

A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL NO BRASIL: da Reforma Sanitária à implementação do SUS.

HEALTH AS FUNDAMENTAL RIGHT IN BRAZIL: from Sanitary Reform to SUS implementation.

Larissa Zanela Mendes¹

Angela Quintanilha Gomes²

RESUMO: Este artigo propõe uma síntese do cenário no qual se iniciam as mobilizações para uma reforma sanitária no Brasil até a criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, foi realizada uma breve revisão bibliográfica acerca do período que compreende a ditadura militar (1964-1985), o processo de redemocratização e a instituição da Lei nº 8.080/1990, conhecida como a Lei Orgânica do SUS, salientando as dificuldades identificadas pelos teóricos, onde se verifica que ainda há um longo caminho a ser percorrido para que a universalidade, equidade e integralidade – que são três dos cinco pilares fundamentais desse sistema único –, garantidos pela Constituição Federal de 1988, sejam de fato materializados em todo o território nacional.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma Sanitária Brasileira; Saúde Pública; SUS.

ABSTRACT: This article proposes a synthesis of the scenario in which mobilizations for a health reform in Brazil begin until the creation and implementation of the Unified Health System (SUS). For this purpose, a brief bibliographical review was carried out on the period that includes the military dictatorship (1964-1985), the redemocratization process and the institution of Law n. 8.080/1990, known as the SUS Organic Law, highlighting the difficulties identified by the theorists, where it is verified that there is still a long way to go so that universality, equity and integrality - that are three of the five fundamental pillars of this unique system - guaranteed by the Federal Constitution of 1988, are in fact materialized throughout the territory national.

KEY-WORDS: Brazilian Health Reform; Public health; SUS.

INTRODUÇÃO

A grande instabilidade política, econômica e a carência de assistência na saúde pública³ dentre outros problemas sociais provenientes do regime militar (1964-1985),

¹ Larissa Zanela Mendes: Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Pampa/UNIPAMPA São Borja e graduada em Ciências Sociais - Ciência Política pela mesma instituição.

² Angela Quintanilha Gomes: Professora Adjunta da Universidade Federal do Pampa - UNIPAMPA - São Borja, Bacharelado em Ciências Sociais na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1984). Mestrado (1998) e Doutorado (2011) em Ciência Política pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Foi coordenadora do Curso de Ciências Sociais-Ciência Política no período 2013-2014, e coordenadora pro tempore em novembro e dezembro de 2015. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - Mestrado Profissional (2017/04).

³De acordo com Neves, “o uso do termo Saúde Pública tem sido historicamente vinculado à atuação do Estado, o qual utiliza os conhecimentos das ciências da saúde com o intuito de organizar sistemas e serviços de saúde e controlar a incidência de doenças nas populações assistidas. Desta acepção depreendem-se duas perspectivas centrais: a vinculação institucional ao Estado e a dimensão coletiva como objeto de intervenção. Ou seja, o campo da Saúde Pública configura-se no investimento Estatal em serviços planejados considerando as necessidades sociais de saúde” (NEVES, 2012, p. 03).

ocasionaram uma série de mobilizações populares em prol da redemocratização, e como consequência, o movimento que originou a reforma sanitária no Brasil na segunda metade da década de 1970. Com a reabertura democrática e a nova Carta Constitucional de 1988, tornou-se uma obrigatoriedade da União e demais esferas de governo prover a saúde com um direito de todos os cidadãos brasileiros. Através da Lei nº 8.080/1990 ficou instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), que estabelece diretrizes e estratégias para a saúde pública no país, tendo como pilares a descentralização, integralidade, universalização, equidade e a participação da comunidade.

O regime militar e a saúde no Brasil

Em um contexto de Guerra Fria, na década de 1960 – onde o mundo encontrava-se polarizado pelo socialismo e o capitalismo –, a América Latina foi marcada por uma série de golpes de Estado e a instauração de regimes autoritários. Em 1964, o Brasil sofreu uma nova ruptura, passando de um curto período democrático para um novo regime militar. “Caracterizados em seu período inicial pela desarticulação da participação social, os primeiros governos militares em um progressivo processo de endurecimento político procurariam destruir todas as iniciativas que fossem identificadas com o ideário socialista” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 17).

Nos planos políticos, econômicos e sociais houve a reestruturação do sistema eleitoral a partir de 1965, extinguindo o pluripartidarismo e instaurando o bipartidarismo – Aliança Renovadora Nacional (ARENA) e Movimento Democrático Brasileiro (MDB) –, onde o Congresso, através dos Atos Institucionais, tornou-se cada vez mais subordinado às vontades do Executivo, a repressão teve aumento significativo por meio do controle dos meios de comunicação e com a cassação de civis e políticos opositores, como também o capital estrangeiro ganhou mais espaço na economia brasileira, seguido de arrocho salarial e a eliminação do direito à greve aos trabalhadores em 1967. No que diz respeito ao papel do Ministério da Saúde (MS), sua atuação era restrita aos serviços de promoção da saúde e prevenção de doenças através de campanhas de vacinação para o controle de endemias (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Dessa forma,

[...] o país vivia sob a duplicidade de um sistema cindido entre a medicina previdenciária e a saúde pública. O primeiro setor tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. A saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), era direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 17).

A partir desse período, crescem os incentivos militares para a ampliação do setor privado, principalmente com a construção de hospitais e clínicas do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), onde apenas os seus contribuintes obtinham acesso aos serviços. Nesse sentido,

[...] a assistência à saúde no Brasil tinha uma estreita conexão com as atividades previdenciárias, e o sistema de caráter contributivo gerava uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos: previdenciários e não previdenciários. A realidade social era a exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde. Nesse período, a assistência médica era restrita aos empregados com carteira assinada – que contribuía com a previdência social – sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Havia uma pequena parcela da população que possuía condições financeiras de custear os serviços de saúde por conta própria. As demais pessoas eram atendidas apenas em serviços filantrópicos (NEVES, 2012, p. 01).

Através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), foi fundado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que dava prioridade à contratação de serviços e atendimentos privados aos beneficiários. Com relação à saúde pública, diminuía drasticamente os investimentos governamentais, ao passo que em áreas como transporte e forças armadas, o investimento era ininterrupto. No final da década de 1960, em decorrência de uma série de medidas de restrição de gastos em políticas sociais e de maiores investimentos estrangeiros, o Brasil teve uma melhora nos índices econômicos (PAIM, 2008). Entretanto, esse crescimento não era retratado no que diz respeito à melhoria das condições sociais de grande parte da população. A política liberal adotada pelo governo militar afetou principalmente as camadas mais desfavorecidas, como os trabalhadores. É possível verificar que a renda brasileira “já era concentrada na década de 60, com os 20% mais ricos apropriando-se de 54% da renda nacional”. Já em 1970, essa pequena parcela da população considerada mais rica possuía “62% da renda total, passando ainda, em 1976, para 67% da renda nacional”, enquanto que “os 50% mais pobres da população diminuíram a sua participação de 17,7% em 1960 para 11,8% da renda total em 1976” (MENDONÇA, 2006, p. 32). Como pode ser observado:

Em meados da década de 70 adveio uma crise do financiamento da previdência social, com repercussões no INAMPS. A situação ocorreu como resultado de um colapso econômico e social, tendo em vista que neste período a maior parte da população recebia baixos salários ou encontrava-se desempregada, aumentando a marginalidade, o número de favelas e a mortalidade infantil. O sistema de saúde previdenciário demonstrou ser incapaz de resolver os problemas de saúde coletiva e

com o descrédito social e a escassez de recursos o modelo entrou em falência (POLIGNANO, 2001 apud NEVES, 2012, p. 02).

De acordo com Mendonça (2006, p. 52), “por volta de 1973 a chamada ‘crise do petróleo’ passou a ocupar lugar de destaque na imprensa e nos pronunciamentos oficiais”. Assim, cessava o período de crescimento econômico brasileiro. Como medida para reverter esse quadro de arrefecimento da economia, o governo Geisel iniciou o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), entre 1975 e 1976. O Plano buscou “manter as taxas de crescimento econômico no patamar vigente até 1973” (MENDONÇA, 2006, p. 57). No que concerne à saúde, “o 2º PND teve o mérito de ter levado para a agenda do planejamento estatal prioridades sociais como educação, saúde e infraestrutura de serviços urbanos” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 20).

Por outro lado, o Ministério da Saúde falhou na atuação em cima da prevenção de doenças, que rapidamente atingiram índices alarmantes, onde “São Paulo vivia o pico de uma epidemia de meningite que atingira 18 mil pessoas e matara cerca de duzentas. Duas semanas depois o governador Laudo Natel proibiu que se dessem informações à imprensa” (GASPARI, 2004, p. 110) como forma de censura para não escancarar a ineficiência do governo com relação à grande crise sanitária pela qual o país passava. Com o fracasso do PND no controle de ambas as crises, potencializaram-se cada vez mais as tensões e mobilizações sociais pela redemocratização do cenário político-partidário, bem como a democratização da saúde, isto é, o acesso universalizado e igualitário disponível aos cidadãos brasileiros.

O movimento sanitário e a redemocratização

Durante a década de 1970, os conceitos de saúde ganharam a atenção de médicos, acadêmicos e estudiosos, dado que essa área passou a ser percebida sob uma ótica mais humanizada no Brasil (PAIM, 2008). Tendo em vista o malogro do Ministério da Saúde na prevenção de doenças e controle de epidemias, como também o número crescente da taxa de mortalidade infantil, houve a necessidade por parte dos profissionais de compreender melhor o processo saúde-doença da sociedade como uma comunidade, que não poderia mais ser percebido “exclusivamente pelas dimensões biológica e ecológica. [...] Enquanto componentes dos processos de reprodução social, reconhecia-se que tais fenômenos eram determinados social e historicamente” (PAIM, 2008, p. 165). Isto é, o indivíduo deixa de ser

visto de uma forma isolada e passa a ser analisado como um todo, abrangendo a sua situação social, econômica e cultural. Como afirma Fleury:

[...] a luta pela democratização das políticas adquire novas características e estratégias. Antes confinada às universidades, aos partidos clandestinos e aos movimentos sociais, passa cada vez mais a ser localizada no interior do próprio Estado. Primeiramente, a partir das experiências inovadoras desenvolvidas pelas prefeituras oposicionistas eleitas em 1974; em segundo lugar, no interior dos órgãos centrais, responsáveis pelas políticas sociais, buscando aproveitar a crise financeira e do modelo das políticas sociais para introduzir elementos de transformação; em terceiro lugar, há um fortalecimento das capacidades técnicas dos partidos políticos e do parlamento, que passam a tomar a problemática social como parte de suas plataformas e projetos de construção de uma sociedade democrática (2009, p. 745).

Nesse contexto, surgiram quatro movimentos relacionados à saúde, abrangendo civis, estudantes, profissionais e intelectuais. No grupo dos civis as mobilizações se concentravam nos “clubes de mães, os conselhos comunitários e as organizações na Zona Leste e na periferia de São Paulo, muitos deles vinculados a setores progressistas da Igreja Católica” (PAIM, 2008, p. 71). O grupo estudantil encabeçou a Semana de Estudos de Saúde Comunitária (SESAC), que buscavam discutir e consolidar movimentos que orientassem o pensamento progressista sobre a saúde. A respeito do grupo dos profissionais, houve a participação dos médicos residentes para a regulamentação do exercício da Residência Médica, movimento que mais tarde seria reconhecido como Movimento da Renovação Médica (REME). O segmento dos intelectuais teve participação ativa dos docentes presentes nos setores de medicina e escolas de saúde pública, onde as discussões se estabeleciam por meio de críticas ao regime militar. Destarte, a partir de diversos estudos e uma revisão prática da medicina brasileira, eis que surge um novo conceito de saúde:

[...] a saber: conceito de saúde, referido não apenas à assistência médica mas relacionado com todos os seus determinantes e condicionantes (trabalho, salário, alimentação, habitação, transporte, meio ambiente, entre outros); direito universal e igualitário à saúde; dever do Estado na promoção, proteção e recuperação da saúde; natureza pública das ações e serviços de saúde; organização das ações do Estado em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema Único de Saúde gratuito, descentralizado para Estados e Municípios, sob controle social; subordinação do setor privado às normas do SUS, quando necessário, contratado sob as normas do direito público; diretriz de estatização progressiva; desvinculação do Sistema de Previdência Social, com financiamento autônomo, preservada a gradualidade na substituição das fontes previdenciárias; estabelecimento de pisos de gastos. (PAIM, 2008, p. 155).

Foi através dessas e das demais mobilizações organizadas pelos segmentos sociais, como os movimentos sindicais, que corroboraram na criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), no ano de 1976 e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde

Coletiva (Abrasco) em 1979, os quais mais tarde formariam o movimento que daria fôlego à Reforma Sanitária. O Cebes surgiu durante a 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, em Brasília, debatendo acerca da “democratização da saúde e constituindo-se como um organizador da cultura capaz de reconstruir o pensamento em saúde” (PAIM, 2008, p. 78). Dessa forma:

A partir desse momento começava a se elaborar a *proposta* da Reforma Sanitária, enfatizando a unificação dos serviços, a participação dos usuários, a ampliação do acesso e a qualidade da atenção. Reconheciam-se entre os obstáculos para a sua consecução as atividades lucrativas ligadas à saúde, entre as quais as empresas e cooperativas, as indústrias farmacêuticas e alimentícias, bem como as vinculadas aos equipamentos hospitalares e instrumentos médicos [...]. Portanto, a partir de uma *ideia* pouco estruturada sobre a pertinência de uma Reforma Sanitária no Brasil, constata-se uma evolução para transformá-la em uma *proposta*, com base em uma definição mais concreta do seu conteúdo (PAIM, 2008, p. 80-81) [grifos do autor].

Nessa conjuntura de manifestações, o Cebes propôs no ano de 1979 a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de uma apresentação no I Simpósio de Política de Saúde da Câmara dos Deputados. Reconhece-se a importância histórica de tal acontecimento em virtude de que foi a primeira vez em que houve a proposição de um sistema universalizado e democratizado no Brasil. Dessa forma, juntamente com o período de distensão rumo à reabertura democrática, o movimento sanitário começou a ganhar força principalmente com a criação da Abrasco “como forma de organização dos programas de pós-graduação no campo da saúde pública, da medicina social e da saúde coletiva” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 22), e com o movimento nacional pelas *Diretas já*, que teve o seu início em 1983, acelerou o processo de redemocratização e resultou na “elaboração do Programa de Governo de Tancredo Neves quando se anunciava a fundação de uma Nova República e se propunha uma ‘reviravolta na saúde’” em 1985 (PAIM, 2008, p. 82). Segundo Fleury:

A construção do projeto da reforma sanitária fundou-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde. A constituição da Saúde Coletiva, como campo do saber e espaço da prática social, foi demarcada pela construção de uma problemática teórica fundada nas relações de determinação da saúde pela estrutura social, tendo como conceito articulador entre teoria e prática social, a organização da prática médica, capaz de orientar a análise conjuntural e a definição das estratégias setoriais de luta (2009, p. 747).

Por seu turno, o Cebes e a Abrasco foram instituições de extrema importância “para o processo de construção de identidade em torno de uma área de conhecimento batizada no Brasil como saúde coletiva” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 22). A reabertura democrática

oportunizou a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, um ano depois, em 1986, onde a saúde novamente é reconhecida como um direito de todos os cidadãos e a obrigatoriedade do Estado em provê-la, fazendo mais uma menção sobre a constituição de um Sistema Único de Saúde que fosse articulado de forma descentralizada e democrática, com a participação de todos os segmentos da sociedade. Como consequência da conferência, a população pode desfrutar de “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 da saúde que aquela época cunhou o nome de Reforma Sanitária [...]” (PAIM, 2008, p. 26-27). Deste modo:

[...] busca-se conceituar a Reforma Sanitária a partir dos seguintes momentos e definições: *Ideia*: constituída pelo pensamento inicial, uma percepção ou representação do fenômeno. Pode ser identificada, mesmo sem a denominação de Reforma Sanitária, a partir da proposição de uma prática teórica e de uma prática política [...]. A criação do Cebes em 1976 e o lançamento da *Saúde em Debate* possibilitaram que essa ideia se vinculasse à concepção de direito à saúde, exposta no segundo número dessa revista, recebendo a denominação de Reforma Sanitária em 1977 no editorial do seu terceiro número. A fundação da Abrasco em 1979 poderia ser considerada a expressão da síntese entre as práticas teórica e política. *Proposta*: a transformação da *ideia* em *proposta*, ou seja, conjunto articulado de princípios e proposições políticas, pode ser constatada no documento *A questão democrática na área da saúde* e nos relatórios finais dos Simpósios de Política de Saúde da Câmara de Deputados, especialmente o primeiro (1979) e o quinto (1984). *Projeto*: a Reforma Sanitária como *projeto*, isto é, conjunto de políticas articuladas [...] encontra-se sistematizado no Relatório Final da 8ª CNS, realizada em 1986. *Movimento*: o movimento da democratização da saúde, “movimento sanitário” ou “movimento da Reforma Sanitária”, enquanto conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomam a saúde como referente fundamental, emerge com o Cebes e atravessa as conjunturas examinadas na presente investigação. *Processo*: a Reforma Sanitária enquanto *processo*, ou seja, conjunto de atos, em distintos momentos e espaços, que expressam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas – pode ser visualizada após a 8ª CNS com as iniciativas de implantação do SUDS, CNRS, promulgação da Constituição de 1988 e, especialmente, a partir da produção de fatos político-institucionais na conjuntura pós-88. Esse *processo* envolve um conjunto complexo de práticas (inclusive práticas de saúde) que integram a totalidade social, não se esgotando nas práticas teórica, política e ideológica (PAIM, 2008, 171-173) [grifos do autor].

Assim, tendo o seu embrião em um conturbado momento político brasileiro em meio às crises política, econômica e social e com o regime militar no auge do período repressivo, a Reforma Sanitária é o produto da luta da sociedade por melhores condições de vida, o que inclui o acesso aos serviços de saúde e toda a sua abrangência, e a retomada dos direitos civis e políticos por meio da tão esperada reabertura democrática.

A criação do SUS

A partir da redemocratização em 1985 e a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um dever de todas as esferas de governo, tornando-se um direito fundamental e constitucional para a população. “Dessa forma, pode-se dizer que os direitos sociais são voltados para o ser humano e a coletividade, escapando do viés individualista. Por isso, atingem as pessoas individualmente, embora se destinem à sociedade em geral, e não apenas a uma pessoa ou a um grupo isolado” (PACHECO, 2009, p. 148). Sendo assim, através da Lei nº 8.080/1990 ficou instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), que “é o produto de um longo processo de construção política coletiva conhecida como Reforma Sanitária, direcionada para a modificação das condições de saúde da população brasileira” (NEVES, 2012, p. 01). O SUS compreende a descentralização, integralidade, universalização, equidade e a participação da comunidade como sendo os seus princípios norteadores. Dessa forma, a CF/88

Intitulada por muitos como a ‘Constituição Cidadã’, a Carta Magna de 1988 inscreve-se como um marco na história dos Direitos Sociais, sobretudo no campo da saúde pública brasileira. A inclusão da saúde como um dos três pilares da Seguridade Social vinculou o compromisso legal do Estado com o fornecimento das condições para o desenvolvimento de políticas e estratégias que promovam o exercício da cidadania. O conceito de saúde foi ampliado e associado às políticas sociais e econômicas. A promoção da saúde passou a ser proposta numa abordagem integral através da perspectiva tanto preventiva quanto curativa (NEVES, 2012, p. 02-03).

No Art. 7º da Lei nº 8.080/1990, desenvolvida com base nas premissas estabelecidas pelo Art. 198 da Constituição Federal de 1988, estão descritos os princípios e diretrizes do SUS da seguinte forma:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como 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; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. XIV – organização de atendimento

público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras [...] (BRASIL, Lei nº 8.080, 1990, Cap. II, Art. 7º).

Com viés extremamente democrático e universalizado, a Lei Orgânica do SUS, enquanto direito fundamental, veio a reafirmar a conquista da sociedade civil como um legado da Reforma Sanitária materializada na CF/88:

A Lei nº 8.080/1990 regula, em todo o território nacional, as ações entre serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Assim, como estabelecido na CF/1988, reafirma a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O Estado deve garantir a saúde através da formulação e execução de políticas sociais e econômicas com vistas à redução de doenças e outros agravos, bem como no cumprimento das condições necessárias para assegurar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. No entanto, destaca-se que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (NEVES, 2012, p. 11).

Entretanto, o contexto político brasileiro não facilitou a implantação do SUS, visto que o momento se voltava para a busca de alternativas para a estabilização econômica, que foi seguida de reformas fiscais e estruturais, as quais contrapunham a abrangência de responsabilidades governamentais relacionadas aos direitos recém-adquiridos pela CF/88. O cenário conservador pós-ditadura militar e década de 1990 que se configurou no Brasil estava atrelado diretamente à diminuição da ação do Estado com políticas sociais para que houvesse o equilíbrio monetário e o crescimento econômico. Este “colocou constrangimentos à implantação do SUS, limitando a possibilidade de ampliação dos serviços de saúde para garantir a universalização. Ao se traduzir na redução do gasto público, funcionou como freio objetivo e ideológico à atuação redistributiva do Estado” (MENICUCCI, 2009, p. 1621). Nesse contexto, Fleury destaca que:

[...] a construção do Sistema Único de Saúde, aprovado na Constituição Federal de 1988, ocorreu em um contexto em que a disputa ideológica favoreceu amplamente o projeto neoliberal, reorganizando as relações entre Estado e sociedade em bases distintas daquelas pressupostas pelos formuladores do SUS. Foram retomadas as orientações liberais que propugnam por uma forte redução da presença do Estado, seja na economia seja nas políticas sociais (2009, p. 748).

Para Pires e Demo, “o processo de redemocratização do país foi tardio e encontrou uma conjuntura mundial de crise fiscal dos Estados de bem-estar social, um dos principais fatores de inviabilização das conquistas sociais registradas na Constituição de 1988” (2006, p.

63). Com isso, na década de 1990 houve uma grande diminuição dos investimentos para a implementação do SUS, tanto pela questão da instabilidade econômica, como também pela ineficiência do governo em criar uma estratégia que impulsionasse a sua organização. Assim, o período inicial de funcionamento do SUS ficou marcado pela crise no seu financiamento, e dessa forma, o não cumprimento das suas funções. Como afirmam Paiva e Teixeira:

[...] após a aprovação do SUS e da Lei Orgânica da Saúde (1990), profundas mudanças econômicas, políticas e na esfera pública viriam a ocorrer. Em meio à crise econômica do governo Sarney e dos que o sucederam, desfez-se o otimismo de uma rápida e radical transformação do sistema de saúde, então expresso em nossa carta constitucional. As dificuldades em colocar em prática ações transformadoras que entravam em choque com interesses econômicos de grupos altamente organizados somava-se a complexidade do desafio representado pela implementação de um sistema único de saúde em um país com grandes disparidades regionais (2014, p. 25-26).

Com a nova Carta Constitucional, o Brasil se tornou descentralizado, onde os estados e municípios têm autonomia política e fiscal. Quando se trata de políticas públicas, a União formula e os estados – principalmente – municípios, têm a função de executá-las e gerenciá-las. Para que estados e municípios começassem a auxiliar no processo de implantação, houve a instituição de Normas Operacionais Básicas (NOB) através de portarias ministeriais, sobre os quais ficaria regulamentado o processo voluntário para receber os repasses de verbas do Ministério da Saúde para os fundos municipais e estaduais. Para tanto, os entes estariam sujeitos ao cumprimento de diversas condições e responsabilidades na gestão do SUS:

Na distribuição intergovernamental de funções, a União está encarregada do financiamento e formulação da política nacional de saúde, bem como da coordenação das ações intergovernamentais. Isto significa que o governo federal – isto é, o Ministério da Saúde – tem autoridade para tomar as decisões mais importantes nesta política setorial. Neste caso, as políticas implementadas pelos governos locais são fortemente dependentes das transferências federais e das regras definidas pelo Ministério da Saúde. Em outras palavras, o governo federal dispõe de recursos institucionais para influenciar as escolhas dos governos locais, afetando sua agenda de governo. (ARRETCHE, 2004, p. 22).

Todavia, o arranjo federativo da Constituição de 1988 “instituiu um sistema legal de repartição de receitas que limita a capacidade de gasto do governo federal e, por consequência, sua capacidade de coordenação de políticas”, onde a arrecadação ocorre de maneira desigual entre os entes subnacionais (ARRETCHE, 2004, p. 17). Isso se confirma quando é constatado que “em 22 Estados brasileiros, quanto menor a população do município, maior o seu ganho de receita derivado das transferências constitucionais, vale dizer, maior a

disponibilidade de recursos per capita com liberdade alocativa [...]” (ARRETCHE, 2004, p. 19). Como se verifica:

[...] a maioria dos estados, alguns municípios e o próprio Ministério da Saúde vêm descumprindo os preceitos constitucionais no que se refere às despesas com saúde. Em rápida consulta ao SIOPS (Nota Técnica nº 10/2004), constata-se que 17 (63%) das 27 Unidades Federadas não aplicaram recursos próprios nos percentuais devidos. No que refere aos municípios, porém, vê-se uma situação bem diferente, resultado do processo de descentralização desarticulado do SUS que, de modo geral, sobrecarrega o poder local e contribui para um recuo das esferas estaduais e federais com o financiamento do setor (PIRES; DEMO, 2006, p. 65-66).

Além da responsabilidade acerca dos investimentos e gerenciamento do SUS, estados e municípios podem também exercer a sua participação na formulação das políticas de saúde por meio dos conselhos de representação. Por este motivo, a deliberação sobre as decisões relacionadas à saúde nesses âmbitos não permanece centralizada ao Executivo Federal.

A regulamentação dos *conselhos de saúde*, como parte do arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde (SUS), foi resultado de uma intensa mobilização social que teve início em São Paulo, em meados de 70, ganhando visibilidade nacional no início dos anos 90. De acordo com a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o princípio constitucional da ‘participação da comunidade’ na gestão pública dar-se-ia, no âmbito da saúde, pelas Conferências de Saúde e por meio dessas instâncias políticas, previstas para os três níveis de governo, de caráter permanente e deliberativo, compostas por governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde e usuários (TATAGIBA, 2002, p. 51) [grifo da autora].

Contudo, mesmo com todos os avanços que se sucederam através da institucionalização do SUS, os seguintes autores destacam duas grandes dificuldades encontradas em virtude de que estas acabam por interferir em todo o funcionamento do sistema, as quais sejam: a) o subfinanciamento, que se refere aos “os recursos destinados à operacionalização e ao financiamento do SUS, fica muito aquém de suas necessidades”, e b) as insuficiências da gestão local do SUS, onde a “gestão municipal dos recursos do SUS vem funcionando apenas em parte – sem desconsiderar que os recursos para o SUS são insuficientes” (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012, p. 13-14). Os autores também expõem que, inerente ao problema municipal de gestão de recursos do SUS, existe também “a baixa resolutividade da rede básica de serviços”; a “deficiência na formação dos profissionais de saúde”; e a “deficiência na gestão dos sistemas locais de saúde” que se caracteriza pela insuficiência na disponibilização e acesso aos serviços de saúde de maneira produtiva e baixa capacidade de gerenciamento do trabalho médico (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012, p. 14). Desse modo,

a incapacidade de implantar um modelo integral de atenção à saúde, de reversão da predominância do modelo curativo para um modelo preventivo, a incapacidade das melhorias na gestão do sistema gerar melhorias correspondentes na gestão das unidades, a falta de uma renovação ética nos profissionais do sistema de saúde, a dependência de insumos e medicamentos cujos preços e condições de produção por grandes empresas multinacionais fogem ao controle dos Estados nacionais, e muitos outros mais, são desafios presentes no momento atual da reforma sanitária. (FLEURY, 2009, p. 751).

Diante do exposto, resta transparente que os princípios da universalidade, equidade e integralidade ficam comprometidos em meio às desigualdades sociais e de acesso aos serviços ofertados pelo SUS. Entretanto, luta dos diversos segmentos da sociedade pela reforma sanitária resultou na garantia de um direito fundamental a todos os cidadãos. Mesmo que o SUS não tenha atingido a sua totalidade até o momento – e reconhece-se que há um longo percurso para que isso aconteça –, é a partir deste que milhões de pessoas de todas as camadas sociais obtêm assistência médica e demais benefícios disponibilizados para a saúde no Brasil.

Considerações finais

Com fora evidenciado neste trabalho, em meio à ditadura militar, o cenário de crise política – com um autoritarismo disfarçado de bipartidarismo; de crise econômica – com a abertura da economia ao mercado internacional; de crise social – com a extinção de direitos fundamentais à sociedade e a censura; bem como a crise sanitária – com altos índices de mortalidade infantil, falta de assistência médica aos menos favorecidos e descontrole de endemias, denunciava a incapacidade do regime em montar estratégias para solucionar os problemas da população.

As mobilizações pela redemocratização, por melhores condições sociais e sanitárias foi ganhando força na década de 1970, principalmente com a criação do Cebes e da Abrasco, onde iniciou a luta para que a saúde fosse percebida como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado em provê-la, como viria a acontecer mais tarde, com a Constituição Federal de 1988. Em 1979, no I Simpósio de Política e Saúde da Câmara dos Deputados o Cebes argumentou sobre a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil que fosse universalizado e democrático, onde toda a população recebesse assistência médica e tivesse acesso aos serviços. Após a reabertura democrática, no ano de 1986 aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, reafirmando a importância da constituição de um sistema único descentralizado e respaldado pelo Estado. Assim, com a CF/88, a saúde ficou

assegurada como um direito fundamental aos cidadãos, e em 19 de setembro de 1990 foi instituído o Sistema Único de Saúde como um produto da reforma sanitária e de um período de muita luta por direitos.

De fato, a conjuntura político-econômica dos anos 90 não favoreceu a implantação do SUS, de forma que o sistema entrou em crise por falta de financiamento. Todavia, são inegáveis os grandes avanços oriundos da reforma sanitária e da instituição do SUS, como outros programas e projetos direcionados à área da saúde que foram formulados a partir dos princípios e diretrizes desse sistema único. Ainda que a gestão descentralizada estabelecida pela CF/88, em que estados e municípios ficam responsáveis pela execução do SUS propicie um maior controle e efetividade, as desigualdades sociais e as diferentes arrecadações nas receitas dos governos subnacionais dificultam para que ocorra a universalização da saúde e o acesso aos bens e serviços ofertados.

REFERÊNCIAS:

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, 18(2):17-26, 2004.

BRASIL, Presidência da República, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 02 ago. 2017.

_____, Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 02 ago. 2017.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun, 2009, p.743-752. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013535010>. Acesso em: 3 ago. 2017.

GASPARI, Elio. **A ditadura encurralada**. São Paulo: Companhia de Letras, 2004.

MENDONÇA, Sonia Regina de. As bases do “milagre”. In: MENDONÇA, Sonia Regina de. **História do Brasil recente: 1964-1992**. 5 ed – São Paulo: Ática, 2006.

_____, Sonia Regina de. A crise dos anos 70: o fim do “milagre”. In: MENDONÇA, Sonia Regina de. **História do Brasil recente: 1964-1992**. 5 ed – São Paulo: Ática, 2006.

MENICUCCI, Telma Maria G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(7): 1620-1625, jul. 2009.

NEVES, Ana Vanessa de Medeiros. **Políticas públicas de saúde para concursos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

PACHECO, Júlio César de C. Os direitos sociais e a Constituição de 1988. In: PACHECO, Júlio César de C. **Os direitos sociais e o desenvolvimento emancipatório**: globalização, crise do estado-nação, flexibilização, mandado de injunção, proibição do retrocesso social e outros temas. Passo Fundo: IMED, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIVA, Carlos Henrique A.; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan-mar, 2014, p.15-35. Disponível em: Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386134010002>. Acesso em: 28 jul. 2017.

PIRES, Maria Raquel G.M.; DEMO, Pedro. Políticas de saúde e crise do Estado de bem-estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 56-71, mai-ago, 2006.

REIS, Denizi O.; ARAÚJO, Eliane C.; CECÍLIO, Luiz Carlos O. **Políticas públicas de saúde**: Sistema Único de Saúde. São Paulo: UNIFESP, 2012.

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.