



## **SEPARATA**

***Caros leitores,***

***Este arquivo é uma separata do livro “Tópicos em Saúde e Direitos” (Ventura, CAA; D’ANDREA, G; OLIVEIRA, RGV; RICARDO, MF (Orgs.), Sociedade Brasileira de Comunicação em Enfermagem, 2017). Os capítulos foram disponibilizados individualmente para facilitar o acesso daqueles que buscam por assuntos mais específicos e potencializar os resultados de revisões de literatura.***

***Os demais capítulos individualizados, a versão completa do livro com informações editoriais completas podem ser encontrados para download no seguinte link:***

***[bit.ly/livrosaudedireito2017](http://bit.ly/livrosaudedireito2017)***

***Muito obrigado!***

***Os Organizadores***



# ***Direito à saúde no Brasil: do processo constituinte aos desafios à efetivação***

***Erika Maria Sampaio Rocha***

***Rita de Cássia Duarte Lima***

***Joel Hirtz do Nascimento Navarro***

***Alexandre Andrade Alvarenga***

***Eliane de Fátima Almeida Lima***

***Maria Angélica Carvalho Andrade***

## **RESUMO**

O direito à saúde não está posto. Sua conquista se insere nas lutas cotidianas das arenas de disputas entre interesses e intenções diversas. Este texto traz uma reflexão sobre a complexidade da efetivação do direito à saúde no Brasil. Tem como ponto de partida as bases históricas das noções de direito à saúde

no Brasil e aspectos importantes do Movimento da Reforma Sanitária que culminaram na maior política de inclusão da América Latina, que é o Sistema Único de Saúde-SUS. Em paralelo, o capítulo aponta ameaças e desafios éticos que se impõem à consolidação deste direito desde a sua homologação, na Constituição Cidadã de 1988, e seguem se explicitando ao longo do tempo, com articulações e estratégias políticas restringindo garantias e colocando o Estado em favor de interesses privados.

## **INTRODUÇÃO**

No contexto nacional, a discussão sobre os desafios para sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) universal e gratuito tem sido parte de debates que dizem respeito à necessidade de rompimento com as desigualdades sociais, em que a garantia dos direitos é uma condição para a obtenção pelos cidadãos da ampliação do acesso qualificado ao sistema e serviços públicos de saúde.

Este debate vem se estendendo desde a criação do SUS (PAIM 2008, PAIM et al., 2011) e, nos últimos anos, motivado pelas fragilidades e constantes ameaças ao sistema público de saúde, tem sido objeto de frequentes enfrentamentos entre aqueles que defendem a ampliação do SUS e os que advogam pela necessidade de reduzir o seu tamanho e abrangência.

Assim, essas diferentes forças em disputa têm favorecido a emergência de importantes desafios ético-político-econômicos, produzindo muitas interferências na efetivação do direito à saúde. Segundo Santos (2015) e Menicucci (2014), as perdas de direitos vêm se acumulando na sociedade brasileira desde a conformação do arcabouço constitucional do sistema, nas décadas de 80 e 90, até os dias atuais, fruto das negociações com grupos representantes de interesses diversos, notadamente, os vinculados aos setores privados na saúde que têm exitosamente conseguido a inclusão de um subsistema privado dentro do SUS, limitando as garantias constitucionais relativas ao financiamento e ao controle social, fragilizando a efetivação do

direito à saúde e evidenciando a mercantilização das políticas de saúde (VIEIRA, 2016).

Nesse sentido, a aprovação do SUS, na década de noventa, se constituiu num processo contra hegemônico, inclusive em disputa com a expansão do modelo neoliberal e sua tese de menos Estado e mais mercado. Em 1993, o Banco Mundial publicou um relatório intitulado “*World development report 1993: investing in health*”, que recomendava aos estados nacionais reduzir investimentos públicos em saúde, em nome da livre iniciativa do mercado privado (WORLD BANK, 1993). Estes interesses mercadológicos influenciaram no contexto interno de aprovação do SUS, disputando espaço com aqueles defensores da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), e este embate ficou marcado na conformação possível do direito à saúde, tendo em vista as negociações entre estes grupos.

Em conformidade com este pensamento, Vieira (2016) aponta a tensão no cenário nacional, na luta pelo estado de bem estar social, num momento tardio, em relação aos países europeus, e que se agravou recentemente com o discurso de ajuste fiscal e corte de gastos sociais.

É tácito que as possibilidades de se implementar o direito à saúde no cotidiano das práticas são ditadas pela economia política vigente e, no atual contexto de economias globalizadas e preponderância do mercado internacional, novos riscos se apresentam para a efetivação desse direito. No confronto entre a lógica neoliberal e a democrática, o direito à saúde vivencia crescentes ameaças com privatização de sistemas de saúde tradicionalmente universais, custos crescentes para os usuários, diretos e indiretos e restrições severas às políticas sociais (GIOVANELLA, STEGMÜLLER, 2014), sendo esta discussão muito presente na agenda política atual (SCHEFFER, BAHIA, 2015; PAIM, 2015).

Muitos estudos apontam as impactantes conquistas sociais alcançadas desde meados da década de 1970, com a organização da sociedade civil em torno das discussões e movimentos políticos em defesa dos direitos, da

cidadania, das concepções de saúde e sua determinação social. As mudanças prosseguiram após a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, com inquestionáveis avanços e melhorias nas condições de vida e saúde da população brasileira (SANTOS, 2015; PAIM *et al.*, 2011; PAIM, 2015; MENDES, 2013; BRASIL, 2014), que alcançaram um grande patamar com relação ao acesso aos serviços de saúde, mas a qualidade, que engloba a resolutividade, a abordagem integral e dialógica, o caráter de humanização que caracterizam um SUS digno e equânime, *ainda apontam a necessidade da luta pela sua efetivação* (CAMPOS, 2014; SOUZA *et al.*, 2014; SARTI, 2015).

Fleury (2009, p.744) afirma que para transformação de "direitos constitucionais em direitos em exercício" são necessárias políticas públicas que atuem na correlação de forças, de modo a favorecer o empoderamento dos sujeitos e a "construção permanente de sujeitos políticos", efetivando a RSB.

Diante desse contexto, este capítulo constitui-se numa reflexão sobre as bases sociais e políticas no Brasil, cujo desdobramento sustentaram a construção nacional do direito à saúde, e as implicações de decisões e discussões atuais sob a perspectiva de efetivação desse direito na Constituição de 1988.

Destaca-se o fato de que a consolidação do direito à saúde ocorre no cotidiano dos muitos cenários que envolvem as macro e micropolíticas institucionais. Com efeito, a garantia do direito à saúde traz como desafio compreendê-lo como ação social articulada às constantes disputas nas agendas políticas e, dessa forma, às posturas e ao compromisso ético político exigidos dos atores envolvidos no seu dia a dia.

## **UMA REFLEXÃO NECESSÁRIA SOBRE A CONQUISTA DOS DIREITOS E A CONCEPÇÃO DE CIDADANIA BRASILEIRA**

As noções de direito e cidadania construídas por uma sociedade ao longo de sua história são os fatores que a mobilizam em defesa de suas

conquistas, especialmente em conjunturas políticas de disputa de interesses e de ameaças a direitos adquiridos. Nesse sentido, para uma reflexão sobre o tema torna-se necessário conhecer o percurso histórico vivenciado pelo povo brasileiro, marcado por uma frágil incorporação da cidadania, com modelos políticos, fortemente vinculados aos interesses do mercado externo, acarretando implicações diretas na consolidação do direito à saúde (LUZ, 2007; CARVALHO, 2013).

A ordem cronológica com que se dá a conquista dos direitos civis, políticos e sociais, que caracterizam o cidadão pleno, é decisiva em relação ao modo como um determinado povo vivencia a cidadania e, portanto, define o quanto este coletivo desenvolve habilidades de resistência e luta em defesa de seus interesses e necessidades (CARVALHO, 2013).

A sequência desta conquista, segundo Marshall, coincide com aquela que se deu, por exemplo, na Inglaterra: primeiro vieram os direitos civis, no século XVIII, coincidindo com a formação dos primeiros burgos. Depois, com o crescimento destes, por volta do século XIX, instituiu-se um poder controlador e administrador do coletivo, com a noção moderna de Estado e os direitos políticos. Só mais tarde, por volta do século XX, os cidadãos, agora mais instruídos e organizados politicamente, passam a reivindicar do Estado melhorias de condições de vida, tais como moradia digna, segurança, educação de qualidade, garantias trabalhistas, ou seja, os direitos sociais (MARSHALL *apud* CARVALHO, 2013).

No caso do Brasil, a ordem cronológica com que se formalizaram os direitos aconteceu de modo muito diferente do que foi colocado por Marshall: primeiro obtivemos os direitos sociais, depois os civis e políticos. Carvalho (2013) questiona até o termo 'direito', já que, neste caso, não foram conquistas sociais, mas sim concessões, em maior ou menor número, conforme os períodos da nossa história. Nesse sentido, este autor destaca uma prática na política brasileira, que ele denominou de "estadania", em lugar de cidadania, uma vez que o Estado sempre teve papel central, especialmente o poder executivo, que sempre foi o mais forte, seja como um duro controlador e

cobrador de impostos ou como distribuidor de benesses. Baptista *et al.*(2009), em uma análise da atuação dos poderes públicos, mostra a forte ação regulatória do poder executivo.

Esta cronologia da conquista de direitos no Brasil relaciona-se com a formação do povo brasileiro com um característico distanciamento político, o que favoreceu a recorrente aparição do autoritarismo, seja em governos civis ou militares, visto em vários momentos da história brasileira, e a implementação de políticas que muitas vezes não representavam as necessidades reais da sociedade civil (LUZ, 2007; CARVALHO, 2013). Como exemplo, Luz (2007) destaca o processo de independência do Brasil, realizado a partir de negociações entre Portugal, Inglaterra e os latifundiários, que não representou um processo revolucionário ou uma mudança. Toda a burocracia portuguesa se manteve com o nosso primeiro imperador, Dom Pedro I, filho do rei de Portugal. Fomos Estado, sem termos sido nação (CARVALHO, 2013). De modo semelhante, a constituição da República brasileira também não representou de um processo amplo de transformação social, ao contrário, se deu atendendo a interesses, econômicos e políticos, de abrir o país ao mercado externo. A situação do país mostrava várias limitações à economia capitalista: uma população com baixíssimos índices de alfabetização, extremamente desinformada, e uma economia de tradição escravocrata, com mão de obra pouco qualificada e não assalariada, baixo consumo de manufaturas e com regime de produção com baixa circulação monetária. A mudança do regime atendeu então a interesses do mercado externo. A república, assim instalada, apresentou uma estrutura centralizadora, autoritária, vertical, não sendo representativa da diversidade da sociedade civil. Suas políticas públicas sociais são instáveis, distantes da população, exatamente por não representarem genuinamente a sociedade civil (LUZ, 2007).

A revolta da vacina, no Rio de Janeiro, no início da República, ilustra bem o distanciamento entre a população e os agentes públicos. Os abusos significativos, constrangimentos e agressões sofridos pela população, constantemente desinformada sobre os procedimentos sanitários, contribuíram

para aumentar a desconfiança em relação ao governo, gerando maior instabilidade política, econômica e maior risco de epidemias (FAUSTO, 2008). Conforme, Lima et al (2013), as políticas estatais de saúde, no final do século XIX e início do século XX, tinham o foco nos interesses capitalistas de recuperação da força de trabalho que adoecida em função do quadro sanitário precário, dizimando parcelas consideráveis da população e impactando o processo produtivo emergente.

Esta conformação política, segundo Luz (2007), trouxe três importantes características à sociedade brasileira, diretamente relacionadas à efetivação do direito à saúde. A primeira característica é um forte individualismo nas práticas políticas, distante das noções de solidariedade, características de sociedades democráticas, onde foram incorporadas as noções de cidadania. As ações de solidariedade demonstradas pelo povo brasileiro em situações críticas de sofrimento coletivo, tais como acidentes naturais, ou mesmo casos de sofrimento individuais, ou em campanhas de ajuda, não se estendem à atuação política.

A segunda característica apontada pela autora (LUZ, 2007) se refere a um desconhecimento, pelo cidadão, dos limites entre o individual e o coletivo, que reverbera na confusão entre os limites do público e do privado e favorece aos mais fortes, detentores de poder nas decisões políticas. Esta característica torna a população muito vulnerável ao que é veiculado pela mídia que, de modo geral, defende os interesses do capital privado.

E a terceira característica apontada, consequência da segunda, é o fato de as instituições civis ligadas ao poder público, que deveriam defender os interesses da sociedade, transformarem-se em centros de mando, controle e desconsideração do cidadão. Observamos muitas vezes que, ao adentrar no serviço público, o profissional desconsidera o usuário, aceitando que “em princípio, todos são iguais, mas há alguns mais iguais que outros” (LUZ, 2007, p. 297).



É relevante destacar também o mito do brasileiro como um povo pacífico, característica que foi sempre realçada, ganhando traços de passividade política e correndo risco de esvaziar o significado de conflitos e revoltas ocorridos na história do Brasil e que são hoje retomadas por historiadores (CARVALHO, 2013).

Diante do exposto pelos autores (LUZ, 2007; FAUSTO, 2008; CARVALHO, 2013), entende-se que o processo histórico do povo brasileiro favoreceu uma estruturação frágil das concepções de direito e de cidadania, impactando negativamente a capacidade de articulação da população em prol da defesa de seus direitos, o que é fundamental na conjuntura política e econômica atual, na qual as políticas sociais são definidas conforme os interesses do mercado financeiro internacional (SANTOS, 2002; PAIM, 2015).

## **A IMPLEMENTAÇÃO COTIDIANA DO DIREITO À SAÚDE**

No processo inicial de efetivação do direito à saúde, ressalta-se o afastamento das bases populares como importante dificultador das negociações na Assembleia Nacional Constituinte para a aprovação da Constituição Federal de 1988 (RODRIGUES NETO, 1997). Para simbolizar essa concentração de forças em torno das vias legislativo-parlamentar e técnico-científica e menos articulada com as massas populares, Sergio Arouca usou a alegoria do “fantasma da classe ausente” (PAIM, 2008). Esse caráter do movimento teve sérias implicações, uma vez que, desde seu início, limitaram a implementação ampla da Reforma Sanitária, tal qual vinha sendo elaborada (SANTOS, 2015; PAIM, 2008).

O texto constitucional expressa os citados interesses em disputa, por exemplo ao contemplar a concepção de seguridade social, mas, ao mesmo tempo, garantir a liberdade à iniciativa privada, apresentada sob a possibilidade da complementariedade, como visto no Artigo 199º (BRASIL, 1988). De modo análogo, este antagonismo segue na legislação infraconstitucional. Na aprovação da Lei 8080/1990 (BRASIL, 2007a), todos os artigos referentes à

participação social e ao financiamento, bases de sustentação do SUS como reforma social ampla e não apenas uma reforma setorial da saúde, foram todos vetados e retomados na Lei 8142/1990, meses depois, com limitações ao funcionamento das instâncias participativas, dependência do poder executivo, indefinições em relação ao financiamento para a área da saúde e o condicionamento, para sua aprovação, da participação da iniciativa privada no sistema de saúde (BRASIL, 2007b; VASCONCELOS; PASCHE, 2013).

Muitos princípios do direito à saúde ainda não se efetivaram, dentre eles a participação social (COSTA, 2003; PAIM, 2008). O pleno controle social se tornou uma ameaça, motivo da “colonização de instâncias participativas por interesses partidários, corporativos e de grupos” (PAIM, 2015, p. 81). A luta em defesa de interesses específicos e o corporativismo se fazem cada vez mais acirradas nas instâncias deliberativas das políticas públicas (SANTOS, 2015; SCHEFFER; BAHIA, 2015). A representatividade da sociedade civil, já comprometida pelo seu percurso histórico, se esfacela na prática das instituições, apesar das diretrizes constitucionais. Acresce a isso, as crises de várias dimensões na saúde pública, decorrentes de várias situações que vão do subfinanciamento crônico, a aposta no fracasso desse modelo, a não adesão das corporações profissionais, a postura insistente da mídia de só mostrar o SUS que não dá certo, aumentando a desinformação e descrédito da população sobre as potencialidades desse modelo. Alguns autores (MATTOS, 2006; TEIXEIRA, 2011), questionam se o direito à saúde tem sido efetivamente uma conquista da sociedade. Nesse sentido, muitos autores apontam as diferentes formas de silenciamento de usuários e trabalhadores, no dia a dia nas instituições de saúde (MOREIRA; ESCOREL, 2009; GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; WENDHAUSEN; CAPONI, 2002; MARTINS, 2008; SOUZA et al., 2012, PEIXOTO; LIMA, 2007). Por outro lado, estudos mostram que os usuários vêm desenvolvendo formas diferenciadas de participação que se dão fora das instâncias formais, estando presentes nos cenários das práticas de cuidado. Estes atores lutam por afirmar seu protagonismo da maneira que lhes é possível, seja por meio dos “barracos” nas unidades de saúde (QUINTANILHA et al., 2013), seja pelos caminhos alternativos construídos na

rede de serviços (MEHRY, 2013), seja pelo tensionamento criado com os trabalhadores nas unidades de saúde (SARTI, 2015). Destas formas, independente dos caminhos e escolhas eles contribuem para a construção do SUS no dia a dia dos serviços de saúde.

## **AMEAÇAS À SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL**

O direito à saúde só se fundamenta na política e na ação. Assim, as ofensivas ao direito à saúde não podem ser compreendidas descoladas de um conjunto de políticas e ações conservadoras e protetivas da hegemonia do capital, que vêm atuando em diversas frentes, sendo mais evidentes na saúde e educação dado o potencial transformador das mesmas.

Uma das medidas que fortaleceu o setor privado e retirou o apoio político de parte da classe dos trabalhadores, teve início na época da fusão dos vários Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em meados da década de 1960. O governo optou por terceirizar a prestação de serviços médicos para este grande número de trabalhadores, fortalecendo o capital de empresas médicas com subsídios estatais, nascendo assim as grandes seguradoras de saúde (PAIM, 2008).

Estes grupos constituíram fortes adversários nas negociações da Assembleia Nacional Constituinte e vêm, até hoje, posicionando-se politicamente em defesa das políticas de mercado privado em detrimento do setor público e espoliando duplamente os recursos públicos, pela utilização direta de equipamentos e infraestrutura do serviço público e pela garantia na legislação de isenção fiscal a um grande número de contribuintes, exatamente aqueles com melhores condições econômicas. O crescimento das empresas e cooperativas médicas, que se intensificou após a década de 1990, reduziu também o apoio de grande parte da classe médica, que passou a ter o foco no trabalho nestas empresas (MENICUCCI, 2014).

No Brasil, estas medidas, iniciadas pelos Ministérios da Administração do Estado e do Planejamento, tornam-se cada vez mais explícitas nas políticas de retração social, com um drástico subfinanciamento, precarizações das remunerações e das relações de trabalho e a entrada da iniciativa privada por meio das terceirizações. Especialmente após 1995, quando teve início a segunda geração da Reforma do Estado que teve como marco o Relatório do Banco Mundial de 1997 e foi caracterizada pela participação da iniciativa privada nas políticas públicas e pela presença crescente das Organizações Sociais, empresas públicas de direito privado com o discurso da desburocratização da estrutura do Estado (ANDREAZZI, 2013).

Outra estratégia restritiva foi o desvio dos recursos da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF) da área da saúde, por meio da Desvinculação das Receitas da União (DRU) que retira ao todo 20% do orçamento da Seguridade Social (SANTOS, 2015). No ano de 2000, a aprovação de Emenda Constitucional 29, determinou como investimentos mínimos de recursos na saúde a taxa de 12% das receitas dos estados e Distrito Federal e 15% para os municípios, sem assegurar o percentual de investimento federal (SANTOS, 2015).

A CF/1988 proíbe a utilização de recursos públicos para benefício de instituições privadas com fins lucrativos, mas permite o estabelecimento de convênios e subsídios a empresas privadas do setor saúde (BRASIL, 1988). As empresas de saúde se fortaleceram ao longo deste tempo atuando em duas frentes: na garantia de apoio político, por meio de investimentos pesados em campanhas políticas e junto aos parlamentares, garantindo que estes aspectos permaneçam intocáveis na legislação; e investimento na mídia, com campanhas subliminares valorizando a medicina suplementar e a paralela degradação ou invisibilidade das conquistas do SUS (DIRETORIA DO CEBES, 2014; SCHEFFER, BAHIA, 2015; XAVIER, NARVAI, 2015). É frequente o uso do discurso em defesa do SUS, por candidatos que, após eleitos, atuam contra ele, aprovando medidas que favorecem a privatização e a lógica da saúde como bem de consumo (VIEIRA, 2016).

Asensi (2010, p. 15) afirma um constante tensionamento, no que diz respeito à garantia do direito à saúde, que como um direito social fundamental, tem “força normativa suficiente para sua incidência imediata e independente de providência normativa ulterior para sua aplicação”. No entanto, na prática, a estratégia de sobrevivência estatal é a escolha de grupos que serão favorecidos em detrimento de outros que arcam com o sofrimento e a falta de proteção social (ASENSI, 2010). Neste sentido, termos como ‘mínimo existencial’ e ‘reserva do possível’ são muito utilizados pelo Estado, ainda que não existam na Constituição, para condicionar a efetivação de direitos à condição econômica de custeá-los (ASENSI, 2010). ‘Mínimo existencial’ seria o conjunto dos direitos mínimos para uma vida digna, dentre os direitos fundamentais, e que não podem ser restritos pelo Estado. Mas, fica então a possibilidade de o Estado cortar direitos, que não façam parte deste conjunto, em caso de falta de recursos estatais. E a ‘reserva do possível’ justifica o corte de recursos para determinados setores, sob a alegação de que o Estado não possui condições de arcar com os custos (ASENSI, 2010).

Este movimento de ameaça aos direitos, com retração do Estado, vem se mantendo na Europa e outros países da América Latina com aspectos diversos, mas tendo em comum o aumento das políticas de copagamentos, aumento dos custos diretos para os usuários e as privatizações (PAIM, 2015). Nesta lógica, uma estratégia denominada ‘cobertura universal de saúde’ foi liderada pela Fundação Rockefeller e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e teve início com a aprovação da resolução 58.33, em 2005, na assembleia da OMS. Com o discurso da sustentabilidade dos sistemas de saúde e dos riscos, aponta como solução a maior participação do capital privado como forma de proteção. Apesar do uso do termo universal, a proposta visa o enfraquecimento dos sistemas universais e a expansão dos sistemas privados e dos seguros de saúde. Ainda assim, o direito à saúde no Brasil se viu mais diretamente ameaçado após a 67ª Assembleia das Nações Unidas, onde os representantes brasileiros se pronunciaram favoráveis à proposta da ‘cobertura universal de saúde’, de acordo com a qual a saúde deixaria de ser

um direito e passaria a ser um bem de consumo (DIRETORIA DO CEBES, 2014).

Mendes (2013) mostra a experiência de países que optaram pela criação de sistemas de saúde para as parcelas da população com condições de arcar com copagamentos, sob a alegação de que haveria um excedente a ser investido em sistemas básicos, limitados nas tecnologias de média e alta complexidade, para maior cobertura de serviços para populações carentes. O resultado destas estratégias foi um maciço subfinanciamento dos sistemas de saúde nestes países, especialmente devido à baixa organização social e pequeno poder de vocalização desta parcela mais desfavorecida da população.

Recentemente, Paim (2015, p.63) listou sérias ameaças ao direito à saúde, tais como: a rejeição da emenda popular Saúde + 10; a abertura da saúde ao capital estrangeiro; o orçamento impositivo; a obrigatoriedade de planos privados de saúde para empregados; o projeto de lei das terceirizações; o reconhecimento da constitucionalidade das Organizações Sociais (OS); e o compromisso do Governo com a proposta da cobertura universal da saúde. Segundo este autor, tais ameaças revelam que os três poderes do Estado Brasileiro atuam na contramão dos princípios e diretrizes do SUS.

A alegação de insustentabilidade do SUS, frente à recente crise econômica, utilizado sistematicamente como justificativa de cortes de recursos, é uma falácia, pois são muitas as evidências do desmonte desta política de inclusão, a maior da América Latina, desde sua aprovação (VIEIRA, 2016). A sociedade brasileira, a exemplo do que ocorre em vários países, tem demonstrado insatisfação e descrença no atual jogo político comprometido com o capital financeiro especulativo e a macroeconomia global, ao mesmo tempo ficam evidentes as buscas por estratégias, verdadeiramente vinculadas ao bem estar coletivo e aos interesses nacionais. Assim, a possibilidade da retomada das diretrizes da RSB reside na participação da sociedade, assumindo os rumos do financiamento e entendendo que o SUS pertence a cada cidadão, o seu maior financiador (SANTOS, 2015).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O SUS real vive contradições próprias de processos inovadores e em construção, numa sociedade tão complexa e diversa como a brasileira, em que a conquista de direitos, a construção da cidadania e o valor da vida se produz, de forma diferenciada e lentamente. Ao mesmo tempo em que se obtém ganhos reais de expansão do acesso qualificado aos serviços de saúde e melhorias de vários indicadores de saúde, vivenciam-se muitas mazelas decorrentes da desassistência cotidiana da população, bem como submetem os trabalhadores às precárias condições de trabalho, aumentando as situações de risco e vulnerabilidade laboral.

Portanto, não podemos perder de vista que o jogo pela garantia dos direitos à saúde não está ganho, é uma conquista cotidiana nos diferentes espaços em ação e atuação, uma vez que os interesses do capital, da financerização da vida nos impõe estar sempre alertas. Dessa forma, a realidade nos impõe o desafio permanente de estarmos atentos às tensões e disputas de diferentes projetos de sociedades que vão sendo produzidas nas arenas, convocando-nos a não esmorecer na luta em defesa do já conquistado e na busca do almejado, que indubitavelmente tem sido representado pela maior política de inclusão social da América Latina, que é o SUS. Apesar do crescente subfinanciamento das políticas públicas, são inegáveis as conquistas e melhorias de vários indicadores de saúde da população brasileira. A cobertura exclusiva do SUS a 71% da população brasileira - cerca de 140 milhões de pessoas -, em uma complexidade crescente do processo de saúde-doença-cuidado, trouxe ao SUS reconhecimento internacional.

As muitas vivências democráticas, as tantas experiências exitosas dos muitos SUS espalhados pelo Brasil deixam raízes e promovem mudanças nos cidadãos de direitos, sejam usuários, profissionais de saúde ou gestores. E, ainda que sejam tempos preocupantes, há esperança e somos capazes de pensar, falar e agir em meio a este cenário de ameaças. Podemos, nessa

caminhada, nos apropriarmos do sentimento legítimo de que nós somos o SUS.

## REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, M. F. S. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: inconsistências à luz da Reforma do Estado. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n.2, p.275-284, 2013 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/16.pdf>>. Acesso em: 12 mai 2015.

ASENSI, F.D. Direito e usuários em saúde: três representações sobre a relação entre a forma e a alma. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T.C. (org.) **Ética, Técnica e Formação: as razões do cuidado como direito à saúde**. CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, Rio de Janeiro, 2010a, p.15-44.

BAPTISTA, T. W. F. *et al.* *Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados*. **Physis**, Rio de Janeiro, v.19 n. 4 p. 1007-28, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>Acesso em 02 set 2012.

\_\_\_\_\_. Lei no 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá Outras Providências. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília/DF: Editora MS, 2007a, p.29-30 (Série E. Legislação de Saúde).

\_\_\_\_\_. 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. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília/DF: Editora MS, 2007b, p.29-30 (Série E. Legislação de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sala de Gestão Estratégica(SAGE)**, 2014. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/>>. Acesso em 06 mar. 2015.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* A avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. Especial, p. 252-64, out 2014.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 17. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.



COSTA, E.D.P. Povo e cidadania no Estado Democrático de Direito. **Rev. Fac. Direito UFPR**, v.38, n.0, p.101-21, 2003.

DIRETORIA NACIONAL DO CEBES. Em defesa do direito universal à saúde: saúde é direito e não negócio. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, pp. 194-196, jun, 2014.

FAUSTO, B. **História do Brasil**. 13. ed. São Paulo: EDUSP, 2008. 664 p.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p.743-52, 2009.

GIOVANELLA L.; STEGMÜLLER, K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.11, pp.1-19, nov., 2014.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, jul./ set., 2006.

LIMA, R. C. D et al. A implementação de políticas públicas para saúde no Brasil. IN: **Uma história brasileira das doenças**. 1. ed. Belo Horizonte: Fino Traço, 2013.

LIMA, R.C.; PEIXOTO, W. H. O impacto da violência no trabalho em saúde. IN: **Violência e contemporaneidade: dimensões das pesquisas e impactos sociais**. Vitória: Grafita Editora, 2007.

LUZ, M. T. **Ordem social, instituições e política de saúde no Brasil**: textos reunidos. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007.

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.105-120, 2008.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A (org.) **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p. 43-68, 2006.

MENDES, E.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde resultados e desafios. **Estud. av.**, São Paulo, v.27, n. 78, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/03.pdf>>. Acesso em 05 nov 2016.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro v. 21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato em saúde. In: FRANCO, T.; MERHY, E. E. (Org.) **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, p. 19-94, 2013.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, maio/jun., 2009.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 356 pp.

\_\_\_\_\_. Saúde da população brasileira: 'saúde pública de qualidade' ou SUS democrático, universal, público, digno e integral? **Ensaios e Diálogos em Saúde Coletiva**, ABRASCO [online] p. 61-63, dez., 2015.

PAIM, J.S. et al. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015. (Coleção Temas em Saúde). Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/4/>>. Acesso em 12 out 2016.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Séries, Saúde no Brasil n.1, maio, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em 05 jun. 2014.

QUINTANILHA, B. C.; *et al.* Movimentos de resistência no Sistema Único de Saúde (SUS): a participação rizomática. **Interface comunicação saúde educação**, Botucatu, v.17, n.46, p.561-73, 2013.

RODRIGUES NETO, E. A via do Parlamento. IN FLEURY, S.(Org.) **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

SANTOS, B. S. **Reinventar a democracia**. Lisboa: Gradiva Publicações, Fundação Mário Soares, 2.ed. 2002. 75 p.

SANTOS, N.R. SUS fora do rumo: busca de luzes acima do SUS. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.39, n. 106, p.582-600, 2015.

SARTI, T. D. **A (Bio)política da Saúde da Família: adoecimento crônico, micropolítica do trabalho e o governo da vida**. Tese. 207. f. (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. **Representação política e interesses particulares na saúde**. Relatório de pesquisa. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/Planos-de-Saude-e-Eleicoes-FEV-2015-1.pdf>>. Acesso em: 3 abril 2015.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em: <<http://>>

[www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf)>. Acesso 22 out, 2015.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O SUS em perspectiva. In: CAMPOS, G .W. et al. (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, p. 559-590, 2013.

VIEIRA, F. S. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 187-99, abr- jun, 2016.

WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, nov. / dez. 2002.

WORLD BANK. World Development report 1993: invest in health. Oxford University Press, Inc, New York, 1993.

XAVIER, C.; NARVAI, P. C. A marca invisível do SUS. **Ensaio e Diálogos em Saúde Coletiva**, ABRASCO [online] p. 45-48, dez, 2015.