



Este trabalho está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-Compartilhável 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/). Fonte: <http://livros.unb.br/index.php/portal/catalog/book/14> . Acesso em: 06 maio 2019.

REFERRÊNCIA

SHIMIZU, Helena Eri; PEREIRA, Edsaura Maria. Políticas públicas de saúde no Brasil: breve histórico. In: SHIMIZU, Helena Eri; PEREIRA, Márcio Florentino; CARDOSO, António José Costa (Org.). **Política, planejamento e gestão participativa em saúde**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2018. 128 p. DOI: <http://dx.doi.org/10.26512/9788523011345>. Disponível em: <http://livros.unb.br/index.php/portal/catalog/book/14>. Acesso em: 06 maio 2019.

Política, planejamento e gestão participativa em saúde

Helena Shimizu
Márcio Florentino Pereira
Antônio José Costa Cardoso
(Org.)

EDITORA



UnB

CAPÍTULO 1

Políticas públicas de saúde no Brasil: breve histórico

Helena Shimizu

Edsaura Maria Pereira

Introdução

Entende-se como política de saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente (FLEURY, OUVERNEY, 2008; PAIM, 2009).

A política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (*Politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (*Policy*) (SOUZA, 2007; VIANA, BAPTISTA, 2008). Desta feita, inclui tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes. Nessa perspectiva, a análise das políticas de saúde compreende as relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas (VIANA, BAPTISTA, 2008; FLEURY, OUVERNEY, 2008).

Os estudos sobre a política de saúde envolvem o papel do Estado, a relação Estado-sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública. Inclui ainda estudo de sua relação com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento (SOUZA, 2007; VIANA, BAPTISTA, 2008).

Nessa lógica, a política de saúde deve ser compreendida como uma política social, que está sujeita a diversidade de determinantes, políticos, econômicos e sociais.

As políticas sociais

A expressão Política Social se refere à garantia das condições gerais que visam impedir a marginalização social, em qualquer circunstância e, em termos convencionais, circunscrevem-se às necessidades e ao direito à saúde, à educação, ao trabalho, entre outros (FLEURY, OUVENERY, 2008; PAIM, 2009).

O marco da estruturação das Políticas Sociais foi o final da II Guerra Mundial, quando, principalmente na Europa, desenvolveu-se o conceito de bem-estar coletivo, e o surgimento do Estado benfeitor ou Estado protetor, denominado Estado de Bem-Estar Social, ou *Welfare State* (FLEURY, OUVENERY, 2008; PAIM, 2009).

As bases fundamentais para a estruturação do moderno Estado de Bem-Estar Social estão fundadas no Estado Social de Direito, que surgiu em oposição à visão liberal do antigo Estado de Direito (FLEURY, OUVENERY, 2008; PAIM, 2009).

O surgimento do Estado Social de Direito teve como pressuposto um acordo entre posições socialistas e liberais, resultando em uma conformação de cunho mais moderado e reformista, no sentido de adaptar o Estado tradicional (Estado Liberal Burguês) às novas condições existentes no período industrial e pós-industrial.

Assim, o Estado Social buscou abordar, além dos aspectos de bem-estar assegurados pelo Estado, problemas gerais do sistema estatal daquela época, que exigiam um processo de estruturação da sociedade pelo Estado, assim como a estruturação do Estado pela sociedade (FLEURY, OUVENERY, 2008; PAIM, 2009).

Os aspectos assegurados na época pelo Estado democrático liberal eram a liberdade, a igualdade, a propriedade individual, os direitos jurídicos e a participação eleitoral. Dessa forma, o Estado social e democrático os reafirma enquanto direitos formais, que não exigem custo para sua implantação e propõem a conformação dos direitos materiais, que demandam, por outro lado, investimentos econômicos e a redefinição dos gastos públicos destinados aos gastos sociais (FLEURY, OUVÉNEY, 2008; PAIM, 2009).

Esses sistemas de proteção social surgem também pressionados pelo fortalecimento da revolução socialista na União Soviética e pelo crescimento e organização da classe operária e da esquerda. O modelo desenvolvido na Europa parte da reformulação do conceito de seguro social, alicerçado na contribuição dos trabalhadores, para o conceito de seguridade social, onde o Estado assume o compromisso de prover os cidadãos de um nível mínimo de bem-estar.

Partindo de um princípio de justiça, os sistemas de proteção social se constituem pelas políticas públicas de natureza social, onde suas principais funções são: promover proteção para toda a população, realizar políticas redistributivas e satisfazer as necessidades econômicas e não econômicas da nação.

Segundo Fiori (1997), o “Estado de Bem-Estar Social” não deve se ater somente aos campos do direito e das garantias, precisa considerar também de que forma as atividades estatais se articulam com os papéis do mercado e da família, no que se refere à provisão social. O mesmo autor advoga que o Estado de Bem-Estar Social existiu de fato após 1950, quando os interesses de universalização dos serviços sociais se juntaram ao objetivo do pleno emprego que norteou as políticas econômicas nacionais até a década de 1980.

É importante assinalar que uma complexa rede de determinações econômicas, ideológicas e políticas definiu e diferenciou o Estado de Bem-Estar Social, dito contemporâneo, dos sistemas anteriores de organização das políticas sociais governamentais; assim como explicitou as diferenças que separam as várias experiências nacionais de *Welfare State* (FIORI, 1997).

No sentido de estruturar essa diversidade, alguns autores construíram tipologias para aglutinar as diversas experiências em padrões básicos, caracterizados principalmente pela forma de financiamento, pela natureza dos serviços oferecidos, pela importância dada ao setor público, pelo modelo de organização institucional, pela percepção e relação com os sistemas políticos, etc. (FIORI, 1997).

Destaca-se entre essas tipologias a tradicional classificação, que propõe três modelos de política social para os países capitalistas:

- 1) O padrão ou modelo residual, onde a política social só intervém de forma temporária, deixando para a família e para o mercado as principais soluções das demandas pela sobrevivência, ilustrado principalmente pelos Estados Unidos.
- 2) O padrão ou modelo meritocrático-particularista, onde o sistema de *Welfare* intervém somente para corrigir as ações do mercado. Neste modelo, as políticas sociais se subordinam à racionalidade econômica e o Estado só atua em grupos populacionais carentes, como pobres e idosos.
- 3) É o padrão ou modelo institucional redistributivo, voltado para o Estado garantidor da produção e distribuição de bens e serviços sociais, oferecidos a todos os cidadãos, universalmente. Este modelo de proteção social é o que mais aproxima a ideia de direito social ao conceito de cidadania, definido por Estado de Bem-Estar Social (FLEURY, OUVÉNEY, 2008; PAIM, 2009).

Segundo os modelos apresentados anteriormente, as políticas sociais brasileiras até o final da década de 1980 poderiam ser classificadas como residuais e meritocrático-corporativas (PAIM, 2009), não havendo nenhuma correspondência ao Estado de Bem-Estar Social. Essa classificação se justifica pelo caráter não universalista das Políticas Sociais brasileiras dessa época, onde os sujeitos da proteção social eram atrelados ao sistema previdenciário

e o exercício de cidadania era determinado pela participação em categorias com contribuição previdenciária, não se configurando uma cidadania plena, para toda a comunidade nacional.

Por outro lado, os sistemas de proteção social brasileiros, incluindo o sistema nacional de saúde, foram estruturados por demandas geradas pelo processo de industrialização que aqui se formava, numa realidade de escassez orçamentária e limitações políticas. Portanto, as polícias sociais no Brasil, assim como as políticas de saúde, tiveram sua estruturação ancorada em um conceito de cidadania regulada.

Busca-se apresentar, a seguir, um breve histórico das políticas de saúde no Brasil, com a finalidade de demonstrar os ideários ou matrizes do pensamento em saúde, como objeto de disputa social nos diversos momentos.

Primeira reforma sanitária brasileira

Um forte movimento sanitarista marcou o início do século XX no Brasil. Nesse contexto, várias doenças endêmicas e epidêmicas, como a varíola, a malária, a peste e a febre amarela, assolavam o país. O Brasil era caracterizado, nesse período, como um “vasto hospital” (SANTOS, 1985). Essa realidade ameaçava os interesses comerciais agroexportadores do país e incidia diretamente sobre a vida da população, além de comprometer as relações comerciais do Brasil com outros países. A situação resultou nas ações de saneamento dirigidas aos portos, que eram os espaços de circulação de mercadorias e de chegada dos imigrantes, mão de obra decisiva para a cultura cafeeira, na época.

No plano político, se desenvolvia um Estado capitalista, fortemente assentado no domínio oligárquico, como desígnios da República que se afirmava. Com essa organização, dois atores políticos emergiam no cenário político: os coronéis e os bacharéis, numa relação em que os primeiros definiam as políticas, e os segundos as sustentavam como defensores que eram da elite que se formava.

As políticas de saúde nesse contexto visavam erradicar ou controlar as doenças que poderiam prejudicar o modelo agroexportador do Brasil e os interesses particulares das elites (MENDES, 1999). Segundo Hochaman (1993), para outros, a forma como eram enfrentados os problemas de saúde vinculava-se a um novo projeto oligárquico de sociedade, mais amplo e complexo, caracterizado por distinguir, de um lado o Estado e as elites estatais (que sustentavam este projeto), e de outro as elites societais.

Ademais, os movimentos por saúde durante a República Oligárquica representavam a expressão dos projetos nacionalistas, integrados à modernidade proveniente da Europa e dos Estados Unidos, intensificados após a Primeira Guerra Mundial. Para essa corrente de pensamento, um Brasil moderno era um Brasil europeizado, no qual as conquistas civilizatórias estariam associadas ao progresso das cidades.

Na academia e nas instituições de pesquisa, formavam-se profissionais, principalmente médicos, orientados pelo paradigma da bacteriologia, praticados na França e na Alemanha. Dessa concepção centrada no combate às epidemias das cidades surgem duas grandes instituições de pesquisa de saúde no Brasil: o Instituto Soroterápico Federal, atual fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, e o Instituto Butantã, em São Paulo.

Surgem assim os higienistas sanitaristas, que exercem forte influência na produção de conhecimentos, centrados nas concepções sobre as doenças transmissíveis e na constituição de um setor público de saúde que tinha como meta estratégica a proposta de ações coletivas de saúde, focadas, principalmente, no saneamento (MEHRY, 1992).

As políticas propostas por esses profissionais, liderados na época (1904) pelo sanitarista Oswaldo Cruz, reforçavam o fortalecimento da autoridade estatal e do papel do governo federal. A “grande cruzada” contra as doenças no Rio de Janeiro, que incluía a vacinação obrigatória, aliada às ações das autoridades na época, em prol da urbanização da cidade, com a abertura de largas

avenidas, demolição de casas ditas insalubres e a expulsão de seus moradores, fez surgir uma das revoltas populares mais importantes no Brasil, a Revolta da Vacina. Esse movimento, composto principalmente pela população pobre, além de combater a vacinação compulsória e a reforma urbana, denunciava as precárias condições de vida da população (CHIOZZINI, 2005).

Em meio a esse contexto, duas correntes de pensamento nacionalista se configuravam: uma voltada para o crescimento e o progresso das cidades, e outra que buscava a integração do interior do país ao projeto de construção nacional. Esta última corrente teve forte influência no posicionamento dos sanitaristas da época que, sensibilizados pelas condições de saúde da população, principalmente a rural, passaram a pensar o país e seus problemas, considerando o descaso do poder público como um entrave aos avanços civilizatórios.

Assim, o movimento sanitário da Primeira República, conhecida como a Era do Saneamento, propiciou uma grande contribuição à construção do projeto ideológico de nacionalidade (SANTOS, 1985). Estava claro para esses profissionais de saúde que o atraso do Brasil se devia às doenças e não ao determinismo biológico.

Esse pensamento impactou sobremaneira a percepção do Estado nacional como responsável pelas políticas de saúde. Destaca-se como conquista nesse período a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005) como base para a estruturação da burocracia na saúde, configurando um sistema, ainda incipiente, marcado pela concentração e verticalização do governo federal.

A cidadania regulada: a previdência social no Brasil

Após 1930, outro projeto político é estruturado no país. O governo Vargas marcou, sobremaneira, a configuração das políticas sociais no Brasil com a estruturação do arcabouço jurídico e administrativo do sistema de

proteção social diretamente vinculado ao projeto político de industrialização e modernização do país.

Com o fim das oligarquias, uma ampla reforma administrativa e política ocorreu no país por meio da nova Constituição de 1934 e da ditadura de Vargas, imposta pelo Estado Novo. Iniciou-se um período de grande centralização e maior participação estatal nas políticas públicas, que se caracterizavam por feições eminentemente populistas, capitaneadas por ações que visavam, antes de tudo, cooptar os trabalhadores que avançavam na sua organização, em detrimento das políticas que respondessem aos problemas estruturais da vida daquela população (LIMA, 2006; OLIVEIRA; SOUZA, 1997).

Nessa época, aconteceu a transição da política social compensatória, iniciada em 1923 por meio da Lei Eloy Chaves, que criou as caixas de aposentadorias e pensões como medidas remediais, compensando, minimamente, a má distribuição de benefícios regulada pelo mercado e por processos acumulativos. O Estado era cofinanciador da previdência, juntamente com os empregados e empregadores. Essa nova estruturação do padrão estatal culminou com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, que se caracterizavam por uma forte estrutura administrativa.

Para Santos (1998), essas instâncias foram o germe da burocracia estatal no setor público, sobre o que, no campo da saúde, Mendes (1999, p. 21) destaca:

Neste período instala-se na previdência social, um seleto grupo de tecnocratas, os denominados cardeais do IAP, portadores de uma teoria do seguro social e que viriam a dar os rumos do projeto de saúde hegemônico até o início dos anos 1980.

Para esses tecnocratas, a cidadania só era conferida aos trabalhadores que ocupavam um lugar no processo produtivo por meio de uma profissão reconhecida por lei e que contribuía com a previdência (SANTOS, 1998).

Retoma-se, aqui, o conceito de cidadania regulada para melhor elucidar a política econômica social pós 1930. Para Santos (1998), por cidadania regulada entende-se “o conceito de cidadania, cujas raízes encontram-se não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por normas legais” (SANTOS, 1998, p.103).

Todos os cidadãos, cuja ocupação a lei desconhece, são pré-cidadãos, como por exemplo, os trabalhadores rurais e os urbanos que não tinham ocupações reconhecidas por lei.

Dessa forma, a cidadania regulada, a partir da década de 1930 era a definidora do sistema de controle sindical e de distribuição dos benefícios previdenciários e de assistência médica, de caráter compensatório (SANTOS, 1998). Sempre que os conflitos colocassem em risco a segurança das elites, o Estado intervinha e regulava. Essa realidade era, também, vivenciada nas lutas por saúde, cujo caráter corporativo se subordinava à lógica da burocracia estatal e da burocracia sindical.

A democracia na saúde: início das mudanças

A partir de 1945, com o fim do governo Vargas, o país experimenta 19 anos de democracia, com a restauração dos poderes republicanos, disputas político-partidárias e eleições livres. O campo da saúde, nas décadas de 1940 e 1950, se beneficiou desse ambiente democrático, e alguns avanços foram conquistados, principalmente na saúde pública. Destacam-se os debates em torno da aproximação da saúde com o tema do desenvolvimento econômico e social e o aumento da pressão, por expansão, dos benefícios previdenciários, ocasionados pelo crescimento da massa de trabalhadores urbanos e da sua força política organizada.

Marco importante desse período foi a criação do Ministério da Saúde, em 1953, que influenciou a reorganização do Departamento Nacional de

Endemias Rurais (DNERU), em 1956, e a realização de campanhas de combate à hanseníase e outras endemias.

No entanto, prevalecia, na época, a lógica restrita da produção capitalista em que, na relação saúde-desenvolvimento, a primeira era condição para a segunda. Além disso, no aspecto estrutural, permanecia a separação entre saúde pública, ligada ao Ministério da Saúde e voltada às ações verticalizadas e centralizadas no combate às doenças específicas, e assistência médica, realizada pelo sistema previdenciário de cunho corporativo, orientado para o atendimento individual (LIMA, 2006).

Em que pesem as posições oficiais sustentarem uma abordagem limitada na associação da saúde e desenvolvimento, em que hegemonicamente prevalecia a concepção campanhista, dirigida verticalmente e imposta de fora, o movimento sanitarista aprofundava os debates sobre as relações causais e as estratégias institucionais e políticas para o enfrentamento dos problemas de saúde e do subdesenvolvimento do país (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Crescia a opinião de que as campanhas vinculadas à promoção de condições básicas de infraestrutura sanitária deveriam se estruturar de forma horizontal e direcionadas ao conjunto das doenças.

Assim, novas propostas de mudanças foram introduzidas no debate nacional sobre saúde, pelos sanitaristas desenvolvimentistas, que propugnavam que, ao contrário do discurso oficial da época, o desenvolvimento econômico-social levaria à melhoria das condições de saúde e de vida da população.

Marco desse debate foi a III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, que se caracterizou pela disputa de distintos projetos políticos sanitários “acirrada, no final do período democrático, com a radicalização das lutas por reformas sociais” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005). Nesse evento, questões como as responsabilidades dos entes federados, a situação da realidade sanitária brasileira e a necessidade da municipalização das ações foram debatidas (LABRA, 2005), numa perspectiva de articulação com as “reformas sociais de base”.

Resultou desse movimento a configuração de dois campos ideológicos distintos na saúde pública: um de caráter conservador-modernizador, que defendia a manutenção de privilégios, e outro transformador, que lutava pela ampliação dos direitos sociais, dentre eles, a saúde. No entanto, esse movimento de cunho transformador foi interrompido pelo golpe militar de 1964, prevalecendo uma política de saúde que manteve a separação institucional entre assistência médica previdenciária e saúde pública, com a nítida priorização de investimentos e gastos em prol da medicina previdenciária.

A derrota da proposta transformadora

Com o golpe militar de 1964, as condições políticas para a hegemonização do projeto privatizante e medicalizante ganharam força. A política adotada pelos governos militares, que durou até a metade da década de 1970, consistia no favorecimento do setor privado, realizado por meio de compras de serviços médicos, de subsídios e apoio aos investimentos no setor (PAIM, 2005).

Explicita-se nesse período a consolidação de um bloco dirigente orgânico na saúde, de orientação capitalista (MERHY, 1997), configurando-se em uma nova ordenação entre o Estado capitalista e o conjunto das classes sociais.

O padrão de estruturação do setor de saúde pautava-se nas políticas econômicas orientadas pela coalizão internacional, que associava o capital monopolista internacional ao grande capital nacional e estatal, ampliando o papel regulador do Estado.

A estratégia dominante, de 1960 a 1970, foi a de expansão dos serviços médicos hospitalares, a contratação de produtores de serviços médico-hospitalares privados, visando, assim, o sucateamento dos serviços hospitalares próprios, prevalecendo os interesses capitalistas do setor. No aspecto da assistência, ocorreu a expansão de unidades hospitalares e de leitos com finalidade lucrativa, geralmente com financiamento público. A esses hospitais, cabiam os procedimentos mais

simples, rápidos, baratos e mais lucrativos; aos públicos restavam os atendimentos mais complexos e mais onerosos (PAIM, 2005).

Essa política gerou, também, a concentração da assistência hospitalar em grandes centros, com notória desigualdade na distribuição de serviços e leitos, ocasionando os vazios assistenciais, realidade essa observada até os dias atuais (MENDES, 1999).

No aspecto político e administrativo, e como consequência da repressão e da desmobilização das organizações civis, o governo militar criou a tecnoburocracia estatal como um suporte constituído pela sociedade civil, tutelado pelo Estado e orientado para a elaboração de novos paradigmas sociais para o regime que se afirmava. Paralelo a isso, a centralização da previdência social, com o fim dos IAP e a estruturação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, teve como objetivo aumentar do poder regulatório do Estado sobre os cidadãos e reforçar medidas no sentido de excluir a classe trabalhadora, organizada como força política (LIMA, 2006), antes permitida na vigência das Caps e IAP (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985; MENDES, 1993).

Com essa nova orientação política, configurada em uma situação de estabilidade autoritária no país, cria-se e consolida-se o “complexo previdenciário médico-industrial”, moldando a política de saúde aos interesses empresariais e da tecnoburocracia, alijando de vez os trabalhadores do processo decisório.

Na década de 1970, outra medida é tomada no sentido de fortalecer a concepção estatista-privatista: a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), do qual fazia parte o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), e que manteve no setor da saúde a estratégia de compra de serviços do setor privado (CARVALHO; GOULART, 1998).

O resultado desse modelo excludente foi a capitalização crescente do setor privado, ancorada em fatores ideológicos como: o biologismo, que preconizava a predominância biológica das doenças; o individualismo, que considerava o indivíduo como o objeto da prática da saúde em detrimento dos

aspectos sociais; e o especialismo, que aprofundava o conhecimento específico em prejuízo ao conhecimento da totalidade do sujeito (MENDES, 1999).

No entanto, a precariedade do sistema de saúde e de toda a área social do país dava sinais de esgotamento, no final da década de 1970, comprometendo a legitimidade do sistema. Os indicadores de saúde pioravam significativamente, aliados à insuficiência e ineficácia dos serviços de saúde que buscavam solucionar os problemas de saúde coletiva, como as endemias e as epidemias (RONCALLI et al., 2003; LIMA, 2006).

Assim, como consequência dessa grave situação, os movimentos sociais foram intensificados, e cresceram as pressões para a mudança do padrão discriminatório das políticas sociais no Brasil. Surgem reações por parte do governo no sentido de minimizar os efeitos da política excludente, até então praticada. No governo Geisel, entre 1974 e 1979, ocorre uma expansão na cobertura dos serviços previdenciários e de saúde (LUZ, 1991; MENDES, 1993).

Amplia-se, igualmente, o movimento dos profissionais de saúde, de intelectuais da saúde coletiva, da população e de parlamentares na luta por mudanças no modelo da saúde.

Surgem assim, no bojo dessa intensa luta política, correntes de pensamento que defendiam projetos distintos. Merhy (1997) identifica três correntes críticas que disputavam modelos e propostas tecnológicas e assistenciais diversificadas.

O primeiro projeto ou frente, de cunho conservador, defendia a privatização total da assistência médica e responsabilizava o Estado pelas ações de saúde pública. Nesse projeto, a organização dos serviços era realizada pela lógica do mercado, tendo como eixo tecnológico a assistência médica.

O segundo projeto, classificado por Merhy (1997) como reformador, formulava que o sistema de saúde era irracional em termos de gastos e benefícios e defendia um conjunto de reformas no sentido de torná-lo mais adequado às necessidades da população. Pautava-se em conceitos de planejamento de saúde, com propostas descentralizantes, buscando uma visão sistêmica do

modelo, e considerava a necessidade da organização dos serviços de forma unificada, independentemente da sua natureza jurídica (pública ou privada).

A terceira frente, destacada por Merhy (1997), propunha uma perspectiva transformadora, tendo como premissas a democratização do poder político e a socialização dos benefícios. Esse movimento ganhou força no final dos anos de 1970 e apontava necessidade de mudanças estruturais na relação Estado-sociedade, tendo como centro a efetivação do controle da sociedade sobre as ações do Estado.

O movimento estruturou as bases para o movimento da reforma sanitária brasileira, cujo marco se deu em 1979, durante o Simpósio Nacional de Política de Saúde, coordenado pela comissão de saúde da Câmara dos Deputados. Nesse evento, foi apresentado pelo Centro de Estudos Brasileiros em Saúde (Cebes) um documento intitulado *A questão democrática na área da saúde*, tido como norteador dos movimentos pela saúde durante os anos de 1970 e 1980.

Esse documento caracteriza as políticas de saúde vigentes como: política que substitui a voz da população pela sabedoria dos tecnocratas e pelas pressões dos diversos setores empresariais; política de saúde que acompanha em seu traçado as linhas gerais do posicionamento socioeconômico do governo-privatizante, empresarial e concentradora de renda, marginalizando cerca de 70% da população dos benefícios materiais e culturais, do crescimento econômico;

política de saúde, enfim, que esquece as necessidades reais da população e se norteia exclusivamente pelos interesses da minoria constituída e confirmada pelos donos das empresas médicas e gestores da indústria da saúde em geral (CEBES, 1997, p. 47).

Assim, a Reforma Sanitária provém dessa árdua luta em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde para o Brasil. Sua consolidação se deu na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e sua institucionalização em 1988, quando as propostas de

organização de Sistema Único de Saúde (SUS) foram acolhidas pelos deputados constituintes e inseridas na Constituição Federal.

Vinte e dois anos depois da implementação do SUS, vale retomar alguns pontos sobre o direito à saúde no relatório final da VIII Conferência, haja vista a atualidade das suas proposições:

- A saúde é, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.
- A saúde define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.
- O Estado deve assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas sociais e econômicas, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.
- Desse conceito amplo de saúde e dessa noção de direito como conquista social emerge a ideia de que o pleno exercício do direito à saúde implica garantir participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; direito à liberdade, à livre organização e expressão; acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.

Referências

CARVALHO, A. I.; GOULART, F. A. A. (Org.). *Gestão de saúde*: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; Brasília: UnB, 1998.

CEBES. Centro de Estudos Brasileiros em Saúde. *A questão democrática na área da saúde*. 1997.

CHIOZZINI, D. Revolta da Vacina: a saúde pública e um novo projeto sociedade. *Revista ComCiência*. Disponível em: <www.comciencia.br/reports/2005/6/6_impr.shtml>. Acesso em: 23 fev. 2010.

FIORI, J. L. Estado do bem-estar social: padrões e crises. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, July/Dec. 1997.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-69.

HOCHMAN, G. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Estudos históricos*, 1993.

LIMA, J. C. de. História das lutas sociais por saúde no Brasil. *Trabalho Necessário*, ano 4, n. 4, 2006.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T (Org.). *Saúde e democracia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 353-384.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N.T. et al. (Org.). *Saúde e democracia*: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”, anos 80. *Physis*, v. 1, n. 1, 1991.

MENDES, E. V. *As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a construção da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1993.

_____. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1999.

MERHY, E. E. *A saúde pública como política: São Paulo, 1920-1948 – os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais*. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

OLIVEIRA, A. G. R. C.; SOUZA, E. C. F. *A saúde no Brasil: trajetória de uma política institucional*. In: UFRN. Curso de mestrado em Odontologia Social. UFRN Odontologia preventiva e social, textos selecionados. Natal: EDDUFRN, 1997. cap. 8, p. 114-121.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (Im) *Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes-Abrasco, 1985.

PAIM, J. S. *Desafios para Saúde Coletiva no século XXI*. Salvador: UDUFBA, 2005.

_____. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

RONCALLI, A. G. et al. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. et al. (Org.). *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 28-49.

SANTOS, W. G. *Décadas de espanto e uma apologia democrática*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

SANTOS, L. A. C. O pensamento sanitaria na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. Dados. *Revista de Ciências Sociais*, 1985.

SOUZA, C. Estado da Arte em Políticas Públicas. In: HOCHMAN G., ARRETCHE, M.; MARQUES, E. *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 65-122.

VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA et al. (Org.). In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 65-105.