas de saúde no Brasil.
Plenária Nacional de Entidades de Saúde	Constituída após a 8ª CNS, representou uma coalizão de cerca de 270 entidades diferentes, sendo mencionadas a Associação Nacional de Docentes em Ensino Superior (ANDES), a Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM), movimentos de mulheres e entidades corporativas de profissionais de saúde, com ênfase em medicina, enfermagem e farmácia. Além disso, registrou-se a presença do sindicato das indústrias e comércios. O principal mérito dessa coalizão foi a convergência de diversas vozes após a 8ª Conferência Nacional de Saúde.
Comissão Nacional da Reforma Sanitária	Iniciada por volta de 1986, com a intenção de estabelecer uma composição paritária entre entidades do governo e da sociedade civil. No entanto, a distribuição efetiva não refletiu o verdadeiro peso das associações da sociedade civil, que ficaram em minoria em comparação aos organismos estatais e privados do setor saúde.
Representações Populares	
Igreja Católica	Participou indiretamente na Reforma Sanitária, se posicionando contra a ditadura militar e denunciando as violações perpetradas pelo Estado. Existem menções às Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), influenciadas pela Teologia da Libertação, e às Pastorais da Saúde nas periferias de São Paulo.
Movimentos Populares em Saúde (MPOS)	Surgiu em 1981 durante os Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária (Enemec), por iniciativa do Padre José Augusti, ex-presos políticos. Agregava lideranças populares,

	vinculadas a associações de moradores como raizeiras, parteiras, curandeiras que defendiam o conhecimento não científico com interface no binômio saúde-doença.
Confederação Nacional de Associações de Moradores (Conam)	A Conam foi fundada em 1982 associando a luta pela saúde a melhores condições de vida. Enfrentou desafios internos, como divisões ideológicas e disputas políticas entre diferentes grupos que compunham o movimento. Algumas facções eram mais críticas ao Estado e defendiam uma postura autônoma, enquanto outras buscavam negociar e influenciar as políticas públicas por dentro do sistema.

Fonte: A autora.

A intersecção entre raça e classe dos “sujeitos coletivos” que participaram do MRSB

A desagregação inicial desses “sujeitos coletivos”, ao contrário da perspectiva adotada por Pontes *et al.* (2019), pelos “autores-atores” e por uma infinidade de outros intelectuais e sanitaristas, não sustenta a ideia de que o MRSB, inicialmente, foi tão plural quanto se costuma propagar. Assumindo a perspectiva da história vista de baixo proposta por Thompson (1987), e olhando com certo distanciamento temporal e à esquerda, emergem variáveis que indicam a predominância de um “vanguardismo majoritariamente encampado por médicos e sanitaristas brancos” (Mendonça; Gonçalves, 2023, p. 208) na gênese do SUS.

Diante das barreiras estruturais que historicamente impediram a população negra de acessar e permanecer nas universidades públicas — obstáculos parcialmente atenuados somente a partir de 2012 com a adoção de algumas ações afirmativas —, a influência do dispositivo de racialidade na composição dos quadros acadêmicos do MRSB, em favor da branquitude, é inequívoca. O “Projeto Andrômedas”, por exemplo, ao estabelecer elevados critérios intelectuais para a seleção de seus postulantes, reforçou um sistema de reserva de vagas, onde mesmo no campo progressista, a participação incorporava exclusivamente os semelhantes, e não os diferentes. O interesse, diga-se de passagem, conjugava a reformulação do sistema de saúde à ocupação e controle estratégico da máquina pública pela *intelligentsia* branca.

No que tange às corporações médicas, a hierarquização racial desse campo de conhecimento e prática pode ser sintetizada em três exemplos. Primeiramente, é ilustrativo que, já em 1887, antes mesmo da Proclamação da República e da abolição formal da escravidão, Rita Lobo de Freitas tenha se formado em medicina no Rio de Janeiro com uma tese aprovada com louvor, intitulada “O paralelo entre os métodos preconizados na operação cesariana”. Esse fato sinaliza que, independentemente do gênero, o dispositivo de racialidade assegurava à branquitude o monopólio da prática médica, enquanto a população negra ainda vivia sob a condição de cativeiro.

No cenário mais recente, médicos cubanos foram hostilizados pelos seus pares brasileiros, por ocasião da implementação do Programa Mais Médicos, em 2013. As reações negativas de parte dos médicos locais manifestaram-se em ofensas racistas e desqualificações com xingamentos como “macacos” e “escravos”, além da associação da aparência a empregadas domésticas. Apoiados pelo Conselho Federal de Medicina e pela Associação

Médica Brasileira, além dos pontos de discórdias sobre as cláusulas contratuais, o ritual de ofensas simbolizava

[...] uma tentativa de insulto, que aponta para a percepção daqueles médicos brasileiros de que o histórico de escravização de negros se configura como condição desses sujeitos, atualizada e identificável pela escureza da pele de médicos cubanos [...] (Castro, 2022, p. 3).

Em 2020, Campos, ao entrevistar médicos da Atenção Básica em Juiz de Fora que atuavam em territórios majoritariamente negros, para sua dissertação, identificou um padrão sistemático de invisibilização da temática racial. Mesmo entre aqueles que se alinhavam a uma perspectiva crítica, o autor constatou a reedição de condutas que evocavam o racismo científico com prescrição de medicamentos diferentes para brancos e negros respaldado em crenças vinculadas à compleição física. Dessa forma, tanto no século XIX quanto na contemporaneidade, há uma continuidade na forma como uma parcela de médicos brasileiros subjetivam a população negra, seja enquanto pacientes, seja como potenciais colegas de profissão.

As quatro entidades médicas analisadas demonstram que, embora pudessem se enquadrar no que hoje se denomina “branquitude crítica” (Cardoso, 2010), não ficaram imunes aos interesses corporativos que impulsionaram demandas específicas da categoria. Naquele período, o processo de assalariamento dessa categoria, tanto no setor público quanto nas empresas de medicina de grupo, estava desconfigurando a lógica liberal da profissão. Se, por um lado, a sublevação levou esses profissionais a se identificarem como “trabalhadores” na perspectiva marxiana, por outro, não resultou numa aliança orgânica com a classe da qual se diziam partícipe, dados os interesses apenas em benefício próprio. Ainda assim, o dispositivo de racialidade lhe conferiu vantagens inclusive porque, ao assumirem a vanguarda de um movimento que proclamava a “universalidade”, passaram a compor a seleta galeria de “sujeitos políticos importantes” (Martins, 2017, p. 277), numa ótica radicalmente crítica.

O projeto de saúde verdadeiramente único, ao que parece, tornou-se irrealizável desde sua concepção, pois, “chocou-se com o legado histórico de uma sociedade marcada pela diferenciação e pela segmentação, [...] no qual o processo de inclusão se deu pela incorporação de segmentos privilegiados dos trabalhadores assalariados” (Menicucci, 2003, p. 76). Restaurada a democracia, pauta que verdadeiramente mobilizou a branquitude urbana através das suas corporações sindicais, observa-se um abandono paulatino desses organismos na transição para institucionalização do SUS, tendencialmente unificador de interesses e horizontes polarizados por frações de classes materialmente distintas:

Acresce-se a isso o fato de alguns atores, apesar de garantirem o apoio formal à reforma sanitária, não se constituírem de fato seus apoiadores efetivos, mergulhados nas contradições entre a postura ideológica igualitária e a defesa de seus interesses corporativos. Entre esses, destacou-se o movimento sindical mais combativo, cujas categorias, em grande parte, cobertas por planos privados de saúde, no âmbito das empresas e instituições públicas como efeito das políticas anteriores, não eram diretamente beneficiadas com a implantação do SUS e, nessa medida, não tinham incentivos concretos para apoiar de forma mais efetiva o sistema público (Menicucci, 2003, p. 76, grifo nosso).

Na outra ponta, os assalariados urbanos médios, também amparados no novo sindicalismo, vetaram implicitamente um projeto sanitário efetivamente único (Costa, 1995), deslocando o custeio dos convênios de saúde da esfera pública para seus vínculos trabalhistas, através de Acordos Coletivos de Trabalho, repondo a segmentação pré-existente e mantendo a cultura de distinção que lhe parece constitutiva. Se apartando da luta mais solidária, porém preservando o particularismo na transição entre o MRSB e a concretização do SUS, afirmaram o suposto de Carneiro (2023, p. 12) que “a superioridade do Eu hegemônico, branco, é conquistada pela contraposição com o Outro, negro”.

Se, por um lado, o discurso classista serviu como um mecanismo de inserção política para determinados setores, por outro, a adesão seletiva às pautas reformistas demonstrou que a luta pelo direito à saúde permaneceu atravessada por distinções de raça no interior da própria classe trabalhadora. A resistência a um sistema comum não se deu apenas por vetos explícitos das elites econômicas interessadas na mercantilização da saúde, mas também pelos boicotes encobertos das frações de classe hegemonomicamente branca confortavelmente acomodada na dinâmica capitalista.

Alves (2000, p. 112) salienta que o novo sindicalismo irrompeu a partir das “greves dos metalúrgicos do ABC paulista [que] servirão de referência política para a série de movimentos grevistas no Brasil daquela época, envolvendo toda a classe trabalhadora”. Embora o autor se refira a toda a classe trabalhadora, a desigualdade racial abordada neste contexto levanta dúvidas sobre a assertividade dessa afirmação. A partir dos argumentos retomados, a centralidade das greves do ABC paulista como referência política também refletia um protagonismo operário majoritariamente branco, que, mesmo ingressando na cena política de forma vigorosa, não necessariamente incorporou as demandas da população negra, não formalizada e destituída das requisições tecnológicas. Desse modo, o novo sindicalismo, no período analisado, também não representou uma ruptura com as hierarquias raciais herdadas.

A desarticulação do trabalhador negro é uma variável que indica que sua participação na construção do MRSB foi marginal, devido à segregação racial no mercado de trabalho e à falta de uma plataforma sindical que pautasse esses desdobramentos. Além disso, o sindicalismo combativo que emergiu no funcionalismo público, também vinculado ao novo sindicalismo, expandiu o movimento trabalhista sem abalar a composição racial, já que a admissão dependia de relações clientelistas. Portanto, a formação do MRSB refletiu interesses corporativos específicos e reproduziu as clivagens raciais da sociedade brasileira.

O velho sindicalismo, ancorado na CGT e no PCB, carregava essa qualificação por remeter ao período varguista e às acusações de peleguismo, acionando práticas que desmobilizavam o operariado sempre que qualquer ameaça de greve ou contestação despontasse. O PCB, tinha raízes no movimento anarcossindicalista introduzido por imigrantes italianos e evoluiu para um partido político composto principalmente por quadros intelectuais proeminentes. Essa composição, debilitou a capacidade do partido de formar laços orgânicos com as massas trabalhadoras (Almeida, 2017; Reis, 2021). De acordo com Gonzalez e Asenbalg (2022, p. 18) quando se fala genericamente de massas trabalhadoras, faz-se referência “também, ou principalmente, ao grande contingente de

negros que dela faz parte desde as décadas de 1950 e 1960 [...]"'. Neste caso, aqui também não se concentrava a força de trabalho negra.

O afastamento do PCB das pautas do proletariado negro reflete a influência eurocêntrica que orientava suas diretrizes (Farias, 2017), lógica que também permeou a conformação do MRSB. Herdeiro dessa visão, o movimento sanitário se estruturou como um espaço majoritariamente branco e intelectualizado, onde a expertise acadêmica e a tradição política resultaram na alcunha de “Partido Sanitário” (Escorel, 1999). A proeminência da branquitude como sujeito universal do debate sanitário, teve entre seus principais expoentes as figuras de Sérgio Arouca e Maria Cecília Ferro Donnangelo, ambos filiados ao PCB. Arouca, médico, ex-presidente da Fiocruz, parlamentar e loquaz conferencista da 8^a CNS, enquanto Donnangelo, pedagoga e livre-docente da USP, sendo inclusive a grande mentora da introdução da dimensão “social” no conceito ampliado de saúde, incorporado à Lei 8080/1990 que regulamenta o SUS.

O PCdoB e o PSB tiveram pouca relevância no MRSB, sendo ofuscados pela influência do PCB, que dominou a formulação da agenda sanitária por meio de sua articulação intelectual e legislativa, e em segunda instância pelo PT, que através da CUT aglutinava o proletariado e o funcionalismo público.

Apesar da retórica de participação popular no MRSB, a interação entre sanitaristas e setores populares era limitada e frequentemente mediada por atores institucionais, como a ala progressista da Igreja Católica. A vinculação dos trabalhadores rurais à CONTAG e sua relação com a Teologia da Libertação e as Pastorais da Saúde, sugerem que sua participação ocorreu dentro de moldes pré-estabelecidos, com reivindicações filtradas por intermediários legitimados no campo político. A menção apenas residual às associações de moradores nas obras de Escorel (1999) e Faleiros *et al.* (2006), aponta para o fato de que a presença popular foi mais simbólica do que efetiva. Esse quadro se alinha à análise de Farias (2017) sobre uma esquerda marxista deslocada e concentrada nas elites intelectuais, que não apenas monopolizaram a agenda sanitária, mas também atuaram no controle das massas (Escorel, 1999).

Faleiros *et al.* (2006) entrevistaram diversas lideranças do MRSB, entre elas, Sarah Escorel (segunda esposa e orientanda de Sérgio Arouca durante seu mestrado) e Roberto Chabo, ambos médicos. Roberto Chabo, por exemplo, teceu um comentário que ilustra o grau de estranhamento entre o seu universo e o dos “populares”: “aprendi muito com as pessoas comuns da população. Lembro de um cidadão que insistia em falar de transporte, até eu entender que isso tinha também muito a ver com saúde” (Faleiros *et al.*, 2006, p. 64).

Esse relato revela a fenda de origem colonial existente entre os médicos reformistas e a população que buscavam atender, ratificando a muralha que isola herdeiros beneficiários e herdeiros espoliados da colonização/escravidão (Bento, 2022), tornando compreensível, em certa medida, o “encontro abissal dos diferentes” descrito por Pontes (2019). A tardia associação entre transporte e saúde exemplifica como as preocupações imediatas da população pareciam dissociadas da vivência concreta dos sanitaristas, que também partiam de referenciais epistemológicos de outros contextos e os transplantavam, sem as mediações necessárias, para a realidade brasileira.

Faleiros *et al.* (2006) e Gerchman (2004) registram a presença de associações de bairro, como as da Cidade de Deus, no Rio de Janeiro, Amigos do Bairro de Nova Iguaçu e Jardim Nordeste, na Zona Leste de São Paulo, que posteriormente se uniram para fundar a CONAN, articulando trabalhadores pauperizados e periféricos. De acordo com Gerchman, em Nova Iguaçu, por exemplo, predominavam migrantes nordestinos sem qualificação profissional, vivendo em áreas precarizadas e trabalhando informalmente no Rio de Janeiro. Apesar de serem apresentados como espaços de participação popular, os encontros realizados nas dependências das corporações médicas, reproduziam as hierarquias de raça e classe, pois, como observa Gerschman (2004, p. 92), “incentivavam a participação da população, mas, quando esta ocorria, não chegava a superar o nível instrumental”. Embora a coordenação dessas instâncias fosse heterogênea, incluindo lideranças populares, profissionais de classe média e religiosos (Gerschman, 2004), não houve uma alteração significativa nas relações de poder previamente estabelecidas.

O distanciamento entre os grupos raciais no MRSB evidencia a marginalização da população negra e periférica, reforçando a adesão ao pacto narcísico da branquitude (Bento, 2022) nos âmbitos acadêmico, sindical e sanitário. Nesse cenário, certos grupos foram relegados à posição de espectadores, enquanto a elite intelectual conduzia o processo, consolidando uma formulação de política de saúde posteriormente reconhecida como racista pelo próprio Ministério da Saúde (Brasil, 2017). Dessa maneira, a branquitude se afirmou como sujeito central da transformação, enquanto o “Não ser” (Fanon, 2008) teve sua participação restringida a um papel tutelado, marcado por referências protocolares, mas sem influência concreta nos rumos da reforma sanitária.

A organização das entidades “guarda-chuva” que estruturaram o MRSB até 1986, articulou os setores acadêmicos, sindicatos e movimentos populares, mas a lógica de assujeitamento permaneceu intocada. O Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, criado como espaço de debate e mobilização, congregava principalmente sanitaristas, médicos e intelectuais ligados à saúde pública, muitos dos quais oriundos de universidades e instituições com pouca representatividade negra. A Plenária Nacional de Entidades de Saúde, por sua vez, ampliou a participação de associações profissionais e organizações da sociedade civil, mas sua agenda também refletia as prioridades de um campo progressista em que a temática racial subsumiu à defesa da justiça social. A Comissão Nacional da Reforma Sanitária, instituída para consolidar propostas para a 8ª CNS, seguiu essa mesma dinâmica, reforçando a importância de setores sindicais e acadêmicos, porém igualmente divorciados da necessidade de contemplar a raça e o racismo na formulação da política de saúde.

De acordo com Escorel (1999, p. 95):

A partir de 1983, o movimento sanitário [...] separou-se ainda mais do movimento popular. Ao privilegiar as instituições de saúde, relegou a segundo plano a ampliação e o aprofundamento da aliança com as classes populares e trabalhadoras — às quais o projeto dirige suas propostas e ações.

Esse excerto evidencia as escolhas dos sanitaristas pela direção dos serviços de saúde, vocalizando a universalidade, mas de costas para as especificidades da população negra, indígena e periférica. O enfoque classista seletivo mostrou-se limitado e ajudou a reforçar a pessoa branca como referencial de humanidade e fonte inesgotável de saber.

Os “autores-atores” consolidaram o que Adichie (2019) chama “do perigo da história única” nos espaços acadêmicos, simplificando em certos aspectos, a realidade. Ao adotarem a narrativa hegemônica, além de compactuarem com um epistemicídio, também se imortalizaram numa história construída pelo alto, sendo lidos, citados e autorreferenciados. Esse domínio discursivo suavizou algumas contradições do MRSB, que mesmo desafiando o paradigma biomédico, ocultou privilégios que mantinham de forma silenciosa. Assim, a memória oficial do MRSB equivale ao ato de fotografar, que implica na escolha do ângulo e consequentemente na seleção do que será exposto e do que será apagado.

Quando tiramos uma fotografia, retiramos dela o que não é desejado que o outro veja, o que não deve ficar impresso. O ângulo também é uma escolha e determina a priori o que o fotógrafo quer realçar ou descartar do limite do quadro. Associando à ideia de enquadramento, o limite da moldura corresponde às suas margens, ou bordas. A moldura escolhida para uma fotografia – bem como sua produção –, ou para uma situação, carrega uma intenção discursiva e uma escolha do que cabe dentro do quadro e do que não existe diante daquele quadro, portanto não será visto (Fraga, Modena; Silva; 2024, p. 80).

O silenciamento imposto aos sujeitos subalternizados no processo de construção do SUS não foi um efeito colateral do MRSB, mas sim mais um reflexo das estruturas de poder que regulamentam quem poderia ser percebido como agente legítimo da mudança. Werneck (2016, p. 236) assinala que o Movimento de Mulheres Negras chegou a participar das discussões que levaram à construção do SUS, todavia “é possível verificar que essa presença, [...] não foi suficiente para inserir, no novo Sistema, mecanismos explícitos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, particularmente aquelas interpostas pelo racismo”.

A análise das representações federadas, consteladas tanto no CONASS quanto no CONASEMS, reforça o mesmo padrão de exclusão racial presente nos outros espectros. Se a presença da população negra nas universidades estava travada, o ingresso na medicina era visto como um “corpo estranho” e no proletariado era escasso, o que dizer da possibilidade de negros ocuparem posições estratégicas na gestão do sistema de saúde? A improbabilidade desse cenário apenas confirma a persistência de um mecanismo de barragem (Moura, 2019) que, mesmo nas instâncias sanitárias confinou a agência negra à margem dos espaços decisórios durante o MRSB.

Algumas Considerações Finais

A análise do MRSB sob a ótica da “história vista de baixo” revela que, embora o discurso da universalização da saúde tenha sido um marco na redemocratização do Brasil, sua formulação ocorreu no interior de uma estrutura segregacionista não declarada. O protagonismo na construção do SUS foi permeado pela intersecção entre raça e frações de classe, resultando em uma homogeneidade entre seus articuladores. A baixa representatividade negra nos espaços de formulação do sistema, assim como a falta de agência dos movimentos populares onde esse segmento esteve presente, indicam que a conquista celebrada como amplamente democrática e participativa foi, em grande medida, conduzida por intelectuais e profissionais brancos. Muitos desses atores já ocupavam posições privilegiadas nas instâncias estatais, nos espaços acadêmicos e em ocupações de

prestígio e poder na área da saúde, mantendo uma relação desconexa dos chamados movimentos populares.

A pesquisa indica que, ao longo da transição do MRSB para a institucionalização do SUS, diferentes frações da classe trabalhadora urbana e branca se afastaram do processo ao perceberem que a universalização da saúde não lhes proporcionaria ganhos diretos. Essa solidariedade seletiva revelou-se na reivindicação de direitos universais apenas quando o modelo de saúde exclusivista que os beneficiava colapsou, ameaçando privilégios preexistentes. Além disso, a estrutura sindical e acadêmica que sustentou o MRSB permaneceu restrita a uma elite intelectual branca, perpetuando padrões de exclusão que, décadas depois, levariam o próprio Ministério da Saúde a reconhecer o racismo institucional no SUS.

Os impactos dessa exclusão repercutem até hoje no chão dos serviços e equipamentos de saúde onde laboram assistentes sociais e demais profissionais da saúde, muitos dos quais não incorporam devidamente a temática das relações étnico-raciais em suas formações e práticas. Isso resulta em intervenções que não dimensionam a urgência de uma agenda antirracista e contribuem para a reprodução de condutas em desacordo com o compromisso da emancipação humana plena.

A baixa visibilidade conferida à participação de setores populares não pode ser atribuída unicamente ao contexto autoritário da época, tendo em vista que o próprio MRSB também emergiu nessas mesmas circunstâncias. A hipótese adotada ao longo da discussão admite a coexistência de barreiras estruturais interpostas, que reduzia a agência dos de baixo e projetava a branquitude, herdeira beneficiária dos quatro séculos de escravidão/colonização. O conhecimento crítico sobre a estrutura do SUS é essencial para que a universalidade de acesso ultrapasse a formalidade discursiva, enfrentando as barreiras que limitam a presença da comunidade negra nos serviços de saúde, seja como usuária, profissional ou gestora.

Referências

ADICHIE, Chimamanda N. **O perigo de uma história única**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

ALMEIDA, Rosely A. de J. M. de. **O enfrentamento do trabalho precarizado na agenda sindical de assistentes sociais**. 2017. 203f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-graduação de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2017. Disponível em: <https://ri.ufs.br/handle/riufs/6222>. Acesso em: 21 jun. 2025.

ALVES, Giovanni. Do “novo sindicalismo” à “concertação social”: ascensão (e crise) do sindicalismo no Brasil (1978–1998). **Revista de Sociologia e Política**, v. 15, n. 2, p. 11–124, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782000000200008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/3zzNMqYyVvmvLcz46XGNWQC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2025.

BARRUCHO, Luis. Os números por trás do “milagre econômico” da ditadura no Brasil. **BBC News Brasil**, 2024. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/c17d57rqeexo>. Acesso em: fev. 2024.

BENTO, Maria Aparecida. **O pacto narcísico da branquitude**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

CAMPOS, Marcelo dos S. **Hoje é dia de branco**: a branquitude de médicos de família de Juiz de Fora/MG e a equidade racial no cuidado em saúde. 2020. 301p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2020.

CARDOSO, Lourenço. Branquitude acrítica e crítica: A supremacia racial e o branco antirracista. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, v. 8, n. 1, p. 607-630, 2010.

CARNEIRO, Sueli. **Dispositivo de racialidade**: a construção do outro como não ser como fundamento do ser. São Paulo: Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2023.

CARNUT, Leonardo; MENDES, Áquila; MARQUES, Maria Cristina da C. Outra narrativa no ensino da Reforma Sanitária Brasileira: o debate crítico de uma escolha política. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 133-145, 2020.

CASTRO, Rosana. Pele negra, jalecos brancos: racismo, cor(po) e(est)ética no trabalho de campo antropológico. **Revista de Antropologia**, v. 65, p. e192796, 2022. DOI: <https://doi.org/10.11606/1678-9857.ra.2022.192796>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ra/a/DjyLbPnGcT7LqkXbCvvT7NM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2025.

CFESS – CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Formação, Trabalho e Participação Sociopolítica**: dados complementares ao Perfil de Assistentes Sociais no Brasil. Brasília: CFESS, 2024.

COSTA, Nilson do R. Políticas públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 345-362.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Editora Fiocruz, 1999.

FALEIROS, Vicente de P.; SILVA, Jacinta de F. S. da; VASCONCELLOS, Luís C. F.; SILVEIRA, Rosa M. G. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Bahia: Editora EdUFBA, 2008.

FARIAS, Marcio. Uma esquerda marxista fora do lugar: pensamento adstringido e a luta de classe e raça no Brasil. **SER Social**, Brasília, v. 19, n. 41, p. 398–413, 2018. DOI: 10.26512/ser social. v19i41.14946.

FIGUEIREDO, Angela. **Classe média negra: trajetórias e perfis**. Bahia: Editora EdUFBA, 2012.

FRAGA, Priscilla V. R.; MODENA, Celina M.; SILVA, Paloma F. C. Barreiras de acesso: uma análise a partir da percepção das trabalhadoras do Consultório na Rua. **Saúde em Debate**, v. 48, p. e8963, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241438963P>

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

GODOI, Gabriel; ALVES, Miriam C. Contradições e potências da Reforma Sanitária: análise crítica do período 1960-2018. **SER Social**, Brasília, v. 25, n. 53, 2023. DOI: 10.26512/ser_social.v25i53.47702

GONZALEZ, Lélia; HASENBALG, Carlos. **Lugar de negro**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2022.

HASENBALG, Carlos. **Raça, classe e mobilidade: lugar de negro**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2022.

JACCOUD, Luciana. Racismo e República: o debate sobre o branqueamento e a discriminação racial no Brasil. In: THEODORO, M. (org.). **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil**. Brasília: IPEA, 2008. p. 45–64. Disponível em: https://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/Livro_desigualdadesraciais_-_IPEA.pdf. Acesso em: 21 jun. 2025.

KOPENAWA, Davi; ALBERT, Bruce. **A queda do céu: palavras de um xamã yanomami**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

MARTINS, Tereza C. S. Oposição entre as Lutas anticapitalista e antirracista: realidade ou erro de análise? **SER Social**, v. 19, n. 41, p. 275–295, 2017. DOI: 10.26512/ser_social.v19i41.14686

MENDONÇA, André L. de O.; GONÇALVES, Leandro A. P. ‘Sobre o conceito da História’ na saúde coletiva. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 203–218, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S815>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/KnFcRjHdRRjVy6ctXr7TSFJ/?lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2025.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. 2003. 402 p. Tese (Doutorado em Sociologia e Política) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/VC8A-7NGKNX/1/tese_completa.pdf. Acesso em: 21 jun. 2025.

MOURA, Clóvis. **Sociologia do negro brasileiro**. São Paulo: Perspectiva, 2019.

NASCIMENTO, Abdias. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. São Paulo: Perspectivas, 2016.

PAIVA, Carlos H. A.; TEIXEIRA, Luiz A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 15–36, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>

PONTES, Ana Lucia de M.; MACHADO, Felipe R. de S. M.; SANTOS, Ricardo V.; BRITO, Carolina A. G. de B. Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe8, p. 146–159, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S811>

REIS, José R. F. Corporativismo, cidadania regulada e o ‘fantasma da classe ausente’: apontamentos historiográficos em torno da reforma sanitária brasileira. **Anos 90**, v. 28, p. 1–22, 2021.

SANTOS, Wanderley G. dos. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

THEODORO, Mário. As características do mercado de trabalho e as origens do informal no Brasil. **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: IPEA, 2005. v. 1. p. 91–126.

THOMPSON, Edward P. **A formação da classe operária inglesa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535–549, 2016.

Submetido em: 3/3/2025
Revisado em: 25/5/2025
Aceito em: 1/6/2025