

O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA (MRS) E A CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

XAVIER, Alexandra Bonifacio (1); SILVA, Camila Rachel Lira (2); SILVEIRA, Sandra Amélia Sampaio (3); SILVA, Alessandra Ximenes da (4); VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal (5);

(1) Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E-mail: maurithiuseale@hotmail.com;

(2) Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E-mail: miila-lira@hotmail.com;

(3) Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E-mail: sandraameliasampaio@gmail.com;

(4) Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E-mail: aleximenes@uol.com.br;

(5) Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E-mail: prof.kathleen.uepb@gmail.com.

Resumo: Este artigo resulta das discussões tecidas no projeto de extensão “Política Pública de Saúde: Direito de todos(as)” e tem como objetivo discutir as bases que estruturaram o Movimento de Reforma Sanitária (MRS) brasileiro analisando seu papel na construção do direito à saúde no Brasil. Os debates em torno do direito à saúde e o protagonismo do MRS nesse processo foi o fio condutor da realização do referido projeto de extensão que teve como público-alvo: estudantes do curso de Serviço Social, que fazem estágio na área da saúde e/ou engajados em pesquisa nesta área; estudantes de demais cursos da área de saúde; assistentes sociais e demais profissionais da área da saúde; militantes do Fórum em Defesa do SUS e do Fórum em Defesa das Políticas Públicas de Campina Grande/PB. O referido projeto foi estruturado em duas linhas de intervenção: uma que enfocou o processo de formação e discussão acerca da política de saúde, através do curso de extensão realizado na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e outra que se voltou ao desenvolvimento de atividades de educação em saúde envolvendo usuários e profissionais do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), realizadas nesta instituição. Através da discussão de temas como a Reforma Sanitária, o SUS, a participação popular, dentre outros, consideramos que o projeto de extensão realizado trouxe importantes contribuições ao possibilitar aos/as participantes a troca de saberes e experiências passíveis de estimular seu envolvimento em ações voltadas ao fortalecimento e defesa do SUS público e universal.

Palavras-chave: Movimento de Reforma Sanitária (MRS) brasileiro; Direito à saúde; Sistema Único de Saúde (SUS).

1 INTRODUÇÃO

A política de saúde brasileira é historicamente marcada pelo modelo médico-assistencial-privatista. A tentativa de rompimento ocorre através do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) brasileiro dos anos de 1970 que propunha uma reforma social centrada na democratização da saúde, do Estado e da sociedade (ESCOREL, 1999).

O MRS consegue concretizar, em diferentes momentos históricos, ações que expressam a concepção de saúde como direito de todos/as e dever do Estado em sua efetivação. Podemos citar como exemplos a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e iniciativas posteriores: o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), atual Sistema Único de Saúde (SUS); a Comissão Nacional de Reforma

Sanitária (CNRS); e a promulgação da CF de 1988.

Destarte, a concepção ampliada de saúde do MRS passa a ser operacionalizada via SUS, regulamentada através da Lei Orgânica da Saúde (leis 8.080/90 e 8.142/90) e orienta-se pelas diretrizes da descentralização, integralidade e participação popular e pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

Entretanto, a partir da década de 1990 a ofensiva neoliberal passa a confrontar estes princípios enfatizando a necessidade de articulação entre o público e o privado e transformando os serviços sociais públicos e universais em mercadoria atrativa à iniciativa privada.

O direito à Saúde e seu caráter público e universal assegurado constitucionalmente encontra-se, portanto, ameaçado pelo projeto neoliberal. Diante desse avanço do sucateamento e da privatização dos serviços públicos de saúde, faz-se necessário ampliar as informações e as discussões acerca desta política, visando fortalecer a defesa do direito à saúde e da efetivação do SUS público, universal e estatal.

Nesse sentido, o presente artigo parte de um recorte das discussões tecidas no projeto de extensão intitulado “Política Pública de

Saúde: Direito de todos(as)”¹ que teve como objetivo desenvolver ações voltadas à discussão e informação acerca da saúde como direito, visando o fortalecimento das lutas em defesa do SUS e contra a privatização da saúde.

O projeto teve duração de um ano e esteve voltado para duas linhas de intervenção: a primeira diz respeito ao processo de formação e discussão acerca da política de saúde, através do curso de extensão realizado na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), que enfatizou 07 temáticas inter-relacionadas, a saber: a Reforma Sanitária; a Reforma Sanitária na contemporaneidade; o SUS; a contrarreforma na saúde; os novos modelos de gestão; a participação popular e o controle social; no 7º e último encontro foi elaborada uma agenda em defesa do SUS.

A segunda linha voltou-se ao desenvolvimento de atividades de educação em saúde envolvendo usuários e profissionais do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), realizadas nesta instituição. As temáticas centrais trabalhadas nesta linha foram “o que é o SUS” e “os direitos dos

¹ O público alvo de nossas ações foi constituído por: estudantes do curso de Serviço Social, que fazem estágio na área da saúde e/ou engajados em pesquisa nesta área; estudantes de demais cursos da área de saúde; assistentes sociais e demais profissionais da área da saúde; militantes do Fórum em Defesa do SUS e do Fórum em Defesa das Políticas Públicas de Campina Grande/PB.

usuários do SUS”. Ao todo foram realizadas cinco ações educativas no HUAC.

Através da discussão destes temas consideramos que foi possível contribuir para que os participantes do curso tivessem acesso a informações e troca de saberes que podem estimular o envolvimento dos mesmos em ações voltadas ao fortalecimento e defesa do SUS universal.

Diante do exposto, o presente artigo pretende aprofundar as análises construídas durante a realização do referido projeto de extensão, especificamente no que concerne à relação entre o MRS brasileiro e a tessitura do direito à saúde no país, para tanto, inicialmente aborda algumas das bases do referido movimento para, posteriormente, analisar suas contribuições à construção do direito à saúde no Brasil, traçando alguns dos desafios à sua materialização. Por último, tecemos algumas considerações finais.

2 AS BASES DO MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA (MRS) BRASILEIRO

A princípio, cabe elucidar que o MRS se desenvolve nos “anos Geisel” num momento de crescimento dos movimentos sociais e como tal pode ser definido como “a articulação de um grupo de pessoas em torno de um pensamento e de uma proposta de

transformação do setor saúde” (ESCOREL, 1999, p. 63).

Um movimento, para Escorel (idem), constrói coletivamente três tipos de práticas: a prática teórica (a construção do saber), a prática ideológica (a transformação da consciência) e a prática política (a transformação das relações sociais). Nesta direção, cabe apontar alguns dos elementos destas práticas construídas pelo MRS.

As bases da prática teórica e ideológica de um pensamento médico-social que transformou a abordagem do processo saúde-doença e gestou o MRS foram constituídas a partir do final dos anos 1960 e início dos anos 1970, momento em que o autoritarismo expressava sua face mais repressiva no Brasil (ESCOREL, 1999).

Escorel (idem) destaca que a origem do MRS brasileiro está fincada nos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) de algumas faculdades brasileiras, nos quais, paradoxalmente, foi feita, através da abordagem marxista no campo da saúde, a crítica à Medicina Preventiva (MP)² e às suas

² Em sua tese de doutoramento “o dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da Medicina Preventiva” defendida em 1976, Arouca (2003), destaca que a MP emerge num campo formado por três vertentes: a higiene com emergência no século XIX concatenada ao desenvolvimento do capitalismo e à ideologia liberal; a discussão dos custos da atenção médica nos Estados Unidos nas décadas de 1930 e 1940, configurando uma crise diante da ameaça de intervenção estatal; e a redefinição das responsabilidades médicas no interior da educação médica no período pós Segunda Guerra Mundial, ante a

bases filosóficas: as ciências sociais positivistas.

No interior dos DMP, docentes e estudantes contrários ao regime autoritário passam a produzir, a partir do materialismo histórico-dialético, conhecimento crítico tanto em torno do modelo tradicional de formação dos médicos, restrito às áreas biológicas, quanto do modelo clássico de formação positivista (ESCOREL, 1999; PAIM, 1997).

O ano de 1975 representa um marco na formação das bases universitárias do MRS, através da defesa das teses de Sérgio Arouca, *O Dilema Preventivista*, e de Cecília Donnangelo, *Medicina e Sociedade*, o “divisor de águas que deu início a uma teoria social da medicina no Brasil” (ESCOREL, 1999, p. 19).

Destarte, é a compreensão e crítica às propostas da Medicina Preventiva (MP)³ e da Medicina Comunitária (MC)⁴ empreendidas

demanda social de que o acesso a saúde é um direito de cidadania.

³ Arouca (2003) destaca que a MP surge como disciplina do ensino médico na Inglaterra, mas logo foi levada para os Estados Unidos onde se configurou como movimento ideológico que visava modificar a prática médica por meio da normalização das atitudes profissionais com foco inicial na higiene e posteriormente no conceito ecológico do processo saúde-doença e na multicausalidade mesmo (afastada das determinações do real).

⁴ Para Paim (1999 *apud* VASCONCELOS, 2013), a MC (1960) surge para servir de operacionalização à MP somando-lhe preceitos como a integração docente-assistencial, participação da comunidade e regionalização. Na apreciação deste autor (1997), a MC representa a busca pela racionalidade para os serviços de saúde através de projetos, programas de extensão de cobertura e novos aportes conceituais, metodológicos e

no interior dos DMP, contando com o estímulo de certos setores da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)⁵, que possibilitou a constituição de um pensamento médico-social inspirado na Medicina Social, originária na Europa em meados do século XIX (PAIM, 1997), no estruturalismo francês e na sociologia política italiana (ESCOREL, 1999).

Como o centro das críticas era o Preventivismo, é importante elucidar que, o Movimento de Medicina Preventiva (1930-1940), segundo Vasconcelos (2013), surge como forma de conciliar os interesses médicos e estatais tendo impulsionado a formulação de políticas sanitárias estatais.

Para Arouca (2003), a MP representa uma leitura liberal dos problemas crescentes da atenção médica, transformando-se num

operativos que surgiram de disciplinas como planejamento e administração. Na análise de Vasconcelos (2013, p.54), os objetivos da MC eram ampliar a extensão da prática médica para grupos que ainda não tinham acesso aos serviços de saúde. No entanto, coloca essa autora, a MC pautava-se na ideia funcionalista de “integração” dos “marginalizados”, estando restrita a uma concepção de coletividade apenas ligada à comunidade. Cabe ainda mencionar que defendia também o uso de equipes de saúde, dentre outros elementos “inovadores” (VASCONCELOS, *idem*).

⁵ A OPAS apoiava a realização de encontros para discussões das ciências sociais em saúde e de cursos de mestrado em Medicina Social aprofundando as críticas aos referenciais teóricos da MP e MC (PAIM, 2003). Os cursos, por sua vez, revisavam os marcos conceituais disponíveis e propunham alternativas, iniciativas que confluíram na realização do Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em 1978, o qual resultou no projeto de criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), materializado no ano posterior (PAIM, *idem*).

projeto de mudança da mesma e uma proposta alternativa à intervenção estatal a qual se expande dos Estados Unidos para o mundo após a Segunda Guerra Mundial.

Tanto a MP quanto seu marco conceitual, a Medicina Integral (MI)⁶ (PAIM, 1997), “tinham como elemento central a crítica a fragmentação do ato médico, que tanto fracionaria o objeto individual (alvo de especialistas), quanto clivaria o processo da doença (cisão entre ações terapêuticas e preventivas, sendo a doença despida de seus elementos históricos e sociais)” (VASCONCELOS, 2013, p.48).

Outra importante base na qual se desenvolve teórica e ideologicamente o MRS é a Medicina Comunitária (MC), difundida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) através da Declaração de Alma-Ata de 1978 e que, no interior dos DMP brasileiros, representou não só uma resposta ao problema da ampliação da cobertura dos serviços de saúde a custos baixos, mas a vinculação comprometida entre estudantes de medicina e usuários e sua realidade social (SCOREL, 1999), ocasionando, através da participação

ativa da população, repercussões positivas para a saúde pública e para o MRS.

Diante do que discutimos até aqui, fica evidente que a Medicina Social, no interior da qual se gesta o MRS, tenta, como afirma Arouca (2003), realizar uma ruptura ideológica com a MP e delimitar um objeto de estudos em torno do qual fosse possível produzir conhecimentos que contribuíssem para uma prática transformadora. “Trata-se de um discurso que procura a sua organicidade na contradição das classes sociais”, assumindo no campo da teoria, uma posição diante dessas contradições (AROUCA, idem, p. 150).

Desse modo, “a produção teórica desenvolvida nas décadas de setenta e de oitenta permitia apontar a emergência de um paradigma alternativo em Saúde Coletiva” (Paim 1997, p.13). Este novo paradigma em Saúde Coletiva foi construído centrado em dois conceitos fundamentais: a determinação social das doenças e o processo de trabalho em saúde.

No âmbito de sua prática teórica e ideológica, o MRS brasileiro toma “como pressuposto que a saúde é resultante de um conjunto de situações e fatores sociais ou, em outras palavras, saúde é uma produção sócio-histórica” (PASCHÉ; HENNINGTON, 2006, p.20). As análises empreendidas por esse novo paradigma (MENDES, 1999)

⁶ Segundo Paim (1997), a Medicina Integral tem suas bases no interior do arcabouço conceitual do MP, composto pelo modelo da História Natural das Doenças, as noções da multicausalidade e do processo saúde-doença, num modo duplamente otimista – nas palavras de Arouca (2003) – de enfrentar os problemas de saúde, seja eliminando o agente, seja restaurando o equilíbrio.

partem, portanto, do princípio da totalidade, uma das categorias mais caras emprestadas pelo materialismo histórico ao MRS (PASCHE; HENNINGTON, 2006), segundo a qual não é possível analisar o processo saúde-doença sem antes considerar os fatores estruturais que sustentam os problemas de saúde da população.

Em contraposição à visão do processo saúde-doença da história natural da doença e da multicausalidade, conceitos do discurso Preventivista, o discurso médico-social que embasa o MRS, parte da concepção positiva do processo saúde-doença e que este constitui um processo social, com uma historicidade e determinação social. (ESCOREL, 1999).

Esta perspectiva do conceito ampliado de saúde e dos seus determinantes presentes na produção teórico-crítica da Saúde Coletiva no Brasil foi mais tarde assumida pela VIII Conferência Nacional de Saúde e, posteriormente, incorporada pela Constituição Federal de 1988 (PAIM, 1997).

No que se refere ao processo de trabalho em saúde, como afirma Paim (1997), para o MRS, as práticas de saúde integram o complexo conjunto de práticas presentes em um processo social, sendo este marcado por interesses antagônicos de classe. Ainda para Paim (idem), as práticas de saúde constituem uma prática social, sem perder suas especificidades. Estas práticas se articulam e

dispõem, simultaneamente, de elementos técnicos e sociais (econômicos, políticos e ideológicos) (PAIM, idem).

Com base nesta visão de práticas de saúde, Fleury (1988 *apud* Paim, 1997, p.14) sugeriu um novo paradigma para o projeto do MRS questionando a medicina mercantilizada bem como sua ineficiência ao propor a “organização de um sistema de saúde capaz de responder as demandas prevalentes, organizado de forma democrática em sua gestão e administrado com base na racionalidade do planejamento”.

Nesse esteio surgem as propostas de Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), hoje SUS, de rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, de atendimento integral, de participação da comunidade, e de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, atualmente inscritas na Constituição, como discutiremos no tópico seguinte.

Como é possível notar, a vertente da Academia não só deu origem, mas consolidou o MRS através do suporte teórico-ideológico e, no momento em que o autoritarismo começa dar seus primeiros sinais de desgaste, ainda em meados dos anos 1970, este sujeito coletivo torna-se também uma nova força política.

Como afirma Escorel (1999), nesse cenário de crise da autocracia burguesa, o

MRS pôde trazer à tona sua prática política através da articulação entre os movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica compostos por profissionais que atuaram politicamente na arena do mundo do trabalho e os movimentos que difundiram a teoria do MRS: o movimento estudantil, que se politizou através da MC na interlocução com a população, e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)⁷.

Ainda segundo Escorel (1999), o governo Geisel, em busca de legitimidade para o projeto autocrático, abriu espaços institucionais ao MRS. Mesmo com pouca capacidade de interferência nas decisões, essa abertura permitiu que “nos anos Figueiredo”, o MRS estivesse organizado como um dos interlocutores da política setorial, sendo possível a ampliação de sua organicidade através de interlocuções com outros movimentos pela democratização do país.

⁷ O Cebes foi criado em julho de 1976, durante a 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, realizada na UnB (Brasília), evento que enfocou a democratização da saúde e socializou a produção acadêmica crítica da Saúde Coletiva brasileira (PAIM, 2013) Para Paim (idem), além de proporcionar a realização de estudos no campo da Saúde Coletiva e difundir conhecimentos através da Revista Saúde em Debate e da publicação de livros, o Cebes, enquanto intelectual coletivo do MRS inspirado no marxismo denunciou as desigualdades sociais e os problemas presentes na prestação de serviços de saúde privatizados, participou das lutas pela democratização do país, propiciou debates sobre saúde e realizou a interlocução do MRS com outros movimentos sociais (PAIM, 2013).

Nos anos de 1984 o MRS participou do movimento das “Diretas Já!” trabalhando e aperfeiçoando intensamente propostas de mudanças democráticas “com base no princípio de que a saúde é direito de todos e dever do Estado a ser implementado com a unificação, democratização e descentralização do Sistema de Saúde” (ESCOREL, idem, p. 191).

Na sequência, aprofundemos a análise dessa relação entre o MRS brasileiro e o direito à saúde no país.

3 MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRO E O DIREITO À SAÚDE

O regime autoritário instaurado no país efetivou, ao longo de sua existência, medidas nas políticas de saúde voltadas à manutenção e aprofundamento do modelo assistencial-privatista radicalizando o predomínio de ações curativas e privilegiando os interesses do setor privado (SOARES, 2011).

O sistema público de saúde do país vivia sob a duplicidade de um sistema dividido entre a Medicina Previdenciária e a Saúde Pública (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). O primeiro setor voltava-se àqueles trabalhadores que estavam inseridos no mercado formal de trabalho e a Saúde

Pública, por sua vez, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), era direcionada aos setores mais pobres da população, tendo como ênfase atividades de caráter preventivo.

Nesse contexto, as políticas de saúde dos governos militares buscaram incentivar a expansão do setor privado. Com esse objetivo, ampliaram a compra de serviços pela previdência e facultaram incentivos fiscais às empresas, para a contratação de companhias privadas ou cooperativas de médicos que prestassem serviços de saúde aos seus funcionários – os convênios de empresas (ALMEIDA, 1998). Os definidores dessas políticas objetivavam também a privatização de parte dos serviços médicos estatais, então considerados inadequados por não serem lucrativos.

Os anos 1970 marcam um momento de grande repressão, mas concomitantemente, iniciativas de distensão nos primeiros passos rumo à abertura democrática. No processo resultante – o de democratização política do país –, o MRS foi partícipe e pôde trazer à superfície sua prática teórica e ideológica por meio da prática política, aglutinando, além dos docentes e estudantes dos DMP, sindicatos, profissionais, partidos políticos de oposição e usuários (BRAVO, 2008).

As proposições teóricas e ideológicas debatidas pelo MRS foram aglutinadas na preparação para a VIII Conferência Nacional

de Saúde (CNS), realizada em março de 1986 em Brasília, “onde se deu o mais amplo e democrático debate sobre saúde já ocorrido no país” (SILVA, 2003, p.13).

A referida Conferência contou com 135 grupos integrados dos quais participaram mais de quatro mil pessoas representando a ampliação da discussão da saúde para toda sociedade. Na Conferência, “a questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária” (BRAVO, 2008 p. 96). As propostas resultantes compuseram a “mais completa declaração de direito à saúde já ocorrida em qualquer país” (SILVA, 2003, p. 13).

Em outubro de 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, completa-se o processo de retorno do país ao regime democrático. A nova Carta Constitucional assume a saúde enquanto “direito de todos e dever do Estado, que deve garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2008, p. 55) e propõe um sistema público, universal e descentralizado de saúde – o SUS. Transformava-se, então, a organização da saúde pública no Brasil.

Conforme Dallari e Fortes (1997), há dificuldades em torno da conceituação de

Direito, notadamente quando atentamos à semântica. Como abordam esses autores, a palavra se refere tanto a um ramo do conhecimento – a ciência do direito – quanto a seu objeto de estudo – o direito enquanto sistema de normas que regula o comportamento dos homens na sociedade.

Ainda para os referidos autores, “muitas vezes se emprega a palavra direito em sentido axiológico, como sinônimo de justiça, e muitas outras em sentido subjetivo, ‘a regra de direito vista por dentro, como ação regulada’” (DALLARI; FORTES, 1997, p. 188). Na reivindicação do direito à saúde, o termo é empregado com seu sentido subjetivo, sem deixar, contudo, de estar concatenado à objetividade da realidade social, “assim sendo, a saúde, definida como direito, deve inevitavelmente conter aspectos sociais e individuais” (DALLARI; FORTES, 1997, p. 188).

Dallari e Fortes (1997), apontam a saúde enquanto direito humano fundamental e afirmam que, observado pelo prisma do direito individual, o direito à saúde privilegia a liberdade e, pelo enfoque dos direitos sociais, enfatiza a igualdade de acesso de todos/as não só aos serviços de saúde, mas a condições de vida e trabalho dignas, estando estas diretamente ligadas aos níveis de saúde existentes.

Nesse sentido, a CF/1988 reconhece tanto os direitos individuais quanto coletivos afirmando que cabe ao Estado sua garantia. Contudo, apesar do reconhecimento Constitucional do direito à saúde, as medidas presentes no texto da Carta Magna de 1988 alcançaram pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois, como afirma Bravo (2008, p.99), “a sua operacionalização não ocorreu”.

No final da década de 1980, especificamente a partir de 1988, as forças progressistas que estavam comprometidas com o MRS, perderam espaço, nos aparelhos institucionais, contribuindo para a burocratização da reforma sanitária, que segundo Escorel (1999), acaba afastando a população da cena política e despolitizando o processo. Este quadro impõe desafios à continuidade do projeto da Reforma Sanitária nas décadas seguintes, devido à descaracterização da construção democrática – sua via de encaminhamento –, e da mobilização política – uma de suas principais estratégias (BRAVO, 2008).

As mobilizações sociais não conseguiram adiar a adoção da ideologia neoliberal no Brasil por muito tempo. A união de forças entre as classes brasileiras mais abastadas e o imperialismo norte-americano, somada aos resultados das eleições brasileiras de 1989, implicou na adoção dos anos 1990

das diretrizes neoliberais pelo governo Collor (SANTOS, 2012).

Nessa conjuntura adversa para o MRS, a implementação do SUS⁸ e da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) que, com base na Constituição, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde, enfrentou barreiras de diversas ordens.

Como expressão desse processo, o Presidente Collor vetou nove artigos completos da Lei Orgânica da Saúde, além de cinco de forma parcial (PAIM, 2013). Essa Lei foi complementada pela Lei 8.142 que regula a participação da população no SUS preconizando a existência de instâncias de Controle Social, imprescindível à efetivação do direito à saúde.

O MRS foi importante no processo de debate dessas Leis, mas não conseguiu barrar os interesses corporativos e empresariais que se organizavam fortemente (PAIM, 2013). Nesta correlação de forças que perpassará também os governos posteriores, torna-se central a luta pela implantação do SUS, sendo

os demais componentes do MRS secundarizados (PAIM, idem).

O direito à saúde encontra-se, portanto, ameaçado pelas diversas investidas do projeto privatista neoliberal contra seu caráter universal e público assegurado constitucionalmente. Podemos citar como exemplo as tentativas de privatização do SUS pela via dos “novos modelos de gestão”: as Organizações Sociais (OSs), Fundações Estaduais de Direito Privado (FEDPs) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Destarte, o direito à saúde insere-se num contexto de mercantilização das políticas sociais através das privatizações (BRAVO, 2008; SOARES, 2011). Aprofunda-se, assim o processo de desconstrução de direitos inscritos na Constituição e o projeto privatista vem reconquistando espaços na luta por hegemonia (SOARES, 2011).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vários desafios se colocam à efetivação do direito à saúde. Limites estruturais como a adoção da ideologia neoliberal e todos os seus rebatimentos na qualidade da atenção à saúde.

Atualmente persiste a tensão entre o debate da Saúde Coletiva que propõe transformações no modelo assistencial e as

⁸ O SUS foi implantado em meio a inúmeras investidas para inviabilizar seu projeto original, porém ainda com alguns ganhos como a realização da 9ª Conferência Nacional da Saúde, após ser adiada diversas vezes, e a promulgação de legislações estaduais e municipais de regulamentação da política de saúde (PAIM, 2008 *apud* SOARES, 2011).

investidas do capital na direção da privatização da saúde, contando com o respaldo do Estado. Deste modo, as propostas do MRS brasileiro inscritas na Constituição são profundamente ameaçadas.

O MRS apresenta em seu percurso histórico, propostas para além da reprodução do Estado e das condições sociais, econômicas e políticas por ele sustentadas (OLIVEIRA, 1988). Seus esforços constituem um projeto contra-hegemônico, no escopo da Saúde Coletiva, que visa não só a garantia das políticas sociais, dentre as quais, as políticas de saúde, mas a transformação da sociedade.

Como propunha a prática teórica e ideológica do MRS da década de 1970, a saúde se produz socialmente e possui uma determinação social expressa no modo como se organiza a sociedade, nas desigualdades sociais e econômicas, disparidades estas que precisam ser enfrentadas em resposta às necessidades humanas, dentre as quais, o direito universal, igual e integral à saúde.

Mediante o avanço da onda de sucateamento e privatização dos serviços públicos de saúde faz-se necessário ampliar as informações e discussões junto à sociedade acerca dessa política, na expectativa de fortalecer a defesa do direito à saúde e da efetivação do SUS público, universal e estatal, patrimônio do povo brasileiro.

Faz-se imprescindível a retomada da organicidade do MRS com os demais movimentos sociais, profissionais, estudantes, docentes, sindicatos e usuários, unindo esforços para não perder espaços e conquistar outros, na luta pelo direito à saúde pública e de qualidade. Dessa forma, os debates em torno desse direito fundamental precisam ampliar-se para além da própria política de saúde, tendo como centralidade seu atributo essencial: um direito de todos/as e um dever do Estado.

5 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar.** Texto para discussão n.599, Brasília: Ipea. 1998.

AROUCA, S. **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.** São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988.** 29. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2008.

BRAVO, M. I. de S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** 2ª ed. São Paulo, Cortez, p. 11-36, 2007.

DALLARI, S. G.; FORTES, P. A. de C. **Direito Sanitário: Inovação Teórica e Novo Campo de Trabalho** In: FLEURY, S.

(org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

MENDES, E. V. **Um novo paradigma sanitário**: a produção social da saúde. In: ___. Uma agenda para a saúde. 2ª. Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

___. Medicina Comunitária: Introdução a uma análise crítica. In: **Saúde em debate**: fundamentos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2008.

___. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

PAIVA, C. H. Assunção; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde**: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1. 2014.

SANTOS, J. S. **“Questão Social”**: particularidades do Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.

SILVA, G. R. da. **Prefácio**. In: AROUCA, S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao serviço social. Recife: UFPE, 2010. 209f. Tese (Doutorado em Serviço

Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social, 2011.

PASCHE, D. F.; HENNINGTON, E. A. O Sistema Único de Saúde e a Promoção da Saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. (orgs.). **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec; Washington (DC): OPAS, 2006.

OLIVEIRA, J. A. Para uma teoria da Reforma Sanitária “democracia progressiva” e políticas sociais. In: **Saúde em debate**: fundamentos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2008. Artigo publicado na edição N.20, p. 85-93, em Abril de 1988.