



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA — UEPB

PRÒ-REITORIA DE ENSINO MÉDIO, TÉCNICO E EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA —
PROEAD

PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA

EVERSON CAMELO DE OLIVEIRA

**A TRAJETÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: AVANÇOS E DESAFIOS
PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Campina Grande – PB

2015

EVERSON CAMELO DE OLIVEIRA

**A TRAJETÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: AVANÇOS E DESAFIOS
PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Especialização em Gestão Pública.
Área de concentração: Políticas Públicas na saúde.

Orientador: Prof. Alex Bruno do Nascimento.

Campina Grande – PB

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

O48t Oliveira, Everson Camelo de.
A trajetória da saúde pública brasileira [manuscrito] : avanços e desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde / Everson Camelo de Oliveira. - 2015.
21 p.

Digitado.
Monografia (Gestão Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e Educação à Distância, 2015.
"Orientação: Prof. Me. Alex Bruno do Nascimento, PROEAD".

1. Política social. 2. Direito. 3. Saúde pública. 4. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Título.

21. ed. CDD 361.61

EVERSON CAMELO DE OLIVEIRA

A TRAJETÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: AVANÇOS E DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada no Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Especialização em Gestão Pública.

Área de concentração: Políticas Públicas na saúde.

Orientador: Prof. Alex Bruno do Nascimento

Aprovada em: 21/03/2015.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Alex Bruno do Nascimento (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. José Irialdo Alves Oliveira
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)



Prof. José Marciano Monteiro
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

RESUMO

O presente estudo retrata a trajetória da saúde pública brasileira, desde o início do século passado, onde as casas de misericórdia faziam o papel do estado e suas ações estavam diretamente ligadas à caridade, até o momento de reivindicações populares como o Movimento da Reforma da Sanitária, que posteriormente culmina na Constituição e no arcabouço para a consolidação do Sistema Único de saúde – SUS. Passando por um processo de transformação com participação popular, ganhando contornos de direitos adquiridos, marcado pela Constituição de 1988, e que mais tarde na década de 1990 entra na contra mão do projeto Neoliberal, e vê novamente o Estado direcionando a responsabilidade para a sociedade, transformando tudo em mercadoria. O objetivo é fazer uma reflexão acerca da saúde pública brasileira, considerando a precariedade da informação do sistema ofertado ao usuário que o utiliza, como seus limites e potencialidades, evidenciando sua trajetória, sua construção e consolidação com a Constituição Federal de 1988, e observar a atual conjuntura com o fortalecimento do setor privado, logo a saúde não vem sendo efetivada como previsto, anulando assim alguns dos mais importantes direitos da população, caracterizando forte tendência Neoliberal.

Palavras-Chave: Política social. Direito. Saúde pública.

ABSTRACT

This study shows the trajectory of the Brazilian public health, since the beginning of the last century, where the mercy of houses did the role of the state and their actions were directly linked to charity, until the moment of popular demands as the Movement of the Health Reform which later culminates in the Constitution and the framework for the consolidation of the health System - SUS. Going through a transformation process with popular participation, gaining contours of acquired rights, marked by the 1988 Constitution, and later in the 1990s enters the hand against the neoliberal project, and again sees the state directing responsibility to society, turning everything into a commodity. The goal is to make a reflection on the Brazilian public health, considering the precarious system of information offered to the user that uses as its limits and potentialities presents its history, its construction and consolidation with the Federal Constitution of 1988 and observe the current situation with the strengthening of the private sector, so health is not being carried out as planned, thereby nullifying some of the most important rights of the population, featuring strong neoliberal trend.

Keywords:social policy. Right.public health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	06
2. REVISÃO DA LITERATURA	08
2.1 Breve contextualização da Política de saúde brasileira	08
2.2 A política de saúde após a Constituição Federal de 1988: entre avanços e desafios para a consolidação do SUS	11
2.3. Década de 1990 e os desafios para consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS	14
2.4. A implementação do SUS: O real e o invisível	17
3. METODOLOGIA	19
4. CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS	21

1. INTRODUÇÃO

A partir da promulgação de 1988 a saúde adquiriu um conceito de direito e conquista social garantida pelo Estado, significando condições dignas de vida, acesso universal e igualitário, de ações e serviços de prevenção, promoção e recuperação de saúde, em todos os níveis de atenção no setor e a todos os brasileiros.

Como afirma Paim (2009), o acesso universal e igualitário das ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação, tal como previsto pela Carta Magna, permite desenvolver uma atenção integral à saúde. Em vez de se limitar a uma assistência médica curativa, o direito à saúde no Brasil estende-se à prevenção de doenças, ao controle de riscos e à promoção. Assim, as ações e serviços do setor em destaque são de relevância pública.

Apesar do avanço jurídico para o setor da saúde, vários são os obstáculos para a efetivação da referida política: questões de privatização com novos modelos de gestão, onde entidades estatais de direitos privados administram serviços públicos hospitalares, tornam um grave ataque contra o SUS e toda sua história, resultando numa forma mascarada de privatização, fazendo com que o direito não seja assegurado, pois na Constituição de 1988 no seu artigo 196 a saúde passou a ser um direito universal:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas e que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição Federal, 1988).

Dentre os limites existentes, também podemos destacar a desinformação dos usuários a respeito do que estabelece esta política, por isso é importante traçar o arcabouço da saúde brasileira e ressaltar avanços conquistados com a participação popular, legitimados pela Constituição Federal vigente.

No entanto, precisamos assumir que o SUS enfrenta enormes problemas para concretizar o direito à saúde, seja porque o acesso não está assegurado, seja porque a cultura as práticas e instituições tradicionais terminam por preservar as desigualdades no atendimento; seja ainda porque o interesse privado se sobrepõe ao interesse público (Silva, 2007, p. 133).

Para isto, será necessário que a participação social e seus mecanismos sejam repensados pelos vários setores sociais no campo da saúde, e também pelo Estado, assumindo

que o interesse público só nascerá do diálogo, pactuação e deliberação construída em função da centralidade da cidadania (Silva, 2007, p. 135). Nesse contexto, o presente trabalho pretende contribuir para a construção de uma realidade diferente, mediante conscientização dos saberes, numa tentativa de que um dia todos tenham uma melhor qualidade de vida.

Diante disso, a pesquisa ora proposta tem como objetivo analisar a trajetória da política de saúde brasileira, destacando seus principais momentos, desde a década de 1930 até os dias atuais, pontuando alguns momentos da saúde, como a elaboração da lei Eloy Chaves, que originou as caixas de aposentadoria e pensão (CAPs), o Movimento da Reforma Sanitária, e a constituição de 1988 que resultou nas principais diretrizes do sistema único de saúde, e nos anos 1990 e 2000, com a forte tendência privatista do modelo neoliberal. Evidenciando a trajetória da saúde antes e pós-implementação do SUS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e documental, visando descrever um sistema complexo, com procedimentos de cunho racional e intuitivo, capaz de contribuir para a melhor compreensão dos fenômenos da trajetória do SUS, daí promover uma reflexão acerca da importância da informação no acesso do direito, na construção e consolidação do sistema de saúde público, estatal e de qualidade.

Esta pesquisa traz a saúde como direito adquirido aos cidadãos enquanto usuários do Sistema Único de Saúde, onde todo esse processo histórico aponta para uma conscientização de cidadania, aos que necessitam desse serviço. O SUS surge de reivindicações e de mobilizações populares, para que se tenha uma saúde coletiva e igualitária, debatendo sobre as transformações do setor de saúde pública, pela luta dos direitos civis e por uma saúde de qualidade.

Destarte, o presente projeto de pesquisa estruturou-se da seguinte forma: num primeiro momento uma abordagem histórica acerca da política de saúde brasileira, depois os movimentos populares com a Reforma Sanitária, a década de 1980 com a implementação do SUS, década de 1990 com os desafios para consolidação do sistema único de saúde – SUS e por fim o ajuste Neoliberal.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Uma breve contextualização da Política de Saúde Brasileira

A política de saúde no Brasil no início do século passado estava diretamente ligada à caridade, uma vez que não havia nenhuma manifestação do Estado voltado para este setor. A população era atendida pelas casas de misericórdia, que ofereciam seus serviços sem nenhum auxílio do Estado.

No entanto na década de 1920, momento em que vai se instaurando a industrialização no país, houve mobilização de trabalhadores devido às péssimas condições de saúde da maior parte da população, onde a saúde era tratada como caso de polícia. Contudo, o avanço dessa década ocorreu com a elaboração da Lei Eloi Chaves (lei nº4682/1923), considerada marco inicial da previdência brasileira, foi dela que originou as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs).

Nos anos 1930 as CAPs foram substituídas por vários Institutos de Aposentadoria e Pensão os (IAPs), dirigidos por entidades sindicais, definido através de cada categoria de trabalho, de modo que somente os brasileiros que estivessem devidamente vinculados ao trabalho formal (com carteira assinada) tinham acesso à assistência médica, ficando assim sob sua própria responsabilidade resolver os problemas relacionados à doença, bem como de seus familiares, ou então ter atendimento precarizado de forma filantrópica e caritativa prestado pelas casas de misericórdia (PAIM, 2009).

Antes de 1988, somente os trabalhadores com carteira de trabalho assinada e em dia com as contribuições pagas à previdência social tinham garantido por lei o direito à assistência médica (PAIM, 2009).

É importante perceber que, naquele momento, a saúde era tratada por medicina previdenciária, não se analisava o macro, a relação cidadão e sociedade, porque a saúde deveria ser entendida como componente da qualidade de vida, abrangendo promoção, proteção, prevenção, tratamento e reabilitação de doença, e não exclusivamente saúde sendo a ausência de doença. A saúde era entendida, portanto, como ausência de doença e o indivíduo apreendido como a soma de órgãos.

Segundo Paim (2009) todos os institutos foram unificados em 1966 no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), porém só contemplavam os trabalhadores de carteira assinada, ampliando o sistema de saúde previdenciário. Os movimentos operários se encontravam cada vez mais articulados e exigiram do governo respostas capazes de atender às suas necessidades. Em 1950 e 1960 a saúde continuava estagnada e ineficiente, a sociedade vivenciava más condições de vida, reivindicavam reformas, que melhorassem a saúde brasileira.

Com o golpe militar em 1964 é instaurado a ditadura no Brasil, período caracterizado por canalizar as reivindicações e pressões populares. A saúde enfrentou forte tendência privatista em decorrência da nova política econômica, onde o Estado exercia o papel de regulador da sociedade e afastava os trabalhadores do processo político.

O Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil no período militar caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocratização técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde Edler; Escorel; Nascimento, (2005, p. 60) A saúde pública teve nesse período em declínio, enquanto a medicina previdenciária cresceu principalmente em 1966 com a unificação dos institutos resultando no INPS. Havia uma política de poucos recursos para a saúde pública e muito incentivo para as empresas de saúde privada.

Conforme Edler; Escorel; Nascimento (2005, p. 61), a saúde pública relegada a segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia, a carência de recursos que não chegavam a 2% do PIB colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves consequências para a saúde da população. E dessa forma encontrava-se a saúde na ditadura.

Com tantas insatisfações e descasos pouco a pouco, os movimentos sociais se rearticulavam para debater sobre transformações do setor saúde, pela luta dos direitos civis e por uma saúde de qualidade, originando a base do movimento sanitário.

Na década de 1970, emergiu no contexto brasileiro o Movimento de Reforma Sanitária, por meio de iniciativas de trabalhadores do setor, forças populares e de movimentos sociais que tinham o intuito de democratizar o acesso à saúde. A Reforma Sanitária foi essencial para inscrever a saúde como direito do cidadão e uma de suas estratégias foi a ampliação dos direitos de cidadania às camadas populares. Dentro desta perspectiva, a saúde

foi defendida como direito de todos e dever do Estado, se colocando como idéia básica desse movimento.

Justamente para enfrentar aquele decálogo de problemas e democratizar a saúde no Brasil, foi organizado um movimento social composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde, que propôs a Reforma Sanitária e a implantação do SUS. (PAIM, 2009, p. 39).

A Reforma Sanitária se configurou, pois, como uma estratégia social que constituiu um projeto maior, juntamente com outros projetos sociais que tinham seu foco na unificação do sistema de saúde, sua universalização de atendimento e participação popular. A saúde passou a assumir uma dimensão política, vinculada à democracia e, desse movimento, resultaram as principais diretrizes do Sistema Único de Saúde, que são a universalidade do acesso e a integridade das ações, que tem promulgação na Constituição de 1988.

Desse modo, tanto a Reforma Sanitária quanto o SUS, nasceram da sociedade, e não de governos ou partidos, embora tal proposta só tenha sido incorporada à Constituição Federal posteriormente, é possível comemorar duas décadas de SUS. (PAIM, 2009).

Assim, a construção da Reforma Sanitária que se abria para a sociedade, buscava romper com a saúde privada e individual, defendendo a saúde como direito de todos baseado no princípio universalista, dando nova roupagem à política de saúde até então focalizada e paliativa, seu principal feito foi a formulação do SUS.

Paim (2009, p.125) afirma que a RSB não se restringiu apenas a uma reforma do setor saúde. O SUS, como um dos componentes centrais desse projeto de reforma social, pautava-se em um conjunto de princípios e diretrizes fundamentais para a democratização da saúde, da sociedade, do poder público e da cultura.

2.2 A Política de Saúde após a Constituição Federal de 1988: Entre avanços e desafios para a Consolidação do SUS

Nos anos 1980 chegou o fim da ditadura militar e iniciou um processo de redemocratização política. Em tal contexto, havia uma efervescência dos movimentos

populares que surgiram devido ao descaso que o país vivia. Assim como no campo político geral, a política de saúde passa a ser arena de discussões não só para profissionais da saúde, mas permeia a sociedade civil assumindo dimensão política vinculada com a democracia que objetivava a construção de um sistema de saúde universal.

Em 1986 ocorreu, em Brasília, a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Os temas centrais que nortearam as discussões nesse evento foram segundo Filho (2011); diagnóstico da situação da saúde e segurança dos trabalhadores; novas alternativas de atenção a saúde dos trabalhadores e política nacional de saúde e segurança dos trabalhadores. Esta foi um marco para o movimento, sendo de grande importância justamente porque muito das suas reivindicações se materializaram na constituição de 1988, referindo-se a saúde como resultado da força organizativa do movimento sanitário.

Na análise das resoluções apresentadas na conferência foram encontradas duas propostas direcionadas aos trabalhadores informais que, mesmo não os citando diretamente em seus textos, remetiam a situações de trabalho com ausência de vínculos empregatício formal: garantia de aposentadoria com remuneração mínima aos trabalhadores rurais, independente de terem contribuído ou não para o sistema previdenciário; reconhecimento da profissão de empregada doméstica e que usufrua de todos os direitos trabalhistas (FILHO; Miquilim, 2011, p.430).

Com a Constituição Federal a saúde passou a ser direito do cidadão, e esse direito se materializa com a implementação do SUS, que tem sua regulamentação nas leis 8080/90 e 8142/90. É dessas leis que vem às atribuições, diretrizes e princípios do SUS. Tal como na Constituição, somente depois de a lei 8080/90 apresentar esta concepção ampliada de saúde e de seus determinantes é que explicitou a definição do SUS, que é um conjunto de ações voltado para promoção e proteção da saúde (PAIM, 2009).

O SUS então assume de forma clara a característica de uma organização social responsável pela manutenção da saúde dos habitantes do país, que deve operar de forma descentralizada, com autonomia e integração em rede hierarquizada, que deve ter sua organização baseada na regionalização (LIMA; MARTINS; SILVA, 2006, p. 105).

Na medida em que essas propostas nasceram da sociedade e alcançaram o poder público, mediante a ação de movimentos sociais e criação de dispositivos legais, é possível afirmar que SUS representa uma conquista do povo brasileiro (PAIM, 2009). O objetivo

central do referido sistema está na promoção de condição de vida, prevenção de riscos, doenças, assegurando acesso igualitário à população, desde o atendimento básico até o atendimento de alta complexidade. Trata-se de um sistema hierarquizado, e suas ações se desenvolvem nas esferas federal, estadual e municipal, apresentando como um sistema descentralizado, pautado nos princípios da equidade, universalidade e integralidade.

Com a Constituição da República de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como direito social, ou seja, inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-lo. Essa conquista política e social pode ser atribuída a diversas lutas e esforços empreendidos pelo movimento da Reforma Sanitária (PAIM, 2009, p. 43).

A década de 1990 vem desestruturando a proposta de universalidade presente na CF/88, defendendo uma política focalizada, mínima para social e máxima para o capital. Em tal contexto, o Estado adquire outra conformação, passando a programar políticas de desregulamentação da economia, privatização e terceirização dos serviços públicos, o SUS enfrenta um contexto desfavorável cujo ideário neoliberal, reduz a autonomia do Estado, verificando um embate entre o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária.

Diante desta lógica neoliberal o Estado sucateia cada vez mais os serviços públicos, como forma de incentivar a iniciativa privada. A tendência hoje predominante é acenar com eficácia mercantil, introduzindo a lógica da empresa privada e forçando a privatização desigualitária aberta ou disfarçada (BRAVO, 2012). Porque estar na estratégia da contra-reforma para que haja dois subsistemas: o privado e o público, sendo este último focado nos pobres e com serviços de baixo custo.

Com a implantação do ideário neoliberal, a política de saúde passa por um processo de desconstrução e privatização, havendo uma enorme demanda em que a saúde é voltada para o mercado. Percebe-se uma regressão dos direitos adquiridos, as políticas sociais são cada vez mais seletivas e assistencialistas, o Estado se mantém atrelado ao neoliberalismo contendo gastos para a área social.

A afirmativa de saúde constituída nos anos 1980 passa a ser vinculada ao mercado, há um crescimento na solidariedade, filantropia e voluntariado, que retira a responsabilidade de Estado, resultando no descumprimento dos dispostos constitucionais e desrespeito ao princípio universal. O Estado deixa de ser responsável direto pelo desenvolvimento

econômico e social, para se tornar “regulador”, transferindo para o privado as responsabilidades que antes eram suas.

Para Fontes (2012) o Estado adquire outra conformação, passando a programar políticas de desregulação da economia, privatização e terceirização dos serviços públicos e focalização das políticas sociais, a ideologia neoliberal fortalece-se, transformando tudo em mercadoria, inclusive as políticas sociais.

2.3. Década de 1990 e os desafios para consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Na década de 1990, o ideário neoliberal que se materializa através da contrarreforma do Estado, vem desestruturando a proposta de universalidade presente na CF/88, defendendo uma política focalizada, mínima para o social e máxima para o capital. Em tal contexto, o Estado adquire outra conformação, passando a programar políticas de desregulamentação da economia, privatização e terceirização dos serviços públicos.

O cenário dos anos 1990 se apresenta com forte redirecionamento do Estado influenciado pela lógica neoliberal, que emprega o discurso que o Estado é ineficiente, tornando a saúde em mercadoria rentável ao desenvolvimento do capital. A partir de tal conjuntura, o SUS enfrenta um contexto desfavorável para sua efetivação visto que o neoliberalismo avança na perspectiva de redução da autonomia do Estado, se verificando um embate entre o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária.

Bravo (2009) destaca que o projeto de Reforma sanitária, construído no contexto dos anos 1980, tem como uma de suas estratégias o SUS e foi fruto de lutas e mobilizações dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e por conseguinte, pela saúde.

O Projeto saúde, articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na política de ajuste, que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta. A tarefa do Estado, nesse projeto consiste em garantir o mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o

atendimento dos que tem acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, dentre outras.

Segundo Bravo (2009) a afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, sucateamento da saúde e educação. O modelo Neoliberal ganha mais força ao longo do governo de Fernando Henrique Cardoso-FHC (1995-2002), e se materializa através da elaboração do Plano de Reforma do Estado encaminhado ao Congresso em agosto de 1995. O referido Plano propôs como principal inovação a criação de uma esfera Pública não-estatal que, embora exercendo funções públicas, devem fazê-lo obedecendo as leis do mercado.

Conforme destaca Borlini (2010), a reforma sugerida pelos neoliberais está voltada aos interesses do mercado, em 1995 o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) coordenado por Bresser Pereira levanta questões relativas aos modelos de gestão, que sugere não um Estado mínimo, mas reconstruir um Estado social a partir do mercado, pela via de contratação ou repasse de responsabilidade na área social, assim a partir da contrarreforma, inicia-se uma tendência à desresponsabilização com a política social por parte do Estado.

Esse fenômeno combinou-se ao gradativo abandono e sucateamento da rede pública de saúde, contribuindo para a expansão da rede privada. A contratação de serviços secundário e terciários, as isenções tributárias e os subsídios para os planos e seguros de saúde marcaram esse período expansionista da forma mais expressiva. (TEIXEIRA, 2012 p. 58).

Assim é possível afirmar que, a década de 1990 foi palco de uma verdadeira tensão entre os avanços democráticos constitucionais e do desmonte das políticas públicas a partir da ofensiva neoliberal.

Porém no início do novo século havia uma expectativa de mudança no país, com a eleição em 2003, do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, um militante e sindicalista que participou assiduamente do processo da Constituinte. Pode-se dizer que a eleição do Governo Lula marcou a política Nacional, representando vitória de um projeto que não era da classe dominante, vale ressaltar que ansiava-se por medidas que rompessem com o projeto privatizante e mercadológico, porém Lula manteve e deu continuidade as medidas neoliberais (BORLINI, 2010).

Para Bravo (2009) como aspectos de continuidade ressalta-se a precarização, terceirização, desfinanciamento das políticas de saúde e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de seguridade social. O que se colocava como expectativa no governo Lula era o rompimento com o projeto neoliberal e o fortalecimento do SUS.

A referida autora aponta também no governo Lula aspectos inovadores como: a escolha de profissionais comprometidos com a luta da Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério. Para a atenção básica houve um compromisso com a ampliação do Programa Saúde na Família e o lançamento do Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU).

Entretanto, conforme destaca a referida autora, há um debate interno entre focalistas e universalistas, o primeiro cada vez mais fortificado, a proposição do SUS inscrita na Constituição Federal de 1988 de um sistema público e universal que não se efetivou. Os valores solidários que pautaram as formulações da concepção de seguridade estão sendo substituídas por valores individualistas.

Em 2010 Dilma Rouseff ganha as eleições, como a primeira mulher eleita ao cargo de Presidente no Brasil, entretanto não se esperava transformações profundas, diante dos acordos partidários existentes com o último governo, já que eram do mesmo partido político. O que podemos perceber no governo Dilma em relação aos encaminhamentos da saúde, é que sua estratégia não é diferente do governo Lula. A mesma vem dando continuidade a política de saúde da gestão anterior, dando ênfase nas políticas e programas focalizados e a parceria com o setor privado. O que se tem visto é a ampliação dos modelos de gestão que privatizam a saúde, como as Fundações Estatais de Direito Privado, ferindo os princípios do SUS.

Portanto, é possível afirmar que no atual contexto, são muitos os desafios para a efetivação do SUS. Conforme destaca Soares apud Bravo (2009) na atualidade, existe o tensionamento entre três projetos relacionados à saúde: o projeto de reforma Sanitária, o do SUS possível e o projeto privatista.

Na verdade é possível se observar na atual conjuntura, o fortalecimento do setor privado, e, neste sentido a focalização, a precarização, e a descentralização sem recursos e condições adequadas de atendimento. As políticas sociais, e particularmente a política de saúde não vem sendo efetivada como previsto na Constituição Federal de 1988, anulando assim alguns dos mais importantes direitos da população.

2.4 A implementação do SUS: Entre o real e o invisível

É importante destacar que o SUS ao longo dessas duas décadas apresentou significativos avanços. No Brasil, o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituição 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde trazem essa concepção ampliada e contemporânea de saúde, o que representa um grande avanço, que pode ser creditado as lutas do movimento sanitário brasileiro (PAIM, 2009).

O SUS atua desde a prevenção, com divulgação de informação e disponibilização de camisinhas; no tratamento de HIV, onde é possível fazer testes de doenças sexualmente transmissíveis. Existem unidades de saúde que incorporam a política de atenção aos pacientes vivendo com aids e HIV. O ministério da saúde enviou para todos os estados e municípios do país, lotes do medicamento para combater e imunodeficiência para tratamento de adultos com HIV e aids, onde foram investidos R\$ 36 milhões em 7,3 mil pílulas que ao ano beneficiarão cem mil brasileiros portadores do vírus HIV. O número de pessoas infectadas no país gira em torno de 734 mil habitantes. (Revista Radis, nº 150, pag. 05).

Transplante de órgão e programa de imunização são ações que evidentemente funcionam na saúde brasileira. É importante desassociar a invisibilidade de programas que funcionam no SUS, como cita Dominguez (2011, p. 28) uma série de aspectos positivos do sistema de saúde do país passa despercebida ou são sufocados pelo que ainda precisa melhorar e que em geral são mais evidenciados pela a mídia.

A Vigilância Sanitária tem suas ações integradas com o SUS, distribuição de medicamentos, acesso universal e gratuito também são procedimentos do SUS, mais não são evidenciados pela a mídia, tornando invisível grande parte de ações da política saúde brasileira.

O que se pode perceber desde a instituição da política nacional de saúde são entraves para sua então efetivação, fazendo com que o direito fundamental não seja plenamente assegurado aos cidadãos, o SUS apresenta dificuldades para garantir o acesso oportuno e de qualidade para todos. Essas dificuldades estão relacionadas, entre outros fatores, ao subfinanciamento desse sistema, a problemas de gestão e a relação entre o SUS e o sistema privado de saúde, que muitas vezes concorre por recursos humanos, financeiros e físicos (IPEA, 2014).

Os avanços e dificuldades são percebidos pela população brasileira, e essa percepção é medida por inúmeros fatores: sucateamento falta de estrutura e profissionais qualificados, as filas e as dificuldades de acesso sempre ganham manchetes, enquanto ações efetivas muitas vezes sequer são mencionadas pelos meios de comunicação. Essa percepção está ligada às próprias experiências vividas pelos usuários, um atendimento muito diferente no que prevê a Constituição. Logo a mídia também tem um papel importante na construção da ideia do SUS ineficiente, porque evidenciando a precariedade do atendimento no setor público a população se volta para o atendimento privado, numa lógica em que a saúde é tida como mercadoria.

É de se levar em consideração a precariedade da informação e identificação do sistema, ofertadas ao usuário que o utiliza. As autoridades devem refletir porque o SUS é tão celebrado e ao mesmo tempo tão desconhecido, decorrido o tempo de implantação no país. A desinformação, passa pela identificação das unidades de atendimento, pelo funcionalismo, pela divulgação de direitos na mídia, pelas campanhas públicas de vacinação. Pois a mídia e os diferentes instrumentos de comunicação social cumprem um papel fundamental na democracia, na garantia do direito ao acesso à informação.

Outro fator importantíssimo se dá na questão neoliberal presente desde os anos 1990 que desmonta toda a política de saúde com acesso universal, que impõe uma política de mercado exclusivamente privada.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, onde a pesquisa bibliográfica teve como propósito evidenciar a construção histórica do sistema de saúde pública brasileira, e a importância da reflexão da população acerca do direito a uma saúde pública de qualidade.

Assim a natureza da pesquisa será qualitativa, que tem caráter exploratório, sendo utilizada quando se busca percepções e entendimentos sobre um contexto geral, conforme afirma Minayo (2008, p. 57),

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Foram utilizados como técnicas de coletas de dados, através de pesquisas, leituras de livros, artigos científicos, bem como as leis orgânicas da saúde (lei 8.080/90 e 8.142/90). A partir do conteúdo da pesquisa foi possível evidenciar toda a trajetória da saúde brasileira.

4. CONCLUSÃO

A escolha do tema se apoia na importância do resgate histórico da saúde brasileira, para identificar o conhecimento emergido sobre o Sistema Único de Saúde. Tendo por finalidade contribuir para o exercício de uma consciência social crítica e atuante a partir da reflexão que a população, apresenta sobre a importância do direito a saúde.

Procuramos fazer esse recorte histórico a fim de entender o que havia antes e pós Constituição de 1988, evidenciando que, atualmente, a saúde deve ser entendida como direito do cidadão e dever do Estado, entendendo também que saúde não é mera ausência de doença, e sim um conjunto de fatores da vida cotidiana, como saneamento básico, moradia, lazer, etc.

Como afirma Paim (2009, p. 9) o conhecimento do significado das palavras que compõem a sigla SUS não é suficiente para compreender o que representa esta proposta para a vida dos brasileiros.

Assim, esta proposta também contribuirá para aprofundar as discussões sobre o direcionamento do setor público, a fim de estruturar da melhor maneira suas ações e contribuir para orientação e politização dos usuários, através de seu conhecimento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: senado, 1988.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. (orgs) et al. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez. Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BORLINI, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS: Os impactos do Neoliberalismo na saúde no Brasil. In: **Textos & Contextos** V. 9. N. 2. Porto Alegre 2010.

DOMINGUEZ, Bruno. Um sistema que se vê na internet: Reportagem da radis sobre o SUS incentiva debate entre leitores. **Radis: Comunicação em debate**. n.107, 2011.

FILHO, Heleno Rodrigues Correa, MIQUILIM, Isabella de Oliveira Campos. Propostas de inclusão dos trabalhadores informais e desempregados nas políticas públicas brasileiras: breve análise a partir das Conferências Nacionais de Saúde de trabalhador. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. v.35. n.90. jul/set, 2011.

FONTES, Virginia. Lutas sociais e produção de conhecimento: pela vida! In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (orgs). Saúde, Serviço Social, **Movimentos sociais e conselho: Desafios atuais**. São Paulo: Cortez, 2012.

LIMA, Juliano de Carvalho; MARTINS, Wagner de Jesus; SILVA, José Paulo Vicente da. Gestão de sistemas regionais de saúde: da normatização á pactuação democrática. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. Ano xxx. v.30. n.72. jan/abril, 2006.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (org). **Saúde e Democracia: História e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

IPEA. Sistema de Indicadores de Percepção Social-SUS é bem avaliado por quem utiliza o serviço. Disponível em <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em 12 de dezembro de 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009.

REVISTA RADIS, **Direitos Sociais**. Fiocruz: nº 150, março, 2015.

SILVA, S. R. S. **A Representação Social dos Princípios do Sistema Único de Saúde pelos seus usuários**. 2007, Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

TEIXEIRA, M. J. de. A Fundação Estatal de Direito Privado na Saúde: um Modelo de Gestão Democrática? In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de (orgs). **Saúde, Serviço Social, Movimentos sociais e conselho**: Desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012

YAZBEK, Maria Carmelita. **Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social**. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. Serviço Social: Direitos e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPPS, 2009.