



UNILAB

**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL
DA LUSOFONIA AFRO- BRASILEIRA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

AMANDA DOS SANTOS

**A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL:
TRAJETÓRIA DE LUTAS E RESISTÊNCIA**

**SÃO FRANCISCO DO CONDE
2018**

AMANDA DOS SANTOS

A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL:
TRAJETÓRIA DE LUTAS E RESISTÊNCIA

Monografia apresentada ao Curso de Pós- Graduação Lato Sensu em Saúde da Família/Gestão em Saúde da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Valdevane
Rocha Araújo

SÃO FRANCISCO DO CONDE
2018

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da Unilab
Catalogação de Publicação na Fonte

S233p

Santos, Amanda dos.

A política de saúde no Brasil : trajetória de lutas e resistência / Amanda dos Santos. - 2018.

30 f. : il.

Monografia (especialização) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, 2018.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Valdevane Rocha Araújo.

1. Saúde - Planejamento. 2. Saúde pública - Brasil - História. 3. Saúde pública - Legislação - Brasil. I. Título.

BA/UF/BSCM

CDD 614.0981

Ficha catalográfica elaborada por Bruno Batista dos Anjos, CRB-5/1693

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA

AMANDA DOS SANTOS

A Política de Saúde no Brasil: Trajetória de Lutas e Resistência

Monografia julgada e aprovada para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia
Afro-Brasileira.

Data: 30/04/2018

Nota: 8,0

Banca Examinadora:



RESUMO

O presente trabalho é resultado de um estudo sobre a história da construção e desenvolvimento da política de saúde no Brasil, a partir da década de 1930. Para tanto, foram realizados um levantamento bibliográfico e uma análise documental, especialmente sobre os textos referentes à Legislação Social Brasileira. A Política de Saúde no Brasil foi construída ao longo dos anos, através de lutas e processos intimamente ligados aos contextos socioeconômico e político vividos. Pretendeu-se assim, contribuir para a compreensão do processo de desenvolvimento da Política de Saúde no Brasil até a sua inserção no Sistema de Seguridade Social, juntamente com as políticas de Assistência e Previdência Social, considerando as características próprias da formação sócio-histórica da sociedade brasileira. Em relação aos aspectos mencionados anteriormente, verificou-se que grandes avanços foram alcançados no sentido de constituir uma política de saúde pública e universal. Entretanto, no contexto atual, esta política segue sob ameaça constante das investidas neoliberais, que obstaculizam a implementação do SUS conforme previsto na Constituição.

Palavras-chave: Política de Saúde; Sistema Único de Saúde; Seguridade Social.

ABSTRACT

The present study resulted from a study on the history of the construction and development of health policy in Brazil, since the 1930s. For that, it was used a literature review and document analysis, especially those which refer to Brazilian Social Legislation. The Health Policy in Brazil was built over the years, through struggles and processes closely linked to the socioeconomic and political context. Then, this study proposed to contribute to the understanding of the process of development of the Health Policy in Brazil until its insertion in the Social Security System, together with the Social Assistance and Social Security policies, considering the characteristics of the socio-historical formation of Brazilian society. Then, it was verified that great advances have been achieved in the sense of constituting a public and universal health policy. However, in the current context, this policy is still under constant threat from neoliberal invest, which hinder the implementation of SUS as provided for in the Constitution.

Keywords: Health Policy; Health Unique System; Social Security.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Princípios estruturantes de SUS	24
---	----

LISTA DE ABREVIACÕES

CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CLT	Consolidao das Leis Trabalhistas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IAPAS	Instituto Nacional de Administrao da Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
NOB	Norma Operacional Básica do SUS
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
SALTE	Saúde, Alimentao, Transporte e Energia
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUS	Sistema nico de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1	BASES HISTÓRICAS DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	11
2.2	ASSISTÊNCIA À SAÚDE E A INTERVENÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO	14
2.3	SAÚDE COMO POLÍTICA DE SEGURIDADE SOCIAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	19
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
	REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

A história da Política de Saúde no Brasil é permeada por lutas e particularidades que dizem respeito à própria constituição brasileira. O Brasil apresenta uma sociedade marcada por sua herança colonialista, de base escravista e de economia dependente. Neste sentido, qualquer estudo que pretenda se debruçar sobre a conformação da política de saúde no Brasil precisa levar em consideração os fatores históricos, sociopolíticos e culturais que influenciaram e continuam influenciando os caminhos e a estrutura do sistema de saúde brasileiro.

No contexto atual, de grandes ameaças e de retrocessos às conquistas alcançadas ao longo dos anos, retomar o debate acerca do movimento histórico que trouxe o país até o ponto em que encontra-se atualmente é de extrema relevância para que seja refirmado o compromisso e a defesa por um sistema de saúde público, universal, equânime e de qualidade. Embora o modelo de sistema de saúde brasileiro seja referência mundial, trata-se do resultado de lutas dos movimentos sociais, bem como de trabalhadores das diversas áreas da saúde.

Considerando tais aspectos, o interesse em compreender o contexto no qual se desenhou a política de saúde no Brasil e como isto influenciou no modelo de política de saúde da atualidade, o presente trabalho busca apresentar a história do desenvolvimento da política de saúde no Brasil desde a década de 1930 até o contexto atual. A década de 1930 foi considerada como ponto de partida, uma vez que trata-se de um período caracterizado como o início da intervenção do Estado na área da saúde, e em que o país inicia seu processo de industrialização (BEHRING; BOSCHETTI, 2006; PAIM, 2002). Com este fim, será desenvolvido um estudo qualitativo e exploratório, por meio de pesquisa bibliográfica, com base em levantamento da produção científica sobre a política de saúde brasileira. Além disso, será realizada análise documental através da revisão da Legislação Social Brasileira. É importante destacar ainda que o presente trabalho busca refletir sobre as bases do Sistema de Saúde Brasileiro, identificando as contribuições da Reforma Sanitária na constituição do Sistema Único de Saúde como parte do Sistema de Seguridade Social.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 BASES HISTÓRICAS DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

O momento histórico que se inicia no Brasil a partir da década de 1930 pode ser considerado como um momento de avanço da urbanização e ampliação da intervenção do Estado no setor da saúde (PAIM, 2002). Para melhor compreensão do desenvolvimento e construção da Política de Saúde Brasileira, é importante realizar um resgate histórico do contexto político e econômico pelo qual passou o Brasil até a Política de Saúde ganhar as formas que possui atualmente, contexto este, diretamente influenciado pela conjuntura internacional. Assim, percebe-se o quanto a conjuntura política e econômico-social são elementos macrodeterminantes da condição de saúde de determinada população, neste caso, da população brasileira.

Nos anos de 1930, o Brasil passou por mudanças significativas em sua organização econômico-social, que marcaram o processo de consolidação do sistema capitalista na nossa sociedade. A transição do Estado Oligárquico para o Estado Burguês não ocorreu de forma a romper definitivamente com o antigo regime, de maneira que se pode perceber no processo capitalista brasileiro, e da América Latina no geral, “elementos ideológicos, culturais e até relações sociais e produtivas próprias dos sistemas latifundiários, servil e escravocrata” (MONTAÑO, 2007).

No contexto político, nesse período, Getúlio Vargas assume o poder após um golpe de Estado que pôs fim à República Velha e culminou na implantação da chamada República Nova. O golpe foi uma resposta às “ameaças comunistas” que pairavam sobre a sociedade brasileira desde as primeiras décadas do século XX, evidenciadas nas greves e organizações da classe trabalhadora. A Revolução de 30 – como ficou conhecido o golpe de 1930 – foi também reflexo da crise mundialmente instaurada em 1929, que afetou a economia brasileira, fundamentalmente baseada no modelo agrário-exportador. Com a estagnação do mercado mundial, nossa economia viu-se fragilizada política e economicamente. Dessa forma, o empresariado não vinculado ao café, descontente com a não participação no núcleo

duro do poder político, valeu-se da fragilidade política do então regime para alterar a correlação de forças existente, culminando no movimento revolucionário de 1930 (BEHRING; BOSCHETTI, 2006; PAIXÃO, 2011). A partir de então, vivenciou-se o início da Era Vargas, que perdurou por quinze anos.

Esse período também foi caracterizado pelo início da organização sindical da classe trabalhadora na luta por seus direitos e o resultado disso foi a conquista de políticas sociais, como respostas às reivindicações dos trabalhadores e como forma de concessão do Estado, tendo em vista a sua legitimação. Em seu governo, caracterizado por muitos como populista, Vargas procurou manter o equilíbrio e conter as tensões existentes entre os diversos setores da sociedade, por meio da concessão de direitos e formulação de políticas sociais que, ao mesmo tempo em que beneficiavam o proletariado e o campesinato, de certa forma, limitavam o poder de organização e reivindicação destes, assegurando a legitimidade do seu poder numa tentativa de implantação de um Estado “protecionista”. É importante destacar ainda que, juntamente com a conquista e concessão de direitos sociais e de proteção, durante todo o governo varguista, coexistiram práticas autoritárias de controle social, as quais estavam sempre prontas para intervir quando alguma situação ameaçava a ordem política vigente (PAIXÃO, 2011).

Neste sentido, a sociedade brasileira caminhou numa tentativa de consonância com o movimento internacional, que, no pós- crise de 29, instaurou a política do Welfare State. Nesse momento, internacionalmente, a “política social integrou a estratégia global anticrise do capital após 1929” (BEHRING, 1998). Desta forma, as políticas e programas sociais “se generalizam, compondo o rol de medidas anticíclicas do período” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006). Como solução para tal crise, os países europeus investiram no Estado de Bem-Estar Social, num contexto em que havia o acirramento das expressões da questão social e da pressão do movimento operário no mundo capitalista. Portanto, no Estado de Bem-Estar Social, havia um aumento da proteção social, expansão de políticas universais e maior garantia de direitos de cidadania pelo Estado. Entretanto, o Brasil não experimentou um Estado de Bem-Estar Social nos moldes dos países europeus, o que mais o aproximou de tal experiência foi a Constituição promulgada em 1988, intitulada de Constituição Cidadã, que prevê uma sociedade democrática e igualitária.

Com a industrialização e o intenso crescimento urbano, a massa trabalhadora não encontrou, nas cidades, a estrutura necessária para sua sobrevivência, o que resultou na exposição desta parcela da população a condições precárias de vida, higiene, saúde e habitação. A saúde passou, assim, a ser uma questão política, alvo da intervenção estatal no sentido de garantir a reprodução da força de trabalho tão necessária ao desenvolvimento do capital (BRAVO, 2006).

Ainda sob a direção de Vargas, foi a partir de 1930 que ocorreu a introdução das políticas sociais no Brasil (BEHRING; BOSCHETTI, 2006), instituindo uma gama de benefícios trabalhistas por meio da regulamentação do trabalho, ao mesmo tempo em que as reivindicações do movimento operário eram enfrentadas de forma coercitiva. O governo Vargas enfrentou o movimento operário nascente, sendo capaz de combinar essa atitude com uma forte iniciativa política. Com isso, houve a regulamentação das relações de trabalho no País, transformando a luta de classes em colaboração de classes, bem como o impulso à construção do Estado social, em sintonia com os processos internacionais, embora com mediações internas particulares (BEHRING; BOSCHETTI, 2006). Tais regulamentações deram origem ao Ministério do Trabalho, em 1930, e em 1932, a Carteira de Trabalho passou a ser o instrumento da cidadania no Brasil (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Nesse período, era considerado cidadão apenas aquele que possuía trabalho formal de carteira assinada, aos quais eram destinados direitos, em detrimento da maioria da população. A Carteira de Trabalho era como um passaporte para a “cidadania”. É também nessa linha de atuação que a Política de Saúde se desenvolve. O modelo de assistência à saúde que prevalecia até então era baseado nas Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPs, criadas em 1923 pelo decreto de lei nº 4.682 de 24 de janeiro, conhecido como Lei Eloy Chaves. As CAPs eram privadas, de responsabilidade das empresas, que dispunham de completa autonomia na administração dos recursos arrecadados. Inicialmente, foi direcionada para os empregados das empresas ferroviárias, estendendo-se mais tarde para os marítimos e estivadores (FINKELMAN, 2002). Seu financiamento era baseado no modelo contributivo, no qual participavam a União, as empresas e os empregados (BRAVO, 2006). Dentre os benefícios oferecidos, tinham-se as aposentadorias por invalidez, a aposentadoria ordinária, a pensão por morte, a assistência médica-

curativa, o fornecimento de medicamentos, dentre outros (FINKELMAN, 2002; BRAVO, 2006).

Assim, podemos perceber que a assistência à saúde neste período estava intrinsecamente ligada à inserção no mercado formal de trabalho, restando à parcela da população, que não se encaixava neste perfil, a assistência por parte de entidades beneficentes, filantrópicas e da incipiente iniciativa privada. A atuação do Estado na saúde só ocorria nos casos emergenciais, a exemplo de quando as epidemias se alastravam pelas cidades. Havia, por parte da classe trabalhadora organizada, grande demanda por proteção social, mas ainda não havia a compreensão de que os riscos sociais deveriam ser cobertos por meio da intervenção estatal. Daí a prevalência do seguro contributivo como forma de proteção social.

2.2 ASSISTÊNCIA À SAÚDE E A INTERVENÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO

Como mencionado anteriormente, o Estado só passa a intervir mais significativamente na saúde a partir de 1930, através da criação do Ministério da Educação e Saúde Pública. De acordo com Bravo (2006), a saúde, neste contexto, estava organizada em duas linhas de atuação: 1) a saúde pública e 2) a medicina previdenciária. A saúde pública estava voltada basicamente para campanhas sanitárias de combate a doenças endêmicas, coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde, criado em 1937; enquanto que a medicina previdenciária estava ligada aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

Os IAPs foram fundados em 1933 com o objetivo de unificar e extinguir as CAPs, que se apresentavam como sistemas fragmentados na medida em que inexistiam regras comuns de funcionamento técnico e administrativo (FINKELMAN, 2002). Tais institutos eram organizados a partir das categorias dos trabalhadores e mantinham a lógica contributiva tripartite, não uniforme do seguro. Os IAPs contavam com a participação dos trabalhadores na gestão, o que favoreceu a cooptação de muitos líderes sindicais. O modelo previdenciário adotado entre os anos 30 e 45 possuía, segundo Bravo (2006), orientação contencionista, pois tinha em vista mais a acumulação da contribuição dos trabalhadores do que a ampliação e prestação dos serviços. Neste período, existia uma íntima ligação da saúde à

previdência social, tendo seu financiamento praticamente reduzido às contribuições dos trabalhadores. É importante ressaltar também o desenvolvimento da assistência privada e filantrópica à saúde, principalmente ligadas ao atendimento médico-hospitalar (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Em 1945, com o fim da ditadura Vargas, tinha-se um país com uma expressiva indústria de base, urbanizado e com uma classe trabalhadora organizada detentora de uma significativa agenda de reivindicações (BEHRING; BOSCHETTI, 2006). Os conflitos entre capital e trabalho ganhavam efervescência, assim como a disputa de projetos sociais antagônicos. Neste contexto, foram lançadas as bases da Política Nacional de Saúde, as quais ganharam forma e se solidificaram ao longo das décadas seguintes.

O período compreendido entre os anos de 1946 a 1964 caracterizou-se por grande instabilidade política, com forte alternância de líderes políticos, os quais, por distintos motivos, foram obrigados (ou não) a deixar o poder. Em 1946, durante o governo do General Gaspar Dutra, foi promulgada a Constituição Federal, considerada a mais democrática até então e que, dentre outras medidas, retira o partido comunista da ilegalidade (BEHRING; BOSCHETTI, 2006). No campo da saúde, o plano SALTE (saúde, alimentação, transporte e energia) representou a tentativa de estímulo, incentivo ao investimento e aprimoramento desses setores da sociedade, mas não alcançou seu objetivo, não sendo implementado (BRAVO, 2006). Desta forma, em linhas gerais, foram poucas as alterações na Política de Saúde durante este período.

A saúde previdenciária continuava ligada exclusivamente aos IAPs. Tem-se ainda, em 1953 a separação entre o Ministério da Saúde e da Educação sem mudanças significativas, mas com o objetivo de fortalecer as ações de saúde pública.

A fase democrática no Brasil não durou muito tempo. Durante o governo de João Goulart, em 1964, um novo golpe de Estado pôs fim ao período democrático, instaurado a partir de 1946, e deflagrou o Regime Militar no Brasil, que perdurou por vinte anos.

Na área de saúde, durante a ditadura militar, a medicina previdenciária cresceu, enquanto que a saúde pública entrou em declínio (Bravo 2006; 2011). As doenças que afetavam os grandes segmentos da população brasileira eram de

responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto que o atendimento médico individual ficou sob responsabilidade do setor previdenciário. Além disso, houve uma forte tendência à medicalização da saúde e da vida social em si, à prática médica curativa, individual e assistencialista, além de um incentivo e favorecimento aos programas de saúde e de educação privados como reflexo da própria política econômica capitalista. As deficiências na saúde pública caracterizavam-se pela ausência de planificação, falta de capacidade gerencial e pouca participação da iniciativa privada. Por esta razão, os problemas de saúde deveriam ser resolvidos pela tecnocracia, através da privatização dos serviços, assumindo as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior (BRAVO, 2011).

A partir de 1974 o Regime Militar começou a demonstrar desgaste e insustentabilidade. O “milagre econômico” já não fazia os efeitos esperados e dava indícios de esgotamento com aumento da dívida externa, elevação da taxa inflacionária, e recessão econômica, tornando aguda a situação de desemprego e ampliando o processo de pauperização das classes trabalhadoras. (BRAVO, 2011). Neste cenário, cresceu o descontentamento dos (as) brasileiros (as). Esse fator, atrelado à fragilidade do militarismo, permitiu o reaparecimento, na cena política, das forças sociais contrárias ao regime – movimentos populares de resistência – que tomaram fôlego mostrando insatisfação diante do governo. Diante de tal insatisfação, o Estado se viu obrigado a ampliar as políticas sociais, a fim de obter maior efetividade no enfrentamento das expressões da questão social, cada vez mais exacerbadas. Tudo isso na tentativa de atender determinadas reivindicações das camadas populares e de garantir a sobrevivência do regime (BRAVO, 2011).

A saúde também passou por algumas reformas durante o período de enfraquecimento do regime autoritário, porém, permanecia a dicotomia entre assistência médica e saúde coletiva (BRAVO, 2011). As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) tornaram-se espaços de discussões e de proposições para o setor da saúde. Durante o governo Geisel foram realizadas a V CNS (em 1975) e a VI CNS (em 1977), a primeira tendo como tema o Sistema Nacional de Saúde, instituído pela lei nº 6.229, enquanto a segunda teve o objetivo de discutir as grandes endemias, a interiorização dos serviços de saúde, bem como a operacionalização da Política Nacional de Saúde. Como resultado dos debates realizados por tais Conferências e

da difusão das propostas da medicina comunitária, ocorreu a criação de programas que eram orientados por alguns princípios básicos como a assistência individualizada, a integralidade de atenção à saúde, o aumento da cobertura, a participação da comunidade, a hierarquização dos serviços, a regionalização, dentre outros. Nota-se, desde já, alguns dos princípios que mais tarde fariam parte da estrutura do Sistema Único de Saúde Brasileiro (BRAVO, 2011).

Dentro do discurso que permeou a história da saúde no Brasil até então, pode-se considerar que, somente a partir da difusão das propostas da medicina comunitária e das ideias do movimento sanitário é que foi explicitada a preocupação com a integralidade da atenção à saúde (SPEDO, 2009). Neste período, em 1978, destacou-se a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), englobando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS) e o Instituto Nacional de Administração da Previdência Social (IAPAS), associando os setores de previdência, saúde e assistência (BRAVO, 2011). Ao se estabelecer este novo sistema, bem como a ligação entre os referidos setores, pode-se afirmar que houve uma incipiente formação da ideia de seguridade social em substituição ao modelo do seguro.

Apesar de nesse período já haver mobilização por parte de alguns movimentos sociais, as reformas imprimidas até então no setor saúde não contaram com a participação ativa dos trabalhadores. E foi nesse momento que, profissionais da saúde – organizados desde a década de 70 por meio de produções teóricas e discussões acerca da saúde coletiva, incentivadas pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), criado em 1976 (PAIM, 2007) – gestaram a ideia de uma Reforma Sanitária, dando início ao processo de luta por melhores condições de vida e de saúde.

A proposta da Reforma Sanitária brasileira foi um marco decisivo que foi configurado na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986. A VIII Conferência colocou na cena política do momento a discussão acerca da saúde como um direito de cidadania, que só poderia ser efetivado numa sociedade democrática. A democratização da saúde exigia muito mais que a construção de um novo sistema de saúde, exigia mudanças de comportamentos, de concepções; mudança na maneira de o Estado se relacionar com a sociedade (PAIM, 2007). À medida que propôs uma reestruturação não apenas no setor saúde,

mas na sociedade em si, o Movimento de Reforma Sanitária (MRS) reafirmou seu caráter político-social na luta pela redemocratização da sociedade. O MRS, fruto da organização dos movimentos populares, estudantis, de profissionais da saúde, intelectuais e socialistas, propôs uma democratização e reformulação profunda do setor saúde, cuja reestruturação do sistema resultou na criação do Sistema Único de Saúde (CONFERÊNCIA, 1987).

A Reforma Sanitária foi resultado de um longo movimento em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde, agregando o reconhecimento - por parte de seus cinco mil envolvidos - da saúde como um direito de todos e dever do Estado, finalizando com a recomendação da organização de um Sistema Único de Saúde (PAIM, 2002). É importante ressaltar ainda que a Reforma Sanitária foi – e ainda é – um movimento processual (PAIM, 2007). Isto é, as bandeiras levantadas por tal movimento não poderiam ser alcançadas em curto prazo, ao contrário, sua concretização se daria progressivamente, de acordo com o movimento da sociedade, embora hoje, muitas propostas esboçadas pelo MRS, ainda careçam de efetivação.

Analisando o Movimento de Reforma Sanitária, Paim (2007) desenvolve seu estudo baseado no ciclo: ideia, proposta, projeto, movimento e processo. Segundo o autor, a “ideia” da Reforma Sanitária consiste no momento inicial de defesa de uma reforma setorial, que ganha expressividade com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976. A “ideia” é transformada em “proposta” com seu conjunto de princípios e proposições, no primeiro Simpósio de Política de Saúde (1979). Como “projeto”, a Reforma Sanitária é sistematizada no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986). O “movimento” sanitário, enquanto conjunto de práticas políticas, sociais e ideológicas, emergiu com o CEBES e se desenvolveu com o avanço da sociedade, resultando em um “processo” desencadeado em espaços e momentos distintos que vão desde o momento posterior à VIII Conferência, passando pela conquista da promulgação da Constituição de 1988 e instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, se mantendo em curso até os dias atuais (PAIM, 2007).

É inegável a contribuição do Movimento de Reforma Sanitária para a construção de um Sistema de Saúde pautado na universalização, igualdade e integralidade do atendimento. A previsão do Sistema Único de Saúde na

Constituição Federal de 1988 foi a expressão concreta de uma das muitas conquistas alcançadas graças à luta desse movimento que, em meio às adversidades políticas de transição democrática da época, encontrou espaço para criticar o modelo de atenção à saúde vigente. Apesar da VIII CNS representar um grande avanço na constituição de uma nova forma de assistência à saúde – pautada no direito, na responsabilidade do Estado, nas ações de prevenção, promoção e proteção, foi somente com a promulgação da Carta Magna de 1988 que essas e outras lutas ganharam formas concretas, resultando na lei nº 8080 de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde.

A análise então realizada nos permite considerar que a saúde, durante todo o período anterior à Constituição Federal de 1988 pautava-se na assistência médico-curativa compondo o rol dos serviços previdenciários e, especialmente durante o regime militar, no “privilegiamento do produtor privado” (BRAVO, 2006). As únicas iniciativas de “promoção” da saúde eram as campanhas sanitárias realizadas à época, com o objetivo de conter os surtos epidêmicos que assolavam a grande massa da população. A cobertura do atendimento estava aquém da universalidade, equidade e integralidade, princípios que só passaram a fazer parte do discurso da saúde a partir da eclosão das propostas do Movimento de Reforma Sanitária.

2.3 SAÚDE COMO POLÍTICA DE SEGURIDADE SOCIAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A década de 1980 representou um período de grandes mudanças políticas, econômicas e sociais para o Brasil. A Assembleia Nacional Constituinte convocada no final da década de 80, se configurou como um espaço de disputa de interesses distintos. No caso da saúde, essa disputa foi expressiva, visualizando-se, de acordo com Bravo (2006), dois blocos polares: de um lado os grupos empresariais e de outro as forças defensoras da Reforma Sanitária. Ao final, os interesses adotados pela Carta Magna atenderam em grande parte às propostas do movimento sanitário, que alcançou esta conquista graças à “capacidade técnica de formular, com antecipação, um projeto de texto constitucional claro e consistente; à pressão constante sobre os constituintes; à mobilização da sociedade” (BRAVO, 2006, p.10), em detrimento dos interesses do empresariado hospitalar.

A Constituição Federal de 1988 pode ser considerada como um divisor de águas na história da sociedade brasileira, pois traz uma nova estrutura e nova forma de intervir em todas as esferas da vida social. No caso das Políticas de Saúde, Assistência e Previdência, são reestruturadas com novos princípios, novas diretrizes e passam a fazer parte do Sistema de Seguridade Social (BOSCHETTI, 2009). A Carta Magna apresentava um novo formato de proteção: a ideia do seguro social (cobertura restrita ao contribuinte), sendo substituída pela de Seguridade Social (cobertura estendida a todo cidadão).

A partir da Constituição de 1988, foram contemplados avanços atinentes aos direitos sociais, humanos e políticos. A satisfação das necessidades básicas dos cidadãos passou a ser compreendida como direito destes e responsabilidade do Estado, sendo proposto um novo olhar à intervenção nas expressões da Questão Social, não mais baseado na coerção, assistencialismo ou filantropia, mas agora enquanto dever do Estado e direito de todo cidadão. Devido a estas peculiaridades, a Carta Magna de 1988 foi intitulada por Ulisses Guimarães de a “Constituição Cidadã” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

A proposta da Seguridade Social foi lançada a partir da Constituição Federal de 1988 em seu Artigo 194, que a define como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988). Com a instituição do Sistema de Seguridade Social brasileiro pretendia-se romper com o histórico legado da lógica do seguro social que orientou tais políticas até 1988. Apesar de propor a universalização dos direitos com base na cidadania, nosso sistema de seguridade construiu-se com características tanto do modelo bismarkiano do seguro (contributivo e com objetivo de manter o trabalhador nos casos de eventualidades) – que é o caso da Previdência Social –, quanto do modelo beveridgiano (universal e com objetivo de lutar contra a pobreza) –, que é o caso da Assistência Social e da Saúde (BOSCHETTI, 2009).

Nesse sentido, o atual texto constitucional significa um indiscutível avanço no que diz respeito a uma concepção mais abrangente de seguridade social por contraposição àquela até então prevalecente. Enquanto esta – entendida como um seguro social – se restringe a formas de benefícios e prestações de serviços bastante específicas, aquela abrange um conjunto integrado de ações visando assegurar o direito à saúde e à previdência e assistência sociais, abolindo o caráter estritamente contratualista até então

vigente, e reafirmando esses direitos como universais (NUNES et al. 1991. p. 13-14).

Ao inserir as referidas políticas no rol da Seguridade Social, tem-se um grande avanço em direção à universalização dos direitos, visto que, com a proposta da Seguridade Social, objetivava-se assegurar direitos com base nas necessidades sociais sem condicioná-los à inserção no mercado formal de trabalho e à contribuição prévia (BOSCHETTI, 2009).

Mais do que uma nova organização dos serviços e das políticas que a compõem, a Seguridade Social, na forma em que inscrita na Constituição Federal, propunha uma nova maneira de compreensão dessas políticas, enquanto ações integradas para a garantia da proteção social dos cidadãos. O próprio texto da Constituição que define a Seguridade, a coloca como “um conjunto integrado de ações [...]” (BRASIL, 1988). Dessa forma, uma análise, mesmo que superficial, acerca dos rumos que as políticas de saúde, assistência e previdência tomaram pós-constituente, é suficiente para perceber que a integração proposta não foi implementada. Neste sentido, Boschetti (2009) considera que, no Brasil, “não se instituiu um padrão de seguridade social homogêneo, integrado e articulado”. O que se percebem são ações cada vez mais endógenas, focalizadas e fragmentadas, sem nenhuma perspectiva de integração entre as referidas políticas. Desta forma, pode-se afirmar que a seguridade social, tal como foi proposta pela Constituição Federal, ainda não conseguiu se efetivar.

Tendo em vista que os setores que compõem a Seguridade Social apresentam trajetórias e memórias técnicas diferentes, o desafio atual é criar formas e mecanismos inovadores, que favoreçam a reconstrução do sistema de Seguridade Social. Tais formas buscariam resgatar o sentido de integração e transversalidade presente na ideia de sistemas e redes de proteção social (MONNERAT; SOUZA, 2011). Entretanto, a dificuldade para a efetivação da Política de Seguridade Social, nos moldes preconizados pela Constituição Federal, é resultado de vários fatores, dentre os quais, destaca-se a própria conjuntura político-econômica que estava sendo estabelecida a partir da década de 1990 no Brasil e que continua em curso nos dias atuais.

O ajuste neoliberal, proposto na década de 1990, resultou no enxugamento das funções sociais do Estado como estratégia de superação da crise herdada do período ditatorial. A este respeito, Montañó (2007) afirma que esse ajuste - por ele tratado como processo de reestruturação capitalista no Brasil - começa lenta e gradualmente. Com base nisso, dá-se início à ideia de reformar o Estado, eliminando os aspectos “trabalhistas” e “sociais” já vindos do período varguista nos anos 30-60 [...] e, particularmente, esvaziando as conquistas sociais contidas na Constituição de 1988. A partir da análise deste contexto, compreende-se o difícil processo de implementação do sistema de seguridade brasileiro. O ataque neoliberal às políticas que a compõem se mostra de várias maneiras, seja nas propostas de mais uma reforma e reajuste da Previdência, seja nas constantes investidas privatistas nos serviços de saúde. Desta forma, na conjuntura atual, a efetivação dos direitos conquistados na Constituição de 1988, torna-se um desafio constante.

Mesmo diante de tais desafios, são inegáveis os avanços conquistados com a Constituição de 1988. As políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social ganharam uma nova roupagem ao comporem o tripé da chamada Seguridade Social. No campo da saúde, avanços sem precedentes foram alcançados a partir da Constituição de 1988. A saúde passou a ser concebida como um direito de todos e dever do Estado, compondo o tripé da Seguridade Social. A concepção de saúde foi ampliada, passando a ser encarada como um conjunto de fatores que se estabelecem não apenas pelas características biológicas, mas influenciada também pelas condições de vida, levando em consideração os condicionantes sociais, econômicos, culturais e ambientais que interferem no processo saúde/doença.

O Ministério da Saúde passou a ser responsável por todos os serviços de atenção à saúde (com exceção apenas do auxílio doença que continua a ser responsabilidade da Previdência Social), se desvinculando finalmente da previdência social (FLEURY, 2006). A saúde passou então, a ser um direito universal, que propõe atendimento igualitário às ações que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde. A Constituição de 1988 também definiu a participação do setor privado, apenas em caráter complementar, cabendo ao Poder Público e à sociedade, a regulação, fiscalização e controle de todo serviço de saúde prestado, seja público ou privado.

Além de instituir a Seguridade Social Brasileira, a referida Constituição prevê, em seu artigo 198, o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle dos seus usuários.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 1988, CF. art.198).

Apesar de estarem contidas já na Constituição Federal as bases do SUS, este só foi efetivado a partir de 1990, quando a Lei Orgânica da Saúde (LOS) (Lei nº 8080/1990) foi promulgada, regulamentando as diretrizes e princípios do SUS. Foi esta lei que deu materialidade e operacionalização aos pressupostos da Constituição. A referida lei, além de definir o SUS como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990), “regula, em todo território nacional, as ações e serviços de saúde” (PAIM, 2008 p.76). A estrutura do SUS, seus objetivos, as formas de financiamento, as atribuições e competências de cada esfera do governo, sua organização e seus princípios norteadores são detalhados pela LOS.

Tabela 1 - Princípios estruturantes do SUS

Princípios estruturantes do SUS	
Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.	Princípio que norteou as lutas do movimento sanitário em defesa do acesso à saúde sem distinções e sem contrapartida de contributividade.
Integralidade de assistência	A articulação e continuidade das ações em todos os níveis de complexidade.
Igualdade da assistência à saúde	Garantia de acesso à saúde sem discriminação de nenhuma origem.
Descentralização político-administrativa	Direção única e divisão de competências e responsabilidades entre cada ente federativo
Participação da comunidade	Controle social por meio dos conselhos de saúde e participação nas Conferências

Fonte: Brasil (1990).

O arcabouço legal que instituiu o SUS se mostrou insuficiente para o desenvolvimento do sistema no Brasil. Dessa maneira, foram elaboradas normas complementares, a exemplo das Normas Operacionais Básicas (NOBs- SUS 01/91; 01/92; 01/93; 01/96), com o objetivo de orientar o processo de implantação descentralizada do SUS, bem como, definir o funcionamento do sistema nas três esferas de governo, sobretudo, nos municípios. Estas normas, além de definirem as competências de cada esfera, também visam regulamentar as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir suas funções neste processo de implantação. As NOBs são, assim, importantes instrumentos na operacionalização da descentralização das ações e serviços de saúde e na reorientação do modelo de atenção à saúde no país (BRASIL, 1996).

Outros marcos normativos foram sendo propostos a partir da necessidade de expansão e melhor organização do SUS. Políticas e programas específicos foram sendo criados, a exemplo da Política Nacional da Atenção Básica (1994), de Saúde

Bucal (2003), e do Programa de Saúde da Família (1993). Foram criadas também políticas de saúde voltadas para grupos específicos, como é o caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) e a política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra (2007).

Como visto, o Sistema Único de Saúde Brasileiro é fruto de intenso embate político-ideológico. Assim sendo, seu desenvolvimento é influenciado diretamente pelas forças políticas dominantes. Mesmo com a entrada de um governo popular, em 2003, com um maior investimento em políticas voltadas para os determinantes sociais da saúde, como meio ambiente, renda, trabalho, saneamento, alimentação e educação (MENICUCCI, 2011), e de equiparação social, não são identificadas mudanças radicais na lógica de condução do sistema de saúde brasileiro. No entanto, são inegáveis os avanços identificados neste período com a expansão e fortalecimento da política de atenção básica e do financiamento público na área da saúde. Como afirma Menicucci (2011), “pode-se dizer que o Brasil se tornou um pouco mais saudável pela via das políticas econômicas e sociais.” (p. 531).

No contexto atual, de crise política, vivemos uma nova fase de ataque aos direitos conquistados historicamente, dentre eles, o direito à saúde gratuita, universal e de qualidade, por meio do gradual processo de desinvestimento no setor por parte do Estado. Em 2016 é aprovada, durante o então governo de Michel Temer, uma Proposta de Emenda Constitucional que prevê o congelamento dos gastos públicos por 20 anos. Os impactos na Política de Saúde que tal proposta trará são apresentados por Rossi e Dweck (2016) ao ressaltarem que “[...] a PEC 55 torna impossível qualquer melhora na saúde e educação públicas no Brasil, pelo contrário, abre-se espaço para o sucateamento dessas áreas e para a eliminação de seu caráter universal.”

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do caminho percorrido pela Política de Saúde no Brasil é fundamental para a compreensão de sua atual conformação. Muitos foram os avanços conquistados ao longo dessas quase três décadas, desde a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, no sentido de materialização das propostas do Movimento de Reforma Sanitária.

É assim que vem sendo construído gradativamente o Sistema Único de Saúde Brasileiro. Suas origens, desenvolvimento e continuidade estão diretamente relacionados à luta da sociedade em busca de melhores condições de vida e saúde, e sua conquista tornou-se o ápice da luta por uma política de saúde de direito de todos e dever do Estado. Porém, torna-se impossível não atentar para os constantes e persistentes desafios que fazem com que este sistema público de saúde ainda não seja um real instrumento de cidadania.

Chegar a essas considerações não seria possível sem o esforço de compreender o caminho percorrido pela Política de Saúde no Brasil. Esta é condição indispensável para a compreensão do formato atual adquirido por esta política, considerando as especificidades próprias da sociedade brasileira. Assim, são percebidas, ainda hoje, na nossa Política de Saúde, as marcas de um sistema que foi por muito tempo caracterizado pela lógica do “não direito”, do favor e do clientelismo. Por outro lado, os avanços na área da saúde, no sentido de concretização das lutas instituídas pelo o Movimento de Reforma Sanitária, são expressivos.

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 representa uma conquista indiscutível. Foi somente a partir do SUS que se tornou possível visualizar a saúde a partir de um conceito amplo que engloba outras dimensões da vida social como parte do campo da saúde e a determina enquanto um direito de cidadania, universal e integral. Não se pode perder de vista também a conquista que significou a instituição do Sistema de Seguridade Social no Brasil, formado pelas políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social. A luta pela real implementação deste sistema, com a articulação das políticas que o compõem, constitui ainda uma bandeira de luta.

É notável também o quanto ainda precisamos avançar. A herança de uma política historicamente excludente, fragmentada e condicionada, aliada ao próprio contexto atual – marcado pelas investidas da política neoliberal, que ameaça os direitos sociais – reflete-se nos obstáculos encontrados hoje para a implementação do SUS conforme previsto na Constituição, nas dificuldades para fazer acontecer seus princípios e diretrizes, e oferece empecilhos para a realização plena desta conquista. Porém, não podemos perder de vista a história de resistência que a política de saúde tem no Brasil e o quanto de luta tem impresso no SUS de hoje. Aos defensores do SUS e da saúde enquanto direito de todo cidadão e dever do Estado, aos defensores da saúde como uma política integral que atenda às reais necessidades dos usuários, para além das demandas que chegam aos serviços de saúde, cabe continuar a luta iniciada pelos atores protagonistas do Movimento de Reforma Sanitária. Vale ressaltar que muito avançou-se até aqui. O SUS hoje não é mais uma possibilidade, mas uma realidade concreta. Uma realidade que está sendo construída gradativamente e que precisa constantemente ser reafirmada.

REFERÊNCIAS

- BADZIAK, Rafael Policarpo Fagundes; MOURA Victor Eduardo Viana. *Determinantes Sociais da Saúde: Um Conceito para Efetivação do Direito à Saúde*. R. Saúde Públ. Santa Cat., ISSN: 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010.
- BEHRING, E. R. *Política Social no Capitalismo Tardio*. São Paulo: Cortez, 1998.
- BEHRING, E. R. & BOSCHETTI, I. *Política Social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2006.
- BEHRING, E. R. *Reforma do Estado e Seguridade Social no Brasil*. In: Ser Social (7) UnB, 2000 p. 43-80.
- BOSCHETTI, Ivanete. *Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação* In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília/DF: CFESS/ABEPSS, 2009.
- BRASIL, *Constituição Federal*. Brasília, 1988.
- BRASIL, *Lei Orgânica da Saúde – lei nº 8080/1990*.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica SUS*. Portaria GM/ MS n. 546, de 25 de maio 1993.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica SUS*. Portaria GM/ MSn. 2.203, de 05 de Nov. 1996.
- BRAVO, Maria Inês Souza. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BRAVO, M^a Ines de S. *Política de Saúde no Brasil*. IN MOTA, Ana E. et al (orgs) Serviço Social e Saúde- São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, MS: Brasília, 2006..
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8^a. Brasília. Anais. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- DALLARI, Sueli Gandolfi. *O conteúdo do direito à saúde*. COSTA, Alexandrino Bernardino et al. (Org.). *O direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília: CEAD/UnB, 2008. p. 94.
- FINKELMAN, Jacobo (Org.). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- FLEURY, Sônia (org.). *Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria*. 2. ed. São Paulo. Cortez. 1995.
- FLEURY, Sônia. *Estado sem cidadãos: Seguridade Social na América Latina*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. 252p.

FLEURY, Sônia. *A Seguridade Social inconclusa*. 2006. Disponível em: <<http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/Seguridade.pdf>>. Acesso em: 16 de outubro de 2012.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. *A Política de Saúde no Governo Lula*. In: *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.2, p.522-532, 2011.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. *Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil*. In: R. Katál., Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011.

MONTAÑO, Carlos. *Terceiro Setor e Questão Social: Crítica ao padrão emergente de intervenção social*. 4ª Ed. Cortez. São Paulo, 2007.

MOTA, Ana Elizabete. *Serviço Social e Seguridade Social: uma agenda recorrente e desafiante*. In: *Revista Em Pauta* nº 20 – Trabalho e sujeitos políticos. UERJ, 2007.

NUNES, Edison; JACOBI, Pedro; KARSCH, Ursula S.; COHN, Amélia. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo. Cortez, 1991..

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. 1948.

PAIM, Jairnilson Silva. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador, 2002.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma Sanitária: Contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. *20 anos de construção do Sistema Único de Saúde*. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v.2 n.1, p. 63-86, Julho/dez/ 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. *As ambiguidades da Noção de Necessidades de Saúde*. *Revista Planejamento*, v.8, n.1/2, p. 39-46, 1980.

PAIM, Jairnilson Silva. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador> EDUFBA, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lúgia Maria Vieira da. *Universalidade, integralidade, equidade e SUS*. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*. v.12, p. 109-114, 2010.

PAIXÃO, Cristiano. *Direito, política, autoritarismo e democracia no Brasil: da Revolução de 30 à promulgação da Constituição da República de 1988*. In: *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, año 13, nº 26. 2011. Pp. 146–169. Disponível em: <http://institucional.us.es/araucaria/nro26/monogr26_5.pdf> Acesso em: 30 de jan. 2013.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. *Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação*. In: *Cad. Saúde Pública* 2016; 32(12).

SALVADOR, Marina Alvares Côrtes et al. *Política de Saúde no Brasil: História e Desafios Atuais*. In: VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. Maranhão. 2015. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/politica-de-saude-no-brasil-historia-e-desafios-atuais.pdf>> Acesso em: 20 de abril de 2018.