



01.02 Saúde Pública, Políticas de Saúde e Sistema de Saúde no Brasil



Este texto tem por objetivo discorrer sobre o processo e evolução das políticas de saúde no Brasil, procurando evidenciar alguns aspectos históricos que influenciaram a conformação do sistema de saúde no Brasil

Autor: Cesar Macedo

*Médico Sanitarista , Pesquisador associado do LIGRESS
HCOR – SP*

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Braga Macedo C R. Saúde Pública, Políticas de Saúde e Sistema de Saúde no Brasil [Internet].

Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2015 [consultado día mes año]. Disponible en: direccion url del pdf.



TEXTO DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
No Comercial - Sin Derivados
Reconocimiento - Sin Comercial - Sin Derivados
3.0 Unported License



RESUMO

Este texto tem por objetivo discorrer sobre o processo e evolução das políticas de saúde no Brasil, procurando evidenciar alguns aspectos históricos que influenciaram a conformação do sistema de saúde no Brasil. No campo das proteções sociais a compreensão da saúde como um bem público, como um direito, faz parte da luta permanente, já de longa data, do povo brasileiro. No Brasil esteve presente em nossa historia, durante todo o século XX e mesmo com os inúmeros avanços conquistados a partir da Constituição de 1988, adentramos o século XXI, com vazios assistenciais

importantes, onde a luta contra as iniquidades sociais com forte expressão nas condições de saúde da população brasileira, faz parte de nosso cotidiano. Foi na trajetória de luta contra a ditadura

militar, durante o período mais repressivo do autoritarismo no Brasil – final dos anos 60 e início dos 70 – que se transformou a abordagem dos problemas de saúde e se constituiu a base teórica e ideológica de um pensamento médico social, e neste contexto a trajetória do movimento da reforma sanitária brasileira, e a construção do projeto de universalização do acesso a saúde. Desde os seus primórdios encontramos frequentemente embates e confrontos entre duas racionalidades que persistem, saúde como um direito de cidadania e a saúde como um bem que se adquire segundo a lógica do mercado, ou seja, universalização versus focalização, o “modo de atenção assistencial mercantil, baseado em procedimentos”, ainda hegemônico, contribui fortemente para a fragmentação tanto interna, ao setor saúde, quanto externa em seu relacionamento com os demais componentes da rede de proteções sociais. O desafio da garantia do direito a saúde impõe enfrentamentos tanto teóricos quanto no processo de construção do Sistema Único de Saúde, em sua cotidianidade.

1. Introdução

2. Evolução histórica da saúde no Brasil

2.1 A primeira República (1889 - 1930)

2.2 A Era Vargas (1930 - 1945)

2.3 O período de redemocratização (1945 - 1964)

2.4 De 1964 até a o fim da Ditadura Militar

3. Da saúde pública a saúde coletiva

4. O Movimento da Reforma sanitária Brasileira

5. Organização do sistema de saúde no Brasil

6. Inflexão neoliberal e os desafios de construção do Sistema Universal de Saúde

7. Desafios revisitados

8. Considerações finais

9. Referências Bibliográficas

Palavras – chave: Saúde Pública, Política de Saúde, Saúde Coletiva, Reforma Sanitária, Brasil

1. Introdução

No campo das proteções sociais a compreensão da saúde como um bem público, como um direito, faz parte da luta permanente, já de longa data, do povo brasileiro. No Brasil esteve presente em nossa história, durante todo o século XX e mesmo com os inúmeros avanços conquistados a partir da Constituição de 1988, adentramos o século XXI, com vazios assistenciais importantes, onde a luta contra as iniquidades sociais com forte expressão nas condições de saúde da população brasileira, certamente ainda precisam ser travadas. No confronto entre duas racionalidades que persistem, saúde como um direito de cidadania e a saúde como um bem que se adquire segundo a lógica do mercado, ou seja, universalização versus focalização, o “modo de atenção assistencial mercantil, baseado em procedimentos”, ainda hegemônico, contribui fortemente para a fragmentação tanto interna, ao setor saúde, quanto externa em seu relacionamento com os demais componentes da rede de proteções sociais. O desafio da garantia do direito a saúde impõe enfrentamentos tanto teóricos quanto no processo de construção do Sistema Único de Saúde, em sua cotidianidade.

O objetivo do desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, segundo COSTA(1985), nunca foi proteger a totalidade dos seus habitantes, dos surtos epidêmicos e doenças parasitárias nem sua finalidade foi recuperar a saúde do comum dos homens. *“Ao contrário do que sustentavam os tratados sobre o projeto de saúde pública no Brasil,(.....)considera – se que o ritmo, extensão e intensidade das ações sanitárias obedeceram a critérios predominantemente utilitários, definidos a partir dos interesses dos grupos dominantes internos ou pela expansão do capitalismo em escala internacional”.*

Autores como Sergio Góes de Paula e José Carlos Braga (1981), têm afirmado que a partir do surgimento do trabalho assalariado no Brasil, após a abolição da escravatura, é que a saúde começa a ser compreendida como questão social, e portanto passível da intervenção do Estado : *“ao longo da história do capitalismo, a questão da saúde não só cresce como problema coletivo, como também ganha espaço no pensamento econômico social. Tal avanço teórico se dá não exatamente na medida que aumenta a gravidade do problema da saúde coletiva, mas na proporção em que a atenção à saúde passa a ser um problema político*

e econômico no interior de cada estrutura sócio econômica concreta”.

Os referidos autores evidenciam, que embora economistas clássicos como Adam Smith e Ricardo não tenham demonstrado maiores preocupações com as especificidades da saúde, os mesmos desenvolveram importantes instrumentos para a reflexão econômica sobre a saúde. Neste sentido, a mesma aparece subsumida às argumentações desenvolvidas sobre outros temas, como a *“reprodução da força de trabalho e o mínimo de subsistência”*. Adam Smith, por exemplo, chamou a atenção para a divisão social do trabalho, que permite ver o processo de troca de bens e serviços como um processo social, no qual, o trabalho, enquanto intercâmbio orgânico do homem com a natureza, é apontado como medida real do valor. Enunciar que o valor emana do trabalho e não da terra ou da troca, é deslocar a atenção para o processo de produção, para o centro do movimento social e econômico. A especialização de determinado trabalhador para uma determinada atividade do processo produtivo se destaca como a divisão técnica do trabalho, o que produz efeitos positivos sobre a produtividade do trabalho, no entanto autores como Marx, e no século passado Berlinguer destacam que a questão da especialização e do trabalho fabril deverão ser analisadas considerando – se a questão do trabalho como determinante do nível de saúde.

No mesmo sentido, Braga e Paula (1981) afirmam que é no pensamento de Marx e Engels que se encontram as mais relevantes reflexões relacionadas com a questão da saúde, por razões consideradas como fundamentais; primeiro por suas posições ideológicas de defesa da classe operária, e depois por metodologicamente analisarem a sociedade como um todo; embora tenham dado primazia aos aspectos econômicos na determinação da estrutura social, assumem as questões econômicas, políticas e ideológicas como intimamente relacionadas. *“ A relação social fundamental é a que se estabelece entre capital e trabalho. E no processo de produção se enraízam as determinações sociais da saúde e da doença, em dois planos inseparáveis: a parcela do valor produzido que cabe aos trabalhadores, consubstanciada no salário que lhes é pago e nos bens coletivos que a sociedade dispõe; e as condições do próprio processo de trabalho”*. É na imposição a longas e extenuantes jornadas de trabalho, pela pressão dos capitalistas na busca de ampliação da extração da

mais valia absoluta, na utilização de máquinas e tecnologias que elevam a produtividade e a mais valia relativa, além de gerarem massas de desempregados, sem que isso venha gerar a mínima preocupação por parte dos capitalistas.

Ainda segundo Braga e Paula, para Marx, a grande indústria movida por um processo de trabalho destinado a valorizar o capital tem efeitos prejudiciais à saúde dos trabalhadores. *“A máquina dá o ritmo do trabalho, a máquina expõe resíduos nocivos, a máquina decepa mãos de seus operadores. A máquina é constantemente conservada e reparada. Mas a conservação e reparação da saúde dos trabalhadores está subordinada a determinações econômicas e principalmente políticas”*.

O que estes autores destacam de modo enfático é a relação entre a saúde e o processo capitalista de produção, e não somente a saúde e o processo industrial. De todo modo, em qualquer sistema econômico o trabalho na indústria pode incorrer em agravos a saúde, mas em um sistema onde a lógica econômica tem domínio sobre a lógica da vida, o enfrentamento destas questões sempre ocorrem como questão política, seja como luta específica dos trabalhadores por melhores condições de trabalho, seja pelo enfrentamento, dentro de um processo político e ideológico que incorpore a saúde como um Direito.

Neste sentido, as políticas de saúde são construções históricas, decorrem de uma dada situação econômica, dos avanços do conhecimento científico e da capacidade das classes sociais influenciarem no sentido do êxito e do grau de implantação de seus projetos. No Brasil, a política de saúde sempre teve uma racionalidade fragmentada, em geral, curativa, centrada no indivíduo, onde a lógica dos interesses privados, principalmente a partir do regime autocrático pós-1964, estava presente. No entanto, com a crise do regime ditatorial e a mobilização dos trabalhadores da saúde, junto com as demais organizações do movimento popular e sindical, em torno de um projeto de reforma sanitária, foi possível incorporar na Constituição de 1988 esse novo projeto de saúde pública, universal e democrática, que é o SUS. É neste sentido que a estruturação da política de saúde no Brasil está diretamente relacionada à forte pressão da classe trabalhadora em pleno processo de industrialização e surgimento da classe operária. As reivindicações por melhores condições de vida e trabalho

incluíam as condições sanitárias, as demandas por acesso a serviços de saúde, à saúde do trabalhador, entre outros. Entretanto, a racionalidade hegemônica do Estado brasileiro incorpora elementos da luta dos trabalhadores e os transmuta em políticas que atendam predominantemente aos interesses privados. De fato, enquanto política social, a saúde expressa interesses diversos de classes e grupos de classes e, para que ganhe forma, desde o seu planejamento até a sua gestão e execução, comporta uma racionalidade que a fundamenta e organiza. Por sua vez, os projetos societários que disputam a hegemonia no Estado e na sociedade possuem um determinado modo de conceber a realidade e, sendo assim, comportam também uma racionalidade.

Segundo De NEGRI (2008), a adoção do imperativo ético de responder às necessidades sociais em saúde, é capaz de impactar de modo significativo na qualidade de vida e saúde de nossas coletividades, enquanto componente fundamental ao desenvolvimento de autonomia e isto pressupõe responder a todos com universalidade, integralidade e igualdade de possibilidades de acesso. Para tanto, a luta por uma atuação coerente com uma resposta universal, onde combinemos suficiência com qualidade, nos impõe a adoção de um “modo de atenção promocional da qualidade de vida e garantidor dos direitos”, como estratégia fundamental que possibilite a desfragmentação da compreensão e da prática, no processo de organização do setor saúde e no conjunto das relações, que necessariamente se impõem com os demais componentes da rede de proteção social.

2. Evolução histórica da saúde no Brasil

No período colonial, o Brasil encontrava -se a margem do capitalismo mundial, sendo submetido econômica e politicamente a Portugal, a exploração econômica sempre se deu a partir de ciclos - do pau-brasil, da cana de açúcar, da mineração, do café. O século XIX assiste a intenso desmatamento, fluxos migratórios internos e externos, construção de ferrovias e grande crescimento econômico. Uma nova classe dirigente surge desse movimento, muito mais poderosa e opulenta do que os antigos barões do açúcar. Esta nova classe, mais urbana do que os antigos proprietários rurais contribui para a modificação da paisagem urbana. As primeiras ações governamentais de saúde

nos remetem ao período da colonização, com intervenções restritas às áreas urbanas, especialmente às regiões portuárias e estradas de ferro, focadas nas doenças epidêmicas, com repercussões na economia agroexportadora cafeeira da época, no entanto, a saúde como questão social só se dá no início do século XX, também no contexto da economia cafeeira, com a emergência do trabalho assalariado.

2.1 A primeira República (1889 - 1930)

A chamada República Velha, período que vai até 1930, se caracterizou por um arranjo político com grande semelhança aos últimos anos do império. No lugar dos barões do café do vale do Paraíba, entravam em cena os fazendeiros do oeste paulista e de Minas Gerais. Sentindo – se traídos pela coroa, com a abolição da escravatura, os barões de café do vale do Paraíba, que dependiam da mão de obra escrava, que até alguns meses se diziam súditos do imperador, aderiram rapidamente à República. Segundo Laurentino Gomes (2013), “nesta república, do café com leite, não havia lugar para o povo, tanto quanto não havia na dos militares de 1889”.

Durante a República Velha o país foi governado pelas oligarquias dos estados mais ricos, especialmente São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. A cafeicultura era o principal setor da economia, dando aos fazendeiros paulistas grande poder de decisão na administração federal. Os lucros produzidos pelo café foram parcialmente aplicados nas cidades. A Abolição da Escravatura em 1888, com a consequente crise da mão de obra escrava, fez com que se intensificassem as correntes imigratórias provenientes principalmente da Itália, Espanha e Portugal, se consolidando o processo de substituição da mão de obra escrava pela assalariada, de origem européia. Isso favoreceu a industrialização, a expansão das atividades comerciais e o aumento acelerado da população urbana, engrossada pela chegada dos imigrantes, o que configurou – se como necessidade vital para a expansão dos setores dinâmicos da economia.

Segundo Nilson do Rosário Costa (1985), inaugurava –se a partir deste movimento o início da formação de um mercado de trabalho no país. Entre 1890 e 1900, a população no Brasil aumenta em cerca de 3.000.000 de pessoas, passando então de 14 para 17 milhões, sendo que a maioria dos imigrantes

foi para São Paulo. Ainda segundo Costa (1985), sobretudo a economia cafeeira atuou como força motriz neste processo. “ *Com o deslocamento da economia do café do vale do Paraíba, no Rio de Janeiro, para as regiões do planalto de São Paulo, observou –se rápido crescimento da produção. Esta produção qualitativamente modificada em relação à anterior, porque assentada não mais no trabalho escravo e articulada com o mercado externo, impunha à classe capitalista a iniciativa de transformar dadas condições de produção. Além do fortalecimento do mercado de força de trabalho, a produção cafeeira conheceu a mecanização parcial ao nível de operações de beneficiamento. Implementou –se um poderoso sistema ferroviário estritamente vinculado ao processo de acumulação do complexo cafeeiro. Ainda o financiamento e a comercialização de uma produção de milhões de sacas implicou no desenvolvimento de um complexo sistema comercial, formado por casas de exportação e uma rede bancária. Foram também propiciadas as condições para profundas transformações no sistema de transporte e serviços portuários em resposta ao movimento de exportação que assumiu proporções consideráveis”.*

Na indústria nascente também utilizou-se mão de obra europeia , que chegou da Europa carregada de idéias anarquistas. Foram frequentes os protestos e greves neste período. No que se refere à situação de saúde, as epidemias continuavam a matar a população. Por isso, o governo da época foi obrigado a adotar algumas medidas para melhorar esta situação. Com a vinda de incontável número de pessoas, as condições sanitárias para a sua recepção e permanência no Brasil tornavam-se cada vez mais difíceis. Esse fato, aliado à falta de políticas sociais e de saúde pertinentes, acabou por resultar na eclosão de epidemias de febre amarela e peste bubônica, dentre outras. Assim, as primeiras ações de saúde pública que surgiram na Europa no século XIX , também passaram a ser implementadas no Brasil e voltavam – se para: proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias responsáveis pelo comércio e circulação dos produtos exportados; fiscalização do exercício da medicina; atendimento as camadas da população com maior poder aquisitivo; controle das doenças epidêmicas que pudessem afetar a principal atividade econômica da época (agro exportadora cafeeira); avanço das biotecnologias para adoção de práticas mais eficazes no controle de doenças (criação de vacinas).

Naturalmente, a falta de um modelo sanitário para o país, deixava as cidades brasileiras a mercê das epidemias. No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico, caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste, o que acabou gerando sérias consequências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade. É nesse contexto que se inicia a busca por conhecimentos e ações de saúde pública, com a criação em 1897 da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), o incentivo às pesquisas nas faculdades de medicina do Brasil e no exterior (Instituto Pasteur), a criação de institutos específicos de pesquisa, como o Instituto Soroterápico Federal, criado em 1900, renomeado Instituto Oswaldo Cruz (IOC) em 1901. (SCOREL ; TEIXEIRA, 2008).

No governo de Rodrigues Alves, em 1902, desencadearam-se ações que tiveram como vertente a chamada "Higienização", implantando – se um conjunto de reformas urbanas e de saneamento, com o intuito de dar fim ao ciclo de epidemias que surgiam anualmente. As ações de saneamento e urbanização da cidade do Rio de Janeiro foram seguidas de ações específicas na saúde, especialmente no combate a algumas doenças epidêmicas, como a febre amarela, a peste bubônica e a varíola. Através da figura de Oswaldo Cruz, a questão sanitária passou a ser tomada como uma questão política. Por meio de campanhas sanitárias, se propunha o combate dos focos de mosquitos e o isolamento dos doentes infectados, bem como o extermínio dos ratos e ampliação dos níveis de vacinação da população. Em virtude do surgimento de novo surto de varíola, em 1904, Oswaldo Cruz convenceu o presidente a decretar a Lei da vacinação obrigatória. A regulamentação prescrevia multas aos rebeldes e a exigência de atestado de vacinação para matrículas nas escolas, empregos públicos, casamentos e viagens. A falta de esclarecimentos e as arbitrariedades cometidas pelos "guardas – sanitários" causaram revolta na população. A população reagiu a obrigatoriedade da medida, diante da afirmação que a aplicação de "injeções em mulheres era imoral e a obrigatoriedade se confrontava com a liberdade individual". A lei suscitou uma profunda rejeição por parte da população às medidas, o que

serviu de estopim para o que se conhece como “revolta da vacina”. Apesar das arbitrariedades e dos abusos cometidos, o modelo campanhista obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas. Embora estes programas sanitários fossem teoricamente voltados para toda a população, na prática ficavam restritos às áreas urbanas e regiões produtivas (lógica produtivista e capitalista da época). O interior do País, onde as condições de saúde eram piores do que nos grandes centros, com problemas sanitários como a desnutrição, as verminoses e a malária ficaram de fora de quaisquer intervenções.

Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, se propôs a erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro. Foi criado um verdadeiro exército de 1.500 pessoas que passaram a exercer atividades de desinfecção no combate ao mosquito, vetor da febre-amarela. Este modelo de intervenção campanhista concebido dentro de uma visão militar em que “os fins justificam os meios”, no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação. Campanhas de saúde, brigadas sanitárias ; códigos municipais para internalizar costumes civilizados na população, a vacina e sobretudo, a repressão popular costumeira.

Segundo Madel T. Luz (1991), “nesse período, foram criados e implementados os serviços e programas de saúde pública em nível nacional (central). À frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz, ex-aluno e pesquisador do Instituto Pasteur, organizou e implementou, progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde no Brasil. Em paralelo, adotou o modelo das ‘campanhas sanitárias’, destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais. Este modelo, de inspiração americana mas importado de Cuba, tornou-se um dos pilares das políticas de saúde no Brasil e no continente americano em geral. Em termos de poder, o próprio nome sugere que o modelo campanhista é de inspiração bélica, concentra fortemente as decisões, em geral tecnocráticas, e adota um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos, individual e social”.

Ainda segundo Madel, na Primeira República, em torno a esse modelo se estruturou o discurso dominante na política de saúde, simultaneamente às políticas de urbanização e de habitação. Consolidou-se uma estrutura administrativa de saúde centralista, tecnoburocrática e corporativista, isto é, ligada a um corpo médico em geral proveniente da oligarquia de origem agrária que dominou a República Velha. Esses traços configuraram o perfil autoritário que ainda hoje caracteriza, em grande parte, o conjunto das instituições de saúde pública e dos sistemas de decisões em política de saúde no Brasil. Por outro lado, a eficácia social do combate às doenças coletivas decresceu, ao longo do tempo, comparativamente ao período da Primeira República, quando esse modelo atingiu seu auge em termos de autoridade.

Segundo Escorel e Teixeira (2008), com a "epidemia da gripe espanhola, em 1918, ficou mais do que constatada a precariedade dos serviços de saúde e a necessidade de os reformar. Paralelamente, o crescimento do operariado nas cidades e a identificação das atividades dos sindicatos que já absorviam as agitações sociais vividas na Europa, fomentaram o surgimento em 1918 da Liga Pró – Saneamento que lutou pela reforma dos serviços de saúde e pelo saneamento dos sertões. Num contexto de expansão do pensamento nacionalista – que impulsionava o surgimento de diversos movimentos pela valorização da nação –, a necessidade de remover as doenças, vistas como o principal entrave para que o País se inserisse no grande concerto das nações, passava a ser um potente apelo para a intelectualidade brasileira. Dentre outras iniciativas decorrentes deste movimento, foi criado o Serviço de Medicamentos Oficiais, que se traduziram na instalação de plantas industriais nos Institutos Oswaldo Cruz e Butantan para a fabricação de vermífugos e beneficiamento de sais de quinino, utilizados no combate à malária".

Por oposição das oligarquias que viam numa ação estatal centralizada uma ameaça ao poder local, instituído pela autonomia estadual, o maior objetivo do grupo não foi alcançado, a criação de um ministério da saúde de caráter exclusivamente técnico. "Entretanto, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), cujo primeiro diretor foi Carlos Chagas, com as funções de : legislar sobre a regulação da venda de produtos alimentícios (redução das infecções gastrointestinais - maior causa de mortalidade infantil no país), a normatização das construções rurais (controle da proliferação da doença de

Chagas), a regulamentação do trabalho das mulheres e crianças, a fiscalização dos produtos farmacêuticos, a inspeção de saúde dos imigrantes que chegavam aos portos, além da elaboração de estatísticas demográficas sanitárias em nível nacional e produção de soros, vacinas e medicamentos necessários ao combate das grandes epidemias que afetavam o país”.

Com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública que visava a extensão dos serviços de saneamento urbano e rural, além da higiene industrial e materno-infantil, a Saúde Pública passou a ser tomada como questão social. Datam dessa época os primeiros encontros dos sanitaristas que bradavam por soluções mais eficazes no que tocava às questões de saúde. Esse movimento sanitário difundiu a necessidade da “educação sanitária” como uma estratégia para a promoção da saúde e o conteúdo dos discursos era permeado por uma intensa fermentação de ordem liberal (BRAGA; PAULA, 1987). No campo da assistência médica individual, as classes dominantes continuaram a ser atendidas pelos profissionais legais da medicina, isto é, pelos ‘médicos de família’. O restante da população buscava atendimento filantrópico através de hospitais mantidos pela igreja e recorria à medicina caseira.

A acumulação capitalista advinda do comércio exterior tornou possível o início do processo de industrialização no país, que se deu principalmente no eixo Rio-São Paulo. Tal processo foi acompanhado de uma urbanização crescente, e da utilização de imigrantes, especialmente europeus (italianos, portugueses), como mão-de-obra nas indústrias, visto que os mesmos já possuíam grande experiência neste setor, que já era muito desenvolvido na Europa. Os operários na época não tinham quaisquer garantias trabalhistas, tais como : férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria.

Os imigrantes , especialmente os italianos (anarquistas), traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já tinham sido conquistados pelos trabalhadores europeus, e desta forma procuraram mobilizar e organizar a classe operária no Brasil na luta pela conquistas dos seus direitos. Em função das péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantias de direitos trabalhistas, o movimento operário organizou e realizou duas greves gerais no país ,uma em 1917 e outra em 1919. Através destes movimentos

os operários começaram a conquistar alguns direitos sociais.

Na ocasião, os trabalhadores mais articulados politicamente lutavam pela organização das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que se constituíram em embrião do Seguro Social, correspondendo ao primeiro período da história da Previdência brasileira. As CAPs foram regulamentadas em 24 de janeiro de 1923, pela Lei Elói Chaves aprovada pelo Congresso Nacional que concedia benefícios pecuniários, nas modalidades de aposentadorias e pensões, bem como na prestação de serviços do tipo de consultas médicas e fornecimento de medicamentos. Para tanto, segundo Hésio Cordeiro, (1981) foi criado um fundo constituído pelo recolhimento compulsório do empregado: 3% do salário; do empregador: 1% da renda bruta das empresas e da União: 1,5% das tarifas dos serviços prestados pelas empresas. Para que fosse aprovado no Congresso Nacional, dominado na sua maioria pela oligarquia rural foi imposta a condição de que este benefício não seria estendido aos trabalhadores rurais. Fato que na história da previdência do Brasil perdurou até a década de 60, quando foi criado o FUNRURAL. Outra particularidade refere-se ao fato de que as Caixas deveriam ser organizadas por empresas e não por categorias profissionais. A criação de uma CAP também não era automática, dependia do poder de mobilização e organização dos trabalhadores de determinada empresa para reivindicar a sua criação.

A primeira CAP criada foi a dos ferroviários, o que pode ser explicado pela importância que este setor desempenhava na economia do país naquela época e pela capacidade de mobilização que a categoria dos ferroviários possuía. Segundo POSSAS (1981) : *“tratando-se de um sistema por empresa, restrito ao âmbito das grandes empresas privadas e públicas, as CAP’s possuíam administração própria para os seus fundos, formada por um conselho composto de representantes dos empregados e empregadores.”* Além das aposentadorias e pensões , os fundos proviam os serviços funerários, médicos, conforme explicitado no artigo 9o da Lei Eloy Chaves. Importante ressaltar que desde o início, o sistema previdenciário não foi baseado no conceito do direito à previdência social, inerente à cidadania, mas considerado um direito contratual, baseado em contribuições ao longo do tempo (POSSAS, 1981).

2.2 A Era Vargas (1930 - 1945)

Subindo ao poder em outubro de 1930, Getúlio Vargas nele permaneceu como chefe de um governo provisório, presidente eleito pelo voto indireto, e ditador pelo espaço de quinze anos. Voltaria à Presidência pelo voto popular em 1950, não chegando a completar o mandato por suicidar – se em 1954. A figura de maior expressão da história brasileira do século XX provinha de uma família de estancieiros de São Borja, na região gaúcha da Campanha. (FAUSTO, Boris, 2002).

No início dos anos 30, o governo Provisório tratava de firmar – se em meio a muitas incertezas. A crise mundial trazia como consequência uma produção agrícola sem mercado, a ruína de fazendeiros, o desemprego nas grandes cidades. As dificuldades financeiras cresciam: caía a receita das exportações e a moeda conversível se evaporara. Com a crise do padrão exportador capitalista e o conseqüente aumento da dívida externa acirraram-se os confrontos entre os republicanos e os liberais. Esse fenômeno, aliado à crise mundial do café de 1929, afetou de forma contundente a economia brasileira, criando condições propícias para a Revolução de 1930. Nela, frações das oligarquias, o tenentismo e as classes médias urbanas, modificaram a estrutura de poder, diminuindo o poder oligárquico e aumentando o poder dos estratos sociais pertencentes à burguesia.

No plano político, as oligarquias dos Estados vitoriosos em 1930 procuravam reconstruir o estado nos velhos moldes. Os “tenentes” se opunham a esta perspectiva e apoiavam Getúlio em seu propósito de reforçar o poder central. A colaboração entre a igreja e o Estado não era nova, sendo que nesta época ela se tornara mais estreita. Marco simbólico desta colaboração foi a inauguração da estátua do Cristo Redentor no Corcovado, a 12 de outubro de 1931, diante de todo o ministério de Vargas.

Segundo Boris Fausto (2002), um dos aspectos mais coerentes do governo Vargas foi a política trabalhista. Entre 1930 e 1945 ela passou por varias fases, mas desde logo se apresentou como inovadora em relação ao período anterior. Teve por objetivos principais reprimir todos os esforços de organização da classe trabalhadora urbana, fora do controle do Estado e a atrair para

o apoio difuso ao governo. A repressão logo se abateu sobre partidos e organizações de esquerda, especialmente o PCB, logo após 1930, tornando – se mais sistemática do que a existente na Primeira República. Quanto ao segundo objetivo, estabeleceu uma política governamental específica. Isto se anunciou desde novembro de 1930, quando foi criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Seguiram –se leis de proteção ao trabalhador, de enquadramento dos sindicatos pelo Estado, criação de órgãos para arbitrar conflitos entre patrões e operários. O enquadramento dos sindicatos foi estabelecido por um decreto de março de 1931, onde os sindicatos foram definidos como órgão consultivo e de colaboração com o poder público, neste sentido, o governo se atribuiu um papel de controle na vida sindical.

No campo social, o êxodo rural, decorrente da bancarrota do café, impulsionou o processo de industrialização e urbanização. Desta maneira, os surtos epidêmicos, que já se faziam presentes, se intensificaram, devido a piora das condições de vida, decorrentes principalmente, do excesso populacional e da falta de infra-estrutura sanitária. No que toca aos programas de Saúde Pública, eles voltavam-se para a criação de condições sanitárias mínimas que favoreciam a infra-estrutura necessária para suportar o contingente migratório. No entanto, permaneciam via de regra, limitados pela opção política de gastos do Estado e pelo dispendioso modelo sanitaria adotado (campanhista).

Segundo Madel T. Luz, no período que se segue, compreendendo a conjuntura de ascensão e hegemonia do Estado populista, observamos a criação dos institutos de seguridade social (Institutos de Aposentadorias e Pensões, IAPs), organizados por categorias profissionais. Tais institutos foram criados por Getúlio Vargas ao longo dos anos 30, favorecendo as camadas de trabalhadores urbanos mais aguerridas em seus sindicatos e mais fundamentais para a economia agroexportadora até então dominante. Ferroviários, empregados do comércio, bancários, marítimos, estivadores e funcionários públicos foram algumas categorias assalariadas favorecidas pela criação de institutos. Todas constituíam pontes com o mundo urbano industrial em ascensão na economia e na sociedade brasileiras de então. Desde o início, a implantação dos programas e serviços de auxílios e de atenção médica foi impregnada de práticas clientelistas, típicas do regime populista que caracterizou a Era Vargas. Tais

práticas se ancoraram também nos sindicatos de trabalhadores, nos quais ajudaram a criar normas administrativas e políticas de pessoal adequadas a estratégias de cooptação das elites sindicais 'simpatizantes' e de exclusão das discordantes, alçando aquelas à direção das instituições e à gestão dos programas governamentais.

A grande aceleração do ritmo industrial com a expansão de investimentos que se seguiu, fez com que o Estado respondesse as reivindicações da classe trabalhadora, através do estabelecimento do salário mínimo, que se limitava aos gastos para a sobrevivência. Isso, ao lado da intensa inflação da época, acentuou a piora das condições de vida, fenômeno que se refletiu nas demandas por saúde e assistência médica. Os institutos de Assistência Previdenciária (IAPs) que, a princípio, não se dispunham a fornecer esse tipo de cobertura, começaram a diferenciar-se em suas estruturas, prestando serviços no âmbito da assistência médica. Dessa forma, na primeira metade deste século podemos observar: centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, do lado da saúde pública; clientelismo, populismo e paternalismo, do lado de instituições de previdência social, incluindo as de atenção médica. Estes traços, modelados durante cerca de cinquenta anos, ainda são característicos das instituições e políticas de saúde brasileiras e integram a própria ordem política que se constituiu nesse período. É o próprio rosto de nossa estrutura social que se desenha sobre essa dupla face, ao menos no que esse rosto tem de mais atroz e recorrente em termos de poder.

Os institutos de Assistência Previdenciária (IAPs) eram em sua estrutura administrativa, bastante dependentes do governo federal, diferentemente das CAPs. O conselho de administração, formado com a participação de representantes de empregados e empregadores, tinha uma função de assessoria e fiscalização e era dirigido por um presidente, indicado diretamente pelo Presidente da República. Havia representação dos trabalhadores num colegiado que não tinha poder deliberativo, mas apenas consultivo. Além disso, tais representantes eram escolhidos pelos sindicatos que se enquadravam nos critérios da legislação sindical getulista. Em sua concepção, a Previdência é claramente definida enquanto seguro, privilegiando os benefícios e reduzindo a prestação de serviços de saúde. Ocorre a incorporação de novas categorias não cobertas pelas CAPs. O Estado, mesmo

que formalmente, participa no financiamento, na administração dos institutos, e um esforço ativo no sentido de diminuir as despesas, com a consolidação de um modelo de Previdência mais preocupado com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços. Isto faz com que os superávits dos institutos constituam um respeitável patrimônio e um instrumento de acumulação na mão do Estado (Cunha e Cunha, 1998). Apesar das grandes pressões das corporações médicas, até 1964, os IAPs prestaram assistência médica previdenciária predominantemente através de sua própria rede de serviços. Havia uma notória fragmentação na política de saúde em dois setores: a saúde pública e a medicina previdenciária. Ambos com comandos e gestões distintos: a medicina previdenciária, implementada e gerida pelos IAPS, de forma corporativa e segmentada, é centralizada na abordagem curativa e medicamentosa, organizada numa estrutura fortemente burocratizada; a saúde pública, predominante até 1964, fortemente caracterizada por campanhas sanitárias pontuais e ações de combate às endemias que priorizavam as populações urbanas.

2.3 O período de redemocratização (1945 - 1964)

A crise econômica e política, agravada com o final da Segunda Grande Guerra e com a queda de Getúlio Vargas se seguiu um momento de liberalização do regime político. Esse período se caracterizou pelo aumento dos salários, pela reativação da legislação trabalhista, pela reforma partidária e as negociações para a instalação de novo pacto social. Externamente começava a Guerra Fria polarizada nos EUA e União Soviética e sem opções intermediárias. Internamente houve a deposição de Vargas e consequente liberalização política, o que favoreceu, num primeiro momento, a ocorrência de inúmeras greves e, posteriormente, a intervenção em sindicatos, a decretação de ilegalidade do PCB e a cassação de seus parlamentares. No que toca à política externa, nesse momento, se consolidava uma forte aliança com os Estados Unidos da América. Também houve a instituição de uma nova Constituição. Em relação à saúde pública prevaleceu o sanitarismo campanhista, centralizador e autoritário. Entretanto, a redução de novos casos de malária e de outras doenças transmitidas por insetos parece ter mais relação com a disponibilidade de inseticidas de ação residual e de antibióticos,

além do desenvolvimento do país, do que ser consequência das campanhas sanitárias. O modelo de capitalização e 'seguro social' adotado na previdência social no período anterior foi sendo substituído pela noção de 'seguridade social', a qual "parte da ideologia de um Estado que teria obrigações naturais e inalienáveis para com qualquer cidadão". Novas clientela foram agregadas à assistência médica previdenciária: inativos, pensionistas, gestantes e preventiva ao trabalhador. Segundo Escorel e Teixeira,(2008) "no segundo governo de Vargas (1951-1954) a política econômica nacionalista imperou: foram criadas ou expandidas companhias nacionais de exploração mineral (inclusive a Petrobrás), hidroelétricas, química, etc. No campo da saúde pública, emerge o 'sanitarismo desenvolvimentista', o qual considera que o nível de saúde de uma população depende primeiramente do grau de desenvolvimento econômico de um país. Essa corrente passa a disputar espaços com a corrente então hegemônica do sanitário tradicional. O grande marco do período foi a criação do Ministério da Saúde independente da área da educação, em 1953, embora a ele só tenha sido destinado um terço dos recursos alocados no antigo Ministério da Educação e Saúde.

Até 1964, o Ministério da Saúde se caracterizou pela transitoriedade de seus titulares, evidenciando ser objeto de intensa e frequente barganha política. Na previdência social, houve ampliação dos gastos com assistência médica, ampliando o escopo das doenças e situações de vida a serem contempladas. O governo de Juscelino Kubitschek (1956-1960) ficou marcado pelo desenvolvimento e pelo desenvolvimentismo, responsável pelas grandes transformações econômicas apoiadas pelo capital estrangeiro. As políticas sociais eram vistas como paliativas. Durante esse período foi feita uma tentativa de coordenar os vários órgãos envolvidos no combate, controle ou erradicação de doenças específicas, com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu). Embora a tentativa de unificar e coordenar as atividades das campanhas verticais não tenha tido muito sucesso, algumas conquistas foram realizadas: erradicação do transmissor da febre amarela e da varíola e as não tão bem sucedidas tentativas de erradicação da malária e lepra. Enquanto o DNERu estava voltado para determinadas doenças nas áreas rurais, o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) expandia seus serviços de assistência à saúde, sem que houvesse qualquer tipo de trabalho, cooperação ou intercâmbio entre eles" .

Para Madel Terezinha Luz (1991), esse período ficou conhecido pela tentativa de implantar-se um projeto nacional de desenvolvimento econômico 'moderno', integrado à ordem capitalista industrial, e pela crise do regime populista e nacionalista dos anos 60. As políticas de saúde da época exprimiam essa dupla realidade, através de uma dicotomia institucional progressivamente acentuada. O modelo campanhista, que chegara a um estágio burocrático rotineiro, ainda predominava largamente nos órgãos de saúde pública do então Ministério da Educação e Saúde. Opunha-se ao modelo curativista dominante nos serviços previdenciários de atenção médica, também burocratizados e ineficazes face aos crescentes problemas de saúde das populações urbana e rural. Uma tecnoburocracia médica formada no exterior em administração de serviços de saúde instalou-se na gestão dos Institutos de Previdência, por oposição à tecnocracia sanitária, também médica, de tendência nacionalista e desenvolvimentista, predominante nos órgãos de saúde pública. Justaposição, repetição, incompetência e ineficiência, reinantes nos programas e serviços de saúde, foram combatidas com mais programas, serviços e campanhas, que finalmente redundaram no aumento e na reprodução da dicotomia saúde pública versus atenção médica individual. *"Se as condições de vida da maior parte da população não pioraram, a consciência da dureza dessas condições foi se tornando cada vez mais clara no período. Mas, em presença da impossibilidade de soluções reais por parte das instituições, essa consciência originou um impasse nas políticas de saúde. Ele foi percebido, aliás, como um impasse estrutural, envolvendo o conjunto das políticas sociais e a própria ordem institucional e política. Uma saída histórica para esse impasse foi proposta pelo grande movimento social do início dos anos 60 no país, liderado e conduzido pelas elites progressistas que reivindicavam 'reformas de base' imediatas, entre as quais uma reforma sanitária consistente e consequente. Mas a reação política das forças sociais conservadoras levou ao golpe militar de 1964."* (Luz, 1991).

2.4 De 1964 até a o fim da Ditadura Militar

Após sete meses de governo, Jânio renunciou e assumiu o vice-presidente João Belchior Marques Goulart - Jango, que sofreu grandes pressões para não tomar posse, uma vez que suas ligações com os esquerdistas semeavam a desconfiança dos

setores conservadores. No que se refere ao setor saúde, a 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, as vésperas do golpe civil militar só teve os seus anais publicados 29 anos após a sua realização. O Dr. Wilson Fadul, Ministro de Saúde do Governo João Goulart, em sua apresentação dos Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde, publicados tardiamente, afirma:

..“A 3ª Conferência revestiu –se de especial significado na medida em que propôs reforma profunda na estrutura sanitária do país e, pela primeira vez fixou com clareza uma Política Nacional de Saúde capaz de atender às necessidades do nosso povo a custos suportáveis pela Nação. Sob este aspecto, ela se constituiu num marco importante da história do pensamento dos sanitaristas brasileiros. No processo de elaboração desse pensamento, sobretudo a partir de 1940, foi tomando corpo a idéia de que a saúde é inseparável do processo nacional de desenvolvimento, apresentando – se os indicadores dos níveis de saúde estreitamente relacionados ao grau de desenvolvimento econômico, social, político e cultural da comunidade. A partir daí foi possível repensar criticamente a Organização Sanitária Brasileira com a conseqüente correção de dois vícios que lhe reduziam o alcance e a eficiência: a insuportável centralização que deixava desprotegido um grande contingente da população e a atitude de passividade com que eram aceitas muitas medidas estranhas à nossa realidade. Adotou, então, a 3ª Conferência Nacional de Saúde a tese da Municipalização com o objetivo de descentralizar a execução das ações básicas de saúde, de modo a criar uma estrutura sanitária verdadeiramente nacional e flexível o bastante para adequar – se à realidade econômica, política e social da comunidade, nem país de tão grandes diferenças regionais. Como complemento indispensável a esta decisão resolveu a Conferência recomendar, no exame do item B, a articulação das atividades sanitárias nos vários níveis das administrações federal, estaduais e municipais, dando o primeiro passo para a implantação de um sistema nacional de saúde unificado. Uma vez institucionalizada, esta política pressupunha o fortalecimento da rede pública. Nas duas últimas décadas, porém, mesmo sem abandonar o discurso municipalista, o Estado passou a promover a privatização da Saúde de maneira cada vez mais aberta, com recursos públicos formados principalmente pela contribuição compulsória dos previdenciários, com a inevitável deterioração da qualidade dos serviços prestados pelos órgãos governamentais.

A 8ª Conferência, mesmo sem o conhecimento preciso destes documentos, foi capaz de sugerir aos constituintes de 88 a institucionalização de um sistema unificado e descentralizado de saúde – SUDS – ainda que não tivesse podido identificar o conjunto de interesses que forçosamente haveriam de se opor à sua implantação. Agora que a 9ª Conferência, passados 29 anos, se propõe a recuperar a proposta municipalista e manifesta a preocupação com os problemas de saúde, recolocando o debate nos termos próprios à sua correta solução, torna – se imprescindível que a reforma sanitária projetada alcance seus objetivos sem se deter nos obstáculos em que se transformaram os interesses comerciais cristalizados ao longo de toda uma geração. Por último, no instante em que essas teses se vestem de indisfarçável atualidade, tem esta publicação o significado de uma homenagem aos sanitaristas – muitos dos quais desaparecidos – que se dedicaram à tarefa de dotar o Brasil de uma Organização Sanitária à altura de suas necessidades. Com estas palavras cumpro o grato dever de reivindicar para eles o respeito e a gratidão de todos os brasileiros”.

Wilson

Fadul, 1992.

João Goulart promoveu importantes reformas de base administrativa, aprofundou a proposta de uma reforma agrária radical, estatização do abastecimento, nacionalização dos monopólios estrangeiros, bem como controle direto sobre o sistema de livre iniciativa e propriedade privada capitalista. No início de 64, Jango começou a realizar por decreto importantes reformas de base. O primeiro deles era sobretudo simbólico e consistia na desapropriação de refinarias de petróleo que ainda não estavam nas mãos da Petrobrás. O segundo – declarava sujeitas a desapropriação propriedades subutilizadas, especificando a localização e a dimensão das que estariam sujeitas à medida. (FAUSTO, Boris 2002).

Segundo Boris Fausto, era o fim da experiência democrática do período 1945 – 1964. Pela primeira vez os militares assumiam o poder com a perspectiva de aí permanecer, instaurando um regime autoritário. O Estado brasileiro, nesse momento, fez uso sistemático de grande repressão junto aos grupos de resistência ao regime ditatorial e, mais uma vez, a política social e sua racionalidade foram instrumentos de passivização e controle das

massas populares. O binômio repressão-assistência novamente é retomado, com um aumento exponencial do aparato estatal, cada vez mais racionalizado e burocratizado. Nesse período, a racionalidade instrumental ganha ainda mais centralidade no interior do espaço público, ampliando sua subordinação aos interesses privados. O golpe militar, em 1964, e a nova forma de organização do Estado trouxe mudanças para o sistema sanitário brasileiro, dentre elas a ênfase na assistência médica, o crescimento progressivo do setor privado e a abrangência de parcelas sociais no sistema previdenciário.

A primeira medida do Ministério do Trabalho em 1964, foi a intervenção nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, suspendendo a participação dos representantes dos empregados e empregadores no desenvolvimento dos programas de saúde. As consequências dessa medida se fizeram sentir, em 1967, com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), o qual unificou todos os Institutos, concentrando recursos financeiros e ampliando a compra de serviços da rede privada.

No início da década de 1970, com constituição do INPS após a unificação de todos os IAPs, a política proposta levou a inclusão de novas categorias profissionais ao sistema, trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos, e, a cada nova categoria incluída, aumentava ainda mais a procura por serviços e os gastos no setor saúde, o Estado respondeu a demanda com a contratação dos serviços privados, permitindo a formação do que ficou conhecido como complexo médico-empresarial (CORDEIRO, H 1984). O aparato hospitalar privado tornou-se central no atendimento dos segurados, respondendo às necessidades das grandes multinacionais da área de equipamentos médicos e de medicamentos, além da própria rede privada de serviços. O setor saúde cresce em relevância dado o seu lugar privilegiado para a reprodução dos trabalhadores e, dialeticamente, para a necessidade de ampliação do mercado privado para o grande capital nacional e internacional. Durante o período do 'milagre' se estabeleceu no Brasil uma política de saúde diferente dos dois modelos anteriores. Realizando uma saúde nova e perversa, ela reorganizou os traços institucionais do sanitarismo campanhista, oriundo da Primeira República, e os do modelo curativo da atenção médica previdenciária do período populista.

Segundo Madel Luz, (1991) *“a centralização e a concentração do poder institucional deram a tônica dessa síntese, que aliou campanhismo e curativismo numa estratégia de medicalização social sem precedentes na história do país. Um elemento favoreceu essa síntese criada pelo autoritarismo típico da fase do ‘milagre’. É que, no nível político, essa conjuntura foi de fato a mais dura vivida pela nação em tempos de República. Ela foi marcada pelos atos institucionais e por outros decretos presidenciais que modificaram a Constituição no tocante aos direitos de cidadania, informação e comunicação social, bem como ao controle do exercício dos poderes Legislativo e Judiciário. Essa conjuntura se caracterizou também por uma vontade política arbitrária, concentrada num Poder Executivo avesso a medidas ou políticas sociais que favorecessem a participação da sociedade civil. Nesse contexto se produziu a política de saúde do ‘milagre’, coerente com a política econômica de então, que preconizava um crescimento acelerado com uma elevada taxa de produtividade, conjugada a baixos salários para grande parte da massa trabalhadora. Esta política desfavoreceu a maioria das categorias, mas favoreceu os trabalhadores especializados, os técnicos e os quadros superiores empregados nos setores de ponta da economia”*.

Esses grupos foram beneficiados por altos salário e incentivos, o que possibilitou o aumento do consumo desse setores privilegiados, assim como a difusão da ideologia do consumo no conjunto da sociedade. A saúde passou então a ser vista como um bem de consumo. Especificamente, um bem de consumo médico.

No período de 1968 a 1975, generalizou-se a demanda social por consultas médicas como resposta às graves condições de saúde; o elogio da medicina como sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva; a construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social; a multiplicação de faculdades particulares de medicina por todo o país; a organização e a complementação da política de convênios entre o INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos - já parcos - tradicionalmente destinados aos serviços públicos. Tais foram as orientações principais da política sanitária da conjuntura do ‘milagre brasileiro’.(LUZ, 1991).

Segundo Oliveira e Teixeira (1986), foi implantado no país, nessa conjuntura, o modelo de privilegiamento do produtor privado com as seguintes características: *“Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 73, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos; Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos; Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços; Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica”*.

Neste sentido, a política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado.

O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde. O período atestou maior articulação no âmbito do MS, que ampliou o repasse de verbas para os estados e passou a desenvolver projetos verticais direcionados ao controle de algumas doenças, como a hanseníase, a tuberculose e o câncer (Braga, Paula, 1986). Em 1975, o regime instituiu, por meio da lei n. 6.229, o Sistema Nacional de Saúde. A literatura que analisa esse período identifica na proposição desse sistema de saúde uma iniciativa que terminaria por consolidar, no MS e no Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), a separação dos

campos de atuação da saúde pública e da assistência médica previdenciária. Segundo o texto da lei, caberia à pasta da Saúde ações de coordenação da vigilância epidemiológica em todo o território nacional, fiscalização e controle sanitários e outras medidas e ações de corte coletivo. Sobre o MPAS, por sua vez, recairiam responsabilidades de coordenação dos serviços assistenciais, entre outras ações mais voltadas para a atenção da saúde individual. (Escorel, 1999; Escorel S, Nascimento, Edler, 2005).

No final da década de 1970, começa a tomar corpo a resistência à ditadura e ao seu modelo de privatização dos serviços de saúde da previdência social, neste processo surge um rico tecido social, a partir da aglutinação do movimento sindical e dos movimentos reivindicatórios urbanos, da construção de uma frente partidária de oposição e da organização de movimentos setoriais com capacidade de formular políticas e projetos de reorganização institucional, como o movimento da reforma sanitária brasileira. Como uma das expressões dessa resistência, o movimento de reforma sanitária surge da confluência de diversos segmentos dos trabalhadores da saúde junto com os movimentos sociais, associando produção teórica à organização e ação política.

3. Da saúde pública a saúde coletiva

A Saúde Coletiva enquanto conceito teórico desenvolvido nas décadas de setenta e oitenta, emerge como expressão do pensamento sanitário crítico latino americano, ancorado em dois conceitos fundamentais, o da determinação social das doenças e o do processo de trabalho em saúde. Parte da compreensão de que saúde e a doença nas coletividades não podem ter como explicação unicamente as suas dimensões biológica e ecológica, tendo em vista que em larga medida, tais fenômenos são determinados social e historicamente, enquanto componentes dos processos de reprodução social, o que permite alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade.

Segundo Paim (2014), *“a saúde pública diz respeito ao diagnóstico e tratamento de doenças, e a tentativa de assegurar que o indivíduo tenha, dentro da comunidade, um padrão de vida que lhe assegure a manutenção da saúde. Já o conceito*

de saúde coletiva surgiu para designar os novos conteúdos e projeções da disciplina que resultou do movimento sanitarista latino-americano e da corrente da reforma sanitária no Brasil". E acrescenta: *"existem diferenças conceituais, que refletem movimentos históricos e processos de luta, onde é possível definir para os dois campos valores, projetos e compromissos distintos"*. Este paradigma orientou muitas das proposições do movimento de democratização da saúde, não apenas no que se refere à saúde do trabalhador e as políticas de saúde, mas fundamentalmente em uma totalidade de mudanças que passava pelo setor saúde e envolvia alterações mais profundas em outros setores, no Estado, na sociedade e nas instituições (Paim, 1992).

Segundo Anamaria Tambellini (2003), no campo acadêmico, o movimento preventivista desembocou em um processo de criação e reconstrução conceitual, científica e técnica que impôs a invenção de uma "Saúde Coletiva". Esta se constitui hoje, no país, em uma nova maneira de pensar e agir sobre os processos vitais, psíquicos, sociais e ecológicos que caracterizam as dualidades saúde / doença, vida / morte, bem estar / sofrimento e reflete a forma particular com que enfrentamos localmente a chamada "crise da Saúde Pública", internacionalmente discutida.

De acordo com a concepção desenvolvida por Anamaria Testa Tambellini : *" A Saúde Coletiva define -se, no âmbito do conhecimento, como um campo de práticas científicas, teóricas e empíricas, multi e transdisciplinares, e no plano da ação / intervenção, como um campo de práticas multifacetárias (sociais / políticas / econômicas / biotécnicas / educacionais), onde o cuidado é considerado um núcleo estrutural consistente, sendo tais práticas orientadas pela necessidade coletiva sobre os condicionantes e o próprio processo saúde / doença. Ambos os campos são situados pela responsabilidade ética, social e política, que têm como sentido / valor a saúde, como bem comum. Vale dizer, a responsabilidade ética é decorrência e se estabelece pelo nível de consciência social e sanitária de seus praticantes, como coletivo de profissionais organizados"*. Essa mudança que marca a disposição de uma vontade política que quer algo mais, melhor para todos: a saúde e não a doença, a construção das condições que contribuam para este alcance em todas as dimensões, em vez de simples prevenção de riscos fatoriais e da modificação de atributos pessoais que possam facilitar o aparecimento e desenvolvimento de doenças e lesões. (Tambellini A, 2003).

Segundo Escorel (1988), o movimento sanitário se articulou em torno a três tipos de práticas: *“a prática teórica (a construção do saber), a prática ideológica (a transformação da consciência) e a prática política (a transformação das relações sociais)”*.

Nessa perspectiva, o conceito ampliado de saúde e dos seus determinantes assumido pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e posteriormente incorporado pela Constituição da República e pela legislação infra – constitucional fundamenta-se em parte da produção teórico – crítica da Saúde Coletiva no Brasil. Do mesmo modo, os princípios e diretrizes relativos ao direito à saúde, à cidadania, à universalização, à equidade, a democracia e a descentralização conferem uma atualidade dessa produção, sobretudo pela contribuição das ciências sociais ao campo da Saúde Coletiva. Já as propostas de sistema único de saúde, de rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, de atendimento integral, de participação da comunidade, e de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, presentes naquele arcabouço jurídico, tiveram como matriz conceitual o paradigma originário do movimento preventivista e da saúde comunitária (Paim, 1997).

De acordo com Jaime Breilh (2006), *“a saúde coletiva latino americana das ultimas décadas forjou – se como um campo de importante produção científica e de implementação de propostas inovadoras para a pratica da saúde.(....), configura seus objetos/conceitos/ações sob a égide de uma lógica social que se preocupa com a implementação de sistemas solidários de proteção e promoção da saúde das coletividades e da vida humana”* (...).

4. O Movimento da Reforma sanitária Brasileira

Foi na trajetória de luta contra a ditadura militar , durante o período mais repressivo do autoritarismo no Brasil – final dos anos 60 e início dos 70 – que se transformou a abordagem dos problemas de saúde e se constituiu a base teórica e ideológica de um pensamento médico social, e neste contexto a trajetória do movimento da reforma sanitária brasileira, e a construção do projeto de universalização do acesso a saúde. O movimento formado por profissionais de saúde, estudantes, professores, setores populares e que foi agregando ao longo do tempo a

adesão de diversos segmentos da classe trabalhadora, teve seu apogeu, em 1976, com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); em 1986, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, construindo a proposta de um Sistema Único de Saúde, mas não se restringindo a ela; e, em 1988, com a promulgação da Constituição que instituiu o SUS e com ele o direito universal à saúde. *“A partir dessa Conferência, a sociedade brasileira passou a dispor de um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltadas para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado. E é justamente esse processo de democratização que naquela época cunhou o nome de Reforma Sanitária”* (PAIM, 2008).

Ainda de acordo com Paim, apesar do SUS ser elemento fundamental do projeto de Reforma Sanitária, esta não se restringia a ele, pois postulava uma reforma ampliada do Estado brasileiro. No entanto, ao longo de sua implementação, a reforma ficou circunscrita ao SUS, caracterizando-se na sua materialização como reforma parcial ou setorial da saúde e complementaríamos, uma reforma parcial, setorial, fragmentada, precarizada e restrita.

Na Constituição Federal de 1988, a saúde foi reconhecida como direito de cidadania e inserida em uma concepção ampla de Seguridade Social, a ser garantida mediante políticas econômicas e sociais abrangentes e pela instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). O Sistema Único de Saúde (SUS) dela derivado corresponde a uma reforma setorial cuja origem não se encontra no Estado nem em governos, mas sim no interior da sociedade civil, a partir de movimentos sociais que combateram o autoritarismo desde os anos 1970, defendendo a democratização da saúde. Assim, uma das bandeiras de luta era: *“saúde é democracia, democracia é saúde”* (AROUCA, 1987; ESCOREL, 1988).

A Reforma Sanitária aparece como resposta à crise da saúde durante a ditadura brasileira e como referente cultural resultante da leitura de experiências de outros países, a exemplo da Itália (BERLINGUER, TEIXEIRA & CAMPOS, 1988). Outros três elementos poderiam ser considerados, compondo um ciclo para a análise da Reforma Sanitária Brasileira: proposta, projeto e processo. Com efeito, um movimento de ideias (movimento

ideológico), transformando-se em movimento social poderia sustentar uma proposta, um projeto e um processo (PAIM, 2008) que, ao incidir sobre as relações de poder, transformar-se-ia num movimento político. Este tem sido o percurso da Reforma Sanitária Brasileira.

Segundo Escorel, (1998), a saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil. As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

O fato marcante e fundamental para a discussão da questão Saúde no Brasil, ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal. O temário central versou sobre:

- I. A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania;
- II. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde,

III. Financiamento setorial.

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes.

A Assembléia Nacional Constituinte foi a arena em que se confrontaram no campo da saúde dois projetos que traziam, necessariamente, duas visões distintas de mundo e portanto duas concepções de se compreender a saúde, onde os interesses de uma saúde de mercado se conflitavam com a defesa da saúde como um direito de cidadania, isto obviamente se traduziu em dois blocos: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congrega cerca de duas centenas de entidades representativas do setor. A eficácia da Plenária das Entidades, para atingir seus objetivos, foi resultado do uso adequado de três instrumentos de luta: a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade. A proposta de emenda popular apresentada por Sérgio Arouca, indicado pela plenária de Saúde para defendê-la no Plenário da Constituinte, foi assinada por mais de cinquenta (50) mil eleitores, representando 167 entidades.

O texto constitucional, com relação à Saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, mesmo em confronto com os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica. Para Teixeira (1989), os principais aspectos aprovados na nova Constituição foram: O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; as ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

A análise da política de saúde na década de 1980 tem como aspectos centrais, segundo Teixeira (1989): *“a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais. A politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias. A 8ª Conferência foi o acontecimento mais importante nesta direção”*.

A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois, em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na

reformulação administrativa no setor. Estas medidas tiveram, no entanto, pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária a sua operacionalização, que não ocorreu. Além dos limites estruturais que envolvem um processo de tal ordem, as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaços na coalizão governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. O retrocesso político do governo da transição democrática repercute na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político.

Em que pese, a Constituição Federal de 88 ser considerada uma das cartas mais progressistas do mundo, porque compreende um conjunto generoso de direitos civis, políticos e sociais. Na história brasileira, constituiu-se como um marco político-institucional importante, tendo sido elaborada num contexto de transformações do Estado e da sociedade, num momento em que vigorava a esperança de construção de um novo desenvolvimentismo, designado como "popular" ou "democratizado", no qual se buscava aliar esforços de crescimento econômico, fortalecimento dos valores democráticos e avanços sociais.

Na verdade, o movimento da reforma sanitária consegue imprimir na política de saúde brasileira e em seu marco legal, ao final da década de 1980, uma nova racionalidade, pautada na emancipação política. No entanto, a burocratização da reforma sanitária, segundo Fleury (1989), afasta a população da cena política, despolitizando o processo. A concretização da reforma tem dois elementos em tensão: o reformador - imprescindível para transformar instituições e processos, e o transformador - que é a questão sanitária, só superada com a mudança efetiva nas práticas e na qualidade de saúde da população.

Segundo Paim (2008), *"a reforma Sanitária, na sua dimensão cultural precisa exigir uma reforma intelectual e moral conduzida por novos intelectuais coletivos, ou intelectuais orgânicos, na concepção Gramsciana, às transformações necessárias. Intimamente ligada à democratização da vida social, a vida concreta dos homens ou na relação concreta entre a prática técnica e a prática política em uma dada sociedade"*.

Isto posto, ficava para as forças vivas da sociedade brasileira a seguinte questão : Como dar materialidade a um sistema

de saúde universal, integral, igualitário, público e de qualidade a partir de um Estado que carrega em si, características notadamente autocráticas, com compromissos com os interesses privados da burguesia nacional e internacional, numa situação de profunda subordinação aos países de capitalismo central – mediada pela forte influência do FMI e do Banco Mundial – que vinha criando sucessivas aproximações com a proposta neoliberal?

5. Organização do sistema de saúde no Brasil

Breve descrição dos componentes estruturais, ligados ao desenvolvimento do marco jurídico e evolução institucional do Sistema Único de Saúde. (CF88, Lei 8080/90, Lei 8142/90, Normas Operacionais da Saúde, Pacto pela Saúde, até o decreto Nº 7.508). Uma visão mais ampliada pode ser buscada no texto de Beatriz Figueiredo Dobashi A REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL[Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2015 ANEXO [consultado 26/08/2015]. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500568/n02.04_ANEXO_Mudan_as_e_reformas.pdf

A constituinte de 1988 no capítulo VIII da Ordem social e na secção II referente à Saúde define no artigo 196 que : “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. O SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo - “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 prejuízos dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade

Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado ,

com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseado na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Esta visão refletia o momento político porque passava a sociedade brasileira, recém saída de uma ditadura militar onde a cidadania nunca foi um princípio de governo. Embalada pelo movimento da diretas já , a sociedade procurava garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania. Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988 , ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080/90. Esta lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento.

Algumas destas concepções serão expostas a seguir. Primeiramente a saúde passa a ser definida de um forma mais abrangente - *“A saúde tem como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”*. O SUS é concebido 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. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar.

a) Princípios doutrinários do SUS:

Universalidade - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;

Equidade - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie .A rede de serviços deve

estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;

Integralidade - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender à todas as suas necessidades.

b) Destes derivam alguns princípios organizativos :

Hierarquização - Entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra-referência;

Participação popular - ou seja a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde no chamados Conselhos Municipais de Saúde;

Descentralização política administrativa - consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS;

c) Os objetivos e as atribuições do SUS foram assim definidas:

- identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

- formular as políticas de saúde;

- fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

- executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica

- executar ações visando a saúde do trabalhador;

- participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

· participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde;

· realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar;

· participar das ações direcionadas ao meio ambiente;

· formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

· controle e fiscalização de serviços , produtos e substâncias de interesse para a saúde;

· fiscalização e a inspeção de alimentos , água e bebidas para consumo humano;

· participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

· incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde;

· formulação e execução da política de sangue e de seus derivados.

Pela abrangência dos objetivos propostos e pela existência de desequilíbrios sócio econômicos regionais, a implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os estados e municípios brasileiros, pois para que isto ocorra é necessário uma adequada disponibilidade de recursos financeiros , de pessoal qualificado e de um efetiva política a nível federal, estadual e municipal para viabilizar o sistema.

A Lei 8.080 estabeleceu que os recursos destinados ao SUS seriam provenientes do Orçamento da Seguridade Social . A mesma lei em outro artigo estabelece a forma de repasse de recursos financeiros a serem transferidos para estados e municípios, e que deveriam ser baseados nos seguintes critérios : perfil demográfico ; perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico; ressarcimento de serviços prestados. Este artigo foi substancialmente modificado com a edição das NOBs

que regulamentaram a aplicação desta lei. NOB é a abreviatura de Norma Operacional Básica, que trata da edição de normas operacionais para o funcionamento e operacionalização do SUS de competência do Ministério da Saúde, tendo sido editadas até hoje : a NOB-SUS 01/91; NOB-SUS 01/93; NOB-SUS 01/96; NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE / SUS - NOAS-SUS 01/02; PACTO PELA SAÚDE 2006 e mais recentemente o DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011 que Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação inter – federativa.

6. Inflexão neoliberal e os desafios de construção do Sistema Universal de Saúde

No Brasil o neoliberalismo foi introduzido associado ao discurso da necessidade de modernização do país, no governo Collor de Mello, e se aprofundou nas décadas de 1990 e 2000 (RIZZOTTO, 2005). No primeiro caso, com ênfase nas reformas econômicas, na privatização das empresas estatais e nas políticas sociais focalizadas; no segundo, aprofundando esses aspectos e modificando substancialmente a estrutura do Estado por meio de ampla reforma, consubstanciada em documento denominado Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado. No referido documento foram definidas as diretrizes da reforma e a nova configuração que o Estado brasileiro deveria assumir. O ajuste estrutural do Estado realiza-se num processo de reforma que é regressivo em relação aos direitos sociais já conquistados – inclusive o direito à saúde - e está fundamentado na racionalidade dominante do capitalismo contemporâneo. No campo da saúde a assimilação dos pressupostos neoliberais, a partir do momento em que também se iniciava o processo de implementação do Sistema Único de Saúde – SUS - resultou num quadro que pode ser caracterizado da seguinte forma: ampliação do acesso aos serviços de atenção básica; mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário (cerca de 70% da oferta estão na iniciativa privada); grande precarização dos vínculos de trabalho no setor público; terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos; conformação de um sistema de saúde complementar, regulamentado; e institucionalização da participação, por meio dos conselhos e conferências de saúde nas três esferas de governo.

Neste sentido, a política de saúde, integrante do sistema de seguridade social vem sofrendo as inflexões do processo de reforma do Estado desde os anos de 1990. Com as eleições em 1989, no contexto de uma profunda crise econômica, tomou posse o presidente Fernando Collor de Melo. Esse governo se restringiu, no campo da saúde, à adoção explícita da política neoliberal, cujos elementos básicos que a norteiam são: a desvalorização da moeda, a liberalização do comércio exterior, a redistribuição da riqueza e receita governamental, a redução do déficit público, a redução do emprego público, a privatização, o controle salarial, a eliminação do controle de preços, o cumprimento de parcelas de pagamento da dívida externa e a priorização das exportações, com a queda de qualidade do sistema público. O resultado desse processo começou a se expressar através da oferta de serviços altamente discriminatória, seletiva para os diferentes cidadãos, segundo a sua inserção social e fixada na atenção médica. Entretanto, mesmo face a esse cenário, a sociedade civil não foi capaz de reagir.

Segundo NORONHA: LEVCOVITZ (1994), a derrota do Partido dos Trabalhadores, que representava a articulação das forças progressistas, impeliu ao arrefecimento da cena política nacional "de todos os setores comprometidos com o SUS". Em contraparte, segundo Telma Menicucci (2007), *"o movimento sanitário mentor principal das mudanças propostas pela reforma sanitária, não se constituiu como um grupo de interesse, mas como um conjunto de pessoas e instituições que em um momento singular de refundação democrática partilharam um conjunto de valores éticos e de propostas políticas com o objetivo de democratização do sistema de saúde. No entanto, a identidade forjada na conjuntura autoritária mostrou sua fragilidade no momento de implantação da reforma, quando as alianças mais amplas não lograram se sustentar. Após a redemocratização, as diferentes clivagens se explicitaram, e não se conseguiu mais uma homogeneidade de propostas, tanto pelas fraturas ideológicas internas do movimento sanitário e do movimento popular quanto pela retomada das questões meramente corporativas de atores que se haviam incorporado ao movimento"*.

Subimos a montanha, fincamos a bandeira e apesar de tanto envolvimento, de tanta luta, ela não mais está lá.

A implantação do projeto da reforma sanitária exigia o enfrentamento de distorções estruturais do sistema de saúde,

tinha como desafio a superação do grave quadro de desigualdades em saúde no país. Isso seria viável no bojo de um projeto amplo de transformação do modelo de desenvolvimento e da sociedade brasileira, que aliasse crescimento econômico fortalecimento dos valores democráticos e avanços sociais. Parte das conquistas constitucionais foi bloqueada pelas consequências da inflexão conservadora do final dos anos 1980. Portanto, o modelo político e de proteção social desenhado encontrou um contexto de implantação adverso à consolidação dos preceitos constitucionais nos anos noventa. As limitações se traduziram em violações ao direito e na manutenção de graves desigualdades em saúde, suscitando questionamentos em relação à possibilidade de concretização de um sistema de saúde orientado pelas diretrizes de universalidade e integralidade no Brasil.

Como pode se verificar, estava em cena um evidente processo para o impedimento do avanço da implementação do SUS. Como fruto disso, o governo sistematicamente adiou a convocação da 9ª Conferência Nacional da Saúde, bem como a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080), a qual teve sua aprovação após amplo processo de mobilização (BRASIL, 1991). Mesmo assim, ela sofreu importantes alterações decorrentes de vetos do Presidente que foram negociados e parcialmente recuperados na Lei no. 8142. Dos 9 vetos de Collor à Lei 8080, os mais importantes foram: o que instituía as conferências e os conselhos de saúde como instâncias colegiadas e representativas para formular e propor estratégias, além de exercer controle sobre a execução das políticas de saúde; a não extinção dos escritórios regionais do INAMPS; a transferência da verba direta para os Estados e Municípios; a obrigatoriedade de planos de carreiras, de cargos e salários para o SUS em cada esfera de governo e a fixação de pisos nacionais de salário. Como fruto de pressões intensas a Lei 8142 recuperou a transferência automática de recursos e a questão da participação e controle sociais, mas não tocou na questão da carreira, mantendo o SUS com uma série de vínculos empregatícios diferenciados nos serviços de saúde.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde foi viabilizada somente em agosto de 1992, tendo sido considerada por muitos, como um processo de maior caráter mobilizador que o anterior, na medida em que contou com a participação de mais de 5 mil pessoas. Os temas discutidos foram: Sociedade, Governo e Saúde, Seguridade Social, Implementação do SUS e Controle Social. O

seu relatório final reiterou as proposições da 8ª Conferência e, na realidade, tornou evidente a palavra de ordem: "Cumpra-se a Lei", exigindo a operacionalização da 8ª Conferência, no que toca à implementação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1992). No entanto, importante enfatizar que a 9ª Conferência ocorreu impregnada por um clima de grande comoção social que tomava conta do país frente às evidências de corrupção, nas quais Collor estava envolvido. Meses depois, a sociedade civil encontrou – se diante do "impeachment" do presidente, fenômeno que trazia no seu bojo a possibilidade de volta à democracia e de resgate da cidadania. Mesmo com a grande movimentação política por parte da sociedade, após esse processo a reação governamental, especialmente em nível federal foi muito tímida e insuficiente diante das demandas crescentes. Na área da saúde o caos se instala com uma brutal redução dos recursos de custeio e uma completa paralisação nos investimentos em manutenção e ampliação da rede de serviços.

Na realidade, o que se coloca para o país no final dos anos 80 e anos 90 é o embate de duas correntes sobre o Estado: a concepção neoliberal que advoga o Estado mínimo e o mercado como principal agente regulador da ordem econômica e de outro, a concepção da necessidade da presença de um Estado democrático forte, demandado pelas políticas de ajuste estrutural e pelas desigualdades sociais (COHN, 1995). Infelizmente, o neoliberalismo progressivamente ganhou mais força nesse embate. Na ótica do neoliberalismo não se admite o conceito de direitos sociais; a condição de mercadoria da força de trabalho é reforçada, assim como a mercantilização dos bens sociais.

O SUS ao longo da sua existência sempre sofreu as consequências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória federal que aparecem para o senso comum como escassez de financiamento. Entretanto, as grandes mudanças e alterações na política e no Sistema Único de Saúde vem ocorrendo por dentro do sistema e tem sido apresentadas como aperfeiçoamento ou aprofundamento de sua estruturação, de acordo com os fundamentos da reforma sanitária.

Neste período tornam –se evidentes e circulam com grande fluência na estrutura governamental as propostas privatistas do Banco Mundial, que passa a ganhar destaque como importante formulador e divulgador da racionalidade da reforma. Algumas dessas propostas podem ser aqui elencadas, como: focalização

do atendimento na política básica que atenda os mais pobres; não universalidade do acesso; sua privatização com taxações nos serviços; contratação de mão de obra desqualificada; desresponsabilização do Estado e responsabilização da sociedade civil; descentralização da assistência com desresponsabilização do nível central (BANCO MUNDIAL, 2003).

Itamar Franco assume o governo dando continuidade ao processo de inviabilização da reforma sanitária em meio aos tensionamentos e resistências do movimento sanitário – que se encontrava enfraquecido, mas permanecia presente. No interior do movimento, em meio à tendência de refluxo, ganha hegemonia o grupo da municipalização (gestores municipais), cuja entidade representativa é o CONASEMS. Esse fato é revelador da perda de espaço dos segmentos mais críticos e contestadores dentro do movimento.

Segundo Paim, durante a gestão Itamar, ocorreu um “recrudescimento da *operação descrédito* capitaneada pelo próprio governo por intermédio da área econômica”(2008). De fato, Itamar dá continuidade ao ajuste estrutural e a reforma do Estado brasileiro de maneira mais sistemática, com vínculos estreitos com os interesses do mercado privado da saúde, travando-se no interior da gestão um embate em que a racionalidade da reforma sanitária perdia cada vez mais espaço.

No entanto, apesar dos inúmeros retrocessos na saúde, alguns avanços, mesmo que limitados, foram verificados, decorrentes do campo de tensões e resistência – mesmo que enfraquecida – do movimento sanitário: extinção do antigo INAMPS, criação do Programa Saúde da Família - PSF, discussão da reforma psiquiátrica, entre outros. (PAIM, 2008).

No governo Fernando Henrique Cardoso o ajuste estrutural e a reforma do Estado realizam-se de maneira ainda mais ofensiva e estruturada, com a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), conduzido por Bresser Pereira. O projeto de Reforma Administrativa do Estado foi aprovado em quase sua totalidade, situando a saúde como área “*não exclusiva*” do Estado e, portanto, sendo passível de ter seus serviços prestados por organizações sociais.

O movimento sanitário, por sua vez, dava sinais de perda de

organicidade política com o projeto de reforma sanitária e de institucionalização, com o crescimento da importância do CONASEMS e do CONASS e a substituição da Plenária Nacional de Saúde, em 1995, pela Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. (Paim, 2008).

De fato, a concretização do SUS, conforme seu marco legal original, para parte do movimento sanitário, deixa de ser espaço político estratégico de atendimento dos interesses da classe trabalhadora e de sua organização em torno a um projeto de sociedade e passa a ser concebida no interior do campo das "possibilidades", o SUS possível diante do ajuste neoliberal. Na proposta do MARE, Bresser Pereira incluiu o que ele denominou de *reforma gerencial na saúde*, consubstanciada na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96).

A reforma do Estado idealizada pelo MARE, segundo Rizzotto (2000) e Elias (1999), contempla em parte alguns princípios as propostas dos documentos do Banco Mundial, seja pela plena responsabilização dos municípios e pelo estabelecimento de pacotes básicos de serviços de saúde; seja na proposta de um modelo de atenção à saúde em que os municípios superem o papel exclusivo de prestadores de serviços (deixando, dessa forma, bem aberta a possibilidade de contratação de serviços privados) para assumirem sua função de gestores da política de saúde; seja pela instituição de subsistemas municipais de saúde – com a possibilidade de sua fragmentação. O que se observa é que existe uma tensão permanente entre os princípios da reforma sanitária e o conteúdo da reforma do estado que aparecem como se formassem um único corpo. Apesar de se apresentar como coerente com os princípios da reforma sanitária representam a sua substancial negação.

Na gestão de FHC, há uma significativa expansão da Estratégia de Saúde da Família, com alguns impactos positivos nos indicadores de saúde. Mas essa ampliação, altamente focalizada não se reproduz com as mesmas proporções nos outros níveis de atenção, devido, principalmente, ao parco financiamento da política. Assim, a expansão residual de alguns atendimentos e o aumento da cobertura da ESF e do PACS reproduzem a precarização, a focalização, com um grande contingente de necessidades sociais em saúde não atendidas.

É fundamental ressaltar que a atenção primária à saúde é uma importante estratégia na organização dos serviços de saúde, que consta do projeto da reforma sanitária. No entanto o que vemos na prática é uma atenção primária altamente focalizada na pobreza, sem o necessário financiamento dos outros componentes da rede de atenção (atenção especializada, internações e atenção às urgências, etc.), o que compromete a integralidade da atenção e o caráter universalizante do sistema (VIANA & FAUSTO, 2005)

Dessa forma, os ganhos e resultados expressos, por exemplo, no aumento da expectativa de vida, na diminuição da mortalidade infantil, na ampla cobertura vacinal, no aumento e consolidação do Programa de HIV/Aids, convivem com o aumento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas e por causas externas (acidentes de trânsito e homicídios, principalmente), dificuldade de acesso ao saneamento básico e à habitação, entre outros. Isto sem mencionar o desgastante processo de acesso ao SUS que, muitas vezes, é caracterizado por longos tempos de espera, filas intermináveis e desumanas, com unidades de saúde extremamente precárias, em que a rotina é a falta de equipamentos, medicamentos e profissionais de saúde.

No sentido oposto, quanto mais o SUS é precarizado mais cresce o mercado de serviços privados, que cada vez mais ganham espaço no cenário da saúde. Em 2000, é criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que passa a ser responsável pela regulação, controle e fiscalização dos serviços de saúde suplementar, sendo que a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) foi criada em 1995. A institucionalização destas agências fazem parte das orientações do ajuste estrutural do Estado e por conseguinte de sua reforma. A regulação de setores economicamente estratégicos por agências desvinculadas do controle público convencional vai de encontro aos interesses do grande capital e integra as propostas do Banco Mundial.

O que vemos é se materializar no interior da política de saúde do Brasil, sem a alteração do seu marco legal constitucional, um SUS real cada vez mais distante do SUS legalmente instituído em nossa Constituição. *“Todas as formas assumidas pelo setor privado para negociar a saúde no Brasil se beneficiaram*

historicamente de políticas e recursos públicos, mantidos até hoje. O chamado setor suplementar, composto por empresas de planos e seguros privados e de prestação de serviços de saúde, teve assegurada a continuidade da isenção de 100% do Imposto de Renda para seus clientes, incentivo fiscal que ganhara no Código Tributário de 1966, outorgado pela Ditadura Militar". (CEBES , 2014).

A partir de 2002, diante do novo cenário político que se avizinhava, se abria uma larga expectativa quanto aos rumos do Estado brasileiro. Na política de saúde, mais precisamente, a expectativa era de uma retomada do projeto de reforma sanitária e a efetivação do SUS. No entanto, as alianças que garantiram a chegada de novo bloco no poder, os seus vínculos com o grande capital nacional e internacional começaram a se explicitar já em seus primeiros movimentos.

No início do novo período, a configuração de forças no ministério ainda poderia ser caracterizada como de grande tensionamento e embate com a área econômica. Porém, na sequência do processo, os limites da política econômica conservadora passam a ser naturalizados como realidade imutável, sendo necessário, portanto, planejar, gerir e executar a política segundo as possibilidades do orçamento restrito. Entre as racionalidades em confronto as conquistas da reforma sanitária, paulatinamente vão dando lugar às propostas hegemônicas do SUS possível e do projeto privatista. Por conseguinte, o sistema vem crescendo de forma precarizada e fragmentada sem de fato atender ao conjunto das necessidades em saúde da população, configurando-se como um *ampliação restrita*. As características dessa expansão têm suscitado diversos conflitos que vão exigir mecanismos de dissolução, consenso e passivização.

Segundo o CEBES (2014), a disputa entre o direito universal à saúde e sua exploração como um negócio assumiu, há poucos anos, uma nova dimensão com o surgimento da proposta de 'cobertura universal de saúde' liderada pela Fundação Rockefeller e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Tal proposta, apesar de utilizar a ideia da universalidade, visa combater o conceito de direito universal à saúde para fortalecer o papel do setor privado na oferta de seguros e serviços de saúde.

Neste sentido, em editorial da revista Saúde e Debates de junho de 2014, o CEBES constata : "*Em 2013, mais de 49 milhões*

de brasileiros tinham seguros privados de saúde e o gasto privado em saúde equivalia a 53% de todo o gasto do País com saúde. Esse setor faturou em 2012, segundo o site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), R\$ 95.417 bilhões, 12,7% mais do que em 2011 (R\$ 84.657 bilhões. Para se ter um termo de comparação com o gasto público, as despesas do Ministério da Saúde em 2011 foram de R\$ 62.621 bilhões em 2011, i.e., R\$ 22.036 bilhões a menos. Trata-se de um setor com forte poder econômico e financeiro, que gasta bilhões de reais ao ano em publicidade, o que certamente contribui para o resultado de pesquisa recente, que mostrou que 90% dos brasileiros queriam planos privados de saúde, colocando esse 'benefício' em primeiro lugar na lista de desejos da população".

Ainda no mesmo editorial, o CEBES afirma: "Pelo menos desde os anos 1970, os sindicatos de trabalhadores vêm lutando por um acesso mais amplo ao setor privado em suas negociações coletivas com os sindicatos patronais. Embora lute pelo acesso a planos privados de saúde, a grande maioria dos trabalhadores não tem acesso a eles ao se aposentar, simplesmente porque não podem arcar com o forte aumento dos preços para as faixas etárias mais elevadas. Os trabalhadores têm acesso aos planos privados de saúde na idade adulta, quando precisam menos dele, e dificuldade de acesso ao ficarem idosos, exatamente quando mais precisam deles. Essa situação corresponde a um verdadeiro estelionato praticado pelo mercado privado em relação aos trabalhadores, por isso precisa ser fortemente denunciada".

Enquanto o setor privado se expande a olhos vistos, o caos se constitui em boa parte do cotidiano de execução dos serviços públicos de saúde, notadamente nos serviços de urgências: urgências lotadas, demanda maior que a oferta de serviços, tempo de espera elevado, falta de leitos de UTI, falta de estrutura física adequada, falta de medicamentos, etc. O pragmatismo irracional e imediatista passa a fundamentar as práticas sociais no interior do sistema. Esse irracionalismo reproduz em seus agentes a perplexidade em relação à realidade, mas uma perplexidade passiva, como se esta fosse imutável, como se a história estivesse acabada. Só este sentido de imutabilidade poderia proporcionar o imobilismo e a alienação de muitos pacientes em uso de serviços, profissionais de saúde e gerentes de serviços ao contemplar o caos.

7. Desafios revisitados

A intensa luta política travada na década de 80, no contexto do processo de democratização do País, produziu um dos grandes avanços dos últimos anos, assegurando na legislação brasileira, a saúde como um direito da cidadania a ser garantido pelo Estado e a universalidade da atenção. Não obstante, vivemos um momento de forte impasse no processo de concretização do **acesso universal aos serviços de saúde**. O acompanhamento da mídia nacional tem mostrado de forma contundente, o quanto os vazios assistenciais impactam na possibilidade da população ter **garantia de acesso** aos serviços de saúde. O imperativo ético em advogar permanentemente pela defesa do cidadão requer, em contraparte, a necessidade constante no sentido da luta pelo fortalecimento do conceito da saúde como um bem público, e portanto, um direito humano fundamental, individual e coletivo. A compreensão da determinação social do processo saúde enfermidade, através do conceito ampliado de saúde engendra a reorganização do sistema de atenção, em que o **acesso** deve funcionar como uma categoria-valor, ou seja, uma referência a ser atingida em qualquer serviço e ser o orientador de todas as políticas. O dimensionamento das necessidades sociais em saúde da população deve se configurar como elemento balizador, no processo de concepção do sistema de saúde e no engendramento das formas particulares de sua organização, em função das características dos territórios sociais e da diretiva em responder a estas necessidades. Na dimensão social, o acesso é considerado como a categoria fundamental, independente das justificativas que possam ser dadas para a sua não-efetivação. A consagração da saúde, na Constituição Nacional de 1988, como direito universal, sendo dever do Estado sua garantia, não deve nos fazer esquecer que *"o poder da norma não reside na norma, o que é fundamental são as estruturas de poder subjacentes a norma"* (MASCARO, Alysson 2002).

O campo da saúde e dos direitos humanos são hoje claramente fortalecidos por suas similitudes, e não por suas diferenças. Tomados em conjunto, estes dois campos representam aspirações universais. Eles se fundam sobre as obrigações governamentais para com suas populações, e se apoiam mutuamente, um necessita do cumprimento do outro. Compreender as necessidades sociais tendo como base o marco referencial constitucional da saúde como um direito, e o cumprimento dos direitos humanos nos aportam um componente fundamental, no processo e desafio de

construirmos um sistema de saúde universal e de qualidade. É através do aprofundamento das experiências no planejamento tendo como base as necessidades sociais em saúde e os direitos humanos que poderemos estabelecer formas mais precisas de interação entre a promoção e a proteção da saúde e dos direitos humanos.

Deste ponto de vista, as estruturas de poder resultantes do processo político em nosso País tem sido um impeditivo no processo de consolidação dos princípios doutrinários e organizacionais do Sistema Único de Saúde, e portanto, da garantia do direito. A mercadorização da saúde avança como conceito e como prática, e a olhos vistos, percebemos o SUS, sendo corroído por fora e por dentro, principalmente a partir de políticas de precarização sistêmica de seus profissionais, e como todos sabemos, a mercadorização da saúde é uma forma de impedir o **acesso**. A dura verdade se revela como aprendizagem na organização do sistema de saúde, *"não se cria igualdade por lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei"* (Fleury, 1997).

Quando se vive em uma sociedade, que em razão de sua luta política, suas escolhas, tenha definido a saúde como um direito, e por conseguinte, tenha plasmado em sua constituição o direito universal a saúde. As pessoas que compõem esta população, esta comunidade, qualquer que seja sua posição na mesma, têm um esquema conceitual, uma imagem internalizada com respeito ao sistema de atenção à saúde, imagem que preside seus movimentos, sua trajetória em busca de cuidados em função das atividades da rede de dispositivos de atenção (ambulatorial ou hospitalar), tecnologia e profissionais que compõem sua ideação de sistema.

Uma vez que se sinta tomando parte do sistema, o indivíduo, o cidadão olha as instituições que o compõem como se constituíssem uma rede de serviços, que ele acredita, ou deseja acreditar, que se encontram inter-relacionados, associados entre si para atender a suas necessidades. No entanto, a prática tem demonstrado que ao contrário, geralmente cada serviço se maneja isoladamente e isto se refere não só a hospitais de distintas complexidades ou natureza jurídica, mas também à totalidade das organizações de saúde: a relação de hospitais com médicos de família, centros e postos de saúde, com programas de saúde pública, com os serviços de um mesmo hospital, e particularmente com os serviços de urgência. Este é um dos campos em que se produz o

choque entre o sistema e o cidadão, o paciente, que de imediato percebe que o mesmo não funciona como tal e se transforma em fonte geradora de ansiedade, já que o paciente deseja sentir-se protegido pelo sistema. O desenvolvimento independente e isolado constitui uma fonte permanente de dispersão de recursos, de superposição de serviços, de falta de equidade na prestação da atenção, o que não assegura a universalidade, a integralidade e a equidade, princípios doutrinários do SUS.

Um sistema de saúde deve ser sensível às necessidades das pessoas, flexível, mas também estável, com elementos diferenciáveis, e profundamente humano, atento à situação individual, mas sem ignorar o todo. Neste sentido, este desafio se coloca de forma particularmente exuberante para a implantação da Rede de Atenção às Urgências, porque parte do princípio de que a integração da assistência, a partir do circuito das urgências, seja capaz de fazer avançar a integração necessária dos entes federados, e das instituições que compõem o SUS, fortalecendo o processo de regionalização e hierarquização da assistência a partir de figuras regionais reais, sem fronteiras administrativas, que via de regra contrariam o fluxo de movimento das pessoas, cumprindo o desafio de colocar **o cidadão no centro do sistema**.

8. Considerações finais

A discussão sobre a questão saúde hoje tem um divisor de águas, antes das "Jornadas de Junho" de 2013, e depois destas. Como num súbito alvorecer a população brasileira, em diversos centros urbanos, mas também em pequenas cidades irrompeu em um momento, em que **a grande surpresa foi a surpresa**, e que num vasto leque de reivindicações, desencadeado pelos descompassos da mobilidade urbana, simbolicamente representados pelos 20 centavos de aumento no preço das passagens, a saúde passa a integrar de forma acentuada as aspirações dos que não suportam mais as iniquidades expressas, na sistemática "violação dos direitos humanos" nos serviços de atendimento à saúde, notadamente nas portas de urgências.

Temos acompanhado, pela imprensa, este cortejo fúnebre de violações à exaustão. Todos os dias, sem medo de errar, em vários serviços, em qualquer Estado deste País, temos pessoas internadas em corredores esperando por leitos qualificados, que efetivamente não virão. Impensável, inaceitável pessoas

de diversos grupos de idade aguardando na “fila” por um leito de Terapia Intensiva, por um exame importante para seu diagnóstico, por acesso ao bloco cirúrgico entre outros... É a banalidade do mal que se incorpora em um cotidiano tão fatídico quanto perigoso. É a clivagem ética, que faz com que gestores tratem a “fila como fila” e as pessoas como coisas. Já por diversas vezes viemos apontando, que o componente fundamental para alavancar o aprofundamento das bases doutrinárias e estruturais da Reforma Sanitária Brasileira, era a presença massiva deste ator, deste sujeito social fundamental para os processos de mudanças, ou seja, o “povo na rua”. Pois é, este ator está aí, a reclamar pela existência de um SUS, simbolicamente chamado de “padrão FIFA”, que funcione e que atenda as suas expectativas de universalidade. “Se eu ficar doente, em minha cidade, pra onde eu vou”? “Onde posso ser tratado dignamente”? “Se meu filho ficar doente, terei de levá-lo para um estádio de futebol”?

Neste mundo realmente existente, a demanda dos serviços de saúde continua crescente, pois é uma “expressão das necessidades” altamente diversificadas na sociedade, posto que, a condição de saúde, a extensão e a qualidade da expectativa de vida está sempre condicionada a forma e ao grau de desenvolvimento e socialização dos bens sociais produzidos.

Os princípios e diretrizes que sustentam o sistema público de saúde brasileiro, desde a sua origem, estão pautados pelas ideias de igualdade e universalidade, noção de saúde como uma prática e um bem social. Fruto das lutas sociais, das décadas de 80 e 90, que fizeram a crítica da função social da saúde pública no capitalismo, esta crítica ganha expressão a partir do projeto da Reforma Sanitária e da proposta de criação de um sistema público, democrático e universal de saúde. Neste contexto, o SUS enfrentou desde cedo forte reação. O processo de regulamentação legal e de implantação contínua, sendo um espaço de permanentes embates, onde continuam abertas portas de acesso para privatizações multiformes (contratação precarizada de profissionais, OSS, OSCIPS, repasse de recursos públicos para a atuação de setores com fins abertamente lucrativos, etc.), somente a renúncia fiscal no IRPJ e IRPF correspondia a quase 23% do gasto do Ministério da Saúde em 2012, ou perto de 10% do faturamento, ou 160% do lucro líquido declarado do conjunto de todas as empresas de planos privados de saúde, esta última comparação relevando que o Estado

remunera a rentabilidade desse setor do mercado (SANTOS, 2013).

Segundo levantamento da OMS, em 2008 o gasto público do Brasil com Saúde representava 3,7% do PIB, 44% do gasto total e 385 dólares públicos per capita. O subfinanciamento do SUS aprofundado ao longo de 25 anos vem impedindo que o sistema público brasileiro se consolide como um direito de cidadania universal e integral. O conflito entre os princípios do SUS e os recursos disponíveis é visível, sendo necessárias mudanças que garantam os direitos de acesso a todos.

De um lado, temos que ter claro que a luta popular pela expansão e universalização do acesso jamais cessou, assim como a luta pela melhoria da qualidade do serviço público de saúde, tanto no conjunto da vida social, como no interior das próprias instâncias públicas do SUS, no entanto, e apesar disto, o SUS vem enfrentando um crescente processo de privatização. O que significa na prática, a ruptura da concretização do princípio da "Saúde como um Direito", da "Saúde como um bem Público". Embora o SUS tenha crescido, na medida em que é hoje uma realidade nacional, entretanto, como política igualitária de Estado, o SUS se atrofiou e precisa voltar a incorporar o conjunto de questões que lhe deu origem.

Na prática, existem duas grandes forças em disputa na saúde— as forças do fundamentalismo mercantilista que defendem e/ou lutam pelo "projeto privatista", mesmo que para isso utilizem argumentos construídos tendo como base "verdades" supostamente científicas, como por exemplo, o surgimento de uma "nova classe média", que teria feito a opção pelos "planos de saúde privados" como expressão de ascensão social (Vozes da Classe Média, 2012), e como não bastasse: "Há uma campanha em curso em torno do conceito de universalidade, entendido como um conjunto de diferentes seguros de saúde similar à reforma levada à frente por Barack Obama, nos Estados Unidos, sustentada por uma aliança entre Banco Mundial, Fundação Rockefeller e Organização Mundial da Saúde", cita o representante do People's Health Movement na África subsaariana e diretor fundador da Escola de Saúde Pública da Universidade de Western Cape (África do Sul), David Sanders (RADIS, 2013), e as forças que defendem o Sistema Universal e/ou lutam pelo "projeto saúde como um Direito", e apontam sempre na perspectiva de um Sistema Universal, público e de qualidade. Está bem claro o

quanto precisamos defender o SUS, mas precisamos também ter claro que forças ideológicas estarão no curso deste projeto, no Estado ou fora dele.

Reza a lenda, que um oficial nazista ao fazer uma visita ao estúdio parisiense de Picasso chocado pelo "caos" modernista da tela, ao ver o quadro "Guernica", perguntou : "Foi você quem fez isso?", no que calmamente Picasso lhe respondeu: "Não, foram vocês".

Hoje, diante das Jornadas de Junho, os que ainda acreditam em uma transformação radical da sociedade poderiam responder, se perguntados, pelas forças do fundamentalismo de mercado dominantes, na política brasileira, com sua forte expressão midiática e na saúde - "Não são vocês que estão na origem de tudo isso? Não era exatamente isso que vocês queriam? - Do mesmo modo de Picasso deveríamos responder: "Não, foram vocês! Eis aí o resultado de vossa política!".

Referências bibliográficas:

1. AROUCA, A S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003
2. BANCO MUNDIAL. **Estratégia de Assistência ao País (2003-2008)**. Banco Mundial, 2003.
3. BAPTISTA TWF, Machado CV, Lima LD. *Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos poderes*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (3): 829-839, 2009.
4. BARATA, Rita Barradas. 2001. *Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença*. *Revista USP*, 51: 138-145. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/viewFile/35108/37847>
5. BERLINGUER, Giovanni; TEIXEIRA, Sonia M. Fleury; CAMPOS, Gastão W. S. *Reformas sanitária-Itália e Brasil*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1988.
6. BRAGA, JCS; PAULA, S. G. *Saúde e Previdência*. Estudos de Política Social. São Paulo : HUCITEC, 1986
7. BRASIL. *Constituição (1988)*. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 16 ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1986.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1992.
10. _____. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde)*. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990*.

11. BRASIL. DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011 – Ministério da Saúde
12. BREILH, Jaime – *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006
13. CAMPOS CMS. *Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004*. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2007;11(23):605-18.
14. CAMPOS, G.W.S. *Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2): 219 -230, 2000
15. CEBES – EDITORIAL – SAÚDE E DEBATE - RIO DE JANEIRO, V. 38, N. 101, P. 194-199, ABR-JUN 2014
16. CFM- *Revista de humanidades médicas- Debate "Entre o desejo e a razão"- O SUS– resposta constitucional ao anseio da sociedade de acesso à assistência– está diante de um dilema: como ser universal e integral com recursos escassos, limitados? Mediadora: Beatriz Machado. Participantes do debate: Clarice Melamed, pesquisadora da área de economia da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); Diaulas Ribeiro, procurador do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT) que atua na área de biodireito; Nelson Rodrigues dos Santos, pesquisador da área de saúde pública da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); e Paulo Antônio de Carvalho Fortes, pesquisador da área de ética aplicada à assistência em saúde da Universidade de São Paulo (USP). Janeiro/Abril 2013.*
17. COHN, Amélia. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez; CEDEC, 1999.
18. CORDEIRO, Hésio de A – *As Empresas Médicas: as transformações capitalistas da prática médica – Rio de Janeiro – Edições Graal, 1984*
19. COSTA, Nilson do Rosário – *Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origem das políticas de saúde no Brasil – Petrópolis – Rio de Janeiro Editora Vozes – Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, 1985*

20. CUNHA, J.P.P., CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p. 11-26.
21. DE NEGRI, Filho A. El enfoque de los derechos humanos en calidad de vida y salud y su aplicación en la reestructuración programática y la reorganización de los servicios /reflexiones alrededor de una estrategia de aplicación. Health and human rights. 2008; 10 (1): 93-101.
22. DE NEGRI, Filho A, Molina N. Guía para la construcción colectiva de la respuesta integral a las necesidades y la gestión social necesaria. In: Casallas A, Molina N, De Negri Filho A, Ramirez P. Colección La ruta de la estrategia promocional cualidad de vida y salud. Guía: Construcción colectiva de respuestas integrales a las necesidades y la gestión social. 2007.
23. DOMINGUES, B. Universalidade. O necessário resgate de um sentido perdido. RADIS 127. Rio de Janeiro; 2013. Disponível em: <http://www6.enasp.fiocruz.br/radis/revista-radis/127/reportagens/universalidade-o-necessario-resgate-de-um-sentido-perdido>. DONNANGELO M C F, PEREIRA L – Saúde e Sociedade – 2 E. – São Paulo – Editora Duas Cidades , 1979
24. ELIAS, Paulo. **Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil**; Pós-fácio II In: COHN, Amélia & ELIAS, Paulo. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez, CEDEC, 1999.
25. ESCOREL, S Reviravolta da Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. 206p
26. ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA L. Et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008

27. *ESCOREL, Sarah. História da política de saúde no Brasil: 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella, Ligia et al. (Ed.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes. 2008.*
28. *ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene R.; EDLER, Flavio. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: Lima, Nísia Trindade et al. (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.59-81. 2005.*
29. *FAUSTO, Boris – História Concisa do Brasil – 1 ed. 1. Reimpr. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 2002.*
30. *FLEURY, S (Org). Saúde e Democracia. A luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. 324p*
31. *FLEURY, S, BAHIA L, AMARANTE P – Organizadores – Saúde em Debate : fundamentos da reforma sanitária brasileira – Rio de Janeiro – CEBES, 2007*
32. *GADELHA CAG, Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. Ciência e Saúde Coletiva, 16 (6): 3003-3016, 2011.*
33. *GOMES Laurentino – 1889 Como um imperador cansado, um marechal vaidoso e um professor injustiçado contribuíram para o fim da Monarquia e a Proclamação da República no Brasil – 1 ed. – São Paulo: Globo, 2013*
34. *KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n.5, p. 2307-2316, 2010. Disponível em: <http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Redesatencao/Acervo/v15n5a06.pdf>*
35. *LEVCOVITZ, E; LIMA, L; MACHADO, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, v.6, n.2, p.269-293, 2001.*

36. LUZ, Madel Therezinha – *As Instituições Médicas no Brasil: Instituição e estratégia de hegemonia* – Rio de Janeiro – Edições Graal, 1979
37. LUZ, Madel Therezinha – *Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850 – 1930)* – Rio de Janeiro – Edições Graal, 1982
38. LUZ, Madel Therezinha – *Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "Transição Democrática" – anos 80. PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva – Vol.1, Numero 1, 1991*
39. LUZ, Madel Therezinha – *Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano* – *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2): 293 – 312, 2000
40. MACHADO CV, Baptista TWF, Lima LD. *O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. Ciência e Saúde Coletiva*, 15 (5): 2367-2382, 2010.
41. MACHADO CV et al. *Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades* - *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(3):521-532, mar, 2011
42. MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n.5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005.
43. MENICUCCI, Telma – *A Implementação da Reforma Sanitária : A formação de uma Política. In HOCHMAN, G. , ARRETCHE, M ; MARQUES E. (Org) – Políticas Públicas no Brasil* – Rio de Janeiro – Editora FIOCRUZ, 2007
44. NORONHA, José Carvalho de. *Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. Cad. Saúde Pública [online]. 2013, vol.29, n.5, pp. 847-849.*

45. NORONHA, J. C. D.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. In:
46. GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (org). Saúde e sociedade no Brasil - anos 80. Rio de Janeiro,
47. Relume do Mará, 1994.
48. NUNES, Everardo Duarte. A sociologia da saúde no Brasil - a construção de uma identidade. /Ciência & Saúde Coletiva/, 2014, v. 19, n. 4, p. 1041—1052.
49. NUNES, Everardo Duarte. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores - Ciência & Saúde Coletiva, 5(2): 251 -264, 2000
50. OLIVEIRA J A, TEIXEIRA S M FLEURY – (IM)PREVIDÊNCIA SOCIAL – 60 anos de história da Previdência no Brasil – Petrópolis – VOZES; Rio de Janeiro – ABRASCO, 1985
51. PAIM, J – Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica – Tese de Doutorado – Instituto de Saúde Coletiva, UFBA - Salvador : J. S. Paim, 2007
52. PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008.
53. PAIM, J - pesquisador da UFBA - palestra de abertura do ano letivo da ENSP em 2014.
54. PAIM, J.S. – Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira . In Saúde e Democracia: a luta do CEBES - Sonia Fleury (organizadora). – São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
55. POSSAS, Cristina – Saúde e Trabalho – A Crise da Previdência Social – São Paulo – Editora Hucitec – Segunda Edição, 1989.

56. RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde nos anos 90.** Tese (Doutorado). Campinas: UNICAMP, 2000.
57. RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon – Neoliberalismo e Saúde – 2005 - <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html>
58. SANTOS, N. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.429-435, abr.2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200019&lng=pt&nrm=iso .
59. SANTOS, N. R. O Brasil e sua política econômica anticidadã. Blog do CEBES. Rio de Janeiro, 19 aug. 2013. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=4857&idSubCategoria=56>
60. SINGER P , CAMPOS O, OLIVEIRA E – Prevenir e Curar: O controle social através dos serviços de saúde ; seleção e coordenação Fernando Lopes de Almeida e Francisco Rego – Rio de Janeiro : Forense Universitária 1978
61. TAMBELLINI, Anamaria Testa – Questões Introdutórias: Razões, significados e afetos – Expressões do "Dilema Preventivista", Então e agora. In. AROUCA, A S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003
62. TEIXEIRA, S.M.F. Política de saúde na transição conservadora. *Rev. Saúde Debate*. n.26, 1989.
63. TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA,
64. Sonia Fleury (org.). Reforma Sanitária em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro:Abrasco. 1989.

65. TEIXEIRA, Carmen Fontes. 2002. *Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS*. *Cad. Saúde Pública*. 18 (Suppl.): S153-S162
66. VIACAVA F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, José Noronha JC, Novaes HMD, Oliveira ES, Porto SM, Silva LMV, Szwarcwald CL. *Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro*. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 2004, 9(3):711-724.
67. VIANA, Ana Luiza & FAUSTO, Márcia Cristina. *Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência*. In VIANA, Ana Luiza et al(org) **Proteção Social: dilemas e desafios**. São Paulo, Ed. Hucitec, 2005.
68. *Vozes da Classe Média*. Edição Marco Zero. Brasília; 2012. Disponível em: <http://www.sae.gov.br/site/wp-content/uploads/Cartilha-Vozes-Classe-Media.pdf>.