

A IMPORTÂNCIA DO MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA PARA A SAÚDE

Natalie Maria de Oliveira de Almeida¹

¹Mestre em Direito e Instituições do Sistema de Justiça pela Universidade Federal do Maranhão, Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, Maranhão.

DOI: 10.47094/IICNNESP.2021/86

RESUMO

Sabe-se que o direito à saúde é extremamente complexo, e que essa complexidade reflete na sua definição conceitual. No entanto, para chegar na amplitude que possui nos dias atuais foi de extrema importância o Movimento de Reforma Sanitária. Nesse sentido, o presente trabalho visa elencar aspectos fundamentais que moldaram a saúde tal como se conhece.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma sanitária. Direito sanitário. Direito fundamental.

ÁREA TEMÁTICA: Outros.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo geral demonstrar a importância da Reforma Sanitária na garantia do direito à saúde. Para isso, aborda-se brevemente o contexto ditatorial, explicita-se o processo de redemocratização e, por fim, demonstra-se a Reforma Sanitária e o seu significado na ampliação do conceito de saúde.

METODOLOGIA

O estudo foi conduzido através da metodologia de abordagem qualitativa, pois foram buscados os significados existentes em determinado fenômeno encontrado na realidade social. É, ainda, do tipo exploratório-descritivo. Será exploratório considerando que tem por finalidade aprofundar os estudos de uma realidade específica, isto é, o cenário da saúde no Brasil, buscando a maior verossimilhança possível entre os fatos e fenômenos estudados a serem descritos.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No Brasil, a noção de direito à saúde mais abrangente, que contempla a típica face individual do direito subjetivo à assistência médica até a constatação da necessidade do direito para o desenvolvimento (DALLARI, 2003) começou a ser discutida com a superação do aspecto autoritário e antidemocrático que se presenciou durante o período da Ditadura Militar, através do processo de redemocratização que se iniciou a partir de 1985 com as propostas do movimento de Reforma Sanitária.

Esse “movimento transformador na área da saúde surgiu e articulou-se dentro de um panorama muito bem definido: a política de saúde então hegemônica era a da mercantilização da medicina sob o comando da Previdência Social” (SCOREL, 1998, p.51), como resultado do descontentamento com a situação precária de sobrevivência a que estavam submetidos, pois expressavam a contradição entre uma comunidade igual e abstrata e uma condição real de exclusão, que foram elementos fundamentais para consolidar a cidadania através das lutas que originaram o desenvolvimento dos sistemas de proteção (FLEURY, OUVREY, 2012).

Em oposição a modalidade de intervenção estatal nas condições de saúde da população e a organização institucional “hegemonizada pelos interesses privados”, o movimento sanitário articulou-se e posteriormente se apresentou enquanto um movimento propriamente dito, “com órgãos de representação, propostas de transformação, mecanismos de formação de agentes e de divulgação de seu pensamento” (SCOREL, 1998, p. 63). Já totalmente articulado, o movimento sanitário reafirmava entender por uma saúde autenticamente democrática quatro grandes reconhecimentos: a saúde enquanto direito universal e inalienável; de que são as condições socioeconômicas que viabilizam a preservação da saúde; de que as ações médicas detêm responsabilidade parcial, porém intransferível na promoção da saúde; e que cabe à coletividade e ao Estado a sua efetiva implementação (SCOREL, 1998).

Deste modo, foi constatado que para isso seriam necessárias medidas que, entre outras coisas, detivessem o “empresariamento” da medicina, transformando os atos médicos em um bem social gratuito; que criassem um Sistema Único de Saúde sob a responsabilidade do Estado, e que este último tivesse a tarefa de planejar e executar a política de saúde além de estabelecer mecanismos eficazes de financiamento desse sistema que deveria ser organizado de forma descentralizada (SCOREL, 1998).

Importante enfatizar que essa decisão de descentralizar está relacionada, irremediavelmente, às desigualdades regionais históricas que nunca foram prioridade máxima nacional. Aqui, na questão das disparidades regionais, a União possui papel fundamental: “os entes federados não podem suprir o planejamento e decisões que exigem visões supra regionais, nem tem como obter, isoladamente, grandes recursos”, pois os efeitos da repartição de rendas e encargos se deram de maneira particular nas várias regiões, e essa problemática deve determinar os limites da descentralização no Brasil (BERCOVICI, 2002, p. 23-24).

Embora já fosse objeto de críticas duras por diversos setores da sociedade ainda na década de 1970, para Dalmo de Abreu Dallari (1992) foi apenas com a saída dos militares do poder que os sanitaristas puderam ocupar posições importantes nas instituições que gerenciavam a política de saúde no país. Até então o sentido social da saúde se dava enquanto um serviço decorrente de um direito trabalhista ou um serviço privado prestado a quem tinha condições de bancar. Contrário a isso, os sanitaristas tinham uma visão multidisciplinar e coletiva sobre a saúde, entendendo-a enquanto conjunto integrado de ações capazes de promover a saúde da população com especial atenção ao aspecto preventivo (ROCHA, 2015).

Sendo assim, até o advento da Constituição Federal de 1988 a assistência à saúde se estendeu no Brasil sob a orientação de uma visão mercantilista cujo objetivo era desenvolver uma medicina privada e de especialidades dirigida a quem possuía poder aquisitivo para adquiri-la. Ou seja, por ser estreita e individualista reduzia os cuidados à saúde ao oferecimento de serviços médico-hospitalares que os mais ricos deveriam comprar e os mais pobres receberiam de modo precário, a título de favor pelo Estado a depender das sobras orçamentárias. Tratava-se, então, de filantropia estatal, e não um direito assegurado (ROCHA, 2015). As constituições anteriores, embora tenham acolhido algumas normas relacionadas a saúde, versavam do tema de forma indireta ou reflexa, isto é, acidentalmente (DALLARI, 2009).

Em 1980, década em que houve grande mudança constitucional no país, o tema era tratado na Constituição apenas no sentido de organização administrativa que tinha como objetivo o combate a endemias e epidemias que se colocavam como desafios ao Estado. A saúde era anunciada como direito na medida de “assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva”, conforme disposição do artigo 165, XV, da Constituição de 67/69., sendo apenas uma contraprestação devida aos contribuintes da previdência social, completamente destituída da gratuidade (ROCHA, 2015). Por conta dessa acepção de saúde e de todo o contexto repressivo do autoritarismo, iniciou-se um movimento que possibilitaria uma mudança expressiva no tratamento da saúde, gerando o modelo se conhece no atual sistema sanitário brasileiro. Formou-se um novo pensamento médico-social, que originaria a Reforma Sanitária (SCOREL, 2012).

Para Paim (2008), seria possível definir a Reforma Sanitária como uma reforma social inconclusa centrada em três elementos constituintes. Inicialmente, seria centrada na democratização da saúde, implicando na elevação da consciência sanitária sobre saúde, seus determinantes e o seu reconhecimento enquanto direito, garantindo acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde (SUS), além da participação social no estabelecimento de políticas e na gestão. Em segundo lugar, seria centrada na democratização do Estado e seus aparelhos, com respeito ao pacto federativo, assegurando a descentralização do controle social e fomentando a ética e a transparência nos governos. E por último, a democratização da sociedade, alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde. Assim, a Reforma teria passado por diversos momentos de um ciclo: *ideia, proposta, projeto, movimento* e, por fim, *processo*. Resumidamente, a Reforma, enquanto *proposta*, resultou de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, direitos sociais e um novo sistema de saúde, que se transformou

em projeto a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde e se desenvolveu enquanto processo a partir desse ponto (PAIM, 2008).

Logo, com a redemocratização do país foi possível convocar a sociedade para que se realizasse a VIII Conferência Nacional de Saúde, pré-constituente que ocorreu entre 17 a 21 de março de 1986, mobilizando profissionais liberais, sindicatos de trabalhadores, conselhos profissionais e associação de moradores com o objetivo de buscar um modelo de saúde coletiva que atendesse às baixas camadas da população (ROCHA, 2015). O evento tornou-se marco histórico importante no processo de democratização da saúde, pois foram lançados os princípios da Reforma Sanitária e foi aprovada a criação de um sistema único de saúde apartado da previdência social. Grande parte das propostas do movimento sanitário foi debatida e aprovada por meio da Constituição Federal de 1988, e desta foram estabelecidos os princípios e diretrizes do SUS, proposta no relatório final e concretizada no artigo 198 (ROCHA, 2015).

Essa Conferência apoiou a ampliação do conceito de saúde ao defini-la enquanto “a resultante das condições de alimentação, habitação, educação e renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”, reconhecendo o ser humano em toda a sua completude e apresenta a saúde enquanto qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível perceber que a introdução da saúde no rol dos direitos sociais brasileiros se deu, sobretudo, como resultado da força dos movimentos populares da redemocratização política em que houve o fenômeno, até então inédito, de participação expressiva da população em busca da definição dos grandes objetivos constitucionais.

PRINCIPAIS REFERÊNCIAS

BERCOVICI, Gilberto. **A descentralização de políticas sociais e o federalismo cooperativo brasileiro**. Revista De Direito Sanitário, 3(1), 13-28, 2002.

DALLARI, Dalmo de Abreu. “Apresentação”. In: CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS, Lenir. **Sistema único de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito sanitário. In: **Direito sanitário e saúde pública**. Vol 1. Coletânea de textos. Brasília-DF. Ministério da Saúde 2003. Disponível em: < https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/34304/1/LIVRO_direito_san_v1.pdf> Acesso em 10 de julho de 2020.

FLEURY, Sônia; OUVÉNEY, Assis Malfort. Política de saúde: uma política social. In: **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

FLEURY, Sônia. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial; 1997.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 1998.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.