

Posfácio

Princípios e Diretrizes do SUS: expressões de uma luta histórica do povo brasileiro

Washington Luiz Abreu de Jesus

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

JESUS, WLA. Princípios e Diretrizes do SUS: expressões de uma luta histórica do povo brasileiro. In: JESUS, WLA., and ASSIS, MMA., orgs. *Desafios do planejamento na construção do SUS* [online]. Salvador: EDUFBA, 2011, pp. 155-164. ISBN 978-85-232-1176-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Princípios e Diretrizes do SUS: expressões de uma luta histórica do povo brasileiro¹

Washington Luiz Abreu de Jesus²

O tema que iremos abordar neste texto é “Sistema Único de Saúde: histórico, princípios e diretrizes”. Trata-se de um tema aparentemente simples, porém, considerando o processo de acumulações que ele possui, vemo-nos diante de um grande desafio – como abordar a questão sem reproduzir a retórica de textos que a apresentam de modo linear, acrítico e descontextualizado? Mesmo reconhecendo todo o processo de construção intelectual sobre a questão, e que tratar do tema não pode ser considerado “algo novo”, iremos construir nosso pensamento tomando a “história” como um elemento central, cujo processo desencadeia e é desencadeado no contexto das relações que permeiam a construção de uma sociedade.

Ora, se o Sistema de Saúde brasileiro atual é fruto de uma disputa conjuntural da sociedade no enfrentamento de seus problemas concretos, sendo, portanto, um processo de construção social do qual derivam seus princípios e diretrizes, há que se adotar um raciocínio analítico que permita discorrer sobre como esse processo efetivamente se deu ao longo da história do país.

Como a história é nosso elemento central, recorreremos a ela para apresentar uma “gênese” dessa demanda e assim compreender um pouco do que poderia justificar os movimentos de luta que se conformam para

1 Este texto é fruto das minhas reflexões acerca da conformação histórica do Sistema Único de Saúde no Brasil. Originalmente foi construído quando me apresentava ao concurso para professor assistente de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (aprovado). É um exercício de “livre pensar”, não sendo, neste momento, minha preocupação indicar as referências utilizadas ou atualizar o debate em virtude da regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, o que farei oportunamente quando resolver publicá-lo em forma de artigo científico ou texto didático.

2 Brasileiro, médico, sanitarista e militante do SUS.



construir, no seio da sociedade brasileira, um debate acerca de qual sistema de saúde seria mais adequado à realidade social.

Por outro lado, a “expressão” histórica da demanda por um sistema público de saúde universal, igualitário e equânime é uma resposta construída socialmente a uma conjuntura que se constitui a partir do enfrentamento da realidade concreta do país e expõe a existência de uma superestrutura social e econômica contraditória aos princípios e diretrizes do sistema proposto, o que ratifica a necessidade da luta pela sua efetiva construção nos âmbitos político, técnico, gerencial e operativo, e junto à sociedade civil.

Se o Sistema Único de Saúde – SUS, então, resulta de uma construção histórico-social, ele é também fruto dos dilemas desse processo. Antes disso, é fruto dos desejos e pulsões que mobilizaram a sociedade nessa direção. E aí está a construção do nosso pensamento neste texto: discutir a “gênese” [possível] do que identificamos hoje como princípios e diretrizes do SUS, reconhecendo-os como produtos de um processo histórico – “expressões”.

O PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL: UMA GÊNESE PARA O SUS?

A saúde da população brasileira, durante muito tempo negligenciada pelos governantes, somente possui intervenções organizadas numa perspectiva pública no final do Século XIX, por meio do Sanitarismo Campanhista. Ainda assim, com o viés higienista que, a despeito das intervenções coletivas, tinha como retaguarda a superestrutura econômica da época, agro-exportadora. A assistência médica era essencialmente liberal.

Daí por diante, considerando o perfil de país liderado, periférico, o papel do Estado junto ao setor saúde vem sendo construído sempre por demanda: para responder às pressões do operariado diante de suas necessidades de assistência médica, pensões e aposentadorias (CAPS e IAPS); para responder às pressões da classe dominante e da superestrutura eclesiástica na relação com o próprio Estado na mediação sobre os conflitos sociais do país expressos nas condições de saúde das pessoas (filantropia);

para responder às pressões do capital estrangeiro da saúde diante da necessidade de desenvolvimento no setor (complexo médico – industrial); para responder aos interesses classistas e elitistas das profissões liberais (modelo médico – assistencial privatista).

Um sistema público de saúde nessa conjuntura se revela ineficaz na medida em que efetivamente ele não se constitui como tal [público]. O que está na ordem dos acontecimentos é exatamente a construção anacrônica da resposta social para dar conta de responder às necessidades expressas no âmbito da saúde dos indivíduos, da coletividade e dos ambientes.

Para agravar ainda mais a questão, historicamente o Brasil adotou a postura passiva de “consumir” o conhecimento estrangeiro e foi construindo sua “mão de obra” em saúde sem considerar as reais necessidades do país. Ou seja, não se produziu capital intelectual próprio no sentido de termos, ao longo da história de construção do sistema de saúde, à força de submeter sua lógica conjuntural às necessidades concretas da população.

É óbvio que é preciso reconhecer que a afirmação acima não é absoluta na essência. As reflexões críticas sobre o processo de constituição da sociedade brasileira vêm acompanhando o desenvolvimento histórico do país desde os séculos XVIII e XIX, tendo o século XX como marco de inflexão importante.

Voltando à questão do sistema público de saúde, o que historicamente vimos foi uma fragmentação estrutural, permeada pela inexistência de uma política pública que efetivamente respondesse aos problemas concretos da sociedade no tocante ao setor. E aí está a gênese histórica dos movimentos de luta em busca da saúde desenvolvidos pela população brasileira, em resposta, inclusive, às ações dos próprios governantes sobre a questão.

Para além de compreender as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) e os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) como concessões governamentais, é preciso compreendê-los como resultado de processos históricos de enfrentamento social, e que, na gênese histórica de um sistema público fragmentado, expressa a luta dos trabalhadores pelo direito de trabalhar com saúde e poder desfrutar disso com os seus filhos, com sua família.



Ainda nessa perspectiva, a organização da Saúde Pública como resposta social produz, ao longo da história recente do país, reflexões fundamentais acerca dos modos de ação do Estado sobre as necessidades expressas da população em relação ao setor de saúde. E isso vai produzir, ao longo dessa mesma história, a constituição de vários arranjos gerenciais evidenciados exatamente no modo como foi sendo construída a intervenção estatal da Saúde Pública no Brasil – do Sanitarismo Campanhista ao desenvolvimentista, à concepção de Vigilância em Saúde Pública, à concepção ampliada de Saúde expressa na Constituição Federal de 1988.

Destarte, as pressões da conjuntura internacional para garantir a expansão do capitalismo enquanto modelo econômico hegemônico contribuem e determinam certa ausência na ação sobre a realidade concreta das necessidades de saúde. Na lógica proposta, o papel do Estado seria efetivamente abrir as portas à iniciativa privada, ou melhor, ao desejo privado. E aí está revelado o primeiro grande dilema estrutural da conjuntura social brasileira: da colônia à república democrática, da escravidão ao trabalho, o Brasil percorre sua história buscando o crescimento econômico de todo modo, mas deseja que o Estado seja o “sustentador” desse desenvolvimento. Liberdade e controle na ordem dos fatos; o Brasil oscila entre o desejo de ser potência econômica e o dilema de ter que enfrentar os interesses privados para garantir à sua população mais dignidade.

E o SUS nisso?

A reflexão é: se os sistemas de saúde são respostas sociais, há que se reconhecer que o caso do SUS é emblemático. O que a sociedade brasileira dispunha era um sistema de saúde fragmentado, dicotômico, desfinanciado, desqualificado do ponto de vista de dar respostas efetivas às necessidades sociais.

As lutas históricas pela garantia do direito à saúde se expressam nas vitórias que historicamente os brasileiros vão alcançando. Ainda que as conjunturas temporais tenham produzido rupturas históricas importantes nesses processos de luta, efetivamente foi sendo construído o ambiente para que o SUS se tornasse uma realidade histórica, ainda que parcial do ponto de vista de sua concretização.

Quando a sociedade brasileira inicia seu processo de reflexões críticas sobre suas necessidades de saúde, ela toma o sistema público como um objeto de análise e disputa.

Refletir sobre isto significa, antes de tudo, resgatar a história e, debruçando-se sobre ela, problematizar. Então, a questão do momento era construir socialmente uma reflexão sobre a problemática da saúde e lançar as bases para o que viria a ser o processo de reforma Sanitária Brasileira – um processo muito longo.

A problematização se inicia com as reflexões sobre o modelo de formação médica nos espaços acadêmicos – uma denúncia de falência do modelo centrado nos procedimentos, mas também acontece no seio da própria sociedade, que passa a questionar as respostas do Estado às suas necessidades de saúde e reivindica uma recomposição de forças para o enfrentamento desta questão.

Outra face dessa “gênese” histórica é exatamente discutir como o pensamento crítico produz reflexões sobre a realidade que permitem esclarecer a “problemática” da saúde da população brasileira.

Se for uma construção social, está posto que reconhecer a problemática é enfrentar os problemas de modo corajoso, colocando-a na “ordem da história”. As constatações estavam apresentadas: a) o sistema de saúde era fragmentado, excludente e discriminatório; b) a população brasileira não tinha acesso igual às ações e aos serviços de saúde, e estes, quando existiam, restringiam-se a algumas regiões e cidades; c) o poder decisório sobre as intervenções era centralizado, burocrático e pautado pelo clientelismo autoritário; d) a cidadania, regulada, não se expressava para decidir os desígnios da construção das intervenções governamentais sobre a saúde.

Constatações à mesa, é hora da construção do processo de discussão sobre elas. Aí toma corpo e ganha vida a partir da ação de sujeitos sociais (individuais e coletivos), que, se aproveitando da conjuntura, ou melhor, da disputa conjuntural travada nas décadas de 1970 e 1980, constroem e concretizam o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, que tem como “expressão” concreta o SUS Constitucional.

Os movimentos sociais, os intelectuais e a própria sociedade, por meio do Movimento Popular de Saúde (MOPS), o Movimento Estudantil,



os Departamentos de Medicina Preventiva e Social, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), o Movimento pela Renovação da Medicina, os sindicatos e tantos outros sujeitos se aliam na discussão acerca da solução dos problemas estruturais do setor de saúde no Brasil – criam-se várias agendas (social, política, técnica) para conjecturar uma proposta concreta de Sistema de Saúde, o SUS.

Sem querer encerrar o olhar sobre a questão, aí está posta a reflexão sobre essa “gênese” histórica. É no reconhecimento dos problemas estruturais do sistema de saúde que se dá a construção social do que hoje temos como “princípios” e “diretrizes” do Sistema Único de Saúde brasileiro. As disputas travadas na arena do movimento pela redemocratização do país permitiram àqueles que, participando do processo, tornaram-se sujeitos sociais históricos, pautar o modelo de cidadania que era mais coerente ao processo de constituição histórica da sociedade brasileira. De cidadania regulada à cidadania plena, estava na pauta a superação de um modelo assistencialista, fragmentado e pautado no seguro social, e a instalação de um modelo pautado na seguridade social, capaz de recuperar a dignidade da sociedade brasileira, ainda que muitos dilemas ainda tenham permanecido.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS: EXPRESSÕES DE UMA CONSTRUÇÃO HISTÓRICO-SOCIAL?

Pretendemos agora, apoiados ainda na perspectiva crítica da história, refletir sobre a conformação dos princípios e diretrizes do SUS, delineando algumas reflexões acerca de suas bases. É num momento retumbante de discussões acerca dos problemas estruturais da saúde no Brasil que, apoiados pelos ideais democráticos, constroem-se o debate e as disputas para conceituar o SUS. Responder a esses problemas é, antes de tudo, pensar sobre eles de modo concreto e transformá-los:

a) para enfrentar as questões relativas à falta de acesso de todas as políticas públicas de saúde, resolveu-se adotar o princípio da **universalidade** que, para além de garantir acesso, deve garanti-lo de modo qualificado e resolutivo a todos os cidadãos brasileiros;

b) para enfrentar a questão da exclusão, da discriminação, das desigualdades (sociais, étnicas, de gênero, territoriais e econômicas), adotou-se o princípio da equidade, que tem a **igualdade** como principal forma de expressão. É preciso ter um sistema público de saúde que, na sua essência, garanta que aqueles que mais precisam sejam efetivamente assistidos, mas que também isso ocorra com a devida justiça social, já que todos são iguais perante a lei. Ademais, pensar em equidade e justiça social remonta a discussões sobre a responsabilidade pública da ação governamental na correta distribuição de recursos em saúde, sejam eles financeiros (alocação), humanos (lotação), físicos (distribuição/suficiência), etc.

c) para responder ao problema da centralização decisória e burocrática, idealizou-se o princípio/diretriz da **descentralização** [assim expresso por constar da lei orgânica da saúde no rol comum dos princípios e diretrizes]. Essa descentralização, de caráter político-administrativo, expressa exatamente o desejo de superação da prática autoritária e clientelista da decisão sobre os desígnios do setor. Com ela tornam-se necessárias as constituições de estâncias colegiadas de gestão entre os gestores já que, na essência, a direção do SUS é única. Temos aí, portanto, as bases para constituir as Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite (CIB e CIT), marcos da descentralização político-administrativa, que passam a incluir no rol dos decisores o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde estaduais e municipais.

d) para enfrentar a questão da fragmentação do cuidado e da dicotomia do sistema de saúde, constrói-se o princípio da **integralidade**. A questão da universalização dos princípios da dignidade humana está perdida no momento em que, por forças de uma tensão histórica, sobressai o cuidado fragmentado às ações de saúde dos profissionais sobre o indivíduo, as coletividades e o ambiente, e também fragmentando a ação do Estado, cujo trabalho não produz mudanças no estado de saúde das pessoas. A disputa posta aí, para além de uma disputa legal e organizacional, é paradigmática: “o ser humano é um todo na sua essência e o cuidado deve refletir essa ideia”. Daí a necessidade de integralidade.

e) para superar a concepção de cidadania regulada e do autoritarismo, expressas na ausência da participação social nos processos de decisão



sobre os desígnios do setor de saúde, constrói-se o princípio da **participação da comunidade**, que oportunamente se institui, já que o período de nascimento do SUS é o período da redemocratização do país, e coerentemente com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, trazer este princípio à “ordem da história” é afirmar a potência desse processo. Daí a constituição, na Lei Orgânica da Saúde, dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde como legítimos espaços de participação social.

Enfrentar essas questões principais requer a construção de outros desígnios. Construir um sistema público de saúde universal, igualitário, equânime, justo, pautado na integralidade, descentralizado e que tenha a efetiva participação da sociedade requer um investimento organizacional. Daí os princípios da **regionalização** e **hierarquização**, que para além de apontar os arranjos necessários a garantir a resolubilidade do sistema, também indicam a necessária organização solidária que deve existir entre os decisores, para que todos os cidadãos sejam atendidos nas suas necessidades de saúde. E aí também está revelado o outro sentido da participação, quando se faz necessário superar as barreiras e os limites interfederativos, promovendo a discussão acerca da conformação de sistemas regionalizados de saúde e redes de atenção à saúde, de modo a garantir integralidade. O Estado tem papel importante na intermediação dos processos de regionalização e hierarquização do sistema – por isso é diretriz fundamental.

Outros princípios e diretrizes acabam por surgir no percurso: garantia à informação, direito de escolher (autonomia), vigilância da saúde como eixo orientador da ação, controle público das ações essenciais à manutenção da vida, etc. Refletindo a intensa construção da luta dos diversos atores sociais na construção da demanda pelo SUS, enquanto sistema público de saúde. Porém, o processo de disputa ainda está inacabado. É preciso continuar militando para que de fato esses princípios e essas diretrizes se concretizem na prática. A Reforma Sanitária Brasileira ainda não está completa e novos atores precisam erguer as bandeiras de luta para somar-se àquelas que historicamente disputaram e conquistaram este SUS real que temos.

A TÍTULO DE CONCLUSÃO (AINDA QUE DE MODO PRELIMINAR)

O SUS é fruto de uma construção social e histórica marcada pelas disputas na direção de garantir que todos os brasileiros tenham direito à saúde, na perspectiva ampliada, com interface sobre todas as dimensões de suas vidas.

Optamos por trabalhar este texto a partir de reflexões históricas para construir as diretrizes que norteiam e expressam a totalidade do SUS Constitucional.

Para concluir, ainda que provisoriamente, faremos um breve resumo dos principais fatos históricos que culminaram na construção do SUS, para deixar claro que o caminho adotado é mais um olhar de reconhecimento à história oficial.

- Na década de 1970 toma corpo o Movimento Sanitário Brasileiro que, em meio à crise do sistema de saúde, lança as bases do que se denominou Reforma Sanitária Brasileira.
- Na década de 1980 a crise se agrava, o país entra em recessão econômica e o processo de redemocratização do país ganha força, com o “povo” nas ruas. É criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como reflexo da profunda modificação da relação entre o Estado e as prestadoras de serviços, iniciando-se efetivamente a construção de um sistema. Realiza-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que lança as bases para a construção do SUS, e vai, por meio de representantes legítimos como Sérgio Arouca, Eleutério Rodrigues Neto, Hésio Cordeiro [e tantos outros], ganhar força junto à Assembleia Nacional Constituinte, para garantir que suas proposições sejam incorporadas ao texto constitucional.
- Em 1988, promulgada a Constituição Cidadã, tem-se consolidado do ponto de vista legal o SUS, seus princípios, diretrizes e suas regras básicas de financiamento, no contexto da Seguridade Social e garantido pelo Orçamento da Seguridade Social.
- Em 1990, com a regulamentação do SUS, por meio da Lei Orgânica da Saúde [Leis nº. 8080 e 8142/90], reafirmam-se os princípios e as



diretrizes do sistema, definindo-se as bases concretas do seu funcionamento e instituindo-se uma nova fase no processo histórico de construção do sistema público de saúde brasileiro.

Se um sistema de saúde é de fato uma resposta social, aí está a resposta social do Brasil a essa demanda. Cabe àqueles que nele militam continuar reconstruindo cotidianamente a história e redefinindo as expressões concretas desse sistema no âmago da sociedade brasileira. Um SUS efetivamente universal, equânime, igualitário, pautado na integralidade, que se construa com base no respeito ao direito de cidadania, responsabilidade mútua, tenha um caráter organizativo, inclusivo e abrangente, que chegue a todos os “cantos” do país e se organize para prestar o cuidado de modo racional e justo.

Salvador, 26 de março de 2011