

SAÚDE E DEMOCRACIA: História e perspectiva do SUS

Agustín Carignani¹
Kátiuscia Oliveira²
Max Alves³
Regina A. Cruz⁴
Roberta de Freitas Campos⁵

RESUMO:

Este artigo analisa o contexto do período no qual foram desenvolvidas as bases do movimento sanitário brasileiro. Primeiramente, realizou-se a caracterização de alguns dos problemas entre o governo e a sociedade no que tange à saúde. A situação político-social da época tem sua relevância destacada, haja vista que, em grande parte da evolução do movimento, a ditadura esteve em pleno vigor. O regime autoritário dificultou, mas não foi suficiente o bastante para impedir o deslançar de um movimento que, além de ir às ruas clamar pelo serviço de saúde que desejava, também se organizou e adentrou a máquina estatal para implementar, ele próprio, suas políticas públicas sanitárias. Por fim, o resultado da Reforma Sanitária foi colhido na VIII Conferência Nacional de Saúde e, pouco depois, consolidado por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988.

Palavras-chave:

Direito à saúde; bases do movimento sanitário; projetos do movimento sanitário; implementação de políticas públicas sanitárias; reforma sanitária.

RESUMEN:

El presente artículo analiza el contexto del período de tiempo en el cual se desarrollaron las bases del movimiento sanitario moderno. En primer lugar, se realizó la caracterización de alguno de los problemas entre el gobierno y la sociedad en lo que corresponde a la salud. La situación política y social de la época tiene su relevancia destacada, tomando en vista que en gran parte de la evolución del movimiento, la dictadura estuvo en pleno vigor. El régimen autoritario dificultó el proceso, sin embargo, no fue suficiente para impedirlo, movimiento el cual además de manifestarse desde la calle para reclamar los servicios de salud que procuraban, se organizó asimismo desde dentro de la máquina estatal para implementar él mismo, sus políticas públicas sanitarias. Finalmente, el resultado de la Reforma Sanitaria fue plasmado en la VIII Conferencia Nacional de Salud, y poco después, consolidado por medio de la promulgación de la Constitución Federal de 1988.

¹ Advogado na Argentina. Pesquisador no Programa de Direito Sanitário da FIOCRUZ-Brasília. Especialista em Direito Individual do Trabalho pela Universidad 3 de Febrero (Buenos Aires), Especialista em Direito à Saúde pela Universidade Nacional de Córdoba (Córdoba), Pós-graduando em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

² Fonoaudióloga. Pós-graduanda em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

³ Advogado. Pós-graduando em Direito Processual Civil pelo IDP. Pós-graduando em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

⁴ Advogada. Graduada em Direito pela PUC-MG. Especialista em Direito Público. Professora de Direito Constitucional. Pós-graduanda em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

⁵ Advogada no Brasil e Espanha. Consultora da OPAS/OMS no Brasil. Mestrado em Direito Internacional e Relações Internacionais pela Universidade de Sevilla-Espanha e Pós-graduanda em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Palavra-Chave (espanhol): Derecho a la Salud; Bases Del Movimiento Sanitario; Proyectos Del Movimiewnto Sanitario; Implementación de Políticas Públicas; Reforma Sanitaria.

Sumário: 1 Introdução. 2 Conjuntura político-social brasileira. 3 Caracterização dos problemas. 4 Novos contextos para a Reforma Sanitária. 5 Os projetos do movimento sanitário. 6 A VIII Conferência Nacional de Saúde. 7 Conclusão. 8 Referências

1 Introdução

O presente artigo tem o objetivo de uma análise histórica do Processo da Reforma Sanitária Brasileira, a partir do texto “As origens da Reforma Sanitária e do SUS (ESCOREL, 2005)” do livro “SAÚDE E DEMOCRACIA: Historia e Perspectiva do SUS” publicado pela editoria Fiocruz no Rio de Janeiro do ano 2005, organizado por Nísia Trindade Lima [*et al*]. O estudo terá como texto base o designado *supra*, ademais de outros textos que foram escolhidos pelos autores, bem como entrevistas concedidas por atores que participaram do Movimento. Consideramos importante destacar que, será respeitada a estrutura do texto original aos fins de manter uma análise ordenada.

O artigo apresentará os principais eventos que, na situação político-social analisada, colaboraram com o processo de origem do Sistema Único da Saúde (SUS). A análise tem início em meados dos anos 70, em plena ditadura militar, até a incorporação do novo sistema de saúde nos anos 90, durante o governo democrático.

2 Conjuntura político-social brasileira

O presente artigo analisa o processo de Reforma Sanitária Brasileira, a partir do golpe militar do ano 1964, que permaneceu até 1985 (GASPARETO, 2012), o qual vem a abreviar o confronto político entre duas forças civis; uma conservadora e outra progressista. O golpe tinha em mira duas alegações básicas: a primeira delas foi restaurar a ordem social e política, a segunda, recolocar a economia nos eixos.

Essas alegações seriam obtidas mediante a restauração da ordem pela repressão e supressão dos canais de comunicação, e a progressiva exclusão econômica de grande parcela da população.

O modelo instaurado pelo regime militar em 1964 exacerbou a relação assimétrica de poder do Estado com a sociedade. Caracterizou-se pela forte perseguição dos “inimigos” e a instauração de uma democracia representativa de fachada (VICENTE, 2006).

Neste marco histórico que apresentava o Brasil, com as terríveis perseguições políticas a distintos grupos, como por exemplo: Confederação geral do Trabalho (CGT), União Nacional dos Estudantes (UNE), a Juventude Universitária Católica (JUC) e Ação Popular (AP) (CASTRO, 2012), foram extintos todos os partidos políticos, instituindo-se o bipartidarismo mediante o Ato Institucional Nº 2 (AMORIM, 2012). O bipartidarismo estava composto pelo Movimento Democrático Brasileiro (MDB) e Aliança Renovadora Nacional (ARENA), assumindo o MDB o papel do partido da oposição consentida (PEREYRA, 2012) – destinado a reunir as correntes opositoras- e ARENA o partido oficial do governo.

Pelo Ato Institucional Nº 4, o Congresso Nacional foi convocado para se reunir extraordinariamente para a discussão, votação e promulgação do projeto de Constituição apresentado pelo Presidente da República (BRASIL, 1966). Em pleno governo militar, a Constituição promulgada já tinha prevista normativa sobre a saúde em seu artigo 8º.

Em 1967 se edita o Ato Institucional Nº 5, conhecido como o mais cruel de seus Atos Institucionais, que entrou em vigor em dezembro de 1968, este era o mais abrangente e autoritário de todos, e na prática revogou os dispositivos constitucionais de 1967 (BRASIL, 1967).

Nesse mesmo ano, foi promulgada uma nova Constituição Federal que dentre seus artigos definiu como competência da União estabelecer planos nacionais de educação e de saúde (art. 8º, XIV) e legislar nos casos de Normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; de regime penitenciário.

Em 1969, o poder foi entregue a uma Junta Militar e finalmente quem assumiu o poder foi o General Emilio G. Médici, impedindo dessa maneira a passagem do comando ao vice-presidente Pedro Aleixo.

Segundo Escorel, esse período de 1968 até 1974 foi conhecido como o *boom* de crescimento econômico, com a taxa média de 10,9% ao ano. Caracterizou-se também pelo desigual reparto dos benefícios econômicos deixando de fora pelo menos mais da metade da população economicamente ativa, a qual estava fora do mercado de trabalho formal (ESCOREL et al, 2005c, p.60).

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) se caracterizava pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da crescente mercantilização da saúde.

Nesse período as contribuições previdenciárias foram concentradas no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), novo órgão instituído a partir dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que passou a organizar os benefícios das pensões, aposentadorias e a assistência médica apenas dos trabalhadores formais, que representavam aproximadamente 1/3 (um terço) dos trabalhadores, e repelia todos os trabalhadores rurais.

Durante o regime militar, criou-se uma mega-estrutura para a Previdência Social, representando, de forma clara e inconfundível, a vinculação com interesses de capital nacional e estrangeiro. O Estado, quando aumentado seu poder centralizador em duas grandes frentes: econômica e política, passou a ser o grande gerenciador do sistema de seguro social. Na frente política, conseguiu seu objetivo quando aboliu a participação dos usuários na gestão da previdência social, aumentando mais ainda seu controle sobre o sistema.

3 Caracterização dos problemas

Nos anos 70, sob o regime militar, o Brasil apresentou um dos maiores índices de crescimento econômico do mundo, mas as melhorias na qualidade de vida beneficiaram apenas os setores mais privilegiados da população (PAIM, 2011). No âmbito da saúde, governo e sociedade questionavam a associação entre o crescimento econômico obtido nos anos do ‘milagre’⁶ e também o caos do setor. A saúde pública neste período era ineficiente e conservadora. De acordo com ESCOREL (2005) as péssimas condições de vida resultaram em altas taxas de mortalidade, reflexo da carência de recursos, apenas 2% do PIB, além do que as campanhas de baixa eficácia não contribuía para melhorar a situação.

Desta forma, pode se dizer que a Reforma Sanitária brasileira, enquanto reforma social concebida e desencadeada em um momento de crise de hegemonia, defendia a democratização do Estado e da sociedade. As reformas estabelecidas pelo governo resultaram no crescimento de um sistema de saúde predominantemente privado, sobretudo nos centros urbanos, seguido por uma maior cobertura que incluía a extensão da previdência social também aos trabalhadores rurais (PAIM, 2011).

⁶ Anos do milagre foi a época compreendida entre 1969 a 1973, período de maior crescimento da história da economia brasileira.

Esta expansão da assistência médica financiada pela Previdência Social ocorreu graças ao maior orçamento de sua história, o que acabou por gerar corrupção em função de que os serviços médicos eram prestados por empresas privadas e pagos por Unidade de Serviços. Esta corrupção era percebida no mau uso dos recursos liberados pelo governo para reformar e construir hospitais privados, além do fato de que sindicatos e instituições filantrópicas ofereciam assistência de saúde a trabalhadores rurais.

Ainda no governo Médici, o desgaste do modelo político, as consequências sociais da concentração de riqueza, a vulnerabilidade do país às crises internacionais e a perda do poder aquisitivo do salário mínimo associada ao êxodo rural rebaixaram as condições de vida da população. Em 1974, a classe média urbana e os setores mais empobrecidos da população deixaram de apoiar o regime militar. As pesquisas mostravam os efeitos maléficos do modelo de desenvolvimento adotado no país para a qualidade da saúde e os movimentos sociais denunciaram a situação caótica da saúde pública. (SCOREL, 2005).

Como o desenvolvimento urbano e industrial do Brasil pós década de 60 acarretou um impacto significativo nos serviços públicos, nas condições saúde de habitação e trabalho, “esse quadro suscitou os debates sobre as políticas de saúde nas décadas de 1960 e 1970, intensificando os estudos sobre pobreza urbana e suas relações com temáticas sanitárias”. (LIMA, 2002, p.80)

Os subsídios às empresas privadas para a oferta de assistência médica a seus empregados foram substituídos por descontos no imposto de renda levando à proliferação de planos de saúde privados. A ampliação da cobertura da Previdência Social e existência de um mercado de saúde baseado em pagamentos a prestadores do setor privado deram origem a uma crise de financiamento na previdência. Junto com a recessão econômica dos anos 80, tornaram-se fatores importantes para que ocorresse a reforma (PAIM, 2011).

4 Novos contextos para a Reforma Sanitária

No tocante às bases do movimento sanitário, os Departamentos de Medicina Preventiva – DMP – tiveram um papel fundamental. Por meio dos DMP foi possível a

transformação do currículo das faculdades, para que houvesse uma maior sincronia entre as necessidades sociais e o que se ensinava aos novos médicos⁷.

Desde a década de 60, a OPAS/OMS, começou a difundir o modelo de medicina preventiva na América Latina. Com uma proposta de reformular o ensino médico, a Organização apoiou o surgimento de departamentos de Medicina Preventiva no Brasil⁸. Uma das implicações desse processo foi à incorporação de cientistas sociais aos quadros docentes dessas instituições.

Esse processo levou a uma mudança de pensamento dos médicos da época, aportando novos conceitos de profunda importância na construção de bases ideológicas e conceituais para as políticas públicas, atentas às realidades sociais e os anseios da população, destaca-se, também, a produção doutrinária realizada por seus partidários, fundamental para a divulgação dos ideais do movimento sanitário.

Diante da insatisfação de diversas camadas da sociedade, conforme comentado anteriormente, o movimento sanitário se uniu a outros grupos sociais, a fim de obter uma maior força para a prática política de seus ideais.

Desta forma, pressionado por esses grupos, o governo criou novos órgãos com a finalidade de estimular o desenvolvimento das políticas públicas sociais. Esses espaços institucionais foram ocupados por técnicos ligados ao movimento sanitário, que apesar de não possuírem o mesmo pensamento ditado pelo regime, detinham capacidade técnica e conhecimento para desenvolver as políticas a serem implementadas.

A partir daquele momento, o movimento sanitário deixou de apenas requerer seus interesses de forma externa e passou, diretamente, a efetivar a aplicação das políticas idealizadas por meio de seus membros.

O movimento pela Reforma Sanitária teve suas raízes em profissionais da saúde que, de posse de diversos estudos feitos por intelectuais ligados à área de saúde, passaram a criticar o modelo vigente e propor alternativas para a sua reestruturação. À medida que o processo de abertura política se ampliava, com a oposição tendo vitórias significativas nas eleições

⁷ A aprovação de uma lei nacional que determinou a inclusão da matéria em todas as faculdades em 1968 trouxe uma verdadeira integração no interior da escola médica, que levou ao questionamento sobre as determinações sociais que interferiam nas relações entre o setor saúde e a população (SCOREL, 2005).

⁸ Através da institucionalização da abordagem da medicina social, principalmente nos Departamentos de Medicina Preventiva da Universidade de Campinas (UNICAMP) e da Universidade de São Paulo (USP), além do Instituto de Medicina Social da UERJ e pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

parlamentares, o movimento foi se ampliando e a ele foram se incorporando lideranças políticas, sindicais e populares, bem como parlamentares interessados na causa.

Jose Paranaguá de Santana, em entrevista concedida, com exclusividade, para a elaboração desse trabalho, comenta sobre sua experiência e convivência com os referenciais, elencados por Escorel (ESCOREL, 2005), de forma muito intensa e valiosa em sua vida como sanitarista e participante da Reforma Sanitária:

1. Setor Saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (CNRH/IPEA);

A criação do próprio IPEA, durante o governo Médice, representa um marco pelo movimento da distensão do Regime Ditatorial, com criação de políticas de caráter social. O diretor do IPEA na época, Eduardo Kértész, estimulou a criação do CNRH, coordenado por Sergio Piola e Solón Magalhães (SANTANA, 2012).

2. Financiadora de Estudos e Projetos (Finep)

A Finep que já existia nesse momento, enfatizou o financiamento de projetos na área acadêmica, de estudos e projetos de desenvolvimento social, inclusive na área de saúde pública, tais como força de trabalho, medicina preventiva, etc.

“A equipe de saúde da FINEP eram membros do CEBES no Rio de Janeiro, em São Paulo” tais como “Fernando Skoa, um médico sanitarista, e um dos pioneiros da área de saúde do trabalhador, com uma nova concepção da saúde do trabalhador como parte do processo de inserção do homem na produção e na sociedade” (SANTANA, 2012).

3. Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Organização Pan-americana da saúde (PPREPS/OPAS).

O PPREPS foi criado em 1975 por convênio entre o governo brasileiro e a OPAS/OMS⁹, de 1975 a 1978, e desenvolveu projetos de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos com as secretarias estaduais de saúde, de integração docente assistencial, a cargo de universidades e de tecnologia social.

Dessa forma, o PPREPS apresentava como propósito:

⁹ A partir de um acordo complementar ao celebrado a 14 de novembro de 1973 entre o governo do Brasil, através do Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura, para o desenvolvimento de um programa de recursos humanos para a saúde no Brasil.

adequar progressivamente à formação de Recursos Humanos para a saúde com os requerimentos de um sistema de saúde com cobertura máxima possível e integral, regionalizada e de assistência progressiva de acordo com as necessidades das populações respectivas e as possibilidades das diversas realidades que o país apresenta" (MS/MEC/OPAS, PPREPS, 1976, p.5).

José Paranaguá acrescenta, ainda, como fatores ou elementos que contribuíram para o fortalecimento das ideias e o surgimento da Reforma Sanitária Brasileira, a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), como iniciativa própria dos movimentos sociais e dos profissionais da saúde pública envolvidos nos cursos de medicina, materno infantil, medicina preventiva, odontologia e enfermagem.

O Cebes teve uma importante articulação com a criação de seus departamentos em muitos estados brasileiros, a partir de 1976 e 1977, incluindo em Brasília, onde participávamos de reuniões realizadas na Casa dos Jesuítas, em que os padres sediam suas salas e que a ditadura não entrava. (SANTANA, P. 2012)

Outro referencial destacado por Paranaguá foi o Manifesto lido por Sergio Arouca, com contribuições de várias pessoas e vários Estados, como portador dessa mensagem do Cebes, ao propor ao Congresso Nacional durante o I Simpósio de Saúde da Câmara em 1978, onde se lançou o documento com as bases doutrinárias, políticas e operacionais do projeto de Reforma Sanitária, considerando a saúde como parte do processo de redemocratização da sociedade Brasileira.

Com a criação do Conselho Nacional de Saúde Previdenciária¹⁰, em 1981, houve um embate ideológico e de interesses muito intenso, dentro do Conselho. De um lado estavam, os representantes de prestadores de serviços privados, sindicatos estaduais de hospitais, Associação Médica Brasileira, grupos de interesse da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares *versus* representantes do "Movimento Sanitário"¹¹, sindicatos médicos, Rede Médica (REME), Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Institutos de Saúde Coletiva e Departamentos de Medicina Preventiva, sindicatos de trabalhadores, associações de

¹⁰ O Conselho Nacional de Saúde Previdenciária, foi criado numa "tentativa de reorganizar a atenção médica, realocar recursos e controlar custos" (GRIGÓRIO, 2002).

¹¹ O Movimento Sanitário surgiu em contraposição à Lei 6229, que organizou em 1975, o Sistema Nacional de Saúde e estabeleceu as principais competências das distintas esferas de governo. Segundo Andrade (2000), essa organização tinha forte característica centralizadora no nível federal e nítida dicotomia entre as ações coletivas (competência do Ministério da Saúde) e individuais (competência do Ministério da Previdência e Assistência Social), o que fazia com que não se estabelecesse um comando único em cada esfera de governo. No nível federal, além das competências do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério da Saúde, também se definiam competências para os Ministérios da Educação, do Trabalho e do Interior. (ANDRADE, 2000)

moradores, posteriormente os secretários municipais e estaduais de saúde e integrantes de partidos políticos.

5 OS PROJETOS DO MOVIMENTO SANITÁRIO

Os projetos, alternativos ao modelo hegemônico, desenvolvidos pelo movimento sanitário, desde os primeiros anos, tornaram-se modelos de serviços oferecidos pelo sistema de saúde. Incluindo-se aí o Programa de Localização de Unidades de Serviços (PLUS), o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde (PREPPS/OPAS), já comentado anteriormente, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), além das experiências das prefeituras Montes Claros, Niterói, Campinas e Londrina. (TEMPORÃO, 2003).

5.1 Projeto Montes Claros (MOC)

Este projeto foi iniciado em 1974 por profissionais da área da saúde e desempenhou um papel histórico ao participar de ações e experiências de medicina comunitária, com recursos nacionais e internacionais.

Eles levaram e implantaram na zona rural do município de Montes Claros a experiência, já bem sucedida em outros países e orientada pela OPAS/OMS, como a universalização do direito à saúde, integralidade e racionalização das ações, democratização popular, bem como experiências de atenção primária, já discutidas e preconizadas nas universidades como medidas necessárias ao acesso à saúde, e mais tarde tornam-se o ideário da nova ordem constitucional.

Este projeto foi muito bem sucedido, principalmente porque tinha na participação popular a maior resposta das necessidades de cada comunidade, além de poder tornar uma realidade a prestação assistencial, onde as mudanças na vida social dessas pessoas é que efetivamente se conquistaria a saúde almejada.

Neste sentido prescreve ESCOREL (2005, p. 69) o projeto Montes Claros, incorporou, antes da chegada do SUS na Constituição os conceitos de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular. O projeto também provou ser exequível, inclusive

por sua articulação com diferentes forças sociais e foi o pré teste para o SUS na Constituição. Por isso teve um papel ideológico agregador.

Este projeto se inspirou no modelo da medicina comunitária, na medicina simplificada e na extensão de cobertura, e acabou por contribuir para a implantação de uma rede hierarquizada de postos e centros de saúde com regionalização administrativa, técnica e financeira, mais tarde também adotado pela nova ordem constitucional.

5.2 Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)

Este programa foi elaborado pela equipe de pesquisadores do IPEA, e propunha a interiorização das ações de saúde, bem nos moldes preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) após Conferência de Alma Ata¹² e conforme os resultados apresentados pelo MOC.

Este programa teve como sua área de ação de atuação a região Nordeste, em municípios de até 20 mil habitantes, até porque era uma localização que a iniciativa privada não tinha o menor interesse face a pouca abundância financeira e a grande extensão territorial da região.

O projeto acabou abrangendo dez (10) estados-membros, tornou-se viável por haver contado, a partir de certo momento, com o apoio de secretários de Saúde dos estados e da própria Previdência Social.

O programa em seu documento básico apresentava a necessidade de desmistificar o acesso à saúde do atendimento médico curativo, como se abstrai da leitura do referido documento:

Ao abordarmos este tema entendemos serviços de saúde como algo mais complexo do que simples ações de saúde: entendemo-los, como sendo um conjunto de ações de saúde, com determinado grau de organização e competente reconhecimento do poder público podendo, inclusive, incorporar outras ações que não apenas as empírico-científicas, desde que utilizadas de modo orgânico e disciplinado.

O programa era um desdobramento do que se tinha angariado nos projetos anteriores, assim como fruto dos temas debatidos na V Conferência Nacional de Saúde, a saber: a)

¹² Conferência de Alma-Ata aconteceu na cidade de Alma Ata, no Casaquistão, em 1978 e difundida por meio da Declaração de Alma-Ata a promoção de saúde a todos os povos, incentivando aos governos para terem cuidados com a Atenção Primária à Saúde, a questão da promoção da saúde deve ser uma busca prioritária.

Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais e b) Sistema Nacional de Saúde (SNS); as conquistas do passado e os anseios eram parte integrante deste.

Quando da implantação do SNS buscou-se uma descentralização evitando a implantação de cima para baixo o que acabaria por ocasionar uma burocratização do sistema, emperrando o atendimento. Já no que tange à Extensão das Ações de Saúde há muitos desassistidos e é desnecessário questionar onde os governos anteriores erraram ou deixaram de fazer, já que seus dirigentes achavam que fizeram tudo o que podiam. Assim, o que se faz necessário é desenvolver um programa direcionado para o atendimento prioritário das necessidades básicas, que possibilita efetivamente a expansão de cobertura como instrumento de mudança. E por esse motivo deveria ser um programa de nível federal, para que ele atingisse a todos e nas maiores diversidades em que se encontravam.

6 A VIII Conferência Nacional de Saúde

Contudo, sabemos que o grande marco histórico do grupo do Movimento Sanitário foi à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, que contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade e na qual houve um consenso de que para o setor da saúde no Brasil não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas sim uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária¹³.

Esta Conferência foi por muitos doutrinadores, considerada como um divisor de águas no Movimento Sanitarista. Ela contou com a participação de mais de 4.000 (quatro mil) pessoas entre trabalhadores da saúde, técnicos, usuários, políticos, lideranças sindicais e populares. Assim ela acabou por constituir o maior fórum de debates sobre a saúde no Brasil.

O relatório produzido nessa Conferência serviu de referência para os constituintes que elaboraram a Constituição de 1988 e o Sistema Único de Saúde (SUS). Muitas foram as sugestões apresentadas e dentre elas constava a ampliação do conceito de saúde “como

¹³ “O termo “Reforma Sanitária” foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. (...) Surgiram, também, outras denominações, como "movimento pela reforma sanitária" e "movimento da reforma sanitária". No livro “O dilema preventivista” uma nota feita por Arouca diz que todos esses termos podem ser usados indistintamente”. Trecho retirado da página: <http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>, em 12 Dezembro de 2006.

resultante das condições de vida, alimentação, lazer, acesso e posse da terra, transporte, emprego e moradia”.

Neste sentido, no referido documento prescreve-se “define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas”. A saúde passa a ser considerada como um direito de todos e dever do Estado, como se abstrai do texto constitucional em seu art. 196, *caput*.

Com a implementação do SUS pela Constituição de 88 as propostas encontradas na Reforma Sanitária se tornam uma realidade e há no novo texto, pela primeira vez, uma sessão sobre a saúde, onde se faz presente as idéias conceituais e inclusive as propostas da VIII Conferência.

Conclusão:

Nos 24 anos que se estudaram no presente trabalho, se põe em evidência a força e a tenacidade do povo brasileiro lutando por uma saúde digna, que depois da crise do regime populista as condições de saúde da maioria da população piorava. Foi assim como surgiram as propostas por parte do movimento social.

Nele período militar, o qual se caracterizou pelas perseguições aos “inimigos” do regime, ao mesmo tempo se caracterizou pelo desenvolvimento econômico acelerado, as lutas do povo brasileiro procurando melhorar o acesso a saúde foram ouvidos e alguns dos princípios de saúde se incorporaram na constituição de 1967.

Se reconhece a saúde como uma busca prioritária. Começam assim as Conferências Nacionais em Saúde que pouco a pouco vão adiantando até a VIII Conferência em Saúde, reconhecida como uma grande vitória do Movimento Sanitário brasileiro constituindo o maior fórum de debate em saúde que deu a inclusão do conceito de saúde hoje conhecido e plasmado na constituição de 1988.

Depois do análise feito da historia das reformas que foram tendo lugar no Brasil, e tendo em conta que as mudanças mais importantes na historia do Sistema Único de Saúde tiveram lugar num marco histórico muito difícil, e que nem sempre deu lugar à possibilidade de tratar os temas de maneira democrática, o povo brasileiro sempre encontrou a maneira de lutar pelos seus direitos, e é justamente este artigo, mais um que põe esse fato em evidencia.

Referências

AMORIM DE ANGELO, Vitor. **Bipartidismo. Sistema vigorou durante a ditadura militar** [on line]. Disponível na internet na URL: <http://educacao.uol.com.br/historia-brasil/bipartidarismo.jhtm> (Consultado em 22.08.2012).

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; PONTES, R.J.S; MARTINS JUNIOR, Tomaz. **A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil**. Ver. Panam Salud Publica, vol.8 n.1-2, Washington, July/Aug, 2000.

BRASIL, Ato Institucional n. 5. **AI-5, o mais cruel dos Atos Institucionais**. Disponível na URL: <HTTP://www.unificado.com.br/calendario/12/ai5.htm> (Consultado em 07.09.2012).

BRASIL. SENADO FEDERAL (BRASIL). **Ato Institucional n. 4. AI-4**. Disponível na internet na URL: http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=4&tipo_norma=AIT&data=19661207&link=s (Consultado em 22.08.2012).

CASTRO, Celso. **O golpe de 1964**, [on line]. Disponível na internet na URL: <http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/FatosImagens/Golpe1964> (Consultado em 22.08.2012).

ESCOREL, Sarah; RAIMUNDO do NASCIMENTO Dilene; COELHO EDLER Falvio. **AS Origens da Reforma Sanitária do SUS. Saúde e Democracia História e Perspectiva do SUS**. Nísia Trindade Lima et al, (org), Cidade: Rio de Janeiro, Ed., FIOCRUZ, 2005.

GASPARETTO, Antonio Junior. **O Golpe militar de 1964**. [on line] Disponível na internet na URL: <http://www.historiabrasileira.com/brasil-republica/o-golpe-militar-de-1964/> (Consultado em 22.08.2012).

GRIGÓRIO, Deise de Araújo. **Teses e dissertações em saúde pública e portarias do Ministério da Saúde: estudos de uma década sob a ótica do DECS**. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). 2002.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. FINKELMAN, Jacobo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

PAIM , Jairnilson et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The Lancet, saúde no Brasil, maio de 2011: 11-31.

PEREYRA DA SILVA, Fabricio. **Brasil: A ditadura instalada (1964-1974)** [on line]. Disponível na internet na URL: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/contexto/contextofase2.htm> (Consultado em 22.08.2012).

SANTANA, José Francisco N. Paranaguá. **Elementos da Reforma Sanitária Brasileira**. Brasília, FIOCRUZ, 15 ago. 2012. Registro sobre sua experiência e atuação profissional durante o processo da Reforma Sanitária para o VI curso de Especialização de Direito Sanitário. Entrevista concedida a Roberta de Freitas

TEMPORÃO. José Gomes. O Programa Nacional de Imonizações (PNI): origens e desenvolvimentos. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, Suppl. 2, Rio de Janeiro, Vol. 10, 2003.

VICENTE DE PAULA, Faileiros [et al]. **A Construção do SUS**. A mobilização instituinte (Décadas de 1970 e 1980). Brasília: Ministério de Saúde, 2006, 36p.