

# O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PARTIDO DOS TRABALHADORES: HISTÓRICO E DESAFIOS ATUAIS

Eliane A. Cruz<sup>1</sup>  
Jacinta F. S. Silva<sup>2</sup>  
Valdevir Both<sup>3</sup>  
Conceição A. P. Rezende<sup>4</sup>

A necessidade de garantir legalmente acesso público, gratuito e universal à saúde gerou, nas décadas de 1970 e 1980, mobilizações nacionais coordenadas pelo chamado Movimento pela Reforma Sanitária, que clamava pela adoção de políticas de atenção integral à saúde para toda a população brasileira.

A partir da Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) se tornou uma realidade. Para compreender a importância do SUS como política pública inclusiva e equitativa, este artigo propõe uma breve recuperação histórica da evolução da atenção à saúde do Brasil Colônia até a Nova República, considerando a organização de serviços e os processos de participação social, passando pelas reformas de base até a transição democrática em 1985.

Este artigo, recupera alguns depoimentos sobre a reforma sanitária necessária e a reforma sanitária realizada, apresentando elementos estruturantes da construção do SUS nas décadas de 1980 e 1990 e

considerações sobre as atuais ameaças à manutenção desse sistema universal de saúde.

## **Evolução da atenção pública à saúde no Brasil**

Durante séculos, a estruturação de serviços de saúde para atendimento à população sustentou-se na oferta de atendimento público apenas como filantropia e caridade, inspirado nas Santas Casas de Misericórdia existentes na Europa. Essas tiveram um papel importante no cuidado no período em questão, mas não se regiam pela égide da saúde como direito universal.

No Brasil Colônia, a atenção à saúde seguia a “prática das obras da misericórdia compiladas por Tomás de Aquino no século XII: dar de comer a quem tem fome; dar de beber a quem tem sede; vestir os nus; visitar os doentes e presos; dar abrigo a todos os viajantes; resgatar os cativos; enterrar os mortos”.<sup>5</sup>

Quando da chegada da Família Real Portuguesa ao Brasil, em 1808, não havia médicos formados no país e os problemas de saúde eram tratados pelos conhecimentos populares e originários, com plantas e ervas. D. João VI fundou os primeiros centros de formação de profissionais médicos no Brasil<sup>6</sup>.

Ao final do Império, a assistência à saúde permanecia rudimentar e centralizada: somente aqueles que dispunham de meios para pagar eram cuidados por médicos particulares, enquanto os que viviam na extrema pobreza (os indigentes) eram atendidos nas Santas Casas de Misericórdia, por caridade.

Na República Velha (1889-1930), “a concepção liberal do Estado era definida pelo princípio de que só caberia intervir nas situações em que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não fosse capaz de responder às suas demandas”.<sup>7</sup> Não havia uma política de prevenção, orientada por ações de promoção à saúde, a exemplo das campanhas de educação sobre cuidados em saúde e prevenção de doenças.

Nas décadas seguintes, o país viveria diferentes ciclos históricos, políticos e econômicos – do Estado Novo às Reformas de Base de 1961, e daí até 1964. A partir de 1964, o Brasil esteve mergulhado em 21 anos de ditadura, que duraria até 1985. Durante esses ciclos, o Brasil passou por

momentos de avanços e retrocessos em relação aos direitos civis, políticos e sociais. Tais mudanças impactaram as condições de vida da população e definiram a organização dos serviços e ações de saúde.

Na área da saúde, um passo importante se deu em 1963, quando o presidente da República João Goulart e o então ministro da Saúde, Wilson Fadul, convocaram a 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que ocorreu de 9 a 15 de dezembro daquele ano, no Rio de Janeiro/RJ. De acordo com Decreto n. 52.301, de 24 de julho de 1963, a referida Conferência deveria discutir os seguintes temas: a situação sanitária da população brasileira; a distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias dos níveis federal estadual e municipal; a municipalização dos serviços de saúde; e a fixação de um plano nacional de saúde.

O processo de adoção das reformas de base na área de saúde, reforçado pela 3ª CNS, foi interrompido pelo Golpe Militar de 1º de abril de 1964, mas a defesa de um sistema de saúde público germinou.

Na 7ª Conferência Nacional de Saúde (7ª CNS), realizada no Itamaraty, em Brasília, de 24 a 28 de março de 1980, com participação expressiva de sanitaristas, foi debatida a “extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos”, uma temática ancorada na Conferência Internacional de Alma-Ata, que preconizou a atenção primária à saúde como um dos pilares de organização dos sistemas de saúde no mundo.<sup>8</sup>

Após a realização da 7ª Conferência, foram desenvolvidas duas edições do Simpósio Nacional sobre Política de Saúde, na Câmara dos Deputados, em 1979 e 1982. Esses eventos foram decisivos para a expansão do Movimento pela Reforma Sanitária, fazendo crescer, também no Legislativo, a bandeira pela criação de um sistema de saúde com capacidade de atender às necessidades de toda a população de forma irrestrita.

Assim, cabe ressaltar que a proposta de criação de um sistema universal de saúde foi formulada no 1º Simpósio Nacional sobre Política de Saúde, intitulado “*A questão democrática na área de saúde*”. Conforme Paim<sup>9</sup>, a primeira ideia de Sistema Único de Saúde foi apresentada durante o referido simpósio pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes). Vê-se, então, que “tanto a Reforma Sanitária Brasileira quanto o SUS nasceram da sociedade”.<sup>10</sup>

O advento da industrialização no Brasil, no início do século XX, e o aumento da população de imigrantes deram início à geração de sistemas de apoio mútuo entre trabalhadores.

Em 1923, a Lei Elói Chaves criou o primeiro sistema de Previdência Social no Brasil, representado nas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que abrangiam assistência médica. As CAPs cresceram consideravelmente no período do Estado Novo e converteram-se em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que se organizavam em categorias de trabalhadores. E no Governo Militar, os IAPs foram unificados sob a égide do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, e desse derivou a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), em 1977.

De acordo com Paim,<sup>11</sup> antes do SUS, os serviços de saúde se organizavam de forma fragmentada. A organização da saúde pressupunha que os serviços médico-assistenciais se colocassem à frente de ações de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde. Isso impactava na tomada de decisões políticas sobre a destinação dos recursos financeiros para o setor da saúde.

A insuficiência da oferta de serviços de saúde e a dificuldade de acesso da população aos serviços existentes motivaram os debates e proposições de criação de um sistema público pautado nas reais necessidades da sociedade e em determinantes e condicionantes sociais. Neste contexto, foi ampliado o conceito de atenção à saúde – que até então era visto apenas sob o aspecto curativo e ofertado para determinados grupos – para uma política de promoção à saúde e qualidade de vida, de acesso universal.

Para tanto, era necessário que o debate sobre o direito à saúde e a reforma sanitária fossem assumidos como pauta política estratégica pela sociedade, especialmente pelos movimentos sociais que tinham alta organização e capilaridade social. Até aquele momento, o acesso à saúde era seletivo, separando os que tinham contrato formal de trabalho – conhecido como carteira assinada – e podiam ser atendidos pelos equipamentos do Inamps daqueles que não tinham vínculos empregatícios formais e, portanto, dependiam exclusivamente dos serviços filantrópicos ou da caridade. Assim, se estabeleceu na população uma visão de acesso à saúde como “funil”, e não como um “porto seguro” para a promoção da saúde e atendimento às necessidades programadas e também as mais prementes.

Após a 2ª Guerra Mundial, com a aprovação do artigo 25 da Declaração Universal de Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948<sup>12</sup>, na Organização das Nações Unidas (ONU), a comunidade internacional (que assinou a Declaração) definiu o direito à saúde da seguinte forma:

Toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade. A maternidade e a infância têm direito a ajuda e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozam da mesma proteção social.<sup>13</sup>

Conforme aponta Comparato<sup>14</sup>, novos Pactos aprovados em 1966 – um deles sobre direitos civis e políticos e outro sobre direitos econômicos, sociais e culturais –, bem como o fortalecimento de organismos internacionais, a exemplo da Organização Mundial de Saúde (OMS), criada em 1948, foram fundamentais para construir o entendimento sobre o direito à saúde universal.

Portanto, esses preceitos formatados internacionalmente influenciaram o Brasil para a formulação e mobilização em favor de uma saúde pública e de qualidade com objetivo de promover o direito humano à vida.

## **Reforma Sanitária no Brasil**

Mesmo diante da tensão e do silêncio impostos pelo Golpe Militar de 1964, movimentos sociais brasileiros se fortaleceram, outros se criaram e juntos se organizaram na luta pela redemocratização política do país. O Movimento pela Reforma Sanitária destacou-se, na década de 1970, pela defesa de um programa sanitário que organizasse os serviços de forma a promover atenção irrestrita, dar nova resposta aos problemas de saúde constantes do quadro epidemiológico do período e para superar a

fragmentação da saúde organizada por blocos de demandas pautadas nos interesses da iniciativa privada.

A saúde reconhecida como direito humano encontra na justiça social a potência para processos de emancipação e a ampliação da cidadania, em contraponto ao acirramento das desigualdades sociais nos países marcados pelo modelo político-econômico neoliberal, que favorecem mecanismos de aniquilação social.

Os debates ensejados pelo Movimento pela Reforma Sanitária acerca das situações da saúde e as linhas epistêmicas adotadas pelos dirigentes que dirigiram a formulação de propostas sobre a reforma da saúde pública no Brasil inspiravam-se na reforma sanitária italiana, aprovada em 21 de dezembro de 1978, conduzida naquele país pelo professor, sanitarista e então deputado nacional Giovanni Berlinguer.

O Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil defendia a adoção de um conceito mais amplo de atenção à saúde. Para além de políticas médico-assistenciais, garantir o direito à saúde incluía ofertar serviços de saúde comprometidos com a promoção e a proteção da saúde e um conjunto de outras políticas públicas, como o acesso à educação, à moradia, ao meio ambiente preservado, ao transporte e ao lazer, que garantisse à população condições de vida saudáveis.

As alterações do cenário político nacional na década de 1980 permitiram lutas contínuas pela melhoria das condições de vida do povo brasileiro, o que culminou com a convocação da Assembleia Nacional Constituinte, em 1987, a promulgação de uma nova Constituição Federal, em 1988, e a realização de eleições diretas para a Presidência da República em 1989. Destaca-se que essas lutas e conquistas foram construídas no Brasil num período em que o neoliberalismo ganhava força no cenário internacional e impunha uma agenda de retrocessos aos direitos humanos pelo mundo, especialmente os direitos econômicos, sociais e culturais.

Na área da saúde, o movimento pela redemocratização impulsionou a criação do Movimento pela Reforma Sanitária ao reunir intelectuais, trabalhadores de saúde, sindicatos, partidos, associações e movimentos populares em espaços de formulação política como fóruns populares, simpósios de saúde pública, conferências e lutas pelo direito à saúde que passou a contar com experiências locais, como a dos Conselhos Populares de Saúde da Zona Leste de São Paulo, nas quais a população assumia para si

o debate e a luta pela ampliação do acesso à saúde. Iniciativas de igual caráter e força política se multiplicavam pelo país, e gradativamente as lideranças populares e comunitárias compreendiam o potencial transformador e estratégico de um sistema público universal.

Mediante a estrutura federativa do Brasil que garante autonomia política e administrativa à União, aos estados e aos municípios o movimento pela Reforma Sanitária vislumbrava a adoção de um pacto federativo para a implantação do SUS, a fim de fortalecer o município e passar para ele o comando único dos serviços de saúde. Isso permitiria que o planejamento e a gestão dos serviços de saúde fossem desenvolvidos de acordo com a realidade local.

O debate sobre o modelo assistencial versava sobre a necessidade de mais recursos financeiros e demandava prioridade política para as ações de promoção da saúde, e não somente para o tratamento de doenças. Essas questões faziam com que os debates sobre “saúde e doença” se harmonizassem em favor de um conceito de atenção integral à saúde, que priorizasse as práticas voltadas à promoção, proteção, prevenção e atenção e recuperação da saúde, ultrapassando a concepção tecnicista de medicina curativa.

Inspirados na experiência de conselhos populares de saúde, o Movimento pela Reforma Sanitária almejava a efetivação de um sistema de participação social para a formulação e deliberação das políticas públicas de saúde. Para tanto, indicavam a necessidade de democratização dos espaços públicos, com a criação de conselhos e conferências, para possibilitar o acompanhamento da reforma sanitária e sua defesa permanente, sustentando o Sistema Único de Saúde.

Esses interesses convergentes permitiram a elaboração de uma pauta unificada em torno da universalização do atendimento, da descentralização da gestão, do modelo de atenção integral e da participação popular. Mediante essa pauta política unificada é que se desenvolveram os debates e propostas da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

### *A Reforma Sanitária Necessária*

Nos anos de 1980, o Movimento pela Reforma Sanitária, composto de forma plural, apresentava convergências e divergências em relação às

estratégias de ação para a conquista de um sistema de saúde universal. Campos (2007)<sup>15</sup>, em sua reflexão sobre a reforma sanitária necessária, indicava, como Berlinguer (1988)<sup>16</sup>, que uma reforma do sistema de saúde deveria seguir “junto à sociedade, pela construção de uma nova hegemonia, de um novo bloco político, capaz de dar concretude, apesar dos constrangimentos impostos pela realidade brasileira, a um projeto de socialismo”.<sup>17</sup> Essa corrente de pensamento tinha muitos adeptos no período da redemocratização do país, visto que vários dirigentes e militantes políticos consideravam que, para além de reformas específicas, era urgente uma reforma política. Esta deveria fortalecer a democracia e seus instrumentos de sustentação como base da organização política e social.

Derivava daí a reforma sanitária, que partia do conceito mais abrangente de saúde, ou seja, a saúde promovida pelo aprimoramento das políticas econômicas e sociais em favor da sociedade. Essa visão demarcou, nos anais da 8ª CNS, que uma reforma social propiciaria uma reforma sanitária e a alteração das políticas públicas, gerando um modelo inclusivo.

As modificações necessárias ao setor da saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está convencionando chamar de Reforma Sanitária.<sup>18</sup>

Dentre as divergências que demarcavam as diferenças de opinião sobre rumos de organização da Reforma Sanitária destacava-se a questão da ocupação de espaços na burocracia estatal e centralizando neste espaço a formulação de propostas para a reforma sanitária, situação avaliada por Dowbor<sup>19</sup> da seguinte forma,

[...] o movimento pela reforma sanitária usou como uma de suas estratégias a ocupação de cargos na administração pública com a apropriação de espaços estatais, inclusive à frente do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), como forma de influenciar a formulação de políticas em favor da reforma sanitária, correndo os riscos de uma permanência incerta no governo, mas ao mesmo tempo utilizando as ferramentas de Estado para impulsionar ações de diálogo social.<sup>20</sup>

Esse contexto de apresentação de posições é essencial porque ele pautou a construção e a existência do SUS. Para Paim<sup>21</sup>, antes do SUS, os serviços de saúde se organizavam de forma fragmentada. Era como se vivêssemos em “mundos separados”:

[...] de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecida como saúde pública; de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e ainda, as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial. [...] <sup>22</sup>

### *A Reforma Sanitária Realizada*

Na Assembleia Nacional Constituinte, em 1987, as forças políticas nacionais disputaram conceitos sobre as reformas necessárias rumo à promoção de cidadania social, indicando a real correlação de forças para a concretização da reforma sanitária.

As propostas para o sistema universal de saúde antagonizaram com as forças do capital na Assembleia, por isso não foi possível aprová-lo como um sistema estatal. O setor privado da saúde manteve seu poder mediante a exploração da saúde como atividade mercantil, seguindo com uma mediação persistente por parte do movimento social para a aprovação dos capítulos da saúde.

A reforma sanitária realizada, que nasceu dos movimentos organizados à época, estabeleceu seus propósitos na 8ª Conferência Nacional de Saúde e atuou mediante a correlação de forças oportuna na Assembleia Nacional Constituinte. Com isso, conseguiu uma vitória importante para o objetivo que se buscava, ou seja, aprovar o Capítulo da Saúde na CF/88, criando o Sistema Único de Saúde.

Não foi possível uma reforma social e política. O que se conquistou foi uma legislação que demarcaria um processo permanente de lutas para que a letra fria da lei se constituísse na prática em políticas de saúde efetivadas pelo Estado.

No período pré-transição democrática, algumas ações de reorientação da organização da saúde foram desenvolvidas em articulação com as três esferas de governo. Em 1981, foi criado o Conselho Consultivo da Administração Pública Previdenciária (Conasp), que impulsionaria, de 1983 a 1985, as Ações Integradas de Saúde (AIS), destinando uma parte dos recursos federais às ações de saúde desenvolvidas por estados e municípios.

Depois, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), criada em agosto de 1986, após da realização da 8ª CNS, propôs a criação, em 1987, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Essas ações fortaleciam a perspectiva e as lutas pela criação do SUS, visto que ocorreram antes da promulgação da CF/88.

Na operacionalização do processo de descentralização das ações de saúde o SUDS incorporou, conforme apontam Almeida *et al* “os princípios da reforma sanitária de universalização, integralidade, regionalização, hierarquização, descentralização e democratização das instâncias gestoras”.<sup>23</sup>

O primeiro ano de mandato do presidente Fernando Collor na área da saúde foi marcado pela aprovação das Leis 8.080 e 8.142, de 1990, e pela reorganização do Conselho Nacional de Saúde. Depois, com o *impeachment* de Collor em 1992, o Governo de Itamar Franco proporcionou, no Ministério da Saúde, iniciativas como a criação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a aprovação da Norma Operacional Básica do SUS, em 1993, que davam impulso à implantação do Sistema Único de Saúde. Destaca-se que essas iniciativas somente foram possíveis nos governos Collor e Itamar pela força da recém-aprovada Constituição de 1988 e pela intensa mobilização da sociedade, pois ambos os governos se regiam pela lógica neoliberal e cumpriram com um papel de reorganização do capitalismo, com destaque para o financeiro, no pós-constituinte.

A partir de 1995, precisamente durante o Governo de Fernando Henrique Cardoso, a Reforma de Estado proposta por Bresser-Pereira indicava que a saúde compunha a lista de “serviços não exclusivos” do Estado. Ou seja, serviços que o Estado provê, “mas que também podem ser oferecidos pelo setor privado e pelo setor público não estatal”.<sup>24</sup>

Essa concepção neoliberal de organização do Estado orientou o planejamento e a execução das políticas de saúde na década de 1990, em

dicotomia ao descrito no art. 198, inciso III, da CF/88. Mas os conselhos de saúde – nacional, estaduais e municipais – já constituídos se mantiveram firmes na luta em defesa da manutenção do SUS, conforme estabelecido na carta constitucional.

Com a eleição de Lula, em 2002, os movimentos sociais determinavam a necessidade de impulsionar a política pública de saúde em favor da consolidação do SUS, reconhecido como a materialização técnica e política do direito à saúde, representando uma das políticas sociais mais exitosas concebidas e implementadas no Brasil.

### *A Reforma Sanitária Ameaçada*

Atualmente, o SUS está estruturado em todo o Brasil. Apesar da redução do financiamento e de ataques ao princípio do acesso universal, conseguiu se constituir como rede por meio da descentralização de serviços e do fortalecimento da atenção básica. São três décadas de ação, nas três esferas de governo, que garantem bilhões de atendimentos e qualificação da vigilância em saúde. De acordo com Machado *et al.*,<sup>25</sup> o SUS ainda é o maior empregador de trabalhadores de saúde. Ademais, conta com um sistema de participação social inédito.

Contudo, a agenda econômica ultraliberal no contexto internacional não reconhece sistemas públicos de saúde como o SUS. Nessa linha, dirigentes da Organização Mundial de Saúde (OMS), do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (FMI) passaram a defender o chamado modelo de cobertura universal de saúde (UHF – *Universal Health Coverage*) e tentam demonstrar que os sistemas universais não são viáveis por meio de um movimento privatista que diferencia “cobertura universal” de “acesso universal”, que é a base de construção e estruturação do SUS.

O sistema universal de saúde, orientador do SUS, volta ao centro dos debates, especialmente no aspecto da organização dos serviços de saúde. É preciso entender, denunciar e contrapor o modelo de cobertura universal e principalmente identificar os interesses subterrâneos que agem para a implantação desse modelo de promoção de iniquidade e valorização do capital em detrimento da qualidade da saúde pública e do direito à vida.

A dura jornada para a politização do direito à saúde e a incorporação da saúde como política pública, no Brasil, é posta em xeque pela proposta de cobertura universal de saúde que:

[...] pode atingir sobre o nível do bem-estar das famílias e dos trabalhadores, segundo os modelos de proteção social presentes em cada país: liberal (seguro privado e/ou desembolso direto), corporativo e/ou associativo (seguro social) ou universal (seguridade social) – em que, nesse último, o acesso independe da renda, da inserção no mercado de trabalho, ou, ainda, das condições de saúde dos indivíduos”<sup>26</sup>

Assim, vivemos uma avalanche de desconstrução de políticas públicas no Brasil. Na saúde, a pauta governamental tem a cobertura universal como referência, abrindo possibilidades de retrocessos anteriores ao SUS, como a focalização das ações e serviços às pessoas e aos grupos mais “pobres”, o retorno dos manicômios, mudanças no modelo de financiamento de serviços de saúde e da atenção básica à saúde. É a burocracia estatal agindo contra a sociedade no sentido, exatamente, de diminuir a presença do Estado no setor da saúde e violando a garantia e a efetivação do direito humano à saúde.

## **A 8ª Conferência Nacional de Saúde**

Realizada de 17 a 21 de março de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) foi coordenada pelo médico sanitarista Sérgio Arouca, e teve como principais temas de debate: a Saúde como Direito; a Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e o Financiamento do Setor. Foram aprovadas propostas referentes à atenção integral à saúde, universalização da assistência, descentralização dos serviços e participação popular.

A 8ª CNS foi um momento muito importante de exposição de pensamentos e formulações entre os atores que trabalharam pela universalização da saúde pública. Ela se estabeleceu como marco histórico da saúde pública brasileira no século XX, especialmente no que se refere à aglutinação de forças sociais comprometidas e à formulação de uma política pública de saúde baseada nos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

O Relatório Final da Conferência enfrentou a focalização de políticas públicas e aprovou o conceito amplo de saúde segundo o qual o direito à saúde resulta não apenas do acesso aos serviços de saúde, mas está diretamente ligado a outros fatores determinantes, como alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer e liberdade. O Relatório também apontou que para garantir o direito à saúde era essencial ordenar o modo de produção em favor do trabalhador, a fim de superar a desigualdade social no transcorrer da vida.

A Oitava, como é conhecida pela militância da área da saúde, tem um papel histórico e político destacado nos estudos de saúde pública no Brasil, permanecendo ainda hoje como referência na demarcação de forças dos movimentos sociais, em favor da universalidade da saúde.

## **A Constituição Federal de 1988: a Constituição Cidadã**

As ações autoritárias do governo militar geraram fissuras no tecido social, o que exigiu revisão e repactuação dos processos nos quais estavam ancorados os direitos civis, políticos e sociais, no período da redemocratização do país. A transição democrática proposta em 1984/1985 incluía a elaboração de uma nova Constituição Federal.

Uma Assembleia Nacional Constituinte traria o ambiente oportuno para um debate nacional sobre a organização social, política e econômica do país, com repercussões para a reorganização de todo o Estado Brasileiro.

A Assembleia Nacional Constituinte, então, foi convocada. Em 1986, foram realizadas as eleições; e em 1º de fevereiro de 1987, com a composição do novo Congresso Nacional, a Assembleia foi instalada, tendo o deputado Ulysses Guimarães, do PMDB, como presidente.

Para a inclusão do direito à saúde e do conceito ampliado de saúde no texto da CF/88, foi elaborada uma emenda popular com as propostas da 8ª CNS, que recebeu assinaturas de 54.133 pessoas, envolvendo 122 entidades, entre conselhos populares, centrais sindicais, associações científicas e partidos políticos.<sup>27</sup> Essa ação foi resultado político da mobilização social mantida após a 8ª CNS, que teve destaque e influenciou a aprovação do SUS no texto constitucional.

Assim, a descentralização, a atenção integral e a participação da comunidade que formaram a pauta unificada do Movimento pela Reforma Sanitária foram incorporadas à CF/88 como pilares do SUS. Uma importante vitória da sociedade.

## **Histórico do Conselho Nacional de Saúde**

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi criado durante o Governo Getúlio Vargas pela Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937. O CNS era um órgão técnico e consultivo do Ministério da Educação e Saúde, com o propósito de debater questões internas e assessorar o ministro de Estado da Saúde. Até 1990, a atuação do CNS se restringia a colaborar com o gestor federal no estudo de assuntos pertinentes ao setor.

Em 1990, o Movimento pela Reforma Sanitária conseguiu estabelecer uma frente de negociação com o então ministro da Saúde, Alcení Guerra, para a recomposição do CNS, possibilitando a entrada de representantes da sociedade civil no colegiado.

O resultado dessa negociação se materializou na aprovação do Decreto n. 99.438/1990, estabelecendo uma nova composição para o CNS e novas atribuições de formular, fiscalizar e deliberar sobre as políticas de saúde. Isso ocorreu antes mesmo da aprovação das Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990.

A nova legislação fixou, na composição do CNS, representantes dos usuários dos serviços de saúde, dos profissionais de saúde, dos gestores federais, estaduais e municipais e dos prestadores de serviço de saúde. Os usuários passaram a contar com 50% das vagas; e a outra metade seria dividida entre profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço de saúde.

Nesse contexto, os conselhos de políticas públicas, como o CNS, constituíram-se como “espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa, cuja função é formular e controlar a execução das políticas setoriais”.<sup>28</sup>

De 1990 a 2004, a atuação do Conselho Nacional de Saúde foi marcada pela condução de quatro edições da Conferência Nacional de Saúde; pelo incentivo à criação de conselhos de saúde nos municípios e estados; e pelo estímulo à instituição de uma Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

A partir de 2003, no Governo de Lula, o diálogo entre os movimentos sociais e a gestão governamental foi revitalizado, permitindo à sociedade civil uma participação mais ativa na avaliação do conjunto de políticas públicas, com destaque às pactuações sobre o modelo de atenção à saúde.

Nesse novo processo de recomposição, segmentos sociais relevantes passaram a compor o colegiado, como os movimentos de negros, indígenas, estudantes, mulheres e de proteção ao meio ambiente. Ademais, o Decreto n. 5.839, de 11 de julho de 2006<sup>29</sup>, constituiu um processo eleitoral para incorporar esses novos movimentos e entidades ao Pleno do CNS, bem como para a escolha do seu presidente entre os conselheiros. Pela legislação anterior, o presidente do Conselho Nacional de Saúde era o ministro da Saúde.

O Conselho Nacional de Saúde, motivado pelo compromisso das entidades que o compõem, configurou-se ao longo dos anos como um dos principais conselhos de políticas públicas do país, buscando cumprir com qualidade seu papel de instância responsável pela formulação, deliberação e fiscalização das políticas de saúde. Mesmo na atual conjuntura que vive o Brasil – após o Golpe de 2016 e a instalação de um governo de perfil antidemocrático, como resultado das últimas eleições de 2018 –, o colegiado segue se expressando de forma corajosa sobre temas essenciais, politizando os efeitos da conjuntura política, econômica e social na saúde pública e atuando pela manutenção do SUS.

### **Aprovação das leis n. 8.080 e n. 8.142/1990**

Após a promulgação da CF/88, o Movimento pela Reforma Sanitária deu início à jornada pela regulamentação do Capítulo da Saúde. O primeiro passo nesse sentido foi a aprovação da Lei n. 8.080/1990, com o objetivo de organizar as ações e serviços de saúde, consignados nas diretrizes do SUS.

Essa lei incorpora o art. 196 da CF/88 e “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços”. Também ratifica, em seu art. 3º, o conceito ampliado de saúde.<sup>30</sup>

A Lei n. 8.080/1990 guarda sintonia com o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde no que tange ao conceito ampliado de saúde

e várias outras questões. Assim, é possível denotar a nítida influência das proposições do Movimento pela Reforma Sanitária no texto da chamada Lei Orgânica da Saúde.

No processo de aprovação da Lei n. 8.080/1990, o parecer proposto pelos dirigentes do Ministério da Saúde continha cortes. Mantiveram-se itens relativos à descentralização dos serviços e à atenção integral, mas os referentes à participação da comunidade foram vetados pelo então presidente da República, Fernando Collor de Mello.

Diante dos vetos, o pujante e forte movimento social plural mais uma vez se manifestou e a mobilização fez com que, em 28/12/1990, passados apenas três meses da publicação da Lei n. 8.080/1990, fosse sancionada a Lei n. 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Essa lei foi essencial para a estruturação do controle social das políticas públicas de saúde nas três esferas de governo, diminuindo as resistências sobre a participação da sociedade nos processos de tomada de decisão pública. Assim, as conferências e conselhos de saúde foram acolhidos como parte integrante do funcionamento do SUS.

De acordo com o estabelecido pela Lei n. 8.142/1990, o mecanismo da conferência de saúde deveria se reunir “a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nas esferas correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde”<sup>31</sup>.

O Conselho Nacional de Saúde passou a compor a estrutura do Ministério da Saúde e os conselhos e conferências previstos na Lei n. 8.142/1990 foram formalmente incorporados ao SUS na missão de formular, fiscalizar e deliberar sobre as políticas de saúde. Também começaram a atuar em questões que dizem respeito “à dimensão da cidadania, à universalização de direitos sociais e à garantia ao exercício desses direitos”.<sup>32</sup>

A democratização do Conselho Nacional de Saúde, por meio do Decreto n. 99.438/1990, contribuiu com a aprovação da Lei n. 8.142/1990, que tornou obrigatória a existência dos conselhos e conferências de saúde em todas as esferas de gestão.

Esse movimento pela regulamentação da CF/88 repercutiria nas ações que se desdobraram para os cenários estaduais e municipais, com a elaboração e a aprovação das Constituições dos Estados e Leis Orgânicas dos municípios; um momento rico para debates sobre a reforma sanitária e a participação social na base, contribuindo diretamente com o fortalecimento dos princípios do SUS nos estados e municípios.

## **O protagonismo do Partido dos Trabalhadores nas lutas pela construção do SUS**

De forma a confirmar a revisão bibliográfica sobre o histórico da construção do SUS e os dilemas vividos na atualidade, buscou-se alguns depoimentos de lideranças políticas reconhecidas, filiadas ao Partido dos Trabalhadores e que estiveram à frente das lutas sociais do período da redemocratização do país, no Movimento pela Reforma Sanitária e nas lutas pela criação do SUS, adensadas por informações de pesquisa documental.

### **Depoimentos**

Selvino Rech<sup>33</sup> – *As décadas de 1970 e de 2000/2010 foram momentos em que eu participei diretamente, porque envolvia a construção de políticas públicas com participação social e popular.*

*Meu envolvimento mais pessoal e direto foi na luta por um posto de saúde em Porto Alegre, na Vila São Pedro, na Lomba do Pinheiro, na parada 13, que está lá até hoje. Faltava posto de saúde, faltava saneamento básico, íamos para a luta. Problema do salário, direitos dos trabalhadores, íamos para greves, para mobilização. Naquele tempo da ditadura, a participação social e popular era muito pouca.*

*Depois da “Diretas Já”, nosso esforço foi pela Constituinte livre, soberana e exclusiva. No caso do SUS, teve um grande momento, que foi a 8ª Conferência de Saúde, em 1986. Havia mobilização na rua, milhares de pessoas, seja no Rio Grande do Sul, seja em qualquer lugar do Brasil, seja principalmente em Brasília, com pressão em cima dos deputados. O PT só tinha 16 deputados federais e nós só tínhamos 4 deputados estaduais. Mas era com abaixo assinado, era com mobilização, ir para a rua, viajar, fazer comícios, tudo isso. Foi esse o grande processo.*

*Nesses 40, 50 anos, a maior mobilização social popular deste país foi a Constituição Cidadã, onde a saúde foi contemplada como um direito, o direito humano à saúde, como um direito fundamental.*

*Nós estávamos numa luta popular onde as Comunidades Eclesiais de Base uniam fé e vida, fé e política, e faziam essas lutas junto da Pastoral da Juventude, da Comissão Pastoral da Terra, da Pastoral Operária.*

*Na 8ª CNS teve toda uma construção de políticas públicas de saúde que vinha de uma realidade concreta. Vinham de baixo para cima e a nova Constituição era a oportunidade de ouro, onde a frase era “a Luta Faz a Lei”, e elegemos deputados, prefeitos e vereadores para poder concretizar isso.*

*O PT surge desse processo. Ele foi a ferramenta e o instrumento político para dar um passo a mais... O PT, neste período, estava em todas as lutas.*

*O que a 8ª Conferência de Saúde propunha foi aprovado, e bem ou mal, hoje, a Constituição, de alguma maneira nos garante as questões centrais. Nós queríamos avançar mais na participação social popular e em um processo mais democrático de controle do poder público. Na questão da redução da desigualdade, dos impostos, [n]a questão tributária – coisas mais de fundo e estruturais –, mas nós não conseguimos avançar. No financiamento do sistema de saúde, avançamos. A criação do SUS é um exemplo para o mundo, mas, por exemplo, na saúde privada, nós não mexemos fundamentalmente. Não porque nós não queríamos, mas porque nós não tínhamos força política, dado o tamanho das nossas bancadas.*

*Foi um processo rico, um processo de luta, um processo memorável historicamente. Precisamos recuperar duas coisas que nós tínhamos nos anos 1970 e 1980: uma é ser movimento, mais que instituição, fundamentalmente movimento. A outra é construir um projeto estratégico de país e de nação, que incluía políticas e esse processo de organização social popular, de reforma do estado, de reforma do sistema capitalista.*

*José Teófilo Cavalcante<sup>34</sup> – Nos anos 1980, o movimento de luta pela redemocratização, contra a carestia, fundar e refundar os sindicatos que tinham sido cassados na Ditadura, [tudo isso] garantiu a nova Constituição. Neste tempo, o Sérgio Arouca voltou da Nicarágua (estava exilado), e mobilizou o Movimento pela Reforma Sanitária.*

*Entre no INSS em 1984, e criamos a Federação Nacional dos Trabalhadores em Assistência, Previdência e Saúde (FENASPS) em 1986. No Piauí, tinha dois hospitais, um que atendia o Inamps e outro para os que não pagavam Inamps.*

*Na 8ª CNS, fui como convidado e me juntei a outras cinco mil pessoas. Lá teve gestor que se retirou da Conferência, porque o SUS ia democratizar a saúde e eles queriam coisas centralizadas. Para a Fenasps, foi difícil aceitar, porque a sua maior base sindical era no Inamps, que seria extinto com o SUS.*

*No Piauí, criamos a comissão pró-SUS, que reunia o pessoal da saúde, professores da universidade, o pessoal da Fundação Municipal de Saúde e se encontrava na casa do MOPS (Movimento Popular de Saúde), ou nos locais de trabalho. Não tínhamos estrutura e pedíamos doação para funcionar. Hoje vamos para conferências de avião e ficamos em hotéis, pela qualidade da lei 8.142, que aprovamos, isso virou nosso direito.*

*Neste mesmo período, aconteceu uma greve acirrada da saúde convocada pelo Sindicato dos Trabalhadores Estaduais da Saúde do Piauí (Sindesp), que agregou e projetou lideranças para os movimentos em defesa do SUS e para o PT.*

*Depois, na Constituinte, falávamos com deputados do PT e MDB, aqui e em Brasília, em defesa do SUS. Na regulamentação, o Collor vetou artigos da participação da comunidade para prejudicar a mobilização social, mas revertemos.*

*A Plenária de Conselhos, da qual fui coordenador, ajudou demais porque nos dava informações e reunia conselhos do Brasil para discutir o financiamento, contrapor a privatização que continua viva e os danos das organizações sociais (OS). Nós avisamos naquele tempo que OS não dava certo.*

*Fui presidente do Conselho Estadual de Saúde do Piauí CES/PI por seis anos, e fiz muitas conferências e cursos de capacitação. Nos municípios que tinham entre 4 e 5 mil habitantes, vê-se que o posto de saúde e o médico que existe hoje não tinha antes do SUS. Estudei os piores e os melhores sistemas de saúde do mundo, e vejo que no Brasil temos um sistema que é universal, coisa que a maioria dos países do mundo não tem. Os Estados Unidos não têm saúde pública.*

*Vemos que ainda tem gestor que só aceita Conselho quando vê a Lei. A imprensa aponta as fragilidades do sistema e trata a saúde como um negócio.*

*Ainda acho que o SUS, essa conquista nossa, foi um vacilo da direita. Quer dizer, eu acho que foi devido à nossa luta, mas foi um vacilo deles também. Quando eles abriram os olhos, estava aprovado e não teve mais volta.*

*O sistema é bom, não sei se nós vamos ver a consolidação, porque a conjuntura está difícil, mas, na pandemia do coronavírus, gente que nunca defenderam o SUS defende agora.*

Jocélio Henrique Drummond<sup>35</sup> – *Minha participação começou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi a conferência da virada, com participação expressiva da sociedade civil. Eu era militante da CUT, da área da saúde, e fui um dos delegados, o que foi uma honra, porque tinha uma disputa enorme e poucas vagas.*

*Foi um marco na minha vida sanitária devido à grande discussão sobre que modelo de saúde que o Brasil precisava, além da questão da democracia na saúde, do controle social, da participação social, que desembocou na Constituinte com a proposta de criação do SUS.*

*O Movimento pela Reforma Sanitária tem origem com as lideranças do PCB e depois o PT se agregou e cresceu.*

*No processo constituinte, participei ativamente das discussões sobre o capítulo de saúde vinculado à questão da seguridade social. Depois, começamos a luta para regulamentar aquilo que foi aprovado, no começo do governo Collor, onde o diálogo com a sociedade na área específica da saúde foi bom, foi uma exceção, trouxe conquistas.*

*E a partir daí se deu minha inserção no Conselho Nacional de Saúde, que passou a contar com a participação da sociedade civil. Ingressei na primeira reunião do conselho como representante da CUT. No Conselho, tive meu maior aprendizado como sindicalista, que foi aprender a dialogar e a pensar como se eu estivesse no lugar do outro. Então, para aprovar propostas dentro do Conselho, tínhamos que ter argumentos para o setor patronal da saúde, argumentos para o governo, argumentos para a própria sociedade representada em diversas frentes de luta para poder resultar em alguma coisa concreta e positiva, em um diálogo multilateral para poder avançar na construção do SUS.*

*Em 10 anos de Conselho, propusemos a criação das plenárias de saúde, que fortalecia a participação social e conferia legitimidade e sustentação para as nossas ações no Conselho, construía diálogo e militância da saúde na esfera nacional e impactava o fortalecimento do controle social nas esferas estaduais e municipais. Criamos a Mesa Nacional de Negociação do SUS, como proposta da CUT, e muitas coisas de diálogo com a sociedade.*

*Na minha opinião atual, nesse ano, eu sinto muito orgulho do Sistema Único de Saúde, porque num momento como esse de crise sanitária grave, com Covid-19, com desgoverno, com todos os problemas que nós estamos enfrentando, a situação do Brasil teria sido muito pior se não fosse o SUS. É o SUS que garante o mínimo de atenção à população que não tem acesso a outro serviço de saúde que não seja o serviço público. Se não fosse o SUS, tenbo certeza que o número de mortos, o número de pessoas com sintomas mais graves, ia ser muito maior do que nós tivemos.*

*O Brasil já é quase um recorde de números de contaminados, perde só para os Estados Unidos. E a diferença entre Brasil e Estados Unidos é essa, nós temos um sistema público de saúde que, golpeado, atacado, vilipendiado, roubado como foi, ainda é um sistema que deu conta minimamente de atender durante a pandemia.*

## **Pesquisa Documental**

A citada Comissão Nacional da Reforma Sanitária, de 1986 – com o objetivo de construir estratégias de transição entre o sistema previdenciário posto no Inamps e o SUS, por meio do Sistema Unificado e Descentralizado

de Saúde (SUDS), que antecedeu ao SUS – contou, em sua composição, com Maria Luiza Jaeger e Antônio Alves, ambos do Partido dos Trabalhadores.

Em maio de 1987, de forma a dar seguimento às propostas da 8ª CNS, foi constituída uma Plenária Nacional de Saúde com representação plural de diversos movimentos, como: movimento popular de saúde, pastoral da saúde, associações de moradores, movimentos de mulheres, entidades médicas, entidades da enfermagem e de outros profissionais de saúde, da academia e do movimento sindical. Também havia representantes de partidos políticos do campo da esquerda e progressista, além de parlamentares. O fórum foi coordenado por Jacinta Silva, uma dirigente sindical e militante petista, mediante o objetivo de formular e articular a proposta de emenda popular de saúde para a Constituinte (Brasil, 2006).<sup>36</sup>

A Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, citada nos depoimentos, foi criada em abril de 1995, quando da realização do I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, em Salvador (BA), como um movimento dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional com compromisso de articulação entre os conselhos e pela capacitação para fortalecimento da ação dos conselheiros, em favor do Sistema Único de Saúde como uma política pública inclusiva e contra o desmonte do Estado brasileiro.<sup>37</sup>

## **Fortalecer o acesso universal à saúde é defender o SUS**

É essencial valorizar a formulação de políticas de saúde para o país conquistada na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na Constituição Federal de 1988, em que verificamos uma importante participação de delegadas e delegados militantes do PT, conforme descrito nos depoimentos.

Estes tiveram por objetivo os relatos orais, que podem confirmar a bibliografia e a pesquisa documental posta neste artigo.

Podemos verificar que a direção do Movimento pela Reforma Sanitária era conduzida por dirigentes do Partido Comunista Brasileiro (PCB), e Sérgio Arouca foi um reconhecido expoente e idealizador da Reforma Sanitária Brasileira.

A ação de dirigentes petistas ligados a movimentos sociais de saúde cresceu no período da regulamentação do SUS, ou seja, com uma maior inserção na construção da Lei 8.080 e 8.142, em 1990. Depois, com a

redemocratização do Conselho Nacional de Saúde, neste mesmo ano, e com a criação de Conselhos Municipais e Estaduais. Nos anos seguintes, a militância petista, especialmente a da saúde, passa a compor esses espaços de participação social de forma a influenciar a tomada de decisão do gestor público em defesa e pela consolidação do Sistema Único de Saúde.

Neste período, decisões sobre a composição de conselhos de saúde que incorporassem o máximo de representações sociais e a indicação de que os presidentes de conselhos fossem eleitos entre pares fizeram com que uma dirigente petista, Adalgiza Balsemão, fosse eleita como presidente do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, fato esse que desencadeou ação semelhante em outros estados e municípios.

No Brasil, a expressão “controle social” passou a ser utilizada para referenciar o conjunto das ações praticadas pela população visando ao acompanhamento e à fiscalização da atuação do Estado, por meio dos conselhos, das conferências e do orçamento participativo.

Assim, a existência e o funcionamento ininterrupto de espaços de controle social consolidaram a participação da sociedade no âmbito da administração pública. Os Conselhos de Saúde são compostos paritariamente, são movidos por interesses difusos, corporativos e coletivos diferentes, e isso faz com que esses espaços sejam sempre arenas de conflitos para definição de agendas políticas e pactuações, no que tange à organização e ao funcionamento do SUS.

Contudo, há que se destacar que muitos dos protagonistas sociais aos quais nos referimos são oriundos de movimentos de saúde, especialmente do movimento sindical de saúde, ou seja, eram servidores públicos. Com a Reforma Administrativa de Bresser-Pereira a inclusão da saúde como um dos serviços não exclusivos do Estado, a terceirização de contratos de trabalho impactou fortemente a organização sindical desses profissionais. Assim, vimos reduzir a projeção de novos quadros orgânicos e políticos partidários que se apresentam diante das lutas de saúde e em favor do SUS – participação que era alta no período da Reforma Sanitária –, o que fragiliza ainda mais os serviços e a aproximação entre trabalhadores de saúde e comunidade.

É ímpar a ação dos defensores da Reforma Sanitária à frente da direção de serviços e gestões municipais, estaduais e federais, especialmente nas administrações petistas onde, em grande medida, destacam-se ao

articular o direito à saúde ao modo petista de governar e, assim, tornaram-se referências na implantação de programas de saúde do SUS em todo o País. Essa inserção também foi alterada ao longo das últimas duas décadas com a terceirização da gestão de serviços de saúde, substituindo quadros técnicos-políticos por Organizações Sociais, por exemplo.

Neste artigo, a história da criação do SUS pode ser reafirmada pelos depoimentos coletados. Indicamos informações relevantes no perfil desses participantes. O primeiro era ligado às associações comunitárias de bairros e a Comunidades Eclesiais de Base, tendo como referencial de orientação política a “opção pelos pobres”, defendida pela Teologia da Libertação; ele se referiu ao período da redemocratização do país e da mobilização social pela criação do SUS, com destaque para a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Depois, o segundo participante era servidor público, ligado à associação de servidores federais da assistência, previdência e saúde no estado do Piauí. O terceiro, ligado à Associação dos Servidores da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (Asses). Essas associações de servidores públicos se constituíram em sindicatos, posteriormente à conquista do direito à sindicalização dos servidores públicos sacramentado na Constituição Federal de 1988. Ademais, essas organizações eram filiadas à Central Única dos Trabalhadores.

Mediante a categoria de “mundos separados” da saúde antes do SUS, postos por Paim<sup>38</sup>, e mediante os depoimentos apresentados, poderíamos incluir esses atores sociais no campo de “ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade e a saúde pública”, seja pela sua necessidade social, seja pelo seu vínculo de trabalho relacionado à esfera pública.

Depois, no campo da “saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho integrando a medicina previdenciária”, poderíamos identificar como vocalizadores sociais as representações sindicais que tiveram baixo envolvimento com a Reforma Sanitária.

Por fim, sobre “as modalidades de assistência médica liberal e empresarial” infere-se que a medicina de grupo, no período do desenvolvimentismo (anos 1950), se instalou nas regiões Sudeste e Sul e foi se impondo como a opção de assistência à saúde para os trabalhadores assalariados, hegemonizando a concepção de saúde deste público por meio

da manutenção de planos de saúde como benefícios ligados ao contrato de trabalho, o que se estabeleceu como prioridade de pauta do sindicalismo.

Visto que o Partido dos Trabalhadores nasceu a partir de um grande impulso das lutas sindicais, esses “mundos separados” da saúde exigem ações que reduzam o espaço entre a compreensão do que seja direito à saúde como um direito humano e dever do Estado e a saúde como benefício adquirido por meio de pagamento direto ou indireto, coisas que ainda dividem opiniões de forma explícita ou implícita e que devem ser recolocadas na pauta de debates e ações do partido. Caso contrário, a saúde figurará como elemento de programas e pautas e não como elemento estruturante do direito à vida.

## **Considerações Finais**

A ação dos dirigentes petistas comprometidos com o acesso universal à saúde e em luta pela manutenção do SUS enfrentou todas as tentativas de desmonte, ataques e retiradas de financiamento.

A importância do SUS pode ser destacada em seus números de atendimentos e em vidas salvas a cada ano, ou ainda na satisfação dos usuários constatada por meio de pesquisas, o que foi informado por um dos participantes desse estudo. Mas o que se exige agora é compor consensos em favor do SUS para enfrentar as críticas negativas que perseveram como narrativas e descredenciam a consolidação dessa política pública inclusiva. Isso se faz urgente porque o que se está a enfrentar são interesses de mercado que sempre antagonizam com o SUS, gerando lucros a partir do adoecimento da população.

A experiência de discussão do Programa de Governo Lula/Haddad para a área da saúde junto a dirigentes nacionais do Partido que não são da área de saúde se destacou pelo interesse no tema; ao mesmo tempo, revelou desconhecimento sobre o funcionamento, estrutura e organização do SUS, expresso na afirmativa de que o SUS é o maior plano de saúde do Brasil.

Neste ano de 2020, essa necessidade se reveste de força quando o mundo foi tomado pela pandemia de coronavírus e a importância do Sistema Único de Saúde para a sociedade brasileira também é rerepresentada, visto que teríamos enfrentado maiores sofrimentos se não tivéssemos um serviço de saúde fundamentado no acesso universal.

O SUS é uma política inacabada pela qual vale a pena lutar, porque as vidas importam. A saúde pública compõe um sistema civilizatório de promoção de vida e de direito humano. Assim, deve compor as ações estruturantes do Partido dos Trabalhadores, nas quais o acesso universal à saúde faz parte das ações estratégicas de defesa da vida da classe trabalhadora e do modelo de desenvolvimento social.

## **RESUMO**

Este artigo tem por objetivo apresentar um breve histórico da atenção à saúde no Brasil e a importância do Movimento pela Reforma Sanitária no período de redemocratização do país nos anos de 1980, o qual desempenhou papel fundamental para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este é aqui entendido como tributário de muita articulação política e mobilização social, evidenciadas tanto na 8ª Conferência Nacional de Saúde quanto no processo de participação popular que gestou a Constituição Federal de 1988. O artigo, construído a partir de revisão bibliográfica e pesquisa documental, adensou informações sobre o período pesquisado por meio da inclusão de informações sobre a participação de atores sociais filiados ao Partido dos Trabalhadores que compuseram esse momento político ímpar para a definição da “Saúde como direito de todos e dever do Estado”. A análise desses resultados de pesquisa apresenta a essencialidade da defesa do acesso universal à saúde, intra e extramuros aos espaços do Partido dos Trabalhadores, diante da fragilização do SUS presente na proposta de alteração do atual sistema universal de saúde para um sistema de cobertura universal de saúde. A diferença entre “acesso” e “cobertura” pode parecer pequena à primeira vista, mas traz consigo os interesses de mercado, colocando os lucros acima da vida, e pode promover grandes retrocessos no direito à saúde entendido como direito humano, o qual deve ser estruturante do modelo de desenvolvimento econômico e social e, portanto, do direito à qualidade de vida.

## **PALAVRAS-CHAVE:**

Reforma Sanitária; Direito à Saúde; Sistema Único de Saúde; Participação Social; Controle Social e Partido dos Trabalhadores.

*The Unique Health System and the Workers 'Party - history and current challenges.*

## **ABSTRACT**

This article aims to present a brief history of the attention to health care in Brazil and the importance of the Sanitary Reform Movement in the period of redemocratization of the country in the 1980s, which played a fundamental role in the creation of the Unified Health System (SUS). This movement is seen as a tributary of much political articulation and social mobilization evidenced both at the 8th National Health Conference and the popular process which generated the Federal Constitution of 1988. This work is based on the bibliographic revision and documentary research, densifying information about the period researched by including information given by social actors that were filiated to the Workers Party and participated in this unique political moment that defined "health care as everyone's right and the state's duty to ensure it". Analyzing the results of this research shows the importance of defending universal access to health care, independent from the influence of the workers party, seeing the weakening of SUS in the present proposal of changing the current universal health system to a universal coverage system. The difference in the key terms "health system" and "coverage system" may seem small at first glance, but the latter brings with it the interests of private entities that prioritize their profit above even life, causing great setbacks as to seeing health as a human right, which should be structuring the economic and social development and therefore the right to quality of life.

## **KEYWORDS:**

Sanitary Reform; Health Right; Unified Health System; Social Participation; Social Control and Workers Party.

## NOTAS:

---

<sup>1</sup> Doutora pela Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília. Coordenadora do Setorial Nacional de Saúde do Partido dos Trabalhadores. Contato da autora: elianacruz40@gmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Ciência da Saúde pela Universidade de Brasília. Integra o Coletivo Nacional de Saúde do Partido dos Trabalhadores. Contato da autora: jacenna31@gmail.com

<sup>3</sup> Mestre em Filosofia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). Contato do autor: valdevir@ifibe.edu.br

<sup>4</sup> Psicóloga, especialista em Saúde Pública (UNIUBE/Uberaba), em Saúde Mental (ESP/MG/Fiocruz) e em Direito Sanitário (FSP/USP). Integra o Coletivo Nacional e Coletivo Estadual (MG) de Saúde do Partido dos Trabalhadores. Contato da autora: conceicao.rezende@gmail.com

<sup>5</sup> MARCHESOTTI, A. P. A. Santa Casa de Misericórdia: história e desafios. *Revista de Bem com a Vida*, n. 38, p. 10, 2013. Disponível em: <http://tremdahistoria.blogspot.com/2013/05/santa-casa-de-misericordia-historia-e.html>. Acesso em: 11 nov. 2020.

<sup>6</sup> POLIGNANO, M. V. *História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*. 2006. Disponível em: [http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude\\_no\\_brasil.pdf](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf). Acesso em: 10 de novembro de 2020.

<sup>7</sup> PAIM, J. S. *O que é o SUS?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 30 (Coleção Temas da Saúde).

<sup>8</sup> CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BR). Relatório da 7ª Conferência Nacional de Saúde. 1980. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_7.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf). Acesso em: 10 de novembro de 2020.

<sup>9</sup> PAIM, *op. cit.*

<sup>10</sup> PAIM, *op. cit.*

<sup>11</sup> PAIM, *op. cit.*

<sup>12</sup> ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração Universal de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas, 1948. [internet]. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/deconu/textos/integra.htm>. Acesso em 10 de novembro de 2020.

<sup>13</sup> ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), *op. cit.*

<sup>14</sup> COMPARATO, F. K. *A afirmação histórica dos direitos humanos*. 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

---

<sup>15</sup>CAMPOS, G.W.S. A REFORMA SANITÁRIA NECESSÁRIA. In: TEIXEIRA, F. BAHIA, L. AMARANTE, P. Saúde em Debate: Fundamentos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro. CEBES, 2007.

<sup>16</sup> BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S. F.; CAMPOS, G. W. S. *Reforma sanitária Itália e Brasil*. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1988.

<sup>17</sup> CAMPOS, *op. cit.*

<sup>18</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986. [internet] Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso em: 10 de novembro de 2020.

<sup>19</sup> DOWBOR, M. *A arte da institucionalização: estratégias de mobilização dos sanitaristas (1974-2006)*. [Tese de Doutorado em Ciência Política]. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras. Departamento de Ciência Política, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

<sup>20</sup> DOWBOR, *op. cit.*

<sup>21</sup> PAIM, J. S. *O que é o SUS?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p. (Coleção Temas da Saúde)

<sup>22</sup> PAIM, *op. cit.*

<sup>23</sup> ALMEIDA, E. S. CHIORO DOS REIS, A. A.; ZIONI, F.; Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. In: Westphal, MF; Almeida, ES. (Org.). *Gestão de Serviços de Saúde*. São Paulo: Edusp - Editora da Universidade de São Paulo, 2001, v., p. 13-58 Disponível em <https://repositorio.usp.br/item/001240567> Acesso em 10 de novembro de 2020.

0

<sup>24</sup> BRESSER-PEREIRA, L. C. A reforma gerencial do estado de 1995. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 33, jul. 2000.

<sup>25</sup> MACHADO, M. H. *et al.* Tendências do Mercado de Trabalho de Saúde no Brasil. In: PIERANTONI, C. R. *et al.* *O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011, p. 103-116. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/TendenciasTrabalho.pdf>.

Acesso em: 10 de novembro de 2020.

<sup>26</sup> Ocké-Reis CO. Cobertura Universal de Saúde: inclusão ou exclusão? [internet] Reflexões sobre o Desenvolvimento - IPEA. Boletim de Análise Político-Institucional, n. 9, Jan-Jun. 2016. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7088/1/BAPI\\_n9\\_cobertura.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7088/1/BAPI_n9_cobertura.pdf)

<sup>27</sup> DOWBOR, *op. cit.*

---

<sup>28</sup> TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

<sup>29</sup> BRASIL. *Decreto n. 5.839, de 11 de julho de 2006*. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm>. Acesso em: 10 de novembro de 2020.

<sup>30</sup> BRASIL. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm>. Acesso em: 10 de novembro de 2020.

<sup>31</sup> BRASIL. *Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm>. Acesso em: 10 nov. 2020.

<sup>32</sup> TATAGIBA, *op. cit.*, p. 54.

<sup>33</sup> Selvino Rech: Participou das Comissões Eclesiais de Base nos anos de 1980. Foi Deputado Estadual: 1987-90. Presidente da Comissão de Saúde: 1987-88. Presidente PT/RS: 1990-93. Assessor Especial Lula (Fome Zero, RECID, etc.):2004-2010. Assessor especial Secretaria Geral da Presidência: 2011-2014. Sec. Executivo da Comissão Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (CNAPO):2012-14. 3. Atualmente compõe o conselho deliberativo do Centro de Assessoria Multiprofissional (CAMP) e a Direção do CEAAL - Consejo de Educación Popular de América Latina y el Caribe, e membro da Coordenação Ampliada nacional do Movimento Fé e Política..

<sup>34</sup> José Teófilo Cavalcante foi estudante de matemática da UFPI e ajudou na reconstrução da União Nacional dos Estudantes na década de 1970. Foi diretor do SINTSPREVS-PI (Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde e Previdência do Estado do Piauí) e coordenador da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde de junho de 1998 a agosto de 2013. Também foi presidente do Conselho Estadual de Saúde do Piauí de setembro de 2012 a julho de 2018.

<sup>35</sup> Jocélio Henrique Drummond foi diretor da Associação de Servidores da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (Asses) e do Sindicato dos Trabalhadores Públicos do Estado de São Paulo, entre os anos de 1980 e 1990. Integrou a Direção do Departamento Nacional de Saúde, Previdência e Assistência Social, que deu origem à Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade

---

Social da CUT, fundada em 1995. Representou a Central Única dos Trabalhadores (CUT) no Conselho Nacional de Saúde de 1991 a 2001. Foi fundador do Instituto de Saúde do Trabalhador (INST), em articulação com a CUT e a CGIL (Central Geral Italiana del Lavoro). Atualmente é Secretário Regional Interamericano da Internacional de Serviços Públicos (ISP).

<sup>36</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. (Série I. História da Saúde no Brasil). p. 88-89.

<sup>37</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Plenárias nacionais de conselhos de saúde: resgate histórico do controle social no SUS*/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p. (Série I. História da Saúde no Brasil) (Série Histórica do CNS)

<sup>38</sup> PAIM, *op. cit.*