

### SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL: uma tessitura sociopolítica

Alitha Thami Silva Oliveira<sup>1</sup>

Mara Alves de Sousa<sup>2</sup>

#### RESUMO

Com o intuito de compreender a construção sócio-histórica da Política Pública de Saúde no Brasil, executou-se uma análise histórica com resgate das primeiras ações em saúde em terras brasileiras, assim como a sua construção como política pública universal, que se constata ser fruto de lutas sociais e reivindicações populares. Dessa forma, a partir da pesquisa bibliográfica e de uma análise conceitual com intermédio do materialismo histórico-dialético pode-se verificar que as relações de produção impactaram historicamente as relações sociais e, conseqüentemente, moldaram a concepção de política de saúde que há atualmente, o que impacta o acesso a serviços, direitos e sua forma de reproduzir os meios de vida e trabalho.

**Palavras-chave:** saúde; construção histórica; políticas públicas.

#### ABSTRACT

In order to understand the socio-historical construction of the Public Health Policy in Brazil, a historical analysis was carried out with the rescue of the first health actions in Brazilian lands, as well as its construction as a universal public policy, which is found to be the result of social struggles and popular demands. Thus, from the bibliographic research and a conceptual analysis through historical-dialectical materialism it can be verified that the relations of production have historically impacted social relations and, consequently, have shaped the conception of health policy that currently exists, which impacts access to services, rights and their way of reproducing the means of life and work.

**Keywords:** health; historical construction; public policies.

## 1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa teve como objetivo central compreender a evolução da política de saúde sob a perspectiva sociopolítica, com a finalidade de analisar suas diferentes configurações na história do Brasil até o estabelecimento do Sistema

<sup>1</sup> Faculdade do Maranhão; Graduanda em Serviço Social; E-mail: alithathami01@gmail.com.

<sup>2</sup> Professora Faculdade do Maranhão(FACAM); Doutoranda em Políticas Públicas; maralves\_yeshua@hotmail.com.

Único de Saúde, além de explorar como as relações materiais afetaram o acesso ou não a essa política.

O método empregado foi o materialismo histórico-dialético, pois é possível compreender que a materialidade histórica da vida dos sujeitos molda as suas relações sociais e determina suas relações econômicas, inclusive as necessidades humanas e o seu acesso a políticas públicas. Por outro lado, a técnica de pesquisa utilizada foi a pesquisa bibliográfica, que ocorreu através de uma coleta minuciosa de dados a partir de livros, artigos e revistas científicas.

Sobre a pesquisa e o tema proposto nota-se a sua importância para trazer à tona uma ampla discussão acerca dos determinantes sociais da saúde e a sua consolidação da política pública de saúde no país, com ênfase na luta popular na busca da sua universalidade, de modo que seja observada a sua trajetória histórica e sua consolidação no cenário neoliberal.

## 2 A CONSTRUÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A política de saúde, como toda política social, tem sua história de construção baseada em processos sociais e culturais, e também é influenciada pelas relações de produção. Destarte, entender o seu processo construtivo é peça-chave para compreensão da configuração atual dessa política.

### 2.1 Do Período Colonial à Primeira República

Ao analisar, primeiramente, a partir do Período Colonial (1500 a 1822), percebe-se que as ações em saúde estavam estritamente ligadas à atuação da igreja católica enquanto figura filantrópica, tendo em vista que durante as expedições marítimas do século XVI era comum a presença de grupos religiosos. Holanda (2015, p. 23) discorre a respeito disso quando afirma que “a Companhia de Jesus, que procurou impor seu espírito ao mundo católico desde o Concílio de Trento”. Além disso, Prado Júnior (1961) também enfatiza a capacidade de organização e direção dos padres, particularmente da Companhia de Jesus.

O maior exemplo da forte atuação altruísta e filantrópica por parte das entidades católicas é a fundação do primeiro hospital brasileiro, o Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Santos, fundado em 1543 por Braz Cubas. Em conformidade a isso, Sanglard e Ferreira (2018, p. 98) discutem que “os poucos hospitais de caridade, asilos dos expostos, recolhimentos de meninas órfãs e os leprosários existentes estavam sob a responsabilidade das Santas-Casas de Misericórdia”.

Essa primeira concepção dá suporte para ilustrar que a participação da Metrópole nas ações em saúde estava entranhada em um viés caritativo e benevolente através da dominação católica e não por meio da figura do Estado como aparelho abstrato de dominação da Coroa Portuguesa.

Esse cenário perpetua-se por muitos anos, onde assume um caráter diferenciado somente no fim da Primeira República, em 1930. Esse período foi marcado por insatisfação popular - principalmente nas regiões marginalizadas -, pelo fim da política do café com leite e pela famigerada “Revolução de 30”, que principia a Era Vargas.

É mister destacar que ainda na Primeira República ocorreu um marco que firmou-se, conforme Behring e Boscheti (2011, p. 7) como “chave para a compreensão do formato da política social brasileira no período subsequente”. A Lei Eloy Chaves, promulgada em janeiro de 1923 e inspirada no modelo de seguro-saúde Bismarckiano, designou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões para os ferroviários, profissionais ligados ao transporte do café.

No que diz respeito às ações em saúde, a lei detalha que aqueles empregados que tenham cumprido com sua contribuição para as caixas possuem direito a “socorros médicos em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia”. (BRASIL, 1923, p. 1). É importante destacar que a lei supracitada cobre de forma exclusiva o trabalhador e os seus dependentes, o que reforça a configuração de direitos sociais ligados à categoria trabalho.

## 2.2 A partir da década de 1930

PROMOÇÃO



APOIO





Cônsono ao citado anteriormente, a “Revolução de 1930” e a eleição de Getúlio Vargas apresentam-se como pontos importantes para a compreensão da Política Social no Brasil. Isso ocorre, pois de acordo Santos (2017) os governos da República Velha tratavam os conflitos como manifestações da questão social, como “caso de polícia”, e posterior a esse período passou a ser identificada a necessidade de intervenção estatal politicamente.

Vargas se autodenominava “pai dos pobres”, o que revela suas características populista, nacionalista e centralizadora. Portanto, ainda no ano de 1930, Getúlio cria o Ministério da Educação e Saúde Pública, primeira política nacional de saúde que promoveu amplo fortalecimento das atuações em saúde. Behring e Boscheti (2011) afirmam que a intervenção estatal acontece de forma efetiva a partir desse momento, que ocorre de duas formas: saúde pública e medicina previdenciária, que estavam associadas aos Institutos de Aposentadorias e Pensões.

Após a saída de Getúlio Vargas, que marca o fim de sua Era de 15 anos na presidência, a população brasileira passa por um curto período de experiência democrática, que decorre entre 1945 e 1964. A eleição posterior teve como vencedor, Eurico Gaspar Dutra. Apesar de desenvolver o Plano SALTE, onde havia o intuito de desenvolver também o campo da saúde, “o plano não foi consolidado no que diz respeito à saúde e a maior parte de recursos foram destinados para a área de transportes”. (AGUIAR NETO, 2015, p. 53).

Com o fim do mandato de Dutra, Vargas volta à presidência em 1952, porém, apesar da receptividade em muitas categorias, Getúlio enfrentava um contexto político controverso e de muitos opositores. Em virtude disso, sua decisão mais enfática no campo da saúde foi a criação do Ministério da Saúde, em 1953.

Posteriormente, assume em 1956, Juscelino Kubitschek. Segundo Santos (2017), o presidente possuiu uma política econômica nacional desenvolvimentista, o que é corroborado por Fausto (2001), que destaca a política do Plano de Metas, a qual destacava como objetivos principais o investimento nos setores de energia, transportes, alimentação, indústrias de base, educação e construção de Brasília. Dessa forma, pode-se constatar que a execução de ações em saúde não constava

como uma das prioridades de JK. Salienta-se a criação, em 1956, do Departamento Nacional de Endemias Rurais.

O vice de JK, João Goulart, candidata-se na eleição subsequente como vice de Jânio Quadros, e após a sua renúncia, Jango consegue assumir a presidência. Sua figura não era amplamente aceita e, ao levar em consideração o embate ideológico que permeava o mundo nesse período, suas propostas de reforma de base, sobretudo a reforma agrária, eram rejeitadas por diversos atores sociais e políticos.

Nesse mesmo sentido, o contexto de disputa social e ideológica vigente culmina no Golpe Militar, em abril de 1964, que dá fim ao curto período de experiência democrática brasileira e inicia os longos anos de Ditadura Militar. (FAUSTO, 2001).

Até aqui se pode constatar a necessidade de avaliação das construções sociais em sua totalidade, associadas a diferentes estruturas de dominação e às determinações econômicas impostas historicamente. Isso fica nítido ao se analisar que as práticas de saúde somente alcançaram maior organização após a sua associação à categoria trabalho, com o intuito de manter o trabalhador saudável para a produção e garantir sua força de trabalho.

Essa concepção vai ao encontro do método materialista histórico-dialético, no qual as condições materiais do homem determinam suas condições sociais. Assim, a relação do homem com a produção determinou, no Brasil Colônia, se dependeria da caridade das Casas de Misericórdia ou não, bem como na Primeira República a relação do homem com a produção determinou se teria direito à saúde a partir das Caixas de Aposentadoria e Pensões em 1923 ou através dos IAPs na década de 1930. A todo o momento, desde a chegada dos portugueses em terras nacionais, essa população teve sua saúde atrelada a sua condição material.

### 2.3 De 1964 ao período da redemocratização

Após um curto período democrático, o Brasil experimenta 20 anos de ditadura militar, período que correspondeu aos anos de 1964 a 1984. Até 1974, fase em que se iniciou o processo de abertura política. Bravo (2015, p. 19) qualifica a

PROMOÇÃO



APOIO

manifestação estatal na questão social como um “binômio repressão-assistência” e no que diz respeito especificamente à saúde ocorre o desenvolvimento do modelo privatista de saúde e manutenção do modelo de saúde associado ao trabalho.

Segundo Escorel (2012, p. 325), “O tripé sobre o qual se sustentou o regime autoritário-burocrático brasileiro estava constituído pelo capital internacional, o grande capital nacional e a tecnoburocracia civil e militar”. Essa afirmação concede as bases para compreender como o regime militar favoreceu instituições privadas de saúde e fortaleceu ainda mais a prática da medicina pela lógica do seguro.

Acordante a essa afirmativa, Aguiar Neto (2015) explica que os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) unificaram-se em 1966 a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS), que se tornou “grande comprador dos serviços privados de saúde”. (AGUIAR NETO, 2015, p. 81). A alta incidência em ações na saúde do trabalhador que se perpetuou durante a Ditadura Militar brasileira nos faz questionar em quais condições sociais viviam os demais brasileiros que não tinham trabalhos formais.

Não se encerram por aqui os exemplos de como funcionava o modelo privatista de saúde do regime e a qual classe social tinham como prioridade. Lançado em 1968, o Plano Leonel Miranda, que leva o nome do então ministro de saúde da época, tinha como proposta “a privatização integral do sistema nacional de proteção e recuperação da saúde, regime de livre escolha do médico e do hospital pelo cliente e participação compulsória direta e imediata do usuário no custeio dos serviços”. (MELLO, 1977, p. 65).

O plano não foi bem aceito pelas camadas sociais e, conforme Mercadante *et al. apud* Escorel (2012, p. 41), “encontrou enormes resistências – ostensivamente dos profissionais de saúde, sindicatos de trabalhadores e governos estaduais e, veladamente, do próprio corpo técnico da previdência social”

É compreensível a negativa popular a essa proposta, tendo em vista que Santos (2017) destaca que os 10% mais ricos concentravam pouco mais de 39% da renda em 1960, enquanto em 1980 passaram a concentrar 50,9%. Então, como poderia haver a universalização da política de saúde mediante a privatização se a população era assolada por tamanha desigualdade, concentração de renda, altos índices de inflação e políticas como arrocho salarial?



A insatisfação popular foi intensificada a partir da criação de entidades que se empenharam em produzir conhecimento crítico a respeito da saúde. Aqui se destacam o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

Em 1978 foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma Ata, que classifica saúde como:

Estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial. (ONU, 1978, p. 1).

Verifica-se que essa afirmativa vai de encontro às ações realizadas durante a Ditadura Militar, pois além de desenvolver ações em saúde sob uma perspectiva curativa, sem enfoque na prevenção e controle, não era vista como direito social fundamental, com a intenção primordial de sua privatização. Conforme Sabino ([s/d], p. 146) “as necessidades humanas só serão atendidas se for de interesse do capital, se de alguma forma atender sua prioridade de acumular capital, caso contrário serão desprezadas”.

A inquietação da população com as condições de vida durante o regime era visível e a sociedade civil estava organizada a fim de lutar por eleições diretas e transformação política e social. Durante esse período se iniciava a abertura política e o Movimento das Diretas agia incansavelmente. Assim, em janeiro de 1985 foram realizadas eleições indiretas, que elegeram Tancredo Neves a presidente do Brasil, o que leva ao fim do período de 20 anos de ditadura militar.

## 2.4 O Movimento de Reforma Sanitária

Como citado anteriormente, as entidades CEBES e ABRASCO fortaleceram o debate sobre concepção de saúde universal e influenciaram o surgimento do movimento da Reforma Sanitária. A nomenclatura “movimento” está intimamente ligada ao fato de ocorrer a partir de uma sucessão de fatos onde diferentes atores sociais agiram conjuntamente em prol da mudança da concepção de saúde.

Em 1979 ocorreu o I Simpósio sobre Política Nacional da Saúde, no qual um dos trabalhos apresentados foi a “Democratização e Saúde”, de Sérgio Arouca, do

PROMOÇÃO

APOIO



CEBES. Segunda o autor, o documento visava “abrir um debate sobre as questões políticas ligadas à área da saúde”, em que também se sobressaem a piora no nível de vida da população, aumento da mortalidade infantil, acidentes de trabalho, doenças mentais, doenças endêmicas, entre outras. (BRASIL, 1979, p. 226).

Além disso, em seu texto também consta que:

Crescem, a um só tempo, a mobilização popular contra o desemprego, os baixos salários e suas péssimas condições de vida. Cresce também, e mais especificamente, a irritação da população contra as filas, a burocracia, a corrupção e os custos da má atenção médica que recebe. Crescem, finalmente, as reclamações e reivindicações sindicais contra os convênios e contratos com as empresas médicas. Enquanto isso acontece, a medicina brasileira vive uma profunda crise. (BRASIL, 1979, p. 227).

Esse trecho está de acordo com o exposto precedentemente, em que os âmbitos da política, economia e social no Brasil estavam em decadência, a desigualdade era ascendente e tornou-se iniludível a necessidade da intervenção estatal na garantia dos direitos sociais.

Ainda em seu trabalho, Arouca (*apud* BRASIL, 1979) ressalta como a ação pública da época estava direcionada aos interesses da minoria, dos donos de empresas médicas e dos gestores da indústria de saúde. Sendo assim, o autor aponta como caminho para uma saúde autenticamente democrática o “reconhecimento do caráter socioeconômico das condições que viabilizam a saúde, como o emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis” (BRASIL, 1979, p. 228), além da criação de um sistema único de saúde que estivesse sob responsabilidade do Estado.

Com a intensificação da questão social e da consternação social no que dizia respeito à saúde, sob o fito de debater sobre esse assunto, ocorreu em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde nela houve a participação de mais de 4 mil pessoas, como descreve o próprio documento. (BRASIL, 1986).

Observa-se que logo no primeiro tema está evidente o quão profundas eram as modificações necessárias na saúde, “revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionado chamar a Reforma Sanitária”. (BRASIL, 1986, p. 88). Além disso, também discute assuntos como a formação desigual da sociedade brasileira, a consolidação de um modelo de saúde assistencial e excludente, a priorização da



mercantilização da saúde através do investimento no setor privado e a necessidade do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde.

No segundo tema, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”, é discutido de fato a construção de um Sistema Único de Saúde através de “uma ampla Reforma Sanitária”. Por fim, no terceiro e último tema, “financiamento do setor”, foi avaliado como poderia ser o financiamento do novo Sistema de Saúde, no qual foram debatidos pontos como a fixação prévia de percentual mínimo de investimento público, a desvinculação gradativa de recursos da previdência, entre outros. (BRASIL, 1986).

Diante do exposto até aqui, pode-se confirmar como a Reforma Sanitária não se desenvolveu de forma repentina na sociedade brasileira, haja vista que foram anos de construção, amadurecimento, discussão social, além de uma conjuntura política favorável para a intensificação da mobilização e organização popular na tentativa de reformular o sistema de saúde vigente. Sendo assim, somente em 1986, durante a Conferência, puderam ser concretizadas as bases que orientaram a construção do Sistema Único de Saúde conhecido atualmente.

## 2.5 A Constituição Federal de 1988 e a materialização do papel do Estado

Diante do colocado até o momento, é possível concluir que todas as evoluções, no que diz respeito à Política Pública de Saúde, foram resultantes da organização dos movimentos sociais na exigência por direitos sociais ou no intuito do Estado de garantir a manutenção de uma mão de obra eficiente para o capital.

Em conformidade com Behring e Boschetti (2011, p. 186), a ditadura proporcionou um “passaporte para a crise econômica crônica”, o que fez dos anos 1980 a “década perdida” do ponto de vista econômico, mas com grandes conquistas democráticas, entre elas a Constituição Federal de 1988. De acordo com Fausto (2001, p. 181), a Constituição de 1988 “refletiu o avanço ocorrido no país na área da extensão dos direitos sociais e políticos aos cidadãos em geral e as chamadas minorias, no qual passam a ser incluídos os índios.”

Apesar do interesse da “Nova República” em atender as pautas sociais, não poderia ser ignorada a influência política do setor privatizante, o que fazia da

formalização da categoria saúde um alvo de disputa de interesses. Conforme Rodriguez Neto (1985), as propostas para reorganização dessa categoria estavam divididas em três vertentes: conservadora, modernizante/privatista e racionalizadora.

De acordo com o descrito pelo autor, a proposta “conservadora” tinha como características a conservação do modelo de saúde privatista da época. A segunda proposta, “modernizante/privatista”, partia do princípio de uma “modernização” do modelo vigente com o desenvolvimento do setor privado e diminuição do setor público na prestação de serviços de saúde. E, por fim, a terceira proposta, a “racionalizadora”, que entendia a categoria saúde como direito de todos os indivíduos, com intervenção integral e universal do Estado e o setor privado com caráter complementar e subordinado, essa era a perspectiva da Reforma Sanitária. (RODRIGUEZ NETO, 1985).

Sendo assim, em meio a essa disputa ideológica, a nova Constituição, em seu art. 194, decreta a consolidação da seguridade social brasileira, que deve assegurar direitos à saúde, à previdência e à assistência social. Diante disso, sobre a categoria “saúde”, em seu art. 196, a Constituição formaliza 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, 1988, p. 118).

Partindo disso, o Estado confirma sua figura enquanto responsável pelas ações e serviços de saúde. A nova Carta Magna destina uma seção inteira para o detalhamento das ações em saúde, que serão financiadas “com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”, além de citar a existência de um “sistema único de saúde”, que deve ser descentralizado, com atendimento integral e com prioridade para atividades preventivas e participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

## 2.6 A construção do Sistema Único de Saúde e os marcos legais da saúde

A Constituição de 1988 cria o Sistema Único de Saúde e faz um apanhado generalizado sobre o seu funcionamento. Entretanto, por se levar em consideração a sua complexidade e o tamanho do território brasileiro, foram necessárias as criações

PROMOÇÃO

APOIO



de eixos que dão embasamento jurídico e detalhamento sobre o funcionamento desse sistema, entre elas destaca-se aqui a Lei nº 8.080, a Lei Orgânica da Saúde.

Ainda em seu art. 2º, a Constituição Federal consolida a saúde como direito fundamental do ser humano e o papel do Estado em prover as condições para o seu exercício. Entre elas estão as “políticas econômicas e sociais que visem a redução do risco de doenças”. (BRASIL, 1990, p. 1).

Além disso, o código também confirma a ciência da saúde determinada por condicionantes sociais e econômicos, além de apontar que “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país”, entre esses condicionantes a lei destaca “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. Isso revela o entendimento do SUS quanto à influência das condições materiais na categoria saúde. (BRASIL, 1990, p. 1).

No que diz respeito à Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.080, em seu art. 6º, discorre exatamente sobre os campos de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), entre os quais se podem frisar:

- I - A execução de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e de saúde do trabalhador;
- IV - Vigilância nutricional e orientação alimentar;
- V - Formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e participação na sua produção;
- VII - Controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII - Fiscalização e inspeção de alimentos, água e bebidas para insumo humano. (BRASIL, 1990, p. 1).

Ainda no artigo 6, inciso 3º, é determinado o entendimento sobre ações de saúde do trabalhador como uma série de atividades que possuem o propósito de “promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”. (BRASIL, 1990, p. 1).

Diante da descrição dos compromissos do SUS na execução de atividades para a saúde do trabalhador, é possível analisar a dimensão desse sistema, que assume sua relação direta com as demais políticas sociais, não somente pelo fato de a política de saúde estar atrelada à Previdência Social na Seguridade Social



brasileira, mas pela compreensão da necessidade de intervenção para garantia de condições dignas de vida e trabalho para a classe trabalhadora.

Ademais, a perspectiva das políticas sociais, como forma de regular as relações sociais para a reprodução do capital, pode justificar também no Estado Burguês – que intervém na luta de classes -, a tamanha importância da saúde dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde Brasileiro.

Já no art. 7º, a lei dispõe dos princípios e diretrizes para o funcionamento do SUS, dos quais se destacam:

- I – Universalidade de acesso aos serviços de saúde;
- II – Integralidade de assistência;
- IV – Igualdade de assistência à saúde;
- VIII – Participação da comunidade;
- IX- Descentralização político-administrativa. (BRASIL, 1990, p. 1).

No que se refere à participação da comunidade, a Lei nº 9.142, de 28 de dezembro de 1990 dispõe sobre esse princípio e designa que a participação social ocorre a partir de instâncias colegiadas em cada esfera do Governo: a Conferência de Saúde, e o Conselho de Saúde.

A Conferência de Saúde deve ocorrer a cada quatro anos com o propósito de “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde”. (BRASIL, 1990a, p. 1). Enquanto o Conselho de Saúde, que possui caráter permanente, tem como objetivo formular estratégias e controlar a execução da política de saúde na instância correspondente. A lei ainda determina que, no que dizem respeito aos recursos financeiros, eles serão alocados no Fundo Nacional de Saúde e repassados de forma regular e automática para os municípios, estados e Distrito Federal.

Essa perspectiva de princípios como universalidade, integralidade e participação social e a amplitude de marcos legais a fim de regularizar o Sistema Único de Saúde nos faz refletir no que se refere ao caminho evolutivo que as práticas em saúde no Brasil trilham no decorrer de todos esses séculos. Após constante luta e articulação social, os brasileiros finalmente conquistaram o direito a uma consistente Política Pública de Saúde. As conquistas são tamanhas, mas muita luta há de seguir, em virtude da corrupção, precarização e ofensiva neoliberal que permeiam esses serviços.

### 3 CONCLUSÃO

Nessa pesquisa foi identificado como ocorreu a construção da Política Pública de Saúde no Brasil. Ao se analisar de forma crítica, verifica-se que ela esteve por muito tempo pautada em práticas assistenciais e caritativas. Diante disso, com a complexidade das relações sociais e trabalhistas e a luta popular pelo direito à saúde, essa política adquiriu, previamente, um viés majoritariamente previdenciário e posteriormente um caráter universal.

Observou-se que o perfil caritativo e a posterior medicina previdenciária implementada no Brasil intensificaram as estruturas de desigualdade social, tendo em mente o atendimento focalizado à população que não possuía vínculos formais de trabalho. Esse indivíduo que trabalhava informalmente, ao desenvolver algum agravo, dificilmente possuiria meios para arcar com um tratamento privado, haja vista que os empregos informais também pagam os menores salários.

Essa relação com a categoria trabalho remeteu à teoria materialista ao constatar que a materialidade da vida dos indivíduos impactou o seu acesso a bens e serviços e, conseqüentemente, sua qualidade de vida. Ademais, considera-se também que essa estrutura de desproteção social se perpetuou muito no decorrer da história do país, especialmente quando se leva em consideração a amplitude do território e difícil acesso a certas localidades. Apesar da recente consolidação do Sistema Único de Saúde, ainda é um desafio romper com os paradigmas de desigualdade que foram impostos durante séculos.

A partir dessas demarcações, tem-se a reflexão de que a negligência estatal construída historicamente desencadeou uma série de complicações à saúde das pessoas, além de se estabelecer como um agente-chave para a compreensão das iniquidades em saúde e revelar a urgência na prática do que está garantido pela Constituição Cidadã a partir de políticas públicas efetivas.

Portanto, existe a expectativa de que as reflexões empregadas nesta pesquisa sejam capazes de propor debates que viabilizem a construção de uma mentalidade social de valorização e fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Além disso, o entendimento sobre como as determinações sociais são impostas a

pelas relações materiais e sociais dos indivíduos, e como o Estado possui papel central na proteção de seus direitos.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR NETO, Zenaide. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015.

BEHRING, Elaine. R.; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. A questão democrática na área da saúde. 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. **Saúde em debate**, n. 9, p. 11-14. 1979.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923**. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/historicos/dpl/dpl4682-1923.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/dpl4682-1923.htm). Acesso em: 10 abr. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 10 abr. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. 1990a. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.142%2C%20DE%2028%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20participa%C3%A7%C3%A3o%20da,sai%C3%Bade%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.142%2C%20DE%2028%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20participa%C3%A7%C3%A3o%20da,sai%C3%Bade%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias). Acesso em: 11 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. 1986.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 2015.

PROMOÇÃO

APOIO





ESCOREL, SARAH. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

FAUSTO, Boris. **História concisa do Brasil**. São Paulo: Edusp; Imprensa Oficial do Estado, 2001.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Raízes do Brasil**. 27. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

MELLO, Carlos Gentile de. Análise do Plano Nacional de Saúde. In: MELLO, Carlos Gentile de. **Saúde e assistência médica no Brasil**. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1977.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração de Alma-Ata**. 1978. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/almaata.htm>. Acesso em: 10 out. 2022.

PRADO Júnior, Caio. **Formação do Brasil contemporâneo**. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1961.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Subsídios para definição de uma política de atenção à saúde para um governo de transição democrática. **Revista Saúde em Debate**. Londrina, Cebes, n. 17, 1985.

SABINO, Mariana Correia Silva. Fundamentos Ontológicos do trabalho em Marx: trabalho útil - concreto e trabalho abstrato. **Revista Online do Museu de Lanifícios da Universidade da Beira**, Universidade Federal do Alagoas – UFAL. [s./d]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/111725-Fundamentos-ontologicos-do-trabalho-em-marx-trabalho-util-concreto-e-trabalho-abstrato.html>. Acesso em: 21 abr. 2023.

SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio. Caridade e filantropia: elites, estado e assistência à saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, Luiz Antonio; PIMENTA, Tânia Salgado; HOCHMAN, Gilberto. (Org.). **História da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2018.

SANTOS, Josiane Soares. **Questão Social**: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2017.