

de Cássia Gabrielli Souza Lima, Rita; Osório Severo, Denise; Machado Verdi, Marta Inez;
Da Ros, Marco Aurélio

A Construção do Direito à Saúde na Itália e no Brasil na Perspectiva da Bioética
Cotidiana

Saúde e Sociedade, vol. 18, núm. 1, enero-marzo, 2009, pp. 118-130
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263688012>

A Construção do Direito à Saúde na Itália e no Brasil na Perspectiva da Bioética Cotidiana

The Construction of the Right to Health in Italy and in Brazil under the Perspective of Everyday Bioethics

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima

Mestre em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Endereço: Rua Francisco Vieira, 567, Bairro Morro das Pedras, CEP 88066-010, Florianópolis, SC, Brasil.

Email: rcgslima@terra.com.br

Denise Osório Severo

Mestre em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Endereço: Rua Francisco Vieira, 567, Bairro Morro das Pedras, CEP 88066-010, Florianópolis, SC, Brasil.

Email: deniseosorios@hotmail.com

Marta Inez Machado Verdi

Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Endereço: Rua Laurindo Januário da Silveira, 5125 casa 6, Lagoa da Conceição, CEP 88062-201, Florianópolis, SC, Brasil.

Email: verdi@mboxi.ufsc.br

Marco Aurélio Da Ros

Doutor em Educação. Professor titular do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Consultor do Ministério da Saúde.

Endereço: Estrada Geral da Praia Mole, 1750, Bairro Lagoa da Conceição, CEP 88062-970, Florianópolis, SC, Brasil.

Email: ros@ccs.ufsc.br

Resumo

Este artigo busca percorrer as políticas de saúde italiana e brasileira em um recorte histórico das conjunturas econômicas e políticas do século XVIII ao século XX, na perspectiva de identificar elementos sinalizadores de aproximações e distanciamentos para compreender o processo de materialização do direito à saúde. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, tendo como fonte de dados documentos oficiais e revisão de literatura, numa perspectiva histórica. A análise dos dados é feita com base na bioética cotidiana. Os resultados obtidos mostram que, em ambos os Estados, a origem da concretização do direito à saúde é fruto da iniciativa dos trabalhadores com o propósito de satisfazer uma de suas dimensões: o direito à assistência à saúde. Percebem-se similaridades nos modelos de proteção social, a importância da Itália no processo brasileiro de construção do direito à saúde, distanciamento entre as novas ações estatais instituídas após as reformas sanitárias e a necessidade de se enfrentar, valendo-se de um sistema político de regras, o histórico conflito ético entre os direitos individuais e a garantia dos direitos sociais, especialmente o direito à saúde, nas duas realidades.

Palavras-chave: Direito à saúde; Bioética cotidiana; Política de saúde.

Abstract

This article approaches the Italian and Brazilian health policies based on a historical overview of the economic and political conjunctures from the 18th century to the 20th century, so as to identify elements that signal similarities and differences in order to understand the materialization process of the right to health. The present study is a descriptive research with a qualitative approach. The data source includes official documents and a literature review in a historical perspective. The data analysis is carried out based on Everyday Bioethics. The results show that in both States the right to health is rendered concrete as a result of the workers' initiative, with the aim of satisfying one of its dimensions: the right to health assistance. The following aspects were observed: similarities in the social protection models, the importance of Italy in the Brazilian construction process of the right to health, differences between the new governmental actions established after the sanitary reforms, and the need to confront, by means of a political system of rules, the historical ethical conflict between individual rights and the guarantee of social rights, mainly the right to health, in both realities.

Keywords: Right to Health; Everyday Bioethics; Health Policy.

Introdução

O projeto moderno, idealizado por filósofos desde o século XVI e consolidado na transformação do feudalismo para o capitalismo, a partir da Revolução Inglesa no século XVIII, desencadeou profundas mudanças na forma de organização da sociedade, que desagaram em expressivos avanços, especialmente no campo da constituição dos direitos. Antigas verdades que até então eram imputadas à natureza foram suplantadas pela conscientização do homem acerca de sua capacidade de compreensão e explicação das adversidades impostas pela vida em sociedade, e novas relações sociais, políticas e econômicas foram estabelecidas, favorecendo a emergência da concepção do direito a ter direito (Mondaini, 2003).

O homem moderno, ao determinar o sepultamento das antigas verdades, dentre elas, a de conceber a natureza como desordenada e justificar divinamente os infortúnios advindos ao homem do campo, para possibilitar a emergência da sua verdade, optou pela autoilusão moderna como doutrina estrutural (Bauman, 1999).

É nesse cenário de construção da ordem, enquanto princípio de realidade, que foi desenvolvida uma consciência histórica de desigualdade sob a qual começara a ser construído o direito civil, direito do cidadão, embrião dos fundamentos filosóficos de direitos humanos (Mondaini, 2003; Susser apud Berlinguer, 1997).

A primeira geração de direitos - direitos de liberdade - foi inaugurada a partir da Declaração Americana de Direitos - aprovada, em 1776, na ainda colônia de Virgínia - e da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão - sancionada pela França em 1789 (Mondaini 2003; Susser apud Berlinguer, 1997). Essas declarações consagraram os fundamentos políticos dos direitos humanos e emergiram como uma necessidade para ancorar a opção pela modernidade.

A modernidade, construída sob a aspiração em ser moderno, trazia em seu bojo o risco de a humanidade não dar conta de enfrentar "as dificuldades inerentes à natureza da civilização [leia-se modernidade] que não se submete [riam] a qualquer tentativa de reforma" (Bauman, 1998. p. 8).

O século XIX, cenário de materialização da vida moderna, foi um marco no estabelecimento da ordem do corpo social e na construção humana de desejar

a necessidade e a certeza do mundo. A pretensão em ser moderno havia sido edificada à luz da autoilusão moderna que parece ter sido a fonte das belas e atrozes ações do homem no século XX (Bauman, 1999). Em resposta a essas atrocidades, somou-se uma segunda geração de direitos, cujo reconhecimento foi conferido especialmente pela “Constituição Alemã de Weimar”, em 1919 (Humenhuk, 2003).

Eclodiram, como uma necessidade, os direitos sociais, positivos com caráter universal e de competência estatal, cuja expressão máxima se manifestou após a segunda guerra (1939-1945), na proposta de construção pelos Estados Nacionais de um ideário a ser seguido para a proteção da dignidade humana, duramente atingida pelas crueldades nazistas.

Os direitos de segunda geração foram contemplados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada em 10 de dezembro de 1948 pela Organização das Nações Unidas, com uma terceira geração que surge para responder ao consequente processo de destruição social e desapropriação territorial advindos com a segunda guerra - direitos de solidariedade e qualidade de vida - que contemplam, dentre outros, o direito à paz e ao meio ambiente (Amadigi, 2005).

No campo da saúde, em resposta às atrocidades praticadas pela humanidade, surgiu a bioética, nos anos 1950 e 1960, como uma possibilidade para buscar soluções e respostas consensuais às ações humanas, bem como para pensar os efeitos advindos do biopoder, exercício do poder sobre o controle dos corpos, instaurado sob a necessidade de manutenção e controle da ordem instituída pela modernidade.

Por fim, nos anos 1990, uma quarta geração começou a ser construída para que se pudesse enfrentar a globalização política imposta pelo neoliberalismo (Bonavides apud Lima e col., 2005).

Percebe-se, desse modo, que os direitos foram e continuam sendo pensados, construídos e efetivados com base no processo de transformação da organização social.

Este artigo busca percorrer, em um recorte, as políticas de saúde instituídas pelos Estados Nacionais Itália e Brasil, na perspectiva de identificar elementos sinalizadores de aproximações e distanciamentos em cada uma das conjunturas econômicas e políticas para

compreender o processo de materialização do direito à saúde.

Ponderando a natureza deste objeto e a multiplicidade das dimensões envolvidas - objetivas (política, social, econômica) e subjetivas - elegeu-se como referencial analítico para nortear essa discussão a bioética cotidiana, uma ferramenta da bioética geral ocupada em buscar soluções consensuais, por meio de argumentos racionais e razoáveis, para as ações humanas cotidianas.

Trata-se de um estudo qualitativo numa perspectiva histórica, realizado por meio da análise de documentos oficiais e revisão de literatura.

O Direito à Saúde na Itália e no Brasil: avanços e recuos

Revisando a tese de Guzzanti¹, percebeu-se que a expressão do direito à saúde na Itália é observada inicialmente como um direito à assistência em um modelo de solidariedade mútua fundamentado na tradição societária de socorro mútuo, criada pelos operários italianos diante da nova realidade urbana industrial dos séculos XVIII e XIX. Atraídos pelas novas oportunidades de trabalho, os homens do campo migraram com suas famílias para a cidade em busca de novas oportunidades, e, ao chegar, descobriram-se objetos de produção exploratória sem direito a salários justos, e sem direito a proteção contra doenças, invalidez, maternidade, incapacidade para o trabalho e velhice. Enfim, sem direitos a uma vida digna.

Ao final do século XIX, o Estado conferiu personalidade jurídica às associações de socorro mútuo, valendo-se do argumento de que a saúde é um bem comum e assim o sendo deve estar submetida a um efetivo controle¹. Posteriormente, esse modelo de autogestão foi encerrado e criou-se o sistema previdenciário e assistencial de caixas mútuas. A seguridade, até então facultativa, foi substituída pela seguridade obrigatória por meio de duas prerrogativas: uma iniciativa cooperativa com base na contribuição voluntária dos trabalhadores associados e outra corporativa proveniente das contratações de trabalho e expressa em contribuições equivalentes entre trabalhador e patrão (Bellucci apud Cosmacini, 2005).

¹ GUZZANTI, E. *Evoluzione storica del Servizio Sanitario Nazionale*, 1999. Disponível em: <<https://www.cesdaldspace.it/retrieve/2894/Bibliografia+Tesi.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2007.

O século XX foi marcado por inúmeras ações estatais diretamente ligadas ao direito à saúde. O mutualismo, modelo de seguridade de doenças, permaneceu vigente no período pré-fascista e foi (re) inventado pelo governo fascista, a partir de institutos centrais que passaram a representar as caixas mútuas².

Após a segunda guerra mundial, em dezembro de 1947, a Constituição Italiana foi promulgada e começou a vigorar em 1º. de janeiro de 1948. No seu Artigo 32 refere: *A Repùblica tutela a saúde como direito fundamental do indivíduo e interesse da coletividade, e garante tratamento gratuito aos indigentes [...] (Repubblica Italiana, 1947).*

A Itália, na década de 1960, estava imersa em grandes dificuldades e não viveu o *welfare state* como os países social-democratas europeus. Além disso, a evolução do perfil demográfico da população, o incremento das necessidades de saúde e o endividamento do mutualismo fortemente fragmentado em inúmeras operadoras de planos e seguros exigem um (re) pensar o sistema (Cavicchi, 2005; Berlinguer, 1997).

No período compreendido entre os anos 1960 e o final do século XX, a Itália viveu, no campo da saúde, inúmeras reformas.

Em 1965, Giovanni Berlinguer, então médico social e membro do Partido Comunista Italiano, havia elaborado um plano com base em estudos por ele realizados em 1964, onde previa a distribuição equânime da assistência à saúde em Unidades Sanitárias Locais e a substituição do princípio de seguridade de doença pelo princípio de seguridade social, mediante ações higiênico-preventivas e ambientais.

Contudo, o Parlamento adiou a discussão dessa proposta de Reforma Sanitária (Teixeira, 1989) e decidira, em 1968, por uma Reforma Hospitalar para oportunizar a entrada dos hospitais autônomos em substituição às instituições públicas de assistência e beneficência.

Segundo Berlinguer e colaboradores (1988), essa Reforma ocasionou uma complexa crise hospitalar e, dez anos após, em dezembro de 1978, eclodiu uma ampla mobilização social por uma reforma sanitária, com a participação de milhares de pessoas da sociedade civil, principalmente trabalhadores, como resultado

de um processo de lutas ideológicas e políticas (Berlinguer e col., 1988).

A Reforma Sanitária resultou na criação do “Servizio Sanitário Nazionale SSN”, regulamentado por meio da Lei 833/78, comprometido com uma moderna consciência sanitária, com base em um ideário democrático social, com uma proposta de universalizar o acesso e descentralizar a atenção à saúde, representando, assim, um avanço para os setores mais frágeis da sociedade italiana (Berlinguer e col., 1988). O lema era direito, saúde e garantia de assistência a todos e os princípios doutrinários eram: a globalidade, a igualdade, a universalidade e a unicidade. O país havia conseguido finalmente romper com o mutualismo e instituir um sistema de saúde que se mostra comprometido com a cidadania plena como direito universal, e, deste modo, com o direito universal à saúde³.

Todavia, o cenário italiano nos anos 1980, como os demais cenários de sociedades ocidentais, foi marcado por um expressivo aumento de demanda de necessidades e nos custos dos cuidados em saúde, uma vez que a expectativa de vida ao nascer e o envelhecimento populacional aumentaram. Além disso, a força do mercado, indústria e tecnologia, bem como os efeitos da Reforma 68 (incremento de leitos e aumento da despesa hospitalar) levaram a Itália a buscar medidas que pudessem resultar em “condições para” adequar a oferta em relação à nova demanda. O Estado escolheu, portanto, o caminho de contensão de despesas, norteado pela percepção de que a garantia do direito à saúde estaria na dependência de redução de custos (Cavicchi, 2005).

O governo italiano criou um sistema de coparticipação da sociedade com base no argumento da necessidade de incrementar o financiamento do SSN. Foi instituído o *ticket*, por meio do qual o cuidado na média complexidade passou a ser pago pela sociedade para garantir a gratuidade do cuidado de cidadãos de baixa renda. Uma política, portanto, dirigida à equidade (Repubblica Italiana, 1986).

O país adentrara a década de 1990 carregado de instabilidade político-econômica e de insatisfação em diversos setores da sociedade civil. Esse contexto, somado às inúmeras dificuldades para conter a des-

² MEZZANO, A. *I danni del fascismo*. Disponível em: <<http://xoomer.virgilio.it/fiamma/1%20DANNI%20DEL%20FASCISMO%20PDF%20ridotto.pdf>>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2009.

³ Serviço Sanitário Nacional.

pesa sanitária, determinou, na leitura do Estado, uma necessidade pontual de buscar soluções urgentes de adequação. Fundou-se, em 1992, por meio da Reforma *De Lorenzo Garavaglia* um novo modelo de gestão sanitária - *aziendalizzazione*⁴ - como fruto da percepção estatal de que a garantia do direito universal à saúde estaria na dependência dessa adequação (Cavicchi, 2005). A partir desse modelo, o sistema privado torna-se um grande parceiro do Estado. Essa reforma correspondeu à regionalização do sistema e nesse novo cenário gerencial nasceu um novo sujeito: a tecnocracia, representada pelos seus diretores gerais e colegiados (Cavicchi, 2005).

Empresas privadas não lucrativas assumiram a gestão sanitária, diminuindo o papel até então protagonizado pelos municípios (Mendes, 1999). Deslocou-se a gestão para um governo tecnocrático e as despesas passaram a ser governadas pelas ASLs - *Aziende Sanitarie Locali* - na representação de seus diretores gerais regionais. Esse instrumento de gestão propiciou, portanto, uma maior autonomia às regiões que passaram a tutelar a saúde com finalidade pública (Cavicchi, 2005).

Porém, as dificuldades persistiam. A necessidade de contensão de despesas frente à contínua evolução das exigências sociais continuava a se constituir em um grave problema para o Estado. Persegundo o enfrentamento dessa questão, e paralelamente eficiência, eficácia e equidade, o governo italiano decidira, em 1999, por uma terceira reforma - *Riforma Bindi* -, que determinou Normas para a Racionalização do SSN (Repubblica Italiana, 1999). Ao percorrer o Plano Sanitário Nacional 2006-2008, observou-se que o Estado mostra-se, no campo legal, comprometido para com a garantia legal do direito universal à saúde (Repubblica Italiana, 2006).

No Brasil, a primeira forma de proteção social surgiu por meio da organização de categorias de trabalhadores na forma de associações de auxílio mútuo em regime privado e facultativo destinado à resolução de problemas referentes à invalidez, doença e morte (Lima e col., 2005). O primeiro "montepio" surgiu na fase de império, em 1835, funcionou mediante o mutualismo e denominava-se Montepio Geral dos Servidores do Estado (Gentil, 2006).

Em um cenário político de grandes transformações sociais e econômicas para a inclusão do modo de produção capitalista, o governo da Primeira República, na emergência do século XX, voltara-se para a construção das primeiras políticas públicas de saúde, dentre elas a reforma sanitária, necessária para vencer as epidemias e preservar a política de exportação do café, carro-chefe da economia nacional (Verdi, 2002).

Em 1923 são instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), com a função de ofertar pensões, aposentadorias, pecúlios e assistência médica aos marítimos, ferroviários e seus dependentes (Oliveira e Teixeira apud Cortes, 2002). As CAPs eram organizações de direito privado voltadas a grupos específicos de servidores públicos e estruturadas com base em princípios de seguro social, modelo que vincula os benefícios prestados às contribuições dos segurados (Lima e col., 2005).

Posteriormente, em 1933, o governo Vargas criou os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) - autarquias vinculadas ao Ministério do Trabalho - com contribuições obrigatórias dos empregadores e empregados, destinadas à prestação de benefícios às categorias profissionais de trabalhadores urbanos, como os marítimos, estivadores, servidores públicos federais, industriários e comerciários, sendo excluídos outros trabalhadores, tanto urbanos como rurais (Malloy apud Cortes, 2002; Finkelman, 2002). Deste modo, percebe-se que o direito à saúde ainda permaneceu restrito a uma parte da população.

Após o término do governo Vargas, especialmente a partir do governo de Juscelino Kubitschek, ocorreu uma intensificação do crescimento econômico industrial no país que gerou um deslocamento dos centros econômicos para os núcleos urbanos e deflagrou o aumento das demandas por saúde, favorecendo assim a expansão dos serviços de atenção médica da Previdência Social (Mendes, 1999).

Com o golpe militar no Brasil, em 1964, os interesses de mercado no setor de saúde se fortaleceram e o governo criou, em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), consolidando o modelo médico assistencial privatista (Mendes, 1999). Esse instituto passou a concentrar uma grande quantidade de recursos financeiros e a prestar assistência a um grupo

⁴ Gestão sanitária dirigida por empresas privadas não lucrativas (Mendes, 1999).

maior de trabalhadores. Todavia, os cidadãos que não possuíam vínculo empregatício permaneceram sem direito à assistência à saúde.

No período compreendido entre 1968 e 1974, o Brasil viveu a fase conhecida como ‘milagre econômico’, período em que ocorreu a ascensão da ideologia de mercado em toda a sociedade e a disseminação da ideia da saúde como um bem de consumo (Luz, 1991). A política adotada pelo governo priorizava o crescimento econômico acelerado com altas taxas produtivas, delineando um cenário de expansão da oferta de empregos às categorias de trabalhadores especializados à custa do achatamento salarial da grande maioria da população, acarretando, deste modo, o aumento do consumo nas classes beneficiadas e, consequentemente, a concentração de renda no país (Luz, 1991).

Em meados dos anos 1970, diante da conjuntura de crise social vivida no Brasil, ganhou impulso o Movimento Sanitário, formado pela articulação entre intelectuais, acadêmicos e profissionais de saúde que se encontravam insatisfeitos com as iniquidades em saúde vigentes até então. Esse movimento passou a lutar por um Sistema Único de Saúde - universal e equânime - e pela redemocratização do país, concretizados uma década mais tarde (Da Ros, 2005; Escorel, 1998).

No ano de 1976, foi lançado o Programa de Interiorização de Ações de Saúde (PIASS), cujo objetivo era levar às comunidades nordestinas uma estrutura básica e permanente de saúde pública que pudesse atuar na solução de problemas médico-sanitários de maior reflexo social. Posteriormente, em 1979, esse programa foi estendido às demais regiões, refletindo o princípio de uma nova postura da previdência (Finkelman, 2002).

No ano seguinte, o governo criou o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), separando o setor de benefícios da assistência médica, ambos anteriormente sob responsabilidade do INPS, agora cabendo a este estritamente o controle dos benefícios, enquanto o recém-criado INAMPS ficaria responsável pela assistência médica (Cohn e Elias, 1996).

No início da década de 1980 foram instituídas as Ações Integradas de Saúde (AIS), consideradas um avanço rumo à proposta do Sistema Único de Saúde, e posteriormente o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

(SUDS), em 1987 (Finkelman, 2002), propostas estas defendidas pelo Movimento Sanitário.

O ano de 1986 constituiu-se em um marco na história das políticas de saúde do Brasil em virtude da realização do acontecimento político-sanitário mais relevante da época: a 8ª Conferência Nacional de Saúde. De caráter democrático, com maciça adesão de diferentes setores da sociedade (Mendes, 1999), o tema saúde como dever do Estado e direito do cidadão foi incluído na pauta dessa conferência, bem como a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial, priorizando as relações entre saúde e cidadania (Finkelman, 2002).

A luta histórica do movimento sanitário se refletiu na aprovação do capítulo sobre a saúde na Constituição Federal de 1988 e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que configura um fato inédito no país (Escorel, 1998). A Saúde Pública, até então imersa em um modelo setorial de saúde privilegiado pelo regime militar e vinculado à lógica de privatização neoliberal centralizada no complexo médico-industrial, vislumbrava um novo porvir.

O Estado Brasileiro iniciou, por meio do SUS, um processo de construção social com vistas a edificar um novo espaço de construção de saúde. De caráter público e único para todo território nacional, o Sistema Único de Saúde (SUS) elegeu como pilares doutrinários os princípios da universalidade, da assistência integral (integralidade) e da igualdade de assistência (equidade), e como princípios organizacionais a regionalização, a hierarquização, a descentralização, a resoluibilidade e a participação da comunidade.

Na década de 1990, foram editadas as Leis Orgânicas da Saúde: Lei 8.080 e Lei 8.142, primeiras formas de regulamentação do sistema criado, e editadas também diversas Normas Operacionais Básicas (NOBs), com o intuito de dar continuidade ao processo de operacionalização do SUS e consolidação do direito à saúde.

Ainda que este Sistema de Saúde tenha sido apresentado, no plano jurídico, como uma proposta fortemente promissora, deu sinais de fragilidade nos anos 1990. A conquista da (re) democratização havia sido um fato, mas essa década foi assinalada pelo ápice do *apartheid* social brasileiro e por um governo marcado pela pródiga capacidade de alienar seu patrimônio aos interesses estrangeiros.

Dante de contrastes sociais profundos, concentração ainda significativa de analfabetos, alto índice de mortalidade infantil nas regiões Norte e Nordeste e de acelerado desemprego, “tempos ditos modernos⁵” deflagrados pelo modelo neoliberal insistiram em seduzir o Brasil com o propósito de sedimentar o seu legado de reprodução do capital e supremacia de valores individuais (Viana e Dal Poz, 2005).

Além disso, havia uma limitação relevante: o sistema suplementar (privado) que começara a mostrar sinais de expansão no início da década de 1980 e que adentrara fortalecido, paralelamente ao SUS, na década de 1990, se consolidara como uma opção para 40 milhões de brasileiros descontentes com a proposta estatal e em condições de custear modelos outros que julgassem por bem⁶. A expansão desse modelo deu sinais de que o SUS conquistado pela sociedade não se materializaria como universal, mas de modo fragmentado, dirigido para os três quartos da população brasileira (140 milhões) que representavam a grande massa da sociedade brasileira: os pobres.

Dante do alto índice de mortalidade infantil nas regiões Norte e Nordeste, o Ministério da Saúde, em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância/UNICEF, criou, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS - implantado inicialmente no Norte e Nordeste e posteriormente em todo Brasil (Souza Lima, 2008).

Com base nos resultados positivos desse programa e em função da ênfase dada à municipalização pela Norma Operacional Básica 93⁷, o Ministério Brasileiro lançou uma nova proposta política que objetivou reforçar o SUS na construção de seu processo: o Programa Saúde da Família. Fundado na mesma lógica de três países que começaram, na década de 1980, a configurar esse modelo estratégico - Canadá, Cuba e Inglaterra - o Programa Saúde da Família, hoje renomeado Estratégia Saúde da Família, elegeu a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem da atenção em saúde (Souza Lima, 2008). Fundamen-

tou-se na concepção de que oportunizar os serviços de saúde na própria comunidade poderia contribuir para a produção social de saúde.

O Direito à Saúde na Itália e no Brasil: aproximações e distanciamentos

Analizando a dinâmica da construção histórica do direito à saúde no Brasil e na Itália, observou-se que os sistemas de proteção social não nascem, em ambas as realidades, como uma ação do Estado provedor. Os caminhos iniciais trilhados para a garantia dessa proteção, ideologicamente semelhantes, foram materializados a partir de ações da classe trabalhadora brasileira e da classe trabalhadora italiana. O Brasil e a Itália iniciaram essa construção com base em modelos societários de socorro mútuo para a garantia da assistência em saúde, exigida pelo capitalismo, novo modelo de organização social inaugurado com a Revolução Inglesa.

Desse modo, foi possível apreender que, nos dois Estados Nacionais, o princípio da materialização desse direito iniciara-se em resposta a uma reação da sociedade civil, organizada conforme as necessidades por ela vivenciadas, quando os trabalhadores despertaram para a necessidade de agregação e enfrentamento conjunto dos problemas advindos do modo de produção. A partir dessa nova realidade, criaram o modelo de solidariedade mútua, voltado à satisfação da dimensão assistencial do direito à saúde. Os dois Estados Nacionais somente sinalizaram preocupação com as condições concretas de vida e, desse modo, com a saúde do homem em sociedade, quando entenderam que, no novo modelo de organização social, a garantia da saúde dos trabalhadores representava também a garantia da manutenção do crescimento da economia.

Na Itália, o modelo instituído pelos trabalhadores de mútuo apoio foi percebido pelo Estado como uma

5 Grifo nosso.

6 MENDES, E. V. *O dilema do SUS*. Disponível em: <<http://www.gices-sc.org/ArtigoEugenioVilacaDilemaSUS.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2008.

7 Cabe sublinhar que a NOB 93 apresentara-se como um instrumento para impulsionar a descentralização em várias dimensões, mas somente a assistência ambulatorial e a assistência hospitalar foram contempladas com repasses financeiros. Houve avanços, em termos numéricos, a partir desta NOB, uma vez que 62,9% dos municípios foram habilitados em alguma forma de gestão (semiplena, parcial ou incipiente), porém, como somente 4,6% habilitaram-se na forma avançada de gestão (semiplena), no que concerne a sistemas municipais, o incremento da responsabilidade descentralizada não foi expressivo (Cunha, 2001).

ameaça aos seus reais interesses. Essa observação resultara na criação de um sistema assistencial e previdenciário cujo fulcro convergia para o controle social. Decidiu-se manter a autogestão da proteção social de socorro mútuo, porém, com personalidade jurídica. Posteriormente, esse modelo foi encerrado e nasceram as caixas mútuas. Um sistema (des) comprometido com o direito à saúde, frágil, limitado, excludente e iníquo, uma vez que, segundo Cosmacini (2005) e Guzzanti (1999), baseava-se em uma seguridade corporativa que (des) considerava o contexto da classe trabalhadora italiana: a maior parte dos trabalhadores do campo era formada por agricultores sem capacidade contributiva.

O sul da Itália desse período era fortemente agrícola, seu complexo industrial era tímido e o número de trabalhadores dependentes era pequeno. Ao buscar assistência em ambulatórios do município, os agricultores criavam, muitas vezes, conflitos de competência, uma vez que os municípios os consideravam mutuários tributários das mútuas, enquanto que, para as mútuas, eles eram pobres e, portanto, deveriam estar sob a tutela do município. Esse conflito de competência resultava em ineficiência do atendimento (Guzzanti, 1999).

Além disso, o tratamento desigual oferecido ao operário e empregado e ao dependente público e privado, como também o fato de a oferta pública restringir-se à atenção ambulatorial-hospitalar (D'Aragona apud Silei, 2004), demonstravam que as iniquidades se fazem também presentes na dinâmica interna desse sistema.

Do ponto de vista da bioética cotidiana, esse modelo de seguridade corporativa, o mutualismo, não foi consubstanciado em argumentos racionais que respeitassem os direitos humanos, dentre eles, o direito à saúde de toda coletividade. A sua construção se deu sob princípios iníquos, visto que a garantia era somente assistencial e ofertada de modo desigual, não consentindo oportunidade justa para que todos pudessegozardaspotencialidadesque lhes eram de direito (Berlinguer, 2000).

Embora a inoperância desse sistema tenha sido evidenciada, com relação ao (des) comprometimento para com o direito à saúde, durante o regime fascista as caixas mútuas se transformaram em uma organização paralela concentrando-se em um único instituto - INAM - com o intuito de exercer um maior controle político-econômico.

Esse novo modelo organizacional serviu de instrumento para financiar a compra de materiais bélicos e sustentar as políticas de propaganda (Guzzanti, 1999). É importante assinalar que a legitimização dessas ações se sustentara na impossibilidade de a sociedade expressar sua força de luta frente à política adotada.

Da mesma forma, a atuação do Estado Brasileiro, no que concerne à proteção social no Brasil, iniciou-se com o controle do modelo de mútuo apoio construído pelos trabalhadores. O Estado promulgou a Lei Elói Chaves (1923) e criou um modelo corporativo representado, inicialmente, pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que também eram fundamentadas no mutualismo.

Embora no plano concreto as CAPs não tenham modificado o sistema de mútuas iniciado no século XIX pelos trabalhadores, essa ação estatal refletiu um despertar do Estado Nacional no que se refere à organização de um sistema de proteção social. Todavia, as CAPs são criadas sob o manto moderno de necessidade de controle da ordem do corpo social e de modo não universal. O Brasil vivia sua primeira reforma sanitária e a reforma urbana; a primeira com o fito de controlar as epidemias para manter seu corpo social produtivo, e a segunda para fomentar o investimento estrangeiro.

À luz da bioética cotidiana, é possível inferir que o modelo de proteção social corporativo, CAPs, e as primeiras políticas públicas brasileiras não partiram do consenso de que a saúde era um direito de cidadania e que o Estado Democrático provedor deveria (e deve) estar moralmente comprometido com a sua efetivação. A proteção social e as políticas públicas em saúde objetivaram garantir a proteção contra doenças àquele considerado um instrumento necessário - o trabalhador brasileiro - para materializar o ideário de abertura ao capital estrangeiro. Sob o manto de controlar a ordem, o Estado atuava sob aquele que representava o Outro da ordem, a desordem, o caos.

As CAPs foram consolidadas com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) na década de 1930, um mecanismo de controle da sociedade inaugurado pelo governo Vargas. Nesse período, o Brasil se encontrava mais uma vez ideologicamente aproximado da Itália. O Estado Novo erguera-se à luz do fascismo italiano e o fascismo havia centralizado as caixas mútuas em institutos centralizadores. No

Brasil, os institutos também ampliaram a cobertura da assistência médica a algumas categorias ao instituir a contribuição obrigatória. O direito à assistência permanecera iníquo, restrito a alguns setores da população.

A queda do regime fascista no segundo pós-guerra inaugurou um período de luta pela democratização do Estado Italiano e a Constituição de 1947 expressou a força da unidade democrática popular construída durante o fascismo. Contudo, o direito à saúde foi contemplado, não como resultado de um debate ampliado, mas como “fruto de uma maturação política, de um clima geral, de um impulso para reformas radicais” (Berlinguer apud Teixeira, 1989. p. 197). Mesmo após o compromisso institucional de tutelar a saúde, o país continuava a pensar a proteção contra doenças.

Ante a hegemonia do Partido Democrático Cristão nesse período pós-guerra, o clientelismo do aparelho burocrático do Estado Nacional Italiano, expresso no modelo de caixas mútuas que se mantém para financiar a iniciativa privada, era incongruente com a proposta da Declaração Universal dos Direitos Humanos no que concerne à garantia do direito à saúde.

Percebe-se, deste modo, que embora a conjuntura internacional estivesse voltada para a garantia dos direitos sociais, a Itália não encontrara tempo nem espaço para pensar o direito à saúde, uma vez que priorizou o desenvolvimento econômico sem ponderar o balizamento ético necessário para a (re) construção de sua sociedade.

Nesse período, no Brasil, o processo acelerado de industrialização a partir do governo de Juscelino Kubitschek refletiu também a escolha por uma política que dava primazia aos investimentos econômicos em detrimento do desenvolvimento social. Em face desta opção, observa-se que o Brasil, assim como a Itália, negligenciou a importância de assumir um compromisso ético para com o direito à saúde.

Na Itália da década de 1960, a força de resistência do movimento dos trabalhadores aliada ao (re) encontro dos partidos nas decisões institucionais lançara uma semente de esperança reformadora no modo de organização social que se refletiu na saúde, no fortalecimento da luta das centrais sindicais pela construção de uma nova consciência sanitária.

Dante dessa conjuntura, o Partido Comunista Italiano, ancorado na luta popular e buscando oferecer respostas às demandas sociais, propôs o Plano Ber-

linguer, baseado na criação de um modelo sanitário com ações para além da seguridade de assistência à doença. No entanto, esse projeto não encontrou apoio suficiente para sua aprovação no parlamento, uma vez que prevaleceu a força das articulações políticas em prol de uma reforma hospitalar.

Essa Reforma Hospitalar realizada em 1968 de modo isolado em um contexto de avanço tecnológico sem contemplar uma ampla política sanitária, parece ter sido proposta para enfrentar o endividamento do mutualismo diante do aumento da demanda de serviços. Desse modo, é provável que seu objetivo tenha sido oportunizar recursos para responder ao aumento da demanda, constituindo-se em uma medida de urgência e não em uma proposta de (re) estruturação global da saúde pública. O pensamento de Cavicchi (2005. p. 19), ao referir que esta Reforma “começou pelo fim”, coaduna com esta inferência.

No entanto, no Brasil, a década de 1960 é marcada por um crescimento significativo da atenção médica da Previdência Social. A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, consolidara a atuação do complexo médico-industrial apoiado pelo governo militar, refletindo, assim, o (des) compromisso ético para com o direito à saúde.

No final da década de 1960 e início de 1970, o Brasil viveu o milagre brasileiro, marcado pela adoção de políticas que favoreceram a concentração de renda nas classes altas da sociedade à custa do empobrecimento das demais camadas da população. O milagre, na realidade, resultou na precariedade das condições de saúde do povo e conduziu ao fortalecimento dos ideais de mercado, ampliando, deste modo, as iniquidades e comprometendo a materialização do direito à saúde.

Todavia, esse período repressivo da ditadura militar deflagrou a ascensão de uma nova abordagem no campo da saúde que viria a constituir o arcabouço teórico-ideológico determinado a lutar por uma Reforma Sanitária no país: o Movimento Sanitário (Escoré, 1998).

A Itália, porém, encontrava-se na década de 1970 organizada socialmente e fortalecida na representação de seus sindicatos, autonomias locais, associações profissionais e de categorias. Essa coesão social propiciou ao país viver finalmente a sua Reforma Sanitária e romper com o perverso sistema de mútuas para se apropriar do direito à saúde, reconhecido pela Cons-

tituição de 1948. A sociedade conquistou o Serviço Sanitário Nacional.

Esse momento italiano coincidiu no Brasil com a fase de efervescência política na qual se iniciou a organização do movimento social protagonista da luta pela Reforma Sanitária. A ressonância dos ideais desse movimento no imaginário coletivo propiciou a confluência de distintos grupos sociais organizados, ampliando a capacidade de enfrentamento e conferindo um caráter eminentemente democrático à conquista brasileira do Sistema Único de Saúde.

Foi possível perceber que, em ambos os países, o fortalecimento das organizações no devir histórico desaguou em uma ampliação da concepção desse direito para além dos limites reduzidos de assistência. Na segunda metade do século XX, a qualidade de vida no trabalho passou a ser ponderada. Além disso, os dois países demonstraram um encontro temporal e ideológico entre o final da década de 1970 e o final da década de 1980, em seus movimentos por Reformas Sanitárias.

Com relação aos anos 1990, foi possível observar que o Brasil e a Itália encontravam-se ideologicamente distanciados.

O período italiano entre 1978 e 1992, marcado não por escolhas políticas capazes de conferir ao campo do real a materialização da concepção ideológica do movimento sanitário, mas por um grande vazio cultural oriundo do argumento construído de que a saúde está na dependência exclusivamente da política econômica e, consequentemente, de recursos financeiros, deságua em pesados danos sociais e éticos. A opção por escolhas políticas conservadoras de racionamento e contensão de despesas feriu a dignidade do cidadão italiano, já que submeteu o seu direito à saúde, por ele e para ele conquistado, à redução de custos e busca de eficácia. A opção pelo modelo de gestão sanitária - *aziendalizzazione* - velou o (des) cortinar das limitações no processo de materialização dos ideais da reforma (Cavicchi, 2005).

Já o Brasil, nos anos 1990, voltara-se para o enfrentamento das limitações expressas no processo de materialização do SUS. O modelo de gestão municipal, um dos princípios organizacionais do SUS, sinalizava a necessidade de ações que propiciassem, de fato, a sua inauguração no campo do real. O Estado Nacional decidiu, então, por um programa que pudesse propiciar

condições para a efetivação do processo: o Programa Saúde da Família. Do ponto de vista ético, o Brasil decidiu por uma tentativa que demonstrava, no campo jurídico, o compromisso moral de ponderar questões pertinentes ao interesse da coletividade.

Considerações Finais

Examinando o processo de construção dos direitos percebeu-se que cada uma de suas gerações surgiu como forma de dar suporte aos efeitos advindos da autoilusão moderna. A humanidade escolhera, diante do cenário de vida estática do mundo feudal, a vida em movimento e a efetivação do projeto moderno como uma sina, um destino a ser conquistado. Essa opção, que desejava abraçar a ordem, a necessidade, a certeza do mundo, gerou riscos expressos nas crueis ações humanas efetuadas em seu percurso moderno e pós-moderno e no surgimento da contingência. Riscos que interconectaram as dimensões humanas objetivas e subjetivas: as novas necessidades desejadas nascidas no seio das relações sociais de intensa e constante fragilidade como fruto das condições materiais de existência.

Com relação ao objeto deste estudo, o direito à saúde, foi possível apreender que o poder de subordinação exercido pelo modo de produção capitalista, pautado em uma sociedade individualista e inoperante no que tange à anuência das relações sociais, é um elemento relevante que limita a possibilidade de confluência em direção a um horizonte comum de construção do direito à saúde. Este moderno, perverso em seus princípios estruturais, esvazia a concretização do direito à saúde, já que os direitos individuais se sobreponem aos sociais.

Nessa lógica, para que o direito à saúde se consolide como uma finalidade positiva, faz-se necessário enfrentar, valendo-se de um sistema de regras, o histórico conflito ético entre a proteção dos direitos individuais e a garantia do direito à saúde. Berlinguer (2004, p.116) coaduna desta percepção ao referir que o capitalismo promoveu uma “lentidão trágica” na consolidação dos direitos humanos.

Observando a evolução do direito à saúde na Itália e no Brasil nota-se que, em ambos os Estados, a origem da concretização desse direito, fruto da iniciativa dos trabalhadores, parece decorrer da necessidade de ser

humano em dar respostas imediatas aos problemas que obstaculizam a sua existência e que, deste modo, comprometem sua força de trabalho.

Da mesma forma, os dois países adotaram estratégias muito semelhantes em suas políticas de proteção social no que concerne à concretização da face assistencial do direito à saúde. Na maior parte dos processos históricos, essas estratégias encontram-se temporalmente distanciadas, mas no período do século XX marcado pela restrição de liberdade, fascismo italiano e Estado Novo brasileiro, os modelos de proteção social estão temporal e ideologicamente aproximados.

Com relação às Reformas Sanitárias, há uma distinção importante no que concerne às forças de luta envolvidas nas origens desses processos. No contexto italiano ela foi deflagrada pelo movimento dos trabalhadores e posteriormente incorporada por outras camadas da sociedade; enquanto no Brasil o processo foi inverso, pois surgiu no meio científico e ganhou a adesão dos movimentos populares em seu percurso.

Esta particularidade pode ser parcialmente explicada pela distinção do potencial de força e autonomia da classe trabalhadora italiana e da classe trabalhadora brasileira. Os trabalhadores italianos, nos anos 1970, estavam fortemente articulados, ao passo que o Brasil, nesta década, estava sob regime ditatorial, sob intensa repressão política e os únicos campos sociais possíveis para a realização de debates e união de forças eram as universidades, embora esses espaços também estivessem sob forte restrição.

Ainda que consideradas as diferenças pontuadas, ambos os países conseguem viver a tão desejada reforma sanitária, uma necessidade de colocar a saúde como centro de reflexão e ação no sentido de construir sistemas pautados na universalidade. Os dois países conquistam, no plano jurídico, o “status” da saúde como um direito universal, como uma condição ‘sine qua non’ para gozar do direito à vida.

Examinando a evolução das políticas de saúde nos dois Estados, foram apreendidas similaridades no que tange ao modelo de proteção social adotado na Itália (século XIX) e no Brasil (século XX), bem como a cooperação italiana no processo brasileiro de Reforma Sanitária.

Ao observar o encontro temporal e ideológico entre o Brasil e a Itália, no século XX, em cenários de restri-

ção de liberdade (Estado Novo/ fascismo) e de clamor por liberdade, saúde como liberdade, em suas reformas, e considerando a Itália um país pertencente ao Velho Mundo e o Brasil um país jovem, pode-se dizer que o ‘tempo’ toma sentido na construção de processos históricos a depender das escolhas e balizamentos éticos e políticos que circunscrevem esses processos.

Dessa forma, entende-se que existem diferentes temporalidades na construção do direito à saúde e para que as sociedades consigam avançar para além da conquista ideológica é preciso criá-lo como um direito real, alargando, para tal, o imaginário social acerca dos valores que permeiam as escolhas nesse modelo de desenvolvimento de sociedade.

Todavia, percorrendo o processo de construção do direito à saúde, a partir da Reforma Sanitária Italiana 78 e da Reforma Sanitária Brasileira, foi entendido que a conquista político-ideológica da Reforma Italiana não avançara no campo do real. A Reforma *De Lorenzo Garavaglia* havia inaugurado um modelo de gestão sanitária ancorada na necessidade de contensão de despesas e eficácia.

Esse modelo italiano de gestão sanitária não se mostrara comprometido eticamente para com a sociedade italiana, já que se distanciou da conquista trabalhadora na Reforma 78 e assumiu a função de salvar as finanças. Um real instrumento de gestão (Cavicchi, 2005).

O Brasil, por sua vez, mostrara-se, no plano jurídico, comprometido com as fragilidades que permeavam a consolidação do SUS no campo real, sinalizando disponibilidade para aproximar a intenção da gestão sanitária municipal, uma conquista do SUS, em gesto. A criação do Programa Saúde da Família, em 1994, apontou essa disponibilidade.

Notas

1. Instituto Nacional de Seguridade contra Doenças (tradução dos autores).
2. Instituto Nacional de Previdência Social.
3. Instituto Nacional de Segurança no Trabalho.
4. Serviço Sanitário Nacional (Cosmacini, 2005).
5. Sistema Precursor de Seguridade Social (Melchiondes, 2002).

Referências

- AMADIGI, F. R. *Implicações éticas da concepção dos trabalhadores da equipe de saúde da família sobre o direito à saúde*. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- BAUMAN, Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- BAUMAN, Z. *Modernidade e ambivalência*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- BERLINGUER, G. *Etica della salute*. Milano: Saggiatore, 1997.
- BERLINGUER, G. Eqüidade, qualidade e bem-estar futuro. In: GARRAFA, V.; COSTA, S. I. F. (Org.). *Bioética no século XXI*. Brasília, DF: Ed. UnB, 2000. p. 67-75.
- BERLINGUER, G. *Bioética cotidiana*. Brasília, DF: Ed. UnB, 2004.
- BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S. F.; CAMPOS, G. W. S. *Reforma sanitária Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1988.
- CAVICCHI, I. *La sanità*. Bari: Dédalo, 2005.
- COHN, A.; ELIAS, P. E. (Org.). *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez: Cedec, 1996.
- CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologia*, Porto Alegre, n. 7, p. 18-49, jan./jun. 2002.
- COSMACINI, G. *Storia della medicina e della sanità in Italia*. Roma: Laterza, 2005.
- CUNHA, E. M. da. A implementação de políticas públicas e a constituição do SUS. In: _____. *Regra e realidade na constituição do SUS municipal: implementação da NOB 96 em Duque de Caxias*. 2001. Dissertação - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001. cap. 1. Disponível em: <http://portalteses.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00005402&lng=pt&nrm=is0>. Acesso em: 1 maio 2008.
- DA ROS, M. A. Uma visão da reforma curricular a partir do movimento sanitário. In: PEREIRA, M. J. L.; COELHO, E. B. S.; DA ROS, M. A. (Org.). *Da proposta à ação: currículo integrado do Curso de Medicina da UFSC*. Florianópolis: Ed. UFSC, 2005. p. 59-80.
- ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- FINKELMAN, J. (Org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- GENTIL, D. L. Breve relato histórico do sistema de proteção social. In: _____. *A política fiscal e a falsa crise da segurança social brasileira: análise financeira do período 1990-2005*. 2006. Tese (Doutorado em Economia) - Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. p. 67-112. Disponível em: <http://www.corecon-rj.org.br/ced/tese_previdencia_denise_lobato.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2009.
- HUMENHUK, H. A teoria dos Direitos Fundamentais. *Jus Vigilantibus*, Vitória, 24 out. 2003. Disponível em: <http://www.jusvi.com/doutrinas_e_pecas/ver/690>. Acesso em: 16 jul. 2007.
- LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-58.
- LUZ, M. T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de 'transição democrática': anos 80. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.
- MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- MONDAINI, M. O respeito aos direitos dos indivíduos. In: PINSKY, J.; PINSKY, C. B. (Org.). *História da cidadania*. São Paulo: Contexto, 2003. p. 115-137.
- REPUBBLICA ITALIANA. Ministero della Salute. *Pianno Sanitário Nazionale 2006-2008*. Roma, 2006. Disponível em: <[http://db.formez.it/FontiNor.nsf/edc98cc539249bcac1256da500491c81/3360B412FFBD72F7C125723D003B6C97/\\$file/PSN%202006-08%20TESTO.pdf](http://db.formez.it/FontiNor.nsf/edc98cc539249bcac1256da500491c81/3360B412FFBD72F7C125723D003B6C97/$file/PSN%202006-08%20TESTO.pdf)>. Acesso em: 14 fev. 2009.

REPUBBLICA ITALIANA. *La Costituzione della Repubblica Italiana*. Roma, 1947. Disponível em: <<http://www.quirinale.it/costituzione/costituzione.htm>>. Acesso em: 14 fev. 2009.

REPUBBLICA ITALIANA. Legge n. 41, del 28 febraio 1986. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1986). *Gazzetta Ufficiale*, Roma, 28 febbr. 1986. Disponível em: <http://www.eastagri.org/meetings/docs/meeting15/l_28_02_86_n41.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2007.

REPUBBLICA ITALIANA. Decreto Legislativo n. 229, del 19 giugno 1999. Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419. *Gazzetta Ufficiale*, Roma, 16 luglio 1999. Disponível em: <<http://www.parlamento.it/leggi/deleghe/99229dl.htm>>. Acesso em: 19 fev. 2009.

SILEI, G. Una occasione mancata?: la questione della riforma dello Stato sociale in Italia nel secondo dopoguerra. *Storia e Futuro*, Milano, n. 4, apr. 2004. Disponível em: <http://www.storiaefuturo.com/it/numero_4/articoli/1_questione-della-riforma-dello-stato-sociale-in-italia-nel-secondo-dopoguerra~35.html>. Acesso em: 16 jul. 2007.

SOUZA LIMA, R. C. G. *Concepções de médicos de família no Brasil e na Itália sobre autonomia e solidariedade: implicações éticas para o cuidado na atenção primária de saúde*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma sanitária*. São Paulo: Cortez, 1989.

VERDI, M. I. M. *Da Haussmannização às cidades saudáveis: rupturas e continuidades nas políticas de saúde e urbanização na sociedade brasileira do início e do final do Século XX*. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

VIANA, A. L. A.; DAL POZ, M. R. Reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15so/v15soa11.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2007.

Recebido em: 22/10/2007

Reapresentado em: 20/05/2008

Aprovado em: 10/06/2008