



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UNIRIO)**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO**

**DIREITO À SAÚDE: *LIMITES E POSSIBILIDADES APONTADOS PELA  
REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA PARA SUA EFETIVAÇÃO***

*EDNA FERREIRA SANTOS*

**Orientadora: Profa. Dra. Liliana Angel Vargas**

**Rio de Janeiro**

**2011**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UNIRIO)**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO**

*EDNA FERREIRA SANTOS*

***DIREITO À SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES APONTADOS PELA  
REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA PARA SUA EFETIVAÇÃO***

Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Linha de Pesquisa: Políticas Públicas de Saúde, Sustentabilidade Ambiental e Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

**Orientadora: Profa. Dra. Liliana Angel Vargas**

**Rio de Janeiro**

**2011**

Santos, Edna Ferreira.

S237      Direito à saúde : limites e possibilidades apontados pela reforma sanitária brasileira para sua efetivação / Edna Ferreira Santos, 2011. 60f.

Orientador: Liliana Angel Vargas.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

1. Política de saúde – Brasil. 2. Reforma sanitária. 3. Direito a saúde. 4. Movimento sanitário. I. Vargas, Liliana Angel. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 614.0981

**Edna Ferreira Santos**

**DIREITO À SAÚDE: *LIMITES E POSSIBILIDADES APONTADOS PELA  
REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA PARA SUA EFETIVAÇÃO***

Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Linha de Pesquisa  
Políticas Públicas de Saúde, Sustentabilidade Ambiental e Enfermagem da Escola de  
Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Aprovada em:

**Banca Examinadora**

---

Profª. Dra. Líliliana Angel Vargas  
PRESIDENTE

---

Profª. Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista  
1ª EXAMINADORA

---

Profª. Dra. Fátima Teresinha Scarparo Cunha  
2ª EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Nilson Morais  
SUPLENTE

---

Prof. Dr. Wellington Mendonça de Amorim  
SUPLENTE

**Rio de Janeiro**

**2011**

“[...] a política trata da convivência entre diferentes. Os homens se organizam politicamente para certas coisas em comum, essenciais num caos absoluto, ou a partir do caos absoluto das diferenças”.

Hannah Arendt

## DEDICATÓRIA

Às mulheres da vida e de minha trajetória:

Ingeborg Iahreiss (*in memoriam*), Susanne Bial, Catarina de Jesus, Marina Moura, Elaine Froes, Esmaelite Moura, Pâmera Ferreira, Pryscylla Ferreira, Andris Tibúrcio, Yolanda Cardoso, Greyce Marcedo, Solange Santos, Gleisi Magarão, Gabriela Freire, Fátima Cunha, Eluzinete Gárcia e Rosane Pontes.

## AGRADECIMENTOS

- Ao meu Pai, O Mestre Elias (*in memoriam*), pela existência iluminada e a sabedoria com que compartilhou o valor das lutas coletivas, quando liderou por anos os pescadores, organizando-os enquanto categoria e mobilizando-os em defesa de seus direitos na praia de Paracuru, no Ceará.
- A minha família “alargada” que nesse tempo de separação-aproximação, encontro-desencontro, chegada-partida e sofrimento-bem aventurança, me apoiaram na compreensão de que esses movimentos se complementam e dá sentido a vida e por está ao meu lado em tantos desafios.
- Ao meu irmão, Elimar Moura que com carinho, compartilha uma paciência inspiradora.
- Ao meu amigo, Ulrich Jahreiss, por compartilhar a vida sempre e potencializar grandes encontros de vida! Por apontar possibilidades para além do certo e do errado.
- À minha analista, Susanne Bial, pelo cuidado nos momentos “complexos”, por compartilhar pistas na construção de movimentos emancipatórios em minha vida.
- Aos profissionais que fazem o SUS que não se vê, no Rio de Janeiro, pela experiência e energia para continuar essa luta de gigantes.
- À equipe da Coordenação de Área de Planejamento (CAP 3.1) Rio de Janeiro, pela compreensão, carinho e cuidado nesse tempo de produção e intenso aprendizado. Obrigada!
- Aos participantes da pesquisa, pela disponibilidade do encontro, pela participação e por compartilharem vivências com esperança e paixão. Obrigada!
- À banca examinadora pelo compartilhar de idéias e por um compartilhar do aprender que trouxe significado para minha formação e nesta produção. Obrigada!
- À orientadora Liliana, pela oportunidade de trocar idéias e por um aprendizado inspirador. Obrigada!

À vida!

## RESUMO

Através dessa dissertação propõe-se apontar os limites e possibilidades na garantia do direito à saúde a partir da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), tendo como objetivos: compreender o contexto, consensos e contradições do movimento da RSB, na estruturação de uma proposta que reconhece a saúde como um direito social e, analisar os limites e possibilidades para efetivação desse direito a saúde no Brasil. Para (re)visitar a RSB se construiu o referencial teórico que teve como ponto de partida o mandato do general Médici (1970-1974), passando pelos acontecimentos que marcaram a conquista da saúde como direito e seus obstáculos na implementação desse direito que estão na agenda da reforma sanitária em nossos dias. Para alcançar seus objetivos se utilizou como estratégia de coleta de dados, a entrevista semi-estruturada, dividida em dois blocos temáticos, sendo o Bloco I (movimento sanitário) e Bloco II (direito à saúde). Assim, emergiram três categorias de análise no bloco I, em que discute a trajetória desse movimento, enquanto ator político que se articulou com outros movimentos da sociedade para lutar pela democratização do país. E três no Bloco II, que traz o reconhecimento de más limites que possibilidades para a efetivação do direito à saúde. O estudo realizado permite estabelecer algumas considerações sobre a RSB como fonte de potencialidades; as tensões entre as várias vertentes do movimento sanitário brasileiro, entre seus diferentes atores e entre seus diferentes projetos. Foi possível identificar que, por vezes, as negociações entre os grupos, as disputas de projetos e as tensões entre direitos universais e individuais impulsionaram movimentos no direito à saúde, entre o *dito* e o *feito*. Podemos refletir que as tensões trouxeram novas ferramentas para as práticas em saúde e que as disputas se colocaram como movimento de produção, que produzem novos significados às disputas e geram energias propulsoras de inovações.

Palavras-chave: Reforma Sanitária, Movimento Sanitário, Direito à Saúde



## **ABSTRACT**

Through this dissertation proposes to point out the limits and possibilities in securing the right to health from the Brazilian Sanitary Reform (BSR), aiming to: understanding the context, consensus and contradictions of the BSR movement, in structuring a proposal that recognizes health as a social right, and examine the limits and possibilities for realization of this right to health in Brazil. To (re)visit the BSR was constructed the theoretical framework that has as its starting point the mandate of the Medici (1970-1974), through the events that marked the achievement of health as a right and its obstacles in implementing this law that are in health reform agenda today. To achieve its objectives was used as a strategy for data collection, the semi-structured, divided into two thematic blocks, with Block I (health movement) and Block II (right to health). Thus, three categories of analysis emerged in block I, in which he discusses the trajectory of this movement as a political actor that is articulated with other movements of society to fight for the democratization of the country. And three in Block II, which brings the recognition of bad that limits possibilities for the realization of the right to health. The study allows for some considerations on the BSR as a source of potential; tensions between the various strands of the Brazilian sanitary movement, among its various actors and between their different projects. It was identified that sometimes negotiations between the groups, the project disputes and tensions between individual and universal rights movement spurred the right to health, between what is said and done. We think that the tensions brought new tools for health care practices and that disputes have arisen as a movement of production, which produce new meanings of the disputes and generate propulsion energy innovations.

Key-words: Health Reform, Health Movement, Right to Health

## **LISTA DE SIGLAS**

AIS – Ações Integradas de Saúde  
ANC – Assembléia Nacional Constituinte  
BSR – Brazilian Sanitary Reform  
CEBES – Centro de Brasileiro de Estudos da Saúde  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
EEAN – Escola de Enfermagem Ana Nery  
HESFA – Hospital Escola São Francisco de Assis  
I ENEMEC – I Encontro de Medicina Comunitária  
I PND – I Plano Nacional de Desenvolvimento  
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
LOS – Leis Orgânicas da Saúde  
MDB – Movimento Democrático Brasileiro  
MOPS – Movimento Popular de Saúde  
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social  
MRS – Movimento da Reforma Sanitária  
MS – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
OPS – Organização Pan-Americana da Saúde  
PFL – Partido da Frente Liberal  
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento  
PMDB-MG – Partido de Movimento Democrático Brasileiro de Minas Gerais  
PPA – Plano Plurianual  
REME – Movimento de Renovação Médica  
RSB – Reforma Sanitária Brasileira  
SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência  
SESACs – Semanas de Estudos de Saúde Comunitária  
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TLCE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UNIRIO – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

<b>1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	11
1.1 – MOTIVAÇÃO.....	11
1.2 – JUSTIFICATIVA.....	12
<b>2 – METODOLOGIA</b> .....	15
<b>3 – RBS: UMA TRAJETÓRIA DE LUTAS E RESISTÊNCIAS NA CONQUISTA DO DIREITO À SAÚDE</b> .....	17
3.1 – AS TENSÕES, CONFLITOS E CONSENSOS EM TORNO DA PROPOSTA DA RBS NA NOVA REPÚBLICA.....	22
3.2 – CAMINHOS E (DES)CAMINHOS DO DIREITO À SAÚDE, A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO DE 1988.....	24
3.3 – OS ATORES SOCIAIS DA RBS.....	30
<b>4 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS DA PESQUISA</b> .....	33
4.1 – BLOCO I: MOVIMENTO SANITÁRIO.....	34
4.1.1 – Movimento Sanitário: A Redemocratização do País como Luta de Todos.....	34
4.1.2 – Experiência Local: (Re)ligando a Política de Saúde ao Lugar Onde a Vida Acontece.....	37
4.1.3 – Caminhos para o Enfrentamento da Desigualdade Social em Saúde.....	39
4.2 – BLOCO II: DIREITO À SAÚDE.....	41
4.2.1 – Direito à Saúde: Entre o <i>Dito</i> e o <i>Feito</i> .....	41
4.2.2 – A Garantia do Direito à Saúde: Mais Limites que Possibilidades.....	43
4.2.3 – O Direito à Saúde: As Tensões entre Direitos Universais e Individuais.....	46
<b>5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	50
<b>6 – REFERÊNCIAS</b> .....	54
APÊNDICE 1 – Roteiro de Entrevista.....	58
APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	60

## 1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS

### 1.1 – MOTIVAÇÃO

Esta pesquisa desenvolvida no curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) no período de janeiro de 2009 a abril de 2011 encontra-se inserida na Linha de Pesquisa Políticas Públicas de Saúde, Sustentabilidade Ambiental e Enfermagem, que por sua vez integra o Grupo de Pesquisa Saberes da Enfermagem e da Saúde Coletiva.

O desejo de estudar os limites e possibilidades na efetivação do direito à saúde, tomando como base a trajetória do projeto da Reforma Sanitária, surge com a implicação que a própria pesquisadora tem com a conquista do direito à saúde em sua prática profissional em atenção primária; que se materializa no encontro entre profissionais e cidadãos com suas necessidades num dado território social e historicamente construído.

Ali, no cotidiano dos serviços de saúde, experimentam-se dificuldades em constituir-se o novo modelo de atenção, preconizado dentro do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e respaldado por princípios constitucionais. Esses obstáculos desafiam o processo de implementação de uma política de saúde efetiva na garantia do acesso universal e igualitário de caráter público que contribua para a melhoria das condições de vida da população, na singularidade das realidades locais brasileiras.

No caso do Rio de Janeiro, por exemplo, embora os esforços para aumentar a cobertura da atenção primária venham acontecendo atualmente; as dificuldades de responder às demandas de organização do sistema de saúde em redes regionalizadas de atenção em todos os níveis de complexidade, que contribuam para estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política de inclusão social comprometida com os princípios da universalização do direito à saúde, são muitas e permanentes.

Considera-se, portanto, importante (re)visitar o projeto da RSB a partir do diálogo com alguns dos atores, que participaram do referido movimento, na tentativa de entender as contribuições que esse movimento, trouxe no reconhecimento da saúde como direito social e as limitações apontadas pelos mesmos no caminho de sua efetivação.

Assim, essa dissertação é o resultado das reflexões e análises do conteúdo dos discursos de atores da Reforma Sanitária, em que parte-se do pressuposto que esses discursos expressam as características políticas e ideológicas do contexto onde os mesmos foram

gerados e que, portanto, expressam igualmente os conflitos, consensos e contradições daquele momento histórico na vida política e social brasileira.

## 1.2 – JUSTIFICATIVA

O presente estudo analisa a RSB como um projeto que contribuiu na formulação de uma política pública fundada no direito universal à saúde que foi incorporada à Constituição de 1988. Através de discussões que partiram dos diferentes projetos de reformas, de suas contradições, disputas ideológicas e interesses que permearam um conjunto de idéias em torno da saúde como objeto social. Procurando compreender no caminho trilhado os limites e possibilidades na tentativa de implementação dessa política para o setor saúde e de sua efetivação na conquista do direito à saúde no Brasil.

O debate sobre os impasses e possibilidades na efetivação do direito à saúde pautada na proposta da RSB está presente na trajetória profissional da pesquisadora. Partindo daí o interesse em revisitar as origens dessa reforma e tentar compreender seus diferentes projetos de luta por universalização do direito à saúde, analisando o que foi conquistado e buscando reconhecer nas diferentes realidades locais, para qual direção essas conquistas nos apontam.

Observar as faces do direito à saúde nas diferentes realidades locais do município do Rio de Janeiro é gerar visibilidade para as limitações do projeto da RSB enquanto bandeira de luta política por direito universal e a efetivação desse direito. Para além do acesso com qualidade às ações e serviços de saúde, a rede urbana de transporte, lazer e de moradia, se faz necessário apontar formas que transcendam as limitações e apontem as possibilidades da garantia do direito universal na sociedade brasileira no século XXI.

Resgatar essa trajetória é fundamental para compreender os impasses de um projeto que a partir da década de 70, em principio, pretendia alcançar o reconhecimento e expansão do direito à saúde, no seu sentido mais amplo, universalizar e integrar a assistência a partir da associação entre saúde e democracia. Suas propostas, embora aprovadas na íntegra na plenária da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) em 1986, na qual se contou com a participação de mais de cinco mil pessoas e representações de grupos sociais de diversos segmentos da sociedade civil, foram perdendo força política durante os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte (ANC) em virtude de redefinições em algumas propostas do texto da saúde que implicaram em perdas no projeto de reforma, tais como: a participação da iniciativa privada como forma complementar ao SUS, a não definição de um percentual de

recursos para a saúde, a não explicitação dos mecanismos de viabilização da descentralização e de unificação do sistema, dentre outras (BAPTISTA, 1996).

Nesse sentido, (re)visitar o cenário sanitário e político do Brasil cerca de trinta anos depois, é iluminar o consenso estratégico possível para a sustentação de uma política social brasileira, com posições e referenciais ideológicos bastante diferenciados, e não consensuais; que tornam a RSB um processo em permanente construção, ao tempo em que permite identificar algumas de suas contradições, expressas num contexto em que:

- O direito a saúde estava no bojo do conceito formulado na histórica VIII CNS, realizada em Brasília, no ano de 1986. Também conhecido como “conceito ampliado” de saúde, fruto de intensa mobilização, que se estabeleceu em diversos países da América Latina e no Brasil durante as décadas de 1970 e 1980, como resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde;
- O debate abrangente da saúde como objeto social se expressou no seguinte texto no relatório final da VIII CNS:

[...] Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (VIII CNS, 1986, p. 4).

- Houve perdas significativas decorridas dos embates e negociações entre o período do relatório final da VIII CNS (1986) e o texto constitucional (1988) em que, a saúde teve seu foco reduzido ao risco de adoecimento; conforme expressa no Artigo Constitucional nº. 196, em que se aponta a saúde aparece como direito de todos e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988b).
- A estratégia da unificação do setor saúde no nível federal, com comando único que integrasse desde as funções médico-assistenciais até as funções de saúde coletiva para a garantia da proposta de universalização do direito defendida pelos atores da RSB foi um ponto crítico de dissenso na implementação da RSB, como expressado por Baptista (1996/1997, p. 26-27, parte 2):

[...] As discussões reformistas para a saúde seguiam seu curso e as pressões advindas do Ministério da Saúde (representantes e militantes) sob o MPAS insistiam na indicação para o processo de unificação da saúde (integrando o INAMPS ao MS) e universalização da assistência. Os conflitos entre os grupos de reformistas, da saúde e da previdência, dificultavam o encaminhamento da reforma, bem como o consenso com relação a uma proposta única para o setor.

Portanto, a relevância desta pesquisa encontra-se na sua possibilidade de contribuir com a reflexão acerca dos caminhos, em muitos momentos sinuosos, na busca do direito à saúde no Brasil procurando pistas para uma possível saída do labirinto em que essa efetivação se encontra atualmente. O que induz a refletir igualmente sobre o modelo de sociedade que estamos dispostos a estruturar, pois acredita-se que as limitações na efetivação do direito à saúde são mais um indicador de dificuldades em defender e incorporar um modelo de sociedade mais justa e incluyente no Brasil.

Assim, esta pesquisa se propõe a alcançar os seguintes objetivos: (a) compreender o contexto, consensos e contradições do movimento da RSB, na estruturação de uma proposta que reconhece a saúde como um direito social e, (b) analisar os limites e possibilidades para efetivação desse direito a saúde no Brasil.

## 2 – METODOLOGIA

Esta pesquisa pode ser tipificada como descritiva, com abordagem qualitativa. Para alcançar seus objetivos se utilizou como estratégia de coleta de dados, a entrevista semi-estruturada (vide Apêndice 1), dividida em dois blocos temáticos, sendo o Bloco I (movimento sanitário) e Bloco II (direito à saúde). Entrevistaram-se oito sujeitos que, à época, participaram do Movimento da Reforma Sanitária (MRS), e que, atualmente, continuam atuando politicamente no setor, onde ocupam espaços em instituições públicas e privadas.

Os principais critérios de seleção dos referidos sujeitos foram: seus envolvimento com o projeto da RSB nas décadas de 70 e 80, nas quais, a partir de suas militâncias defenderam os preceitos políticos desse movimento e, disponibilidade em participar da pesquisa. O conteúdo dos diálogos foi gravado para uma melhor apreensão das respostas colhidas.

Os sujeitos foram contatados por telefone e e-mail. As entrevistas foram agendadas de acordo com disponibilidade de agenda, local de trabalho e residência dos participantes. Assim, foram contatados nove participantes, mas apenas oito tiveram disponibilidade para responder ao roteiro de entrevista. Devido à agenda, e às distâncias entre os locais escolhidos para a realização das entrevistas, essas aconteceram no período de 9 de setembro de 2010 a 15 de março de 2011, sendo duas delas realizadas fora do Estado do Rio de Janeiro.

Tratando-se de uma pesquisa que envolve seres humanos, levou-se em consideração a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que se fundamenta nos principais documentos internacionais, que deram origem a declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos. Isto inclui a elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (vide Apêndice 2) que foi assinado pelos sujeitos da pesquisa.

Com vista a atender aos aspectos éticos, a pesquisa foi submetida ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Ana Nery/ Hospital Escola São Francisco de Assis (EEAN/HESFA), com o protocolo de nº. 069/2010 e atendendo o previsto na Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que foi aprovada em 13 de julho de 2010.

A submissão do projeto em outra instituição se deu por conta do fechamento do Comitê de Ética da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) na data prevista para seu acontecimento. Assim, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da EEAN. Nesse sentido, houve necessidade de ajustar o cronograma inicial da



pesquisa o que terminou limitando o tempo e criando pressões no cumprimento do referido cronograma.

Do material coletado no trabalho de campo foi analisado o conteúdo dos discursos captados através das entrevistas semi-estruturadas, em que se deu liberdade aos sujeitos participantes para a partir de dois blocos temáticos expressarem suas experiências, expectativas e frustrações entorno do projeto de reforma sanitária brasileira por eles vivida nas décadas de 70 e 80; como suas expectativas futuras, particularmente no relacionado às possibilidades de garantia do direito à saúde.

A etapa seguinte foi transcrever as oito entrevistas, sendo a menor com seis páginas digitadas e a maior com vinte uma páginas. Assim, foram realizadas várias leituras para o estabelecimento de contato com as estratégias, divergências, disputas e consensos na construção e implementação dos princípios da RSB, presentes no conteúdo dos discursos dos entrevistados.

O recorte dos depoimentos foi uma das etapas mais difíceis pela riqueza das experiências vivenciadas. Dessa forma, o material foi organizado, buscando nos depoimentos indícios que apontassem as principais divergências e consensos entre os projetos de reforma, nas disputas de poder entre os reformistas da Previdência Social e os reformistas do Ministério da Saúde (MS); na condução do processo de descentralização, com ênfase na organização da política, na gestão, na atenção e no cuidado; no debate geral do direito à saúde, sistematizando através de categorias de análise as mensagens implícitas e as dimensões contraditórias.

Explorando o conteúdo de cada bloco, o material foi categorizado levando em conta critérios de relevância dos pontos constantes nos depoimentos que contribuíram para evidenciar as colocações recorrentes e os aspectos relevantes em cada bloco. Assim, emergiram as seguintes categorias: Bloco I (movimento sanitário) – Movimento sanitário: a redemocratização do país como luta de todos; Experiência local: (re)ligando a política de saúde ao lugar onde a vida acontece; Caminhos para o enfrentamento da desigualdade social em saúde; Bloco II (direito à saúde) – Direito à saúde: entre o *dito* e o *feito*; A garantia do direito à saúde: mais limites que possibilidades; o direito à saúde: as tensões entre direitos universais e individuais.

### **3 – RSB: UMA TRAJETÓRIA DE LUTAS E RESISTÊNCIAS NA CONQUISTA DO DIREITO À SAÚDE**

Tomando como ponto de partida o mandato do General Médici (1970-1974) que compunha a “linha dura” do governo militar, e que teve como projeto de governo colocar o Brasil entre as nações mais desenvolvidas no espaço de uma geração, através do I Plano Nacional de Desenvolvimento (I PND), é possível identificar os primeiros sinais de desgaste no modelo político desse governo e as principais conseqüências sociais de concentração da riqueza no Brasil, segundo Escorel, Nascimento e Edler (2008, p. 62):

[...] A permanente repressão política não mais conseguia conter as conseqüências impopulares do modelo de desenvolvimento econômico. A subordinação ao mercado mundial, tornada muito mais forte, resultou na profunda vulnerabilidade do país, frente às crises gerada internacionalmente. A elevação dos preços de determinadas matérias-primas imprescindíveis ao país, como o petróleo, e a concomitante desvalorização dos produtos exportados pelo Brasil (café, açúcar e algodão, por exemplo) tornam a balança comercial profundamente desfavorável ao país. Por outro lado, a perda do poder aquisitivo do salário mínimo, associado a um processo de intensa migração do campo para a cidade, rebaixou as condições de vida da população.

Foi nesse contexto que em meados dos anos 70, iniciou-se no Brasil um importante debate sobre o modelo de atenção à saúde vigente à época. No período em que esteve no poder, o General Geisel (1974-1979) foi considerado marcado por contradições, entre elas, o avanço nas mediações e possibilidades de restauração da democracia e de um espaço de maior articulação para os movimentos sociais, ao mesmo tempo em que a repressão tornava-se mais visível, aumentando a violência e o controle do Estado sobre a sociedade.

O discurso social deste governo, face aos impasses econômicos e políticos, ganharam força com o II PND, que foi um plano quinquenal voltado ao desenvolvimento econômico e social, no qual apareciam algumas prioridades no campo social: educação, saúde e infraestrutura de serviços urbanos, na tentativa de encaminhar uma política de Estado brasileira de desenvolvimento do país. Segundo Baptista (1996/1997, p. 42, parte 3):

[...] O II PND significou a composição de uma política de desenvolvimento que tinha como meta básica a formulação de estratégias de desenvolvimento social, buscando a integração e a interdependência das políticas estatais – um avanço na política de Estado, pois selava o compromisso de conjugação da política econômica e social.

O diagnóstico apresentado, pelo II PND, para a saúde pública e para a assistência médica da previdência denunciava a carência de capacidade gerencial e de estrutura técnica. Esses desafios contribuíram para o estabelecimento de novas estratégias no planejamento social, sendo a ideologia do planejamento em saúde incorporada nesse setor como parte de um projeto modernizante em tempos autoritários.

Nesse cenário, a classe média urbana e amplos setores da população mais empobrecida expressam-se politicamente, pela primeira vez, retirando o seu apoio ao regime militar e elegendo prefeituras opositoras como aconteceu em Londrina, Niterói, Montes Claros, dentre outras. O crescimento dessas prefeituras contribuiu para mudanças políticas, econômicas e sociais, com propostas inovadoras dentro do regime. No campo social, ocorreu uma importante mudança na compreensão de que o desenvolvimento social deve ocorrer de forma paralela e progressiva ao desenvolvimento econômico, tal como assinalado por Baptista (1996, p. 3):

[...] As políticas sociais no Brasil bem como as políticas de saúde estiveram especialmente presentes na agenda governamental no âmbito federal no pós-74. Pode-se afirmar que uma importante inflexão se configurou a partir deste período no encaminhamento das políticas estatais na esfera de atuação sócio-institucional. Até então as políticas implementadas pelo Estado esforçavam-se por manter o interesse voltado para a área econômico-institucional.

Faz-se necessário lembrar que as eleições municipais de 1974, 1976 e 1978 foram o mecanismo mais importante para o restabelecimento do contato entre o Estado e a sociedade, após 1964. A reincorporação do espaço parlamentar, como importante local de luta, possibilitou aos movimentos sociais, aos partidos e agrupamentos clandestinos irem se transformando em instrumentos de participação política, fortalecendo um processo de organização e crescimento de vários setores da sociedade civil frente a um Estado autoritário, a fim de expressar suas necessidades e críticas.

A política de saúde hegemônica, à época, tinha um panorama bem definido de mercantilização da medicina sob o comando da previdência social cuja prática médica curativa tinha foco individualista e assistencialista, em prejuízo das práticas de interesse coletivo. Isso facilitou o processo de corrupção, por parte do setor privado, que se utilizava de condutas médicas em busca de vantagens econômicas, realizando com pouco pessoal técnico e equipamentos ultrapassados, procedimentos cirúrgicos desnecessários e internações com

custos elevados. Esse modelo de atenção à saúde vigente trouxe um intenso debate sobre suas consequências para o sistema sanitário do país, como enfatizado por Baptista (2007, p. 40):

[...] O golpe militar, em 1964, e a nova forma de organização do Estado trouxeram para o sistema sanitário brasileiro, dentre eles a ênfase na assistência médica, o crescimento progressivo do setor privado e a abrangência de parcelas sociais no sistema previdenciário.

Esses fatores desencadearam reações na sociedade civil e a organização do movimento sanitaria como força política articulada de contestação ao regime autoritário, como mostra Escorel (2009, p. 69):

[...] A transformação ocorrida durante a “conjuntura Geisel” não foi caracterizada por uma substituição do modelo de atenção à saúde, mas por uma mudança na arena política da saúde. Surge, então, um movimento, um novo pensamento em que, em seu processo de articulação e desenvolvimento foi-se confirmando como um novo ator coletivo, uma nova *força* política (grifo do autor).

Os problemas criados pelo modelo de saúde fragmentado e privatizado, no qual apenas as pessoas inseridas formalmente no mercado de trabalho tinham acesso à assistência, em que maioria da população tinha acesso à atenção básica precária e qualquer outra demanda em saúde era objeto da caridade e da filantropia, eram expressões de que o direito à saúde não existia como uma categoria central da sociedade brasileira. Naquela época, as reivindicações por repostas imediatas para essas questões tornaram-se mais frequentes e os movimentos sociais engajaram-se, priorizando o fortalecimento das políticas públicas, imprimindo posições voltadas para a definição de um Estado democrático.

As ideias que giravam em torno da determinação social da doença, afirmando as desigualdades sociais e o papel do Estado na produção dessas desigualdades, foram discutidas nesse período; quando as ações da saúde pública tornaram-se ineficientes para resolver os problemas de saúde da população, numa expressão mais ampla, e ao contrário reduziu-se a campanhas pontuais que em grande medida contribuíram na fragmentação das práticas sanitárias.

Nesse cenário, o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) foi criado em julho de 1976 como espaço de aprimoramento e modelagem da política de saúde e espalhou seus núcleos em vários municípios do país, gestando inovações, divulgando críticas ao sistema de

saúde vigente, publicando livros e desenhando os caminhos possíveis para resistir à ditadura, numa tentativa de transformação da realidade sanitária brasileira.

No governo de João Batista Figueiredo (1979-1985), último general do regime militar, a presença estruturada de propostas de reforma para o Estado permitiu a implantação de políticas reformadoras. Nesse tempo, o movimento sanitário já, articulado e associado à luta mais geral da sociedade por democracia, desenhava um modelo de política de proteção nos moldes universalista, tal como destacado por Baptista (1996, p. 6-7):

[...] Na realidade, no setor saúde, os movimentos contra hegemônicos ao modelo de atenção à saúde prestada pelo Estado já se fortaleciam desde os anos 60, ou mesmo anos 50 em algumas localidades. A medicina preventiva e a medicina comunitária surgiram nestes anos como modelos inovadores para pensar atenção à saúde. A idéia de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social norteou a discussão sobre a definição de políticas para o setor. Promover saúde passou a significar promover condições de vida digna, o que incluía desde o direito a moradia, educação, atendimento integral em saúde, como também o direito à participação e intervenção popular. Estes princípios eram divulgados pela OPS nos anos 50 e 60, principalmente, e serviram de indicativos na construção dos modelos de medicina comunitária e preventiva no Brasil nos anos 60. No entanto, estes princípios foram resgatados mais intensamente a partir de meados dos anos 70, quando o movimento reformista da saúde ganhou corpo e expressão.

Os anos 80, constituíram um marco importante na política brasileira, com destaque para o processo de democratização do país. Segundo Gerschman (2004, p. 14-15), essa década representou para o Brasil uma época de esperança, na medida em que:

[...] Nesses países hoje chamados pobres, ou se poderia dizer, submersos em processos de busca permanente de um desenvolvimento industrial que não chega de maneira plena, a década de 80 representou, em particular para o Brasil, uma época de esperanças. A transição à democracia foi depositária de novas perspectivas de crescimento econômico com justiça social que acompanhariam a cena política democrática aproximando, finalmente, a América Latina das sociais-democracias européias.

É importante destacar, no entanto, que nessa década o contexto nacional e internacional sofreu alterações que pouco favoreciam à implementação da Reforma Sanitária no Brasil. O arranjo conservador dos governos, que sucederam no período de transição democrática, estava em sintonia com o ambiente internacional, marcado por novas discussões sobre a política de bem-estar, como assinalado por Menicucci (2008, p. 306):

A partir do questionamento da universalização de direitos, proliferaram propostas de focalização do gasto público nos setores mais pobres da população, deixando para o mercado a produção de serviços sociais destinados aos setores mais favorecidos. Ao processo de democratização se seguiram, em sintonia com o receituário internacional, os de ajuste e estabilização econômica, acompanhados das reformas estruturais, em sentido inverso ao da ampliação das atribuições governamentais e dos direitos sociais recém consagrados na Constituição de 1998.

Nessa época, era necessária a reformulação do setor saúde, pois a área de assistência médica sofria críticas tanto do movimento sanitário quanto dos setores mais conservadores. Sendo a saúde, incluindo a área de assistência médica, considerada a responsável pela crise ideológica, financeira e político-institucional devido a uma série de fatores, dentre eles, a inadequação do modelo de atenção à realidade nacional.

Nesse contexto, configuraram-se várias propostas de reformulação do setor saúde idealizadas por técnicos do MS e Ministério Previdência e Assistência Social (MPAS). Dentre elas, se destaca o Prev-Saúde, que foi apresentado formalmente na VII CNS em 1980 e consistiu numa proposta de extensão nacional do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que havia sido desenvolvido no Nordeste do Brasil de 1976-1979. E as Ações Integradas de Saúde (AIS), que de acordo com Paim (2008), podem ser consideradas como uma estratégia-ponte para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços; e ainda poderia evitar descontinuidades na prestação de serviços à população e promover aperfeiçoamentos nas políticas, enquanto as mudanças necessárias para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde fossem viabilizadas.

Paralelo aos espaços de redemocratização da sociedade brasileira e do setor saúde é interessante ressaltar as resistências do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a forte oposição das entidades do complexo médico-empresarial e as pressões oriundas do campo da medicina liberal para que o Prev-Saúde não fosse incorporado pelo governo e não se concretizasse na prática. Para os atores do movimento sanitário, no entanto, essa proposta significou a possibilidade de entrada do discurso reformista na arena de discussão institucional estatal da saúde.

É, portanto importante frisar que a construção da política de saúde brasileira se deu de forma conflituosa, com divergências de postura e interesses marcadas pelas posições de “grupos reformistas” que dentro do setor defendiam a universalização e integração do sistema e de “grupos conservadores”, cujo foco encontrava-se na racionalização dos gastos e a manutenção eficiente do sistema vigente. Sem dúvida nenhuma essas tensões entre esses dois grupos foram um marco importante na definição da política de saúde neste país.

Desta forma entendemos que o movimento pela RSB é um processo inacabado que mantém vivo dentro desse setor os impasses e dilemas que desde sua formulação tem gerado entraves na garantia do direito constitucional que aponta a saúde como um direito de todos os brasileiros, o que por sua vez, estimula a permanência dessa luta dentro da agenda política do Brasil no século XXI.

### 3.1 – AS TENSÕES, CONFLITOS E CONSENSOS EM TORNO DA PROPOSTA DA RSB NA NOVA REPÚBLICA

No período da Nova República (1985-1990), a sociedade perde o Presidente Tancredo Neves do Partido de Movimento Democrático Brasileiro de Minas Gerais (PMDB-MG), que conduziria o país nessa fase de redemocratização. Assim, é o Vice-Presidente José Sarney quem assumiu a liderança nesse período, deixando na economia a marca dos Planos Cruzado I e II (1986) e Plano Bresser (1987) com vistas ao combate da hiperinflação, estabilização e crescimento econômico.

Na esfera política, foram estabelecidos acordos que contribuíram para uma transição negociada entre a ala conservadora do Partido da Frente Liberal (PFL) e a ala progressista do PMDB. Assim, não houve uma ruptura com os quadros político do regime autoritário, mas uma aliança com interesses singulares de cada partido. A ala progressista dessa aliança comprometia-se com os princípios básicos da reforma sanitária: universalização da atenção à saúde, unificação do setor, descentralização político-administrativa e controle social. No contexto, a crise política do governo Sarney expõe a fragilidade dessa aliança e sua vulnerabilidade frente às inconstâncias políticas, institucionais e econômicas do Estado, o que trouxe implicações no encaminhamento dessas reformas na Assembléia Nacional Constituinte (ANC).

Nesse contexto, anunciou-se a recuperação dos direitos políticos para os cidadãos brasileiros, e a expansão da cidadania. No entanto, o país estava mergulhado em uma crise de endividamento, com o aumento da lucratividade do setor privado e a falência do setor público, sendo as elites brasileiras incapazes de reverter esse desequilíbrio que gerou incertezas, desesperanças e desencanto da população com a classe política.

É importante marcar que o debate agregador dos anos 70, em torno da luta por democracia, perde força nos anos 80 e outros interesses e disputas vão acompanhar o projeto de reforma do setor saúde.

É nesse tempo que, segundo Baptista (1996, p. 14-15), crescem as diferenças, os conflitos e as divergências existentes entre os atores da RSB, ficando explícitos pontos frágeis e vulneráveis da proposta, particularmente, no que se refere à unificação do setor saúde, tal como indicado a seguir:

No tocante ao setor saúde a proposta de governo de Tancredo Neves serviu como instrumento para o encaminhamento da reforma no setor. A proposta comprometia-se com os princípios básicos da reforma, contemplando desde a questão da universalização da atenção à saúde, até a unificação do setor, passando pela descentralização político-administrativa e pelo controle social. [...] A partir deste período as diferenças existentes entre os idealizadores da reforma para o setor saúde começaram a se acentuar. Uma polêmica em especial merece destaque, a questão da unificação do setor saúde. Até aqui as resistências para a unificação justificavam-se diante de um regime autoritário e das amarras que ele implicava, a partir da Nova República, os conflitos ficaram expostos e a “pseudo-unidade” existente no movimento reformista da saúde foi explicitada.

O mapeamento dos pontos consensuais e os desacordos que envolveram a reforma da saúde na Nova República são complexos, no entanto, para a compreensão das diferentes posições que envolvem os diferentes atores da RSB, é necessário identificá-los nos marcos históricos do discurso oficial da saúde. Dessa forma, destacamos esse marcos que estão no bojo dos principais dissensos e consensos nessa trajetória: a convocação da VIII CNS, a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) como estratégia-ponte para o SUS e a inclusão da saúde na proposta de seguridade social.

A gênese das tensões encontrava-se particularmente localizada na mensuração de forças entre os que defendiam as reformas da saúde e os que defendiam os interesses da Previdência Social.

Para Baptista (1996, p. 16), os “reformistas da saúde”:

[...] passaram a defender como proposta a unificação da saúde no nível federal (o que ficou conhecido como “reforma pelo alto”) com a criação de um novo Ministério da Saúde que incluísse desde as ações de caráter curativo até as ações de caráter preventivo. Tal proposta baseava-se no pressuposto de que a universalização do direito à saúde só se concretizaria na medida que o vínculo de contribuição previdenciária não fosse mais um condicionante para a assistência à saúde. Apesar da expansão da assistência médica nos anos 70 e 80, com a incorporação de muitas categorias trabalhistas na previdência (como as domésticas, os autônomos e os trabalhadores rurais) e programas de universalização (como o PPA), não havia se conquistado ainda o direito universal à saúde.

Enquanto que os “reformistas da previdência”:



[...] compartilhavam das idéias de reforma no tocante a universalização, mas propunham estratégias para a unificação da saúde que não correspondiam à transferência imediata do INAMPS para a saúde. O INAMPS concentrava muito poder e sua transferência significava não só a transferência de recursos, mas também de poder político. As propostas dos “reformistas da previdência” apontavam para a modernização da máquina previdenciária e a promoção de maior eficiência e agilidade ao INAMPS. Apresentavam ainda como proposta, a unificação “por baixo”, como costumavam dizer, o que significava descentralizar e unificar gradativamente o setor a partir do INAMPS e por dentro da máquina (BAPTISTA, 1996, p. 16).

Como se pode observar, a configuração do direito à saúde como política no contexto brasileiro permeia assimetrias ideológicas e de poder que se encontram até hoje presentes na configuração do Estado e que se expressam nas contradições que perpetuam um modelo de sociedade injusta e excludente. Assim, a política de saúde mesmo entendida, não como uma política de governo, e sim de Estado continua encontrando diversos obstáculos na conquista do direito à saúde dentro desse setor e do direito a ter direitos, no sentido mais amplo do exercício da cidadania.

### 3.2 – CAMINHOS E (DES)CAMINHOS DO DIREITO À SAÚDE, A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO DE 1988

Sob o marco da Constituição de 1988 os direitos sociais foram tratados como direitos de cidadania, aos quais todos os cidadãos brasileiros estão investidos e que devem ser garantidos pelo Estado. Essa mudança expressou o momento em que a correlação de forças favoreceu a reivindicação desses direitos, com a intenção de construir uma sociedade cuja base fosse a justiça social, garantida a todos os brasileiros.

Hoje, passados mais de vinte anos de promulgação da Constituição, antigos e novos conflitos se somam na dinâmica de implementação de políticas capazes de garantir de forma efetiva esses direitos, o que torna evidente que se vive no Brasil um processo político democrático inacabado e que exige reformas estruturais no âmbito da economia e do Estado.

No setor saúde o projeto da RSB apontava na direção de um possível caminho para a democratização da saúde, assegurando o direito à saúde ao conjunto da sociedade.

No entanto, essa dinâmica trouxe avanços no estabelecimento dos procedimentos legais previstos constitucionalmente para a implementação de reformas na saúde, mas também, limitações políticas que alavancasse a reforma sanitária, como uma forma, não só de

cumprir preceitos legais e jurídicos, mas como uma estratégia de estruturar um novo modelo de sociedade, mais justa, incluyente e saudável.

No processo de legislação da saúde, na garantia de implantação dessas mudanças, regulamentaram-se primeiro os princípios da Reforma Sanitária na Constituição Federal em 1988, e depois as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais estabeleceram os princípios que norteariam o modelo de atenção e de organização dos serviços de saúde locais, a partir das diretrizes constitucionais.

Segundo Gerschman (2004, p. 181), esse processo de legislação da saúde não foi acompanhado de efetivação política:

[...] o processo de legislação do setor não foi acompanhado pela efetivação da política, criando-se uma situação *sui generis* como a de se ter conseguido contemplar na Constituição o modelo de saúde a ser aplicado no país, sem as condições políticas necessárias para efetivá-los. Desse modo, a Reforma Sanitária foi definida no plano legal sem que isso revertesse em melhor atendimento, prevenção ou condições de saúde da população.

Os princípios e diretrizes do SUS constituem os fundamentos para o funcionamento e organização do sistema de saúde no país, afirmando direitos a ser garantidos à população brasileira, a partir do formato democrático, humanista e federalista conquistado na redemocratização do país na década de 80.

Assim, a base legal do SUS é constituída fundamentalmente por três documentos que expressam os elementos básicos que estruturam e organizam o sistema de saúde brasileiro. São eles:

- A Constituição Federal de 1988, conhecida como constituição cidadã, na qual a saúde é um dos setores que estruturam a seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social (BRASIL, 1988).
- A Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde e que dispõe principalmente sobre a organização e regulação das ações e serviços de saúde em todo território nacional (BRASIL, 1990a).
- A Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece o formato da participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b).

O descompasso entre as conquistas legais e as condições políticas necessárias para sua concretude, impôs constrangimentos e dificuldades na construção do SUS, a partir de seus princípios e diretrizes. Apesar de reconhecido legalmente, a possibilidade de ampliação dos serviços de saúde, necessária para garantir a universalização efetiva sofreu limitações em todo o país, como expressado por Menicucci (2008, p. 307):

A conjuntura de crise fiscal, associada ao fortalecimento de posições conservadoras e voltadas para o mercado, impôs constrangimentos à implantação do SUS, limitando a possibilidade de ampliação dos serviços de saúde, necessária para garantir a universalização efetiva. Ao se traduzir na redução do gasto público, funcionou como freio objetivo e ideológico à atuação redistributiva do Estado.

Nessa conjuntura, a política brasileira é marcada por outra combinação em que o Estado desfez-se de seu papel regulador e intervencionista, influenciando na tomada de decisões a respeito das políticas sociais, aumentando a influência de organismos e pressões internacionais a favor de sistemas públicos simplificados e precarizados de saúde, como evidenciado por Machado (2007, p. 41):

Desta forma, nos anos 90 a política brasileira é marcada pela combinação entre democratização e liberalização econômica, levando a mudanças expressivas no padrão de atuação do Estado e nas possibilidades de concretização de uma série de diretrizes constitucionais.

Esses resultados favoreceram que o reconhecimento de direitos de cidadania e, especificamente, do direito de usufruir de um mínimo de bem-estar fosse bastante tolhido, expressando-se nas interações conflitivas entre o modelo democrático e civilizatório proposto pelo SUS e os diversos interesses econômicos, políticos e culturais que ocuparam a arena sociopolítica brasileira, colocando em disputa projetos sanitários e societários distintos. Assim, concordamos com Machado (2007, p. 56), quando aponta que:

A concretização de um sistema abrangente de Seguridade Social tal como proposto pela Constituição, é, no entanto, abalada logo no início dos anos 90, e ao longo da década enfrenta dificuldades estruturais, institucionais e conjunturais. No plano estrutural, destacam-se a heterogeneidade e estratificação da sociedade brasileira, o modelo hegemônico de desenvolvimento, o caráter fragmentado e excludente do sistema de proteção brasileiro, a configuração das relações entre Estado e Sociedade, e entre público e privado no Brasil.

Neste cenário, a implantação do SUS chocou-se com o legado histórico da sociedade brasileira, marcada por diferenças e segmentação dentro da própria assistência à saúde, conforme destacado por Menicucci (2008, p. 308):

[...] A proposta de um sistema de saúde igualitário chocou-se com o legado histórico de uma sociedade marcada pela diferenciação e pela segmentação no próprio campo da atenção à saúde, no qual o processo de inclusão se deu pela incorporação de segmentos privilegiados dos trabalhadores assalariados. A origem da assistência à saúde calcou-se na diferenciação no âmbito da assistência pública por meio dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), até os anos 60, e, posteriormente, na distinção entre trabalhadores cobertos por planos privados no âmbito das empresas e os cobertos pela assistência pública. Essa segmentação não favoreceu a constituição de uma identidade coletiva e de valores que enfatizassem a solidariedade e o igualitarismo que pudessem dar suporte à reforma, que, por seu caráter redistributivo, demandaria coalizões mais amplas.

Nesse sentido, a proposta do SUS surge como um processo contra hegemônico em que a atenção à saúde em seu sentido amplo, e mesmo no sentido mais restrito da assistência nos serviços de saúde, deixa de ser uma prerrogativa exclusiva dos contribuintes da previdência social e passa a ser reconhecida como direito universal. Por outro lado o reforço da responsabilidade do Estado na provisão dos serviços e ações de saúde, articulado às mudanças nos mecanismos de financiamento da área social, resgata o modelo de seguridade social, a partir da provisão e financiamento públicos.

No entanto, Machado (2007, p. 62), destaca as limitações a curto, médio e longo prazo da expansão e sustentabilidade do sistema público de saúde, na medida em que:

No que diz respeito à saúde, além das limitações referentes ao financiamento setorial, estratégias e políticas em outras áreas têm implicações importantes para a expansão do sistema público, que apresenta a peculiaridade de ser, ao mesmo tempo, muito dependente de mão-de-obra e do uso de tecnologias, algumas de custo elevado. Por um lado, as transformações no mundo do trabalho e as pressões de retração do funcionalismo público trazem limites à expansão de empregos públicos qualificados e com bom nível de remuneração, necessária à expansão do acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, fatores como o limitado investimento em ciência, tecnologia e inovação, o baixo crescimento da indústria nacional, as mudanças nas políticas comerciais e na legislação de propriedade intelectual conformam um quadro de alta dependência de insumos e tecnologias importados, gerando déficits na balança comercial e grande vulnerabilidade nacional, o que impõem dificuldades adicionais à expansão e sustentabilidade do sistema público de saúde em curto, médio e longo prazos.

Em relação à factibilidade de implementação dos princípios constitucionais da reforma em um governo que se mostrou hostil a esse projeto, considerando-se as restrições orçamentárias impostas ao seu financiamento, ressaltamos o questionamento de Menicucci (2008), quando indaga sobre, se haveria uma verdadeira intenção governamental de implantar os dispositivos formais da política de saúde, para superar suas limitações financeiras, ao tempo em que afirma que a ausência de mecanismos efetivos e estáveis para o financiamento do SUS tornaram-se mecanismos indireto para redução de seu alcance e efetividade.

Outro fator a ser destacado é a herança na modelagem de atenção à saúde sobre o processo de consolidação de uma cidadania que transite da política da desigualdade à proposta da equidade, assim, enfatizada por Cohn *et al.* (2010, p. 13):

No Brasil, o fato de a atenção médica estar intrinsecamente associada à previdência social imprime uma especificidade, com profundas raízes históricas, à atual questão da busca da equidade no direito dos cidadãos à saúde. Não só esse fato remete o direito à saúde marcado pela distinção original de inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho, como convive com as medidas implementadas pela saúde pública, que antecedem a própria instituição da previdência social no país. Caracterizada pela responsabilidade das ações de caráter coletivo de natureza preventiva no controle de endemias e programáticas na atenção a grupos selecionados da população – materno -infantil, tuberculosos, hansenianos e outros – a saúde pública no decorrer do tempo convive de forma tensamente complementar com a assistência médica individual filantrópica e previdenciária, e posteriormente da rede pública, sendo crescentemente pressionada a buscar nova identidade sem perder a sua especificidade. Essa complementaridade tensa traduz exatamente a questão do coletivo contraposta ao individual, a do curativo contraposto ao preventivo.

Portanto entendemos o SUS como importante inflexão no campo do direito à saúde no Brasil e ponto de partida para a institucionalização de importantes inovações, tanto políticas quanto sanitárias tais como:

- Uma concepção ampliada do processo saúde-doença, que passa a ser entendido como resultante das condições de vida de uma dada população e das diferentes e desiguais condições de acesso à riqueza socialmente produzida e aos serviços sociais e de saúde;
- O entendimento de que a saúde é um direito universal, devendo ser garantido a todo cidadão brasileiro, independente de sexo, idade, classe social, raça e etnia, orientação sexual e contribuição prévia. Na prática, este entendimento implicou a ruptura com o padrão clássico de seguro social que modelou a assistência médica previdenciária desde os anos 30 do último século e que foi aprofundado nos anos da ditadura militar;

- O reconhecimento da responsabilidade do Estado pela provisão e gestão da atenção à saúde e a afirmação do caráter complementar do setor privado neste processo. A expressão constitucional de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” demarca bem o sentido inovador da responsabilização do Estado pela atenção à saúde;
- A afirmação da necessidade de criação de espaços institucionais voltados a uma maior democratização e participação popular nas decisões em torno da saúde, rompendo com o passado recente de fechamento dos canais de diálogo e participação social;
- A defesa da descentralização das ações e serviços de saúde, com comando único em cada esfera de governo.

Portanto, o projeto da Reforma Sanitária que vinculava aspectos conceituais e políticos para o enfrentamento dos problemas do setor com a concepção de direito à saúde, conseguiu incorporar na Constituição de 1988, o capítulo da saúde, que a reconhece como um direito de todos os brasileiros que deve ser garantido a partir de ações intersetoriais que integrem as políticas públicas em torno de um objetivo comum, no intuito de reduzir o risco de doenças e outros agravos e apontam os princípios e as diretrizes de um novo Sistema Nacional de Saúde, concretizado a partir de um sistema único.

No entanto, concordamos com Santos (2010, p. 151) quando chama a atenção da missão constitucional do SUS em promover, proteger e recuperar a saúde dos cidadãos, assim como de garantir atenção adequada a toda demanda de assistência à saúde, não ser suficiente para de fato garantir o direito à saúde, no sentido mais amplo, na medida em que:

O direito à saúde atribuído ao SUS – serviço de promoção, proteção e recuperação da saúde – não pode pressupor a garantia ao indivíduo da melhoria de sua renda, moradia, alimentação e educação, sob o argumento de que a Constituição assevera que o direito à saúde seja efetivado *mediante a adoção de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de adoecer*. Esses fatores são *determinantes* para o bem-estar físico, mental e social do cidadão, *mas não estão a cargo do setor saúde*. Esse ponto é importante e precisa ser demarcado (grifo da autora).

Entendemos, portanto, que a luta pelo direito universal à saúde é também a luta pelo livre exercício da cidadania a partir de instituições democráticas que permitam superar as gritantes desigualdades sociais num país que ostenta ser a 8ª economia do mundo na medida em que:

[...] ao contextualizarmos a saúde como direito de todos na sociedade brasileira, fica difícil pensar em *todos* como um conjunto igualitário de demandas individuais e coletivas, perante as gritantes desigualdades sociais associadas a oportunidades diferenciadas de inserção no processo produtivo, no acesso à informação e educação, à moradia e todos aqueles elementos relacionados a um padrão de vida digna (GARBOIS; VARGAS; CUNHA, 2008, p. 30).

Nessa perspectiva, devem-se reconhecer avanços no processo de descentralização das ações de saúde, no entanto, a luta por estabilidade e suficiência no financiamento, pela organização dos serviços em redes regionalizadas e hierarquizadas, pela re-orientação do modelo de atenção e por conselhos de saúde consolidados, ainda são desafios a serem superados, o que significa dizer que a saúde como direito no Brasil faz parte de um projeto inacabado de sociedade e de Estado.

### 3.3 – OS ATORES SOCIAIS DA RSB

O movimento sanitário, ator social da RSB, na luta pela elevação dos padrões de saúde da população, conquistou gradualmente uma força política que surgia da articulação de forças e resistências ao regime totalitário estabelecido no Brasil, a partir da década de 60 e que trouxe como proposta a constituição de uma nova agenda no campo da saúde.

O envolvimento dos movimentos sociais foi de fundamental importância para minar as bases de estabilidade do regime autoritário. O surgimento de vozes até então silenciadas em diversos setores da sociedade civil contribuiu para um movimento febril de agitação e oposição política que atravessou a sociedade, promovendo amplo debate e mobilização social o que levou a conquista da redemocratização do país.

Esse momento e movimento da sociedade civil foram descrito por Gerschman (2004, p. 89) da seguinte forma:

[...] Nos anos de transição à democracia, a efervescência social se expressou na grande quantidade de organismos da sociedade civil que emergiram e se reproduziram nas grandes metrópoles e em seus bairros periféricos, sob a forma de sociedades de fomento, associações profissionais de classe média, postos de atendimentos básico de saúde, escolas comunitárias e creches.

Assim as demandas por liberdade política e justiça social tomavam conta da sociedade. Nesse processo, emergiram movimentos em torno da questão de saúde. Nos segmentos populares, surgiu o Movimento Popular de Saúde (MOPS) que se organizava em

associações comunitárias e lutava por melhores condições de vida, saneamento, postos de saúde, água, esgotos, transportes etc.

Segundo Gerschman (2004, p. 96) essas formas de associação possibilitaram criar laços de solidariedade em torno de causas comuns defendidas tanto nas esferas estadual e municipal, tal como aponta a seguir:

[...] Em 1979, registrou-se a primeira proposta de promover a articulação nacional do MOPS reunindo as diversas experiências locais de medicina comunitária que se expandiam por todo o País de maneira espontânea e com apoio também das dioceses. Consta a participação de 332 representantes e 18 estados e de 1 território. Os delegados eram, em sua maioria, constituídos por técnicos ligados a universidades ou a secretarias estaduais e municipais de saúde. A característica marcante desse I ENEMEC foi valorizar as experiências locais que apontassem para uma organização popular independente [...].

O segmento estudantil, se organizava a partir das Semanas de Estudos de Saúde Comunitária (SESACs) que reuniram professores, estudantes e profissionais de saúde anualmente em cidades como Belo Horizonte, Maceió, Campinas, Curitiba, Londrina, entre outras, para debater temas gerais e específicos em relação às questões da saúde, entendidas a partir de seus determinantes sociais, econômicos e políticos, enfatizando a importância da saúde comunitária na formação da consciência sanitária entre os estudantes.

Na parcela dos profissionais verifica-se uma mobilização dos médicos residentes em torno da regulamentação médica, expandindo-se posteriormente para o conhecido Movimento de Renovação Médica (REME). No segmento intelectual pode ser destacada a participação de docentes inseridos nos departamentos de medicina preventiva e social e escolas de saúde pública e pesquisadores vinculados à Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), cujos debates anuais incidiam em críticas ao regime e ao governo. Pode-se destacar ainda a participação das universidades e dos serviços de saúde no desenvolvimento de programas de medicina comunitária.

Assim, RSB que recebeu influências do modelo de Reforma Sanitária Italiana, também se alimentava dessas experiências que expressavam inovações singulares do Brasil como a participação social que mais tarde se converteria no controle social, nos conselhos e nas conferências. Segundo Escorel (2009, p. 198):

[...] A VIII CNS foi um marco para as várias vertentes do movimento sanitário – (...) assim como um *locus* de construção de novas vertentes, como o Movimento Popular em Saúde (MOPS) e o Movimento dos Secretários Municipais de Saúde. [...] nela esses novos atores reconheceram-se como interlocutores da política de



saúde e integrantes do movimento transformador – o movimento sanitário, ainda que com propostas específicas e conduções particulares. Marcou, também o fim de um ciclo ideológico, com a formação de uma proposta consensual das necessárias transformações do setor saúde (a Reforma Sanitária) e o início das transformações no interior do próprio movimento sanitário [...].

A heterogeneidade na composição do MRS trouxe contradições, conflitos e tensões que a VIII CNS, conseguiu modelar, entendemos que embora não se possa falar propriamente em consensos, no sentido do pensamento e dos interesses; os atores sociais da Reforma Sanitária, sejam eles sujeitos individuais ou coletivos, conseguiram dar passos fundamentais na construção das bases de uma política de saúde, que nos estimula a refletir e a discutir constantemente o projeto de sociedade que estamos dispostos a defender e construir no Brasil do século vigente.

#### **4 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS DA PESQUISA**

Para analisar os dados coletados nesta pesquisa, em cada bloco foi analisado o conteúdo dos discursos captados através das entrevistas semi-estruturadas, nas quais se deu liberdade aos sujeitos participantes para, a partir de dois blocos temáticos, expressarem suas experiências, expectativas e frustrações entorno do projeto de reforma sanitária brasileira, por eles vivida nas décadas de 70 e 80. E ainda, quais as suas expectativas futuras, particularmente no que está relacionado às possibilidades de garantia do direito à saúde.

Segundo Turato (2008), as citações literais das falas dos sujeitos redacionalmente colocadas junto à apresentação das categorizações, como as ilustrações feitas com trechos literais extraídos das entrevistas dos achados quantitativos, servem para dar vida ao texto do trabalho científico.

O material dessa pesquisa foi coletado a partir de um roteiro de entrevista semi-estruturado, didaticamente dividido em dois blocos, para aglutinar a complexidade da temática. O Bloco I levanta a trajetória do movimento sanitário, enquanto ator político importante que se articulou com outros movimentos e com a sociedade para lutar pela democratização da saúde. O Bloco II traz os limites e possibilidades para efetivação do direito à saúde.

Portanto, na abordagem do material se realizou leitura para conhecimento dos depoimentos e organização a partir da identificação dos projetos, estratégias, divergências, disputas e consensos dos entrevistados na construção e implementação dos princípios constitucionais da RSB.

No recorte dos depoimentos, buscou-se indícios que apontassem as principais divergências e consensos entre os projetos de reforma, nas disputas de poder entre os reformistas da Previdência Social e os reformistas do MS; na condução do processo de descentralização, com ênfase na organização da política, na gestão, na atenção e no cuidado; no debate geral do direito à saúde, sistematizando através das categorias de análise as mensagens implícitas e as dimensões contraditórias.

Explorando o conteúdo de cada bloco, o material foi categorizado levando em conta os critérios de relevância dos pontos constantes nos depoimentos que contribuíram para evidenciar as colocações recorrentes e os aspectos relevantes em cada bloco. Assim, emergiram as seguintes categorias: Bloco I (movimento sanitário) – Movimento sanitário: a redemocratização do país como luta de todos; Experiência local: (re)ligando a política de

saúde ao lugar onde a vida acontece; Caminhos para o enfrentamento da desigualdade social em saúde. Bloco II (direito à saúde) – Direito à saúde: entre o *dito* e o *feito*; A garantia do direito à saúde: mais limites que possibilidades. O direito à saúde: as tensões entre direitos universais e individuais.

A fim de preservar o anonimato e a confidencialidade dos sujeitos conforme o TCLE (Apêndice 2). Utilizou-se a letra E seguida do número que posiciona a ordem em que as entrevistas foram realizadas.

#### 4.1 – BLOCO I: MOVIMENTO SANITÁRIO

##### 4.1.1 – Movimento Sanitário: A Redemocratização do País como Luta de Todos

No processo de transição à democracia inclui-se o processo de reforma do setor saúde que atingiu o seu ponto alto com a proposta da RSB. Um amplo debate perpassou a sociedade como um todo, no qual a possibilidade de reverter as desigualdades sociais e o aumento da extrema pobreza se manifestou em propostas políticas, convergindo para a redefinição de políticas sociais.

O processo de reforma da saúde teve início em meados de 70, sob a liderança intelectual e política do movimento sanitário, e sustentou-se no conceito de saúde ampliada, relacionada às condições gerais de vida da população. A saúde, neste sentido, é definida como um direito do cidadão e um dever do Estado.

O processo de redemocratização que envolveu o país, à época, representou um campo de interação de atores sociais que se opunham a continuidade no poder do regime ditatorial e as políticas de saúde predominantes nesse período. A diversidade de interesses, contradições e disputas dentro do MRS, embora existentes naquele momento, não foram superiores à vontade de luta pela conquista de mudanças políticas significativas no setor saúde, como na totalidade do território nacional.

No processo de construção democrática nos anos 80, a partir do momento em que a reforma da política de saúde foi sancionada na Constituição e início de sua implementação, as contradições entre os grupos, aliadas à sua difícil interação, apareceram no interior do próprio movimento que a sustentou. Tornou-se claro, quão heterogêneo era o MRS, que cada grupo apresentava na composição dos seus membros múltiplos interesses, acrescentando mais um obstáculo na já difícil trajetória de implementação dessa política.

Nesse sentido, os depoimentos abaixo apontam para essas diferenças de posição dos distintos atores do MRS em busca da recomposição das relações entre Estado e Sociedade, que haviam sido significativamente bloqueadas durante o período autoritário.

[...] Num primeiro momento temos uma mudança das ideias, na maneira com que a saúde é concebida, ela sai de um objeto biológico para se transformar em um objeto social e em um objeto de luta política [...] (E1).

[...] o eixo de tudo era a luta pela democracia, a democratização do país. Uma época de grande mobilização de todos os setores: das mulheres, dos movimentos populares e movimento de profissionais. [...] esse ator político, o movimento sanitário, surge nesse contexto de luta pela redemocratização do país [...] (E4).

[...] e nesse sentido cabia a luta para recuperar a democracia e as mudanças que se faziam necessárias para um país extremamente desigual e subdesenvolvido. [...] esse era o contexto, nós brigávamos para termos democracia e mudança social em nosso país. [...] Entendendo que lutar pela democracia implicava em democratizar a saúde e democratizar a saúde implicava em democratizar o Estado, a sociedade, a cultura [...] (E2).

[...] o movimento sanitário tinha nos seus ideais uma dupla vinculação estratégica: uma era o caráter abertamente político em que o movimento sanitário era pela democracia e contra a ditadura. [...] ele foi um movimento que se sentia parte do movimento para a democratização do país e pela construção da justiça social [...] (E6).

[...] O movimento sanitário era uma composição bastante complexa de atores sociais. Por exemplo: sindicalistas que eram residentes, médicos, sanitaristas, que tinham reivindicações nesse momento do tipo salarial, regime de trabalho e formação. [...] esses atores do movimento sanitário, seja do Ministério da Saúde ou da previdência, eram atores importantes porque pretendiam também a publicização, isto é, que os serviços de saúde fossem serviços públicos a serem coordenados, gerenciados e oferecidos pelo setor público. [...] O desejo desses atores era que a saúde e a educação fossem um dever do Estado e um direito de cidadania, tanto que, isso aparece na Constituição de 88, [...] naquela época era uma discussão viva, acesa na sociedade civil. Havia um conjunto de atores da sociedade civil que levava isso a cena. Por exemplo, o movimento nacional de residente médico acendia essa discussão em diversos fóruns. Essa discussão acontecia por contágio político que a sociedade civil provocava em fóruns de discussão dela mesma (E7).

[...] Quando você tem pequenas diferenças entre as varias correntes fica mais difícil saber onde está o adversário. Na época, o adversário era muito claro, era a ditadura, o autoritarismo, a concentração de renda, a miséria e a política urbana ruim. [...] Isso criou uma oportunidade enorme para esses jovens de juntar a paixão com a pragmática, com o trabalho e com a sobrevivência. [...] Uma época de muita discussão, muito debate, pessoas com varias origens, com varias vinculações, muito texto, muita discussão e muito debate. [...] Muita paixão, ainda que estivessem do mesmo lado, essas divergências um mais institucional e o outro defendendo ir para a periferia [...] (E6).

Assim, as falas expressam que a luta em prol da democratização se estabeleceu na integração da oposição à ditadura militar ante a proposta das forças armadas de fazer uma abertura lenta, gradual e segura do país.

Apontam às contradições, interesses, impasses e conflitos que giraram em torno das transformações necessárias e os meios para efetivar o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, em que os cuidados de saúde ultrapassam a superação da doença para se estender à prevenção e à melhoria das condições de vida, geradoras de risco e estados mórbidos.

Apontam ainda para as diferentes posições dos atores sociais e disputas de projetos e as variações na proposta da reforma sanitária, como uma política social no contexto da democratização, em torno da criação de um sistema único de saúde com predominância do setor público; descentralização do sistema e hierarquização das unidades de atenção à saúde; participação e controle da população na organização dos serviços e a readequação financeira do setor. Esses se constituíram em obstáculos que levaram a uma estagnação em âmbito governamental do ritmo de implementação do processo de reforma do setor, se comparadas com os avanços no período de sua formulação.

A Reforma Sanitária é considerada uma das maiores propostas de reformas no âmbito social no Brasil, mas a dificuldade na sua implementação indica o difícil percurso a ser seguido na constituição de um sistema político democrático e levanta questões acerca da noção de democracia na sociedade e no Estado brasileiro.

Assim, a persistência da desigualdade no país aponta o alto grau de complexidade para a consolidação da democracia, ainda no século XXI. A ausência das condições de satisfação plena das necessidades básicas da população, em que grande contingente beira o limite da pobreza absoluta, desprovida do direito a se alimentar diariamente, ter um teto para morar, ter direito ao trabalho, a saúde e a formar parte da sociedade, como sujeitos possuidores de desejos e expectativas, fazendo do Brasil um país injusto.

Portanto, os desafios no processo de implementação da RSB passam pela diversidade e os vários conflitos de interesses de indivíduos, grupos, associações, entidades, representações de usuários do SUS e da rede privada, gestores como lidar democraticamente com essa diversidade, é um dos principais nós críticos no caminho das principais conquistas na saúde de todos os brasileiros.

#### 4.1.2 – Experiência Local: (Re)ligando a Política de Saúde ao Lugar Onde a Vida Acontece

As raízes dos debates acerca da realidade local como principal determinante para o estabelecimento de políticas de saúde estão na III CNS, realizada no Rio de Janeiro em dezembro de 1963, com a temática: situação sanitária da população brasileira.

Essa conferência tem um significado especial, pois propôs reforma profunda na estrutura sanitária do país e, pela primeira vez, fixou com clareza uma Política Nacional de Saúde capaz de atender às necessidades do povo brasileiro a custos suportáveis pela nação.

Ela adotou a Tese da Municipalização com objetivo de descentralizar a execução das ações básicas de saúde, de modo a criar uma estrutura sanitária nacional e flexível o bastante para adequar-se à realidade econômica, política e social da comunidade, em um país de tão grandes diferenças regionais.

Portanto, é tomando por referência esse marco histórico que na década de 70, nas prefeituras opositoras ao regime militar, as experiências locais em saúde ganham visibilidade. Essas cidades desenvolveram projetos municipais que incorporaram em sua prática, ideias de universalização para uma dada população, hierarquização da atenção, planejamento e informação em saúde; bem como, a de responsabilidade sanitária dos municípios, principalmente nas regiões metropolitanas, onde as condições de vida e de saúde eram precárias.

O movimento sanitário desempenhou importante papel nessas experiências em saúde implementadas em alguns municípios brasileiros. Em seus depoimentos, os entrevistados valorizam as experiências locais associadas a projetos alternativos, onde se experimentava uma nova concepção de saúde. As ideias do direito à saúde e de participação da comunidade, promovendo discussões que fomentaram as propostas da reforma da saúde e seus projetos de implementação. (Re)ligando as reformas de base com centralidade na municipalização, interrompidas com o golpe militar de 1964 e o movimento de redemocratização da saúde nos anos 70, como vemos a seguir:

[...] Há uma primeira raiz importante, entre várias outras, que foi já em 1963, quando se deu a III CNS. Ela foi muito ampla à época, considerando que as Conferências de Saúde já existiam até em lei, desde os anos 40, e eram limitadas às autoridades de saúde, estudiosos. Não tinha participação da população organizada, como mais tarde veio acontecer. Em 63, apesar desse paradigma das conferências ainda ser bastante limitada, essa, excepcionalmente, foi aberta, com muita participação. Porque em 63 o setor saúde, os pensadores da saúde, os estudiosos, os dirigentes públicos, em grande parte deles, viviam em um contexto da sociedade brasileira, que era de grandes reformas sociais. Era o contexto do plano de metas do governo de Juscelino Kubitschek e das reformas de base do governo João Goulart. [...] Foi neste contexto que aconteceu a três III CNS, ela, inclusive, antecipou o que,

só décadas depois, iria voltar a ser discutido, que era a democratização e a descentralização do Sistema Nacional de Saúde. A municipalização era uma das bandeiras dessa Conferência. Não por outro motivo, esse contexto todo, gerou o golpe militar [...] (E5).

[...] Nós ocupamos as prefeituras de oposição já nos anos 70 quando o MDB começou a ganhar as secretarias de saúde, ocupamos espaço num projeto alternativo que tinha financiamento internacional. [...] de alguma maneira, foram laboratórios para nós testarmos certas coisas. Por exemplo, a idéia da participação. Eu acho que Montes Claros foi talvez o laboratório em que se testou tudo de participação possível. [...] a partir da idéia da participação geral de técnicos, população, usuários no sistema. Mais com caráter assembleístico do que de conselhos, depois a coisa transmutou para conselhos [...] (E4).

[...] existiam eleições municipais: Londrina, Campinas e outros municípios, elegeram prefeituras supostamente de oposição a ditadura e muitos desses jovens passaram a trabalhar nesses municípios, onde era possível experimentar idéias de participação da comunidade, mesmo que fosse para varrer o centro de saúde ou para aplicar vacinas, não para tomar decisão. Mais a idéia de participação da comunidade, que inclusive, já tinha, no discurso internacional de Alma Ata. Então, essas idéias de trabalhador agentes de saúde, começaram a ser aplicadas nesses municípios [...] (E2).

[...] se tinha de um lado um movimento interessante em alguns municípios, de atenção primária, já como reflexo de Alma Ata [...] de um lado se tem experiências em saúde, que vai se experimentando na prática social, tem um aumento da reflexão teórica sobre a saúde [...] isso cria um vetor e redireciona o setor [...] (E8).

As falas agrupadas acima permitem analisarmos as diferentes posições em relação às raízes dos debates que envolveram as experiências das prefeituras opositoras ao regime militar na década de 70. Essas posições manifestam como raiz desses debates a III CNS e como um reflexo da declaração da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde realizada na cidade de Alma Ata, na Rússia, em 1978.

No entanto, há diferenças entre essas duas posições, na medida em que a III CNS defendeu a ideia do direito à saúde e o conceito ampliado de saúde com ênfase nos determinantes sociais da doença. A Conferência de Alma Ata apoiava-se no discurso dos sistemas locais de saúde e da atenção primária como extensão de cobertura.

Percebe-se nas experiências dos projetos alternativos, o engajamento dos gestores municipais, a incorporação das idéias de universalização para uma dada população, hierarquização da atenção, planejamento e informação em saúde; bem como, a de responsabilidade sanitária dos municípios, principalmente, nas regiões metropolitanas, onde as condições de vida e de saúde eram precárias, o que também colocava em evidência a viabilidade da Reforma Sanitária.

A descentralização do sistema de saúde em estados e municípios como eixo central da implementação da reforma sanitária trouxe como desafio a continuidade e o aprofundamento do processo de municipalização. Esse tem como limitante o próprio Estado, que não a viabiliza de maneira a alterar a distribuição de poder político entre federação, estados e municípios, com o intuito de alcançar uma redistribuição mais equitativa do cuidado à saúde da população no contexto municipal.

Atualmente, apesar da lei determinar o caráter deliberativo dos conselhos, estes acabaram tendo papel meramente consultivo. Essas divergências e posturas defendidas na implementação do controle social contribuíram para fragilizar esse importante ator, que tem como desafio a inovação para se tornar um canal de comunicação com a sociedade, visando seu acesso democrático às informações em saúde, à participação dos conselhos nas unidades de serviço e a articulação destes com os outros conselhos nos estados e municípios.

#### 4.1.3 – Caminhos para o Enfrentamento da Desigualdade Social em Saúde

As discussões em torno da complexidade da dinâmica social, em especial, as desigualdades sociais em saúde no Brasil, contribuíram para colocar as questões do direito à saúde na agenda política da sociedade brasileira, ao aprovar a Constituição Cidadã de 1998.

O cenário político brasileiro é marcado pela desigualdade social e expressões cotidianas de contra direito que envolvem, na prática, as ações e os serviços de saúde. Essas desigualdades em saúde manifestam as características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagens com relação à oportunidade de ser e se manter sadio.

A distância, entre a representação da saúde compartilhada pelas camadas mais pobres, menos articuladas, e o processo de reforma da saúde brasileira, reflete os diversos posicionamentos dos projetos de reforma sobre a desigualdade social e os caminhos para o seu enfrentamento. A partir da compreensão de que a desigualdade é estrutural e que a pobreza do brasileiro não se limita à carência econômica, mas à submissão e pobreza política e social.

A herança de um Estado onde as divisões no setor saúde entre o universal e o particular, o público e o privado, o preventivo e o curativo, o carente e o não carente, a assistência médica previdenciária e a não previdenciária afetam de forma desigual as condições de vida da população brasileira. Uma parcela expressiva dessa população usuária do SUS vive no cotidiano das práticas em saúde a distância, entre o direito conquistado e sua efetivação na vida real revelada pela apropriação desigual desse serviço.



Nesse contexto, a desigualdade social brasileira parece estar limitada pela própria capacidade da sociedade em realizar movimentos que busquem o enfrentamento dessas desigualdades, repensando a equidade e o direito à saúde.

Os depoimentos a seguir apontam para a desigualdade no acesso à assistência à saúde, gerada pelo modo desigual de apropriação e de utilização dos diferentes grupos sociais em relação ao capital econômico, político e cultural, que acaba por determinar uma aproximação do seu modo de organizar a vida com a doença.

[...] Logo é impossível pensar em saúde para todos dentro da ordem social capitalista. Necessariamente, a saúde pode ser distribuída desigualmente entre as classes, os grupos sociais e até as pessoas em função daquela quantidade de capital econômico, político, cultural e até mesmo simbólico que aquela classe, grupo, pessoa dispõe e se apropria. Daí a importância de se discutir saúde e determinação social da saúde e da doença, é porque nesse particular o capitalismo tem limites de assegurar saúde para todos, mantida essa forma de organização política e de produção econômica.[...] O SUS não foi pensado para pobre, foi pensado para todos (pra classe média e para os ricos), lamentavelmente, o que tem aí impede que a classe média venha a usá-lo, mas isso não é por causa do SUS é por causa das políticas que foram desenvolvidas [...] (E2).

[...] Eu tenho trabalhado com a ideia de que é necessário desmontar toda a estrutura ideológica, institucional e financeira que representa hoje um contra direito a saúde. [...] nós participamos, ainda, de uma cultura mais geral no Brasil, de que as pessoas consideram a sua proteção como um favor e não como direito. Então, não há noção de direito à saúde, mais por outro lado, se ela é atendida, acha ótimo, seja lá como for; se resolveu ou se não resolveu. É preciso avançar muito, é preciso que a população seja muito mais organizada. Talvez, a forma de participação precise mudar, ela é pouco efetiva. Então, acho que deveria haver participação dos usuários no serviço e não nos conselhos longe dos serviços. É preciso fazer a população participar onde ela está sentindo, sofrendo e não só lá em Brasília [...] (E4).

[...] Tem outro discurso que é o do não consumismo, da não medicalização, do auto cuidado, aumentar o poder do usuário, co-gestão de medicamentos, co-gestão terapêutica. Quer dizer não ficar só nas Conferências, tornando mais capilar essa coisa do envolvimento na discussão [...] (E6).

[...] Portanto: você vai dividir uma enfermaria com o porteiro do seu prédio? Não. Eu tenho que ter direito a um quarto particular. Essa é uma questão. Nós ainda não construímos no Brasil uma consciência política na qual o direito à saúde, o acesso à saúde, o que está na Constituição esteja de maneira consciente na cabeça de cada um de nós [...] (E8).

Os entrevistados expressam em suas falas a noção de cidadania como elemento norteador da política de saúde, apontando a relação do cotidiano dos brasileiros com a saúde após a quebra da lógica do seguro-saúde, no qual o direito ao acesso à serviços de saúde,

estavam vinculados à contribuição previdenciária dos indivíduos, passando para a lógica de seguridade social e de como as práticas em saúde no SUS precisam do envolvimento dos seus usuários, para que as conquistas legais de cidadania sejam um requisito para o acesso e, assim, todos os cidadãos que estão à margem do sistema de saúde passem a fazer jus a ele, o que potencializa o SUS como uma das maiores políticas de inclusão social do país.

Apontam para a necessidade de movimentos que tenham potência de construir a equidade na universalização do direito à saúde, vinculados a mudanças das políticas de saúde no interior de um processo de alteração da relação do Estado com a sociedade brasileira.

Numa conjuntura em que a viabilização do acesso, a partir das experiências cotidianas da população, não se concretiza efetivamente como em tese seria o acesso universalizado, a ausência da possibilidade de a população poder ser atendida por qualquer serviço de saúde, seja público ou privado é um limitante na efetivação do direito à saúde.

Atualmente, o que se percebe é que a população elabora sua capacidade de utilização do SUS, contando com a rede de serviços precária e insuficiente para ter acesso à assistência à doença, renovando sua condição de desigualdade para por meios próprios acessar os serviços de difícil acesso e conquistar à sua maneira, segundo Cohn *et al.* (2010), o “direito à saúde”.

Nesse sentido é significativa a construção da cidadania a partir das reivindicações concretas dos segmentos populacionais empobrecidos para encontrar caminhos que possibilite o enfrentamento da questão que se coloca atualmente para o processo da RSB de como conciliar as desigualdades sociais com a democracia.

## 4.2 – BLOCO II: DIREITO À SAÚDE

A seguir, agrupam-se os aspectos de maior significância apontados pelos sujeitos desta pesquisa com relação ao tema direito à saúde proposto dentro deste bloco. Os depoimentos deram origem a categorias analíticas, sendo, em cada uma delas, priorizado um aspecto relacionado pelos referidos sujeitos como desafios a serem superados na garantia do direito à saúde, assim:

### 4.2.1 – Direito à Saúde: Entre o *Dito* e o *Feito*

O reconhecimento do direito à saúde no Brasil encontra-se, plasmado no Artigo nº. 196 da Constituição Federal de 1988, quando se aponta que:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à 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” (BRASIL, 1988b).

Embora a primeira parte do enunciado, atenda os mais almejados anseios da população brasileira e faça parte do que poderíamos entender como a base de um novo pacto social; negociado por ocasião da redemocratização do país, promulgado num documento reconhecido como a Constituição Cidadã; a segunda parte desse enunciado mantém os reducionismos estruturais dentro de um Estado controlador e uma democracia de conflito.

A noção de saúde como direito de cidadania ficou, na prática, reduzida à diminuição de riscos de adoecimento e de agravos e o acesso universal e igualitário somente parece garantido “às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Assim, na opinião de Paim (2008), a ênfase dada ao sistema e serviços de saúde deixou em um segundo plano a ação direta do Estado sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Por outro lado, a definição de um sistema único, a partir do qual se estruturariam as ações e serviços de saúde, como apontados no Artigo nº. 198 da mesma Constituição (BRASIL, 1988c) terminam de alguma forma desvirtuando o conceito ampliado de saúde proposto pelo movimento da RSB, que traz embutida a idéia de intersectorialidade e produção social da saúde.

Essa ambigüidade entre os conceitos, as bases jurídicas e os princípios éticos geraram até hoje uma visão “embasada”, sobre o que exatamente se espera garantir com o direito à saúde, embora não expresso diretamente, fica evidenciado nos discursos de alguns dos participantes do movimento da RSB, tal como indicado a seguir:

[...] O direito à saúde é um direito humano que está dentro da carta das Nações Unidas e a definição da OMS de que a saúde é um completo bem estar físico, mental e social, também já existia. O que foi feito naquele momento, foi pegar o direito à saúde que se queria reivindicar e dar a ele todo o substrato da análise social que vinha sendo feita, ou seja, que a produção do processo saúde/doença não está relacionada somente a vírus e bactéria, mas ele é determinado socialmente. Na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) é que se formulou o conceito ampliado de saúde e é este conceito que está subjacente ao capítulo da Constituição que fala do direito à saúde. A definição que está no relatório da VIII CNS e o artigo que define o direito a saúde na constituição vê-se a relação entre um e outro [...] (E1).

[...] e existiam duas concepções de direito. A saúde como um direito natural, um direito vinculado aos direitos humanos, que estavam sendo consideradas desde a carta da ONU no pós guerra em 1948. E a ideia do direito a saúde como uma conquista, uma luta, como fruto de uma consciência sanitária que implica inclusive

diante do não reconhecimento do direito, a luta para que ele venha a ser efetivado [...] (E2).

[...] Então havia uma idéia muito clara do direito como parte da cidadania. Mais ao mesmo tempo havia muito claro que teria que haver uma institucionalidade própria, sem a qual ele não se realizaria, isso implicava, por exemplo, a unificação da previdência e do INAMPS com o Ministério da Saúde. Por que você não pode ter dois sistemas, era preciso fazer isso ou então não teria direito universal. Por que um era só pra previdenciário e o outro não era. Então havia muito claro para nós a ideia de construção da constitucionalidade como parte da noção do direito [...] (E4).

[...] Era uma plataforma de discussão, debate, mas não havia nada muito sistematizado. Depois, com a constituinte em 88 houve uma sistematização, uma consolidação dessas idéias do direito a saúde como direito de todos e dever do Estado e como alguma coisa que era inerente não apenas as políticas públicas de saúde, mas a política de combate ao desemprego, de qualificação do trabalho, do transporte, da habitação, do saneamento, as políticas econômicas e de desenvolvimento social que deveriam contemplar a correção dos fatores de agravo e de risco que influenciavam e influenciam as condições de saúde. É uma política mais ampla que a política de saúde propriamente dita, porque envolvia a dimensão econômica, social e de saúde [...] (E3).

[...] no começo do movimento teve uma grande discussão sobre o direito saúde, todo mundo dizia que tem que ter direito a saúde; aí, o pessoal da área mais médica dizia que direito a saúde é ter acesso a hospital e ao dentista; o pessoal da saúde coletiva dizia que direito a saúde é salário, distribuição de renda, reforma urbana, política habitacional decente, transporte e diminuir os acidentes de trabalho [...] (E6).

Como se pode observar não houve de fato uma articulação mais definida e firme no interior do movimento sanitário para negociar ações mais concretas que garantissem de fato o direito à saúde como decorrente do reconhecimento do direito ao exercício da cidadania.

Nesse sentido abre-se um largo abismo entre o *dito* e o *feito*, tanto por parte dos movimentos sociais, neste caso da RSB, como do poder instalado dentro do aparelho do Estado, que parece submerso em sua própria incapacidade de concretizar um plano de inclusão e redistribuição dos benefícios sociais até hoje acumulados nas mãos de poucos.

#### 4.2.2 – A Garantia do Direito à Saúde: Mais Limites que Possibilidades

Devemos reconhecer que houve avanços na política de saúde a partir da década de 80 e que é legítima a associação entre democracia e saúde, defendida por organizações da sociedade civil da época, entre elas, o movimento pela RSB capaz de acumular forças e travar, também, uma luta política num contexto de totalitarismo e ditadura.

Nessa fase de conquistas e superação de desafios, a formulação de um conceito ampliado de saúde, o reconhecimento constitucional da saúde como direito e a criação do SUS, serviram de plataforma política para alimentar a esperança de que seria possível estruturar um novo modelo de sociedade no Brasil a partir do setor saúde.

No entanto, a luta por tornar factíveis essas conquistas foi se esmaecendo na trajetória de operacionalização do sistema frente às contínuas pressões e mensuração de forças de setores com interesses divergentes dentro do próprio movimento.

Nessa conjuntura, a universalização da assistência e a definição da saúde como de relevância pública na Constituição não foram acompanhadas da efetiva publicização da rede prestadora de serviços, seja pela expansão da rede estatal nos níveis e na diversidade exigidos ou pela incorporação da rede privada de acordo com critérios públicos. Entretanto, a efetivação da política de saúde implica na existência de uma rede prestadora de serviços. Para compensar, os obstáculos colocados pelo governo e pela iniciativa privada na área da saúde, os reformistas atuaram fazendo movimentos constantes de deslocamentos e redefinições como estratégias de luta para esse enfrentamento. Assim, os cenários municipais se tornaram um espaço de luta privilegiado para a continuação do processo de implementação da política.

Desta forma, no discurso de atores da RSB apontam-se mais limites que possibilidades na garantia do direito à saúde, tal como expresso a seguir:

[...] então, o direito não é integral, porque não se consegue passar por todos os níveis, segundo a necessidade; e sem pensar que tem todos os outros componentes dos determinantes sociais que teríamos que garantir o acesso e posse à terra, ao lazer, aos transportes, à educação, isso exige políticas intersetoriais que nós não temos ou são muito frágeis. Porque significa compartilhar poder entre setores, entre ministérios, entre secretarias e isso não tem avançado da maneira necessária para efetivar o direito à saúde [...] (E1).

[...] em relação ao direito, você pode pensar em direito a saúde no sentido muito amplo, que tem a ver com a vida das pessoas e o direito de ter acesso a serviços de saúde. [...] Então, não há, a rigor uma contradição insolúvel entre o direito aos serviços de saúde e a ordem social capitalista. Agora, se a saúde é entendida em um sentido que transcende o consumo do serviço de saúde, que tem a ver com os determinantes sociais e ambientais da saúde, como está na própria lei orgânica da saúde e no relatório da 8ª. Com a forma com que a sociedade organiza a produção, a distribuição e o consumo de bens e serviços, em outras palavras, na forma como se produz e se distribui a riqueza nacional, a saúde tem contradições fundamentais com o caráter patogênico do capital. Logo, é impossível pensar em saúde para todos dentro da ordem social capitalista. [...] hoje o Brasil em meu julgamento tem inteira possibilidade de garantir serviços de saúde para todos, mas o país submetido a essas grandes leis de acumulação do capital vai ter muita dificuldade de fazer aquilo que está na retórica dos organismos internacionais, chamado de equidade em saúde [...] (E2).

[...] Garantir direito à saúde é prestar um cuidado em saúde de boa qualidade. É lógico que, quando eu falo em cuidado à saúde, eu não falo só em procedimentos e medicamentos, estou falando também dentro do conceito de integralidade, numa política que envolva promoção, prevenção, diagnóstico precoce e o tratamento das doenças. [...] Mas, o direito à saúde tem que ser expresso por esses quatro componentes: promoção, prevenção, diagnóstico precoce e direito ao tratamento [...] (E3).

[...] Eu tenho trabalhado com a ideia de que é necessário desmontar toda a estrutura ideológica, institucional e financeira que representam hoje um contra direito à saúde. Então acho que todas as formas de discriminação sejam elas institucionais ou pessoais, dentro do sistema de saúde, são formas de não efetivação do direito. Isso passa por ausência de recursos financeiros, mas passa também por uma cultura institucional, que acha que tudo que é público é de baixa qualidade e a gente vai levando a ideia do “jeitinho”. São coisas que minam a noção de que todos têm direitos iguais e serão atendidos igualmente com qualidade, de acordo com a sua necessidade. Então, hoje, infelizmente, o direito foi implantado dentro de uma conjuntura negativa financeiramente e organizacionalmente. Até hoje o SUS está subfinanciado e isso reforçou essas tendências culturais que nós temos na cultura brasileira de discriminação, de atender uns melhores que os outros e que isso funciona como um contra direito [...] (E4).

[...] É importante reconhecer que houve um avanço no direito à saúde, têm dados e evidências: mortalidade infantil, cobertura vacinal, saúde da mulher, acesso ao tratamento de câncer, nem que seja heterogêneo no Brasil desigual. [...] Outro limite é interno, a atenção à saúde e ao SUS. A municipalização, a descentralização e a desigualdade política no país criaram um SUS muito heterogêneo. [...] Um limite importante, é que a capacidade de pressão é menor que no começo, acho que nós perdemos o controle social. A sociedade tem menos força, apesar de hoje em dia ter mais conselhos e conferências. [...] Então, eu acho que no SUS ainda tem um pouco de organização social, mas é muito pequeno para resolver o problema do financiamento, da política de pessoal [...] (E6).

É possível igualmente perceber que não é possível prover melhores condições de saúde à população sem que o Estado priorize inovações sociais para enfrentar problemas estruturais, como a desigualdade social. Da mesma forma em que a insepulta centralização do poder no Estado; a fragilidade e o esgotamento das forças reformistas e do movimento social da saúde em manter as negociações políticas parecem enterrar dia a dia o sonho de uma Reforma Sanitária no Brasil.

No entanto, consideramos que não podemos ser ingênuos, mas tampouco pessimistas perante a possibilidade de (re)emergir, em alguns, a paixão que outrora foi capaz de ascender a vontade de mudanças, embora o contexto não seja propriamente incentivador de procurar novos caminhos que conduzam à libertação das amarras que nos atam a um modelo de sociedade injusta e excludente.

#### 4.2.3 – O Direito à Saúde: As Tensões entre Direitos Universais e Individuais

Não são de hoje as tensões entre os interesses individuais e coletivos. A própria origem do direito, como área de conhecimento diretamente ligada à vida em sociedade, reconhece com mais facilidade os direitos individuais que os coletivos. Nesse contexto, a conquista de direitos ditos universais tem como limite a própria interpretação da lei.

A conquista da saúde como direito universal trouxe novas questões e desafios de como tornar esse direito alcançável e exercido por todos de forma capilar e de como municípios, estados e União devem efetivá-los simultaneamente, enquanto direito fundamental inserido na categoria dos chamados direitos coletivos e as ações e serviços de saúde de relevância pública.

O SUS é constituído tanto de regras formais de organização, como de princípios jurídicos que orientam seu desenvolvimento. As Leis Orgânicas da Saúde (LOS) que dispôs sobre os objetivos, atribuições, diretrizes, princípios, organização, financiamento e planejamento do setor saúde, dentro da nova lógica proposta pelo SUS, foram promulgadas com vetos que prejudicaram a estrutura de financiamento, porém nenhuma regra foi estabelecida quanto à quantidade de recursos e formas de repasses.

Outro artigo das LOS, vetado pela presidência da república, foi o que versava sobre a participação da sociedade civil na saúde; que, após tensão, conflitos e negociações, o governo voltou a trás e se retratou e assim as conferências e conselhos de saúde ganharam uma legislação própria e mais abrangente, deliberando sobre o caráter participativo da comunidade na gestão do SUS e as formas de transferência intragovernamental dos recursos financeiros para a área foram definidas.

A partir da conjuntura descrita acima, destacamos alguns dos discursos dos sujeitos desta pesquisa que havendo partido do entendimento da conquista da saúde como direito universal tecem suas dúvidas a respeito da judicialização ser adotada como uma forma de efetivação do direito à saúde no Brasil, a partir da esfera individual:

[...] Esse assunto é complexo, é um fenômeno mais recente, do qual eu tenho muitas dúvidas e não consigo emitir uma opinião [...] A judicialização, ao mesmo tempo que garante o direito, também impede uma política de saúde coletiva porque fica sendo o atendimento a necessidades individuais. Necessita de estudos e debates para que o direito à saúde não passe por demandas individuais e sim pelo atendimento de prioridades coletivas, mesmo que seja com metas a alcançar dentro de um planejamento [...] (E1).

[...] eu não tenho uma visão a principio negativa da judicialização. Cabe num Estado Democrático de Direito, qualquer cidadão que vê que seu direito está sendo ameaçado, não sendo atendido, buscar as formas legítimas para que ele seja garantido; E acionar o judiciário, ou mesmo o Ministério Público, parece-me inteiramente legítimo esse comportamento. [...] têm outras dimensões que precisamos examinar. Uma é que dentro da ideia do direito à saúde, nós temos a ideia de um direito social. Portanto, que tem uma expressão coletiva, [...] Há, portanto uma tensão entre o direito individual e o direito coletivo [...] Essa é a contradição que se expressa especialmente em duas palavrinhas que acompanham a humanidade há muitos séculos entre liberdade que todos queremos e igualdade. Então, quanto mais se avança na liberdade individual se sacrifica a igualdade e quanto mais se avança na igualdade muitas vezes restringe-se a liberdade individual [...] (E2).

[...] A judicialização é antes de tudo um sintoma que reflete que o direito à saúde não está sendo atendido e precisa muitas vezes ter a intervenção do juiz e da justiça para que se garanta esse direito à saúde [...] (E3).

[...] A judicialização é uma potencialidade e um limitante ao mesmo tempo. Se por um lado ela desorganiza o sistema, porque só alguns têm acesso, por outro é um recurso democrático. [...] É uma perspectiva limitante porque é individualizada ela não trabalha com o coletivo, trabalha a saúde com o sujeito individualizado. [...] Mas acho que isso mantém viva a tensão de que é preciso universalizar, dar atendimento de qualidade. [...] Agora, como potencializar isso a favor e não contra o SUS, ainda não conseguimos achar o caminho [...] (E4).

[...] Como os Conselhos não funcionam e a mobilização social está fraca as pessoas passaram a procurar formas mais particulares de se virar. [...] a judicialização é uma forma de pressão muito fragmentada e às vezes favorece o consumismo. Porque vários juízes tomam como direito à saúde a caneta do médico. Receitou é direito, não toma em conta se está em protocolo ou se tem evidência científica [...] (E6).

[...] Quanto à judicialização, são questões que se dão no âmbito do direito, as transformações de determinadas coisas em normas, criando jurisprudência, isso são tecnicidades do direito que eu não entendo [...] (E7).

Tomando em conta os conflitos anteriores em torno da idéia da universalidade, à luz dos princípios de igualdade e conseqüente inclusão de todos, sem qualquer distinção, nas políticas de saúde do Estado e o reconhecimento de que todos merecem igualdade de respeito e consideração do Estado quando este elabora e implementa as políticas de saúde. Os atores em seus discursos apontam no movimento de judicialização, a centralidade do judiciário no processo de resolução de conflitos na saúde, se essa via é democrática, se é positiva ou negativa e quanto limita e/ou potencializa a efetivação do direito á saúde.

As diferentes posições desses atores, nos distintos projetos de reforma da saúde, aparecem de forma silenciosa, se expressam nas falas acerca da legitimidade dessa forma de



garantia do direito à saúde, expresso na tensão entre direitos individuais e direitos coletivos, quando se compreende a saúde como integrante dos direitos sociais.

Essa contradição acompanha o processo de implementação da reforma e impõe limites que são dados pela própria sociedade brasileira, na medida em que se movimenta distanciando-se ou aproximando-se na busca por democracia. Numa sociedade que escolhe o aprofundamento democrático, as pessoas e os grupos podem expressar o diálogo mais profundo entre sujeitos, viabilizando que o coletivo não esmague o individual, nem que o individual ignore o coletivo.

Nesse sentido, os discursos apresentam a desmobilização social brasileira, seguindo uma tendência mundial de enfraquecimento e desmoralização dos movimentos sociais. Com isso, os conselhos e as conferências se fragilizaram e não têm força para retomar com a sociedade brasileira formas de diálogo, de negociação e de organização para resolver seus problemas e não acessar o judiciário como tutela de sua cidadania.

Outra questão implícita nos discursos é a compreensão de que o SUS foi pensado para todos e no processo de implementação da política, com a retirada das camadas mais mobilizadas da sociedade, como os sindicatos dos metalúrgicos, para citar apenas um exemplo, do projeto universalista. Ficou para as camadas mais pobres e menos articuladas o interesse em influir no processo de decisão política sobre os serviços públicos de saúde, aumentando o desafio da participação cidadã.

Os discursos apontam ainda para os pontos frágeis e vulneráveis do projeto político da saúde quanto à igualdade social e a equalização de direitos que criaram dificuldades no processo de implementação do modelo. O interesse da sociedade brasileira na construção de políticas sociais solidárias precisa ser construído para que haja garantia do direito universal. Avançar no processo de garantia de direitos universalistas dependerá do compromisso da sociedade brasileira nesse processo.

Os discursos apontam para possibilidade de diálogo com a justiça no sentido de construir uma leitura desse ator social acerca da saúde que transcenda a compreensão positivista do direito, no sentido de contextualizar o processo da RSB, para compreender seus diversos projetos e dentro desses a questão dos direitos coletivos, buscando outras interpretações possíveis para uma mesma lei.

É, portanto, na estrutura formal do Estado Democrático de Direito Brasileiro e num ambiente onde o direito à saúde é percebido, ao mesmo tempo, com características de direito individual, privilegiando a liberdade, de direito coletivo; e a igualdade, dependente do

reconhecimento desse direito pela sociedade brasileira, que seguem os desafios jurídicos em busca da universalidade a partir da concretização da noção de cidadania no SUS.

## 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciou-se este estudo revisitando as origens da RSB, na década de 70, suas bases sociais de apoio, seus projetos, disputas, contradições, impasses e negociações para compreender os períodos de formulação e implementação da política pública do Brasil; reconhecer o que foi avanço e o que é manutenção; entender nas mudanças o que significou a conquista da saúde como direito na Constituição Cidadã e identificar possibilidades para a efetivação desse direito no cotidiano das instituições e das pessoas.

Para esse resgate histórico, construímos o referencial teórico que teve como ponto de partida o mandato do General Médici (1970-1974), passando pelos acontecimentos que marcaram a conquista da saúde como direito e seus obstáculos na implementação desse direito, que estão na agenda da reforma em nossos dias. Assim se estruturou o referencial teórico a partir da Reforma Sanitária como uma trajetória de lutas e resistência na conquista do direito à saúde, que está dividido em três itens: (1) As tensões, conflitos e consensos em torno da proposta da RSB na Nova República; (2) Caminhos e (des)caminhos do direito à saúde, a partir da Constituição de 1988 e (3) Os atores sociais da RSB.

A análise dos depoimentos foi realizada, a partir dos dois blocos de perguntas do roteiro da entrevista. No Bloco I (movimento sanitário) – Movimento sanitário: a redemocratização do país como luta de todos; Experiência local: (re)ligando a política de saúde ao lugar onde a vida acontece; Caminhos para o enfrentamento da desigualdade social em saúde. No Bloco II (direito à saúde) – Direito à saúde: entre o *dito* e o *feito*; A garantia do direito à saúde: más limites que possibilidades; O direito à saúde: as tensões entre direitos universais e individuais.

Assim, foi possível compreender o contexto na estruturação do projeto de política social no setor saúde no final dos anos 80, apoiado na noção de direito universal, teve na década de 90 um cenário de implementação desfavorável. No primeiro governo eleito democraticamente pela sociedade brasileira, observou-se que o andamento da implementação da política de saúde atravessou adiamentos, empecilhos e alterações dos princípios constitucionais relativos ao setor.

Observou-se que a implantação dessa política não foi bem sucedida em virtude da complexidade que envolve a reforma do sistema de saúde no Brasil, sua conseqüente implementação demanda a continuidade e o aprofundamento do processo democrático.

A incorporação dos direitos sociais na constituição brasileira trouxe a necessidade de mudanças na economia e no Estado para se tornar efetivo. Assim, a construção de um compromisso social desvela pistas no caminho de abrir possibilidades para inovações nas formas de participação que reconheça o outro como cidadão de direitos.

Na trajetória de implementação da RSB a luta, entre o governo e as forças políticas e sociais, que entendem a reforma como o possível caminho para a democratização da saúde e sua apropriação pelas camadas mais pobres da população, continua com períodos intercalados de vigor e esmaecimento, no sentido de se avançar nesse processo.

A pouca resolutividade no sistema de saúde público continua sendo uma das faces mais vulneráveis da política social, o que parece não conseguir ser superado nem mesmo quando sujeitos que participaram ativamente do movimento que defendeu a RSB tem participado da gestão da saúde, ao ocupar cargos de destaque no governo.

Embora existam avanços na cobertura assistencial, constatados a partir dos ganhos nos indicadores de saúde, da maior racionalidade e eficiência na gestão dos recursos, em consequência do processo de descentralização e incorporação do controle por meio do modelo de gestão participativa; A defesa do SUS como política pública pelos serviços de saúde no território adstrito, nos Conselhos de Saúde, nas Secretarias, nas instituições de formação de profissionais, pelos profissionais de saúde e pelos trabalhadores, constitui-se num desafio a ser alcançado.

Outra questão é ausência da manifestação de um desejo universalista entre trabalhadores e categorias profissionais que traduza a existência de uma identidade coletiva e o desenvolvimento de um compromisso social que se expressem em defesa da proposta do SUS.

Atualmente, apesar da lei determinar o caráter deliberativo dos conselhos, estes acabaram tendo um papel meramente consultivo. A inovação do controle social, através de conselhos locais que potencialize o pleno acesso da população às informações em saúde e a articulação destes com os outros conselhos municipais e estaduais, aponta para um caminho na direção da mobilização desse importante ator.

A construção da cidadania, a partir das reivindicações concretas dos segmentos populacionais empobrecidos, significa um importante passo para encontrar caminhos que possibilitem o enfrentamento da questão que se coloca atualmente para o processo da RSB de como conciliar as desigualdades sociais com a democracia.

A implementação do direito universal impõe a necessidade de articulação das ações de saúde com outros setores, potencializando as políticas intersetoriais e a articulação da própria rede de saúde, fortalecendo a integralidade da atenção.

O desafio jurídico em busca da universalidade, a partir da concretização da noção de cidadania no SUS, está na estrutura formal do Estado Democrático de Direito Brasileiro e num contexto em que o direito à saúde é percebido, ao mesmo tempo, como expressão do direito individual, privilegiando a liberdade; e como direito coletivo, privilegiando a igualdade. Qualquer uma das duas possibilidades é difícil de ser incorporada, numa sociedade que se estruturou na base da dádiva, da discriminação, da “pobreza política” e nas limitadas condições de exercício da cidadania.

A garantia de oferta de cuidados de saúde do mesmo nível a todos que deles necessitam também responde a exigências da igualdade. Enquanto direito coletivo a saúde depende igualmente do estágio de desenvolvimento do Estado. Nesse sentido o direito será reconhecido plenamente, à medida que a sociedade brasileira se aproxime do Estado Democrático de Direito que garanta as mesmas medidas de proteção e iguais cuidados para a recuperação da saúde para toda a população.

A sociedade brasileira não parece ter desejos pela igualdade quando no encontro com o outro não se estabelecem relações entre iguais e nesse sentido não estamos no caminho de lutar pelo direito à saúde, transformando a conquista legal em direito real.

A prática de cuidados emancipadores, que se expresse no encontro com o outro nos serviços de saúde, depende do reconhecimento de quem cuida em enxergar no outro um cidadão de direito, outro igual. Nesse sentido, encontramos um longo caminho a ser percorrido, pois as desigualdades em saúde fragilizam a relação entre iguais, não se fazendo reconhecer esse direito conquistado.

O processo de implementação da política de saúde é de grande complexidade e seus desdobramentos, avanços e retrocessos apontam o caminho no sentido de encontrar dentro de nossa sociedade, nosso jeito de legitimar outra participação cidadã.

A RSB é uma fonte de potencialidades, as tensões entre as várias vertentes do MRS, entre os diferentes atores e entre os diferentes projetos, são movimentos que produzem novos significados às disputas; geram energias propulsoras para trazerem inovações. Foi possível identificar que, por vezes, as negociações entre os grupos, as disputas de projetos e as posições assumidas impulsionaram movimentos para efetivação do direito à saúde. Podemos refletir que essa tensão trouxe novas ferramentas para as práticas em saúde e que as disputas

se colocaram como movimento de produção de novos olhares, novos desafios e, portanto, novas possibilidades de (re)pensar os caminhos e (des)caminhos do direito à saúde no Brasil.

## 6 – REFERÊNCIAS

BRASIL. *Relatório final da Conferencia Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

\_\_\_\_\_. *Relatório final e Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. Constituição da República. Artigo nº. 194. Brasília, Senado Federal, 1988a. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf>>. Acesso em 03 de jul. 2009.

\_\_\_\_\_. Constituição da República. Artigo nº. 196. Brasília, Senado Federal, 1988b. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf>>. Acesso em 03 de jul. 2009.

\_\_\_\_\_. Constituição da República. Artigo nº. 198. Brasília, Senado Federal, 1988c. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf>>. Acesso em 03 de jul. 2009.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Disponível em <<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>>. Acesso em: 03 de jul. 2009.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>>. Acesso em: 03 de jul. 2009.

BACKES, D.S. et al. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 903-910, 2009.

BARATA, R.B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BAPTISTA, T.W.F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: CORRÊA G.; MOURA, A.L. (Orgs.). *Políticas de saúde: a organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2007. p. 29-60.

BAPTISTA, T.W.F. *Caminhos e percalços da política de saúde no Brasil: vinte anos da reforma sanitária*. Consultoria para o Ministério da Saúde. Projeto Nordeste II, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Brasília: Ministério da Saúde, 1996/1997.

\_\_\_\_\_. *Dilemas e consensos: um estudo das microrelações político-institucionais da seguridade social brasileira na Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88*. 1997. Dissertação (Mestrado). – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1997

CAMPOS, G.W.S. Romance de formação de um sanitarista: um estudo de caso. In: LIMA, N.T. et al. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 121-150.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

COHN, A. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N.T. et al (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 385-405.

\_\_\_\_\_. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1614-1619, 2009.

\_\_\_\_\_. et al. *A saúde como direito e como serviço*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010. 164 p.

CORDEIRO, H. *O Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri, 1991. 184 p. (Coleção Saúde, 1).

DALLARI, S.G. A justiça, o direito e os bancos de dados epidemiológicos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 633-641, 2007.

\_\_\_\_\_. et al. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 531-540, 1996.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T. et al. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 59-81.

\_\_\_\_\_. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 208 p.

FLEURY, S.M. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997. 324 p.

\_\_\_\_\_. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

GARBOIS, J.A.; Vargas, L.A.; Cunha, F.T.S. O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 27-44, 2008.

GERSCHMANN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 263 p.

GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere*. v. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. 496 p.

LEOPARDI, M.T. *Metodologia da pesquisa na saúde*. 2. ed. Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002. 290 p.



LIMA, N.T. et al. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 504 p.

MACHADO, C.V. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007. 504 p.

MINAYO, M.C.S (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. 80 p.

\_\_\_\_\_. Pós-graduação em saúde coletiva: um projeto em construção. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, p. 53-71, 1997.

MATTA C.G.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 420 p.

MENICUCCI, T. A implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G. et al. (Org). *Política pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 303-325.

FRANCO NETTO, G.; ABREU R. (Coords.). *Arouca, meu irmão: uma trajetória a favor da saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Contra-Capa, 2009. 272 p.

NOGUEIRA, V.M.R; PIRES, D.E.P. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-760, 2004.

ORLANDI, E.P. *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. Campinas: Pontes, 1999. 100 p.

PAIM, J.S; TEIXEIRA, C.F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de saúde: problemas e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1819-1829, 2007.

PAIM, J.S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 356 p.

\_\_\_\_\_. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 149 p.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006. 482 p.

PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. 207 p.

RIBEIRO, P.T. Direito à saúde: integralidade, diversidade e territorialidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1525-1532, 2007.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema único de Saúde. In: PEREIRA, A.C. (Org.). *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: ARTEMED, 2003. p. 28-49.

SANTOS, N.R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007.

SANTOS, L. Direito à saúde e sistema único de saúde: conceito e atribuições. O que são ações e serviços de saúde. In: \_\_\_\_\_. (Org). *Direito da saúde no Brasil*. Campinas: Saberes Editora, 2010. p. 145-149.

SCLIAR, M. O pathos do sanitarista. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 24, n. 55, p. 104-106, 2000.

TEIXEIRA, S.M.; OLIVEIRA, J.A.A. *(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1985. 357 p. (Saúde e Realidade Brasileira, 4).

TURATO, E.R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 3. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2008. 685 p.

VENTURA, M.S.; PEPE, V.L.E; SCHRAMM, F.R. Judicialização da saúde, à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular e a atenção à saúde da família. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 336 p. (Saúde em Debate, 130).

## **APÊNDICE 1**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**Pesquisa – DIREITO À SAÚDE: UM DIÁLOGO ATUAL COM OS ATORES DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA**

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

Este roteiro de entrevista faz parte de uma pesquisa institucional sobre Direito a Saúde em Tempos de Exclusão Social. Sua participação é muito importante para que possamos dialogar com a Reforma Sanitária Brasileira e o direito à saúde.

É importante que você assine o termo de consentimento para que suas respostas possam ser consideradas válidas.

Agradecemos sua colaboração.

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevistado n°. \_\_\_\_\_

Data:    /    /

### **Bloco I**

#### **Movimento sanitário:**

- Quais os ideais, estratégias, desejos e paixões que moviam à época os integrantes deste movimento?
- Qual a compreensão de direito à saúde que o movimento defendeu?

### **Bloco II**

#### **Direito à saúde:**

- Quais os limites e possibilidades para efetivação do direito a saúde no Brasil?
- Quais são as contribuições da reforma sanitária para a democratização e efetivação do direito à saúde?

## **APÊNDICE 2**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pesquisa – **DIREITO À SAÚDE: UM DIÁLOGO ATUAL COM OS ATORES DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr (a) foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: *DIREITO À SAÚDE: UM DIÁLOGO ATUAL COM OS ATORES DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA*, que tem como objetivos: *Dialogar com atores do movimento sanitário re-visitando seus ideais, estratégias, desejos e paixões na proposta do direito à saúde a partir da RSB; Analisar os limites e possibilidades apontados por esses atores em relação à efetivação do direito a saúde no Brasil; Discutir as contribuições da RSB na democratização e efetivação do direito à saúde.* Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como método entrevista semi-estruturada.

A pesquisa terá duração de dois anos, com término previsto para março de 2011.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados somente para esta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista semi-estruturada. A entrevista será gravada em gravador de voz para posterior transcrição – que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

Sr(a). não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. **Não haverá** riscos de qualquer natureza relacionada a sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de disseminar o conhecimento sobre a RSB para a área de Enfermagem. Exemplo: (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Terapia Intensiva, Área Obstetra, etc...).

Sr(a). receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Liliana Angel Vargas  
Pesquisadora da UNIRIO  
Cel.: 9874 6844  
e-mail: [lilianaangel@globo.com](mailto:lilianaangel@globo.com)

Edna Ferreira Santos  
Mestranda enfermagem da UNIRIO  
Cel: 21 99978483  
e-mail: [assunta13@uol.com.br](mailto:assunta13@uol.com.br)

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste **TERMO DE CONSENTIMENTO** e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: \_\_\_\_\_

(Assinatura)