



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CAMPUS ARAPIRACA
UNIDADE EDUCACIONAL PALMEIRA DOS INDIOS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

MILENA OLIVEIRA SILVA

POLÍTICA DE SAÚDE E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS):
Desafios na construção do projeto de Reforma Sanitária brasileira

PALMEIRA DOS ÍNDIOS
2023

MILENA OLIVEIRA SILVA

POLÍTICA DE SAÚDE E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS):

Desafios na construção do projeto de Reforma Sanitária brasileira

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (UFAL)/ Campus Arapiraca, Unidade Educacional Palmeira dos Índios, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvana Márcia de Andrade Medeiros.

PALMEIRA DOS ÍNDIOS

2023



Universidade Federal de Alagoas – UFAL
Campus Arapiraca
Unidade Educacional Palmeira dos Índios
Biblioteca Setorial Palmeira dos Índios - BSPI

S586p Silva, Milena Oliveira
Políticas de saúde e Sistema Único de Saúde (SUS): desafios na construção do projeto de reforma sanitária brasileira / Milena Oliveira Silva. – Palmeira dos Índios, 2024.

52 f.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Márcia de Andrade Medeiros.
Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) - Universidade Federal de Alagoas, *Campus Arapiraca*, Unidade Educacional Palmeira dos Índios, Palmeira dos Índios, 2023.

Disponível em: Universidade Digital (UD) – UFAL (*Campus Arapiraca*).
Referências: f. 50 - 52.

1. Serviço social. 2. Políticas de saúde. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). 4. Reforma sanitária – Brasil. I. Medeiros, Silvana Márcia de Andrade. II. Título.

CDU 364

Milena Oliveira Silva

POLÍTICA DE SAÚDE E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS):

Desafios na construção do projeto de Reforma Sanitária brasileira

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Campus Arapiraca, Unidade Educacional Palmeira dos Índios, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Data de Aprovação: 01/12/2023.

Banca Examinadora

Prof^a Dr. ^a Silvana Márcia de Andrade Medeiros
Universidade Federal de Alagoas (UFAL)
(Orientadora)

Prof^a Ma. Adielma Lima do Nascimento
Universidade Federal de Alagoas (UFAL)
(Examinadora Interna)

Prof^a Ma. Maria Augusta Costa dos Santos
Universidade Federal de Alagoas (UFAL)
(Examinadora Externa)

A meus pais Gerônimo e Ivanete, meus eternos
amores, com quem aprendi a ser gente e a
amar a vida.

Ao meu irmão Gabriel, a minha eterna criança.

À minha Comunidade Monástica, na pessoa da
Revd^a Me Vera Lúcia Reis, BMMD.

A D. Valério Breda, SDB (*in memoriam*) e a
Me Mectildes Vilaça Castro, OSB (*in
memoriam*) que são personagens importantes
na minha história! *Deo gratias!*

AGRADECIMENTO

Bendito seja Deus! Minha primeira palavra de gratidão é dirigida ao **meu Criador**, ao meu Senhor! Obrigada **Deus** pela tua presença e teu cuidado a todo momento. Pela Tua Palavra que constantemente foi a luz dos meus passos, mesmo nos momentos de escuridão, para que eu jamais perdesse de vista o meu ponto de partida. A Ti, meu louvor e minha alegria!

Obrigada a meus pais **José Gerônimo** e **Ivanete**, meu irmão **Gabriel**, minha base, minha história. Não consigo expressar tamanha alegria por estar chegando nesse momento das nossas vidas, algo muito rezado, sonhado, idealizado. Sem o apoio de vocês, eu não insistiria. Deixo aqui minha gratidão, à pessoa da **Vó Solidade** (*in memorian*), sua pessoa é presente no meu coração, e, tenho certeza que, à sua maneira, exultaria com muita alegria ao ver a primeira de suas netas alcançando o sonho da graduação. Agradeço também a toda a minha família.

Obrigada à **Revd^a Me Vera Lúcia Reis, BMMD** e às **minhas Irmãs de Comunidade** que não tenho palavras para descrever a emoção de vivenciarmos juntas esse momento, depois dessa longa jornada, pautada na paciência, na compreensão, e, principalmente, no amor porque ele é a base de tudo. Tenho imensa alegria de tê-las em minha vida. As senhoras são parte dessa história, afinal, “ninguém faz nada sozinho”.

Gratidão aos **amigos** que a academia me deu, pela preocupação e auxílios nos momentos oportunos. Pela alegria e companheirismo, nas alegrias das boas notas e nas persistências para alcançar o nosso melhor, também pelas aventuras nas idas e vindas. À todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para que eu chegasse até aqui minha gratidão e minha oração.

Gratidão aos **professores** e às professoras que contribuíram para a minha formação acadêmica, em especial à **minha orientadora Prof^a Silvana**, pelo conhecimento a mim passado, pelo zelo e incentivo para finalizar este trabalho! Deus vos recompense.

Deus abençoe a Todos!

“Se não podes entender, crê para que entendas.
A fé precede, o intelecto segue”.
Santo Agostinho

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso tem como objetivo identificar as conquistas e obstáculos no processo de construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), em um cenário de ofensiva neoliberal. Busca, assim, entender os desafios enfrentados na atualidade, relacionados à herança da formação social brasileira, da intervenção do Estado e da trajetória da política de saúde iniciada nos anos 1930 e ameaçada ao longo das décadas pela lógica da privatização e sua natureza excludente. O objeto de estudo abrange as configurações e as tendências da política de saúde brasileira, em distintos contextos, em especial, a partir da democratização do país, nos anos 1980 e da ofensiva neoliberal que promove incessantemente o desmonte dos direitos sociais. Realizou-se através de pesquisa bibliográfica e documental sobre o tema. Concluiu-se que apesar das importantes conquistas, a investida neoliberal no Brasil comprometeu os avanços nos processos de efetivação das políticas públicas, em particular, na concretização dos princípios da Reforma Sanitária na direção de consolidar uma política de saúde universal, estatal e de qualidade.

Palavras-chave: política social; política de saúde; reforma sanitária; sistema único de saúde; direito.

ABSTRACT

The aim of this final paper is to identify the achievements and obstacles in the process of building and consolidating the Unified Health System (SUS) against a backdrop of the neoliberal offensive. It seeks to understand the challenges faced today, related to the legacy of Brazilian social formation, state intervention and the trajectory of health policy, which began in the 1930s and has been threatened over the decades by the logic of privatization and its exclusionary nature. The object of study covers the configurations and trends of Brazilian health policy in different contexts, especially since the democratization of the country in the 1980s and the neoliberal offensive that relentlessly promotes the dismantling of social rights. It was carried out through bibliographical and documentary research on the subject. It was concluded that, despite important achievements, the neoliberal onslaught in Brazil has compromised progress in the process of implementing public policies, particularly in the realization of the principles of the Health Reform in the direction of consolidating a universal, state and quality health policy.

Keywords: social policy. health policy; health reform, unified health system; law.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	A ESTRUTURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA DO INÍCIO DO SÉCULO XX AOS ANOS 1980: A DICOTOMIA DO SISTEMA DE SAÚDE	13
2.1	<u>As particularidades da formação social e do Estado brasileiro</u>	13
2.2	<u>A configuração da política de saúde no Brasil até os anos 1980: do sanitarismo campanhista à consolidação do modelo médico-assistencial privatista</u>	18
3	A CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE REFORMA SANITÁRIA E A HEGEMONIA DO PROJETO NEOLIBERAL	25
3.1	<u>As bases e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)</u>	25
3.2	<u>Desafios da consolidação do SUS como sistema universal no contexto de contrarreforma do Estado brasileiro e hegemonia neoliberal</u>	32
4	CONCLUSÃO	45
	REFERÊNCIAS	50

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso intitulado “Política de Saúde e Sistema Único de Saúde (SUS): Desafios na construção do projeto de Reforma Sanitária brasileira” tem como objetivo identificar as conquistas e obstáculos no processo de construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), em um cenário de ofensiva neoliberal. Busca, assim, entender os desafios enfrentados na atualidade, relacionados à herança da formação social, da intervenção do Estado e da trajetória da política de saúde, iniciada nos anos 1930 e ameaçada ao longo das décadas pela lógica da privatização e exclusão social.

Logo, realizou um resgate da trajetória da política social no Brasil, com foco na política de saúde, compreendida como um palco de tensões que ocorreram derivadas do confronto de projetos e interesses entre capital e trabalho. Tomou como ponto de partida o debate teórico sobre a formação social brasileira e suas particularidades.

Ao longo do século XX a política social brasileira passou por várias modificações, especialmente no que diz respeito à política de saúde que, desde muito tempo a classe trabalhadora luta, como em todos os países no mundo, por melhores condições de vida e de saúde. O palco dessas lutas, no Brasil, acontece a partir da década de 1930, onde se dá início ao processo de industrialização pesada no país, no contexto de emergência da questão social no Brasil e da intervenção do Estado sobre as suas expressões.

A escolha do tema ocorreu a partir do interesse das questões de saúde refletindo sobre ser um bem público ou privado, visando compreender o desmonte da política de saúde existente na atualidade, considerando que é constitucionalmente um direito social que possui diretrizes e princípios de universalidade, equidade e integralidade e, que, surge num período crítico de crise, coexistindo numa conjuntura da ofensiva neoliberal.

O procedimento metodológico abrangeu a pesquisa bibliográfica de autores/as como Bravo (2006), Behring e Boschetti (2016), Santos (2008), Medeiros (2008) e outros; como também a pesquisa documental, incluindo legislações e documentos das conferências de saúde, possibilitando realizar uma aproximação ao tema.

Entender o que foi a implantação e institucionalização do SUS nos impele a buscar entender como foi o desenvolvimento das relações capitalistas no Brasil observando o cenário em que emergem as políticas sociais, atendendo parcialmente às demandas da classe trabalhadora, que se configuram como expressões da questão social, onde reside a base fundamental para sua criação e que permeiam a sociedade até hoje.

O trabalho estruturou-se em três seções. Na primeira, temos a introdução. Na segunda seção com o título “A estruturação da política de saúde brasileira do início do século XX aos anos 1980: a dicotomia do sistema de saúde”, abordamos a formação social e do Estado brasileiro para apreender as marcas do passado colonial e o desenvolvimento da sociedade na estruturação da política de saúde a partir do início do século XX aos anos 1980. Apresenta-se, como ponto de partida, as particularidades da formação social e do Estado brasileiro, que contém fortes marcas do período colonial e que perpassam os séculos provocando repercussões na lenta e parcial conquista de direitos. Em seguida, recupera-se as características da configuração inicial da política social brasileira e do sistema de saúde que se instituiu marcado por dicotomias entre o público e o privado, entre a saúde curativa e preventiva/coletiva.

Na terceira seção, intitulada “A construção do projeto de Reforma Sanitária e a hegemonia do projeto neoliberal” apresentamos as críticas e propostas formuladas a partir dos anos 1970 por movimentos de saúde em que se destaca o Movimento Sanitário. Construindo-se, assim, o projeto de Reforma Sanitária brasileira que deu a sustentação à construção das bases e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição Federal de 1988 apresenta um novo conceito de saúde e de organização do sistema de saúde, fruto dos debates e da intensa mobilização na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), que passam a refletir as bases para o processo de Reforma Sanitária no país.

Em seguida, aborda o contexto de crise a partir da década de 1970 que promoveu a crítica ao estado de bem-estar social e a hegemonia do neoliberalismo, assim como os desafios postos para consolidação da saúde como direito universal. Buscou apresentar as conquistas da Reforma Sanitária, a exemplo das legislações e da formação da rede nacional de ações e serviços e os obstáculos na política de saúde, de modo particular que vem sofrendo ataques e investidas no financiamento e na disputa pelo fundo público por parte do setor privado.

A questão da saúde pública no Brasil sempre foi uma demanda urgente. Os desdobramentos do Estado para intervir no campo da saúde ocorrem de maneira incisiva, mas não resolutiva, nesse sentido, a busca por uma sociedade veementemente igualitária se faz necessária.

A relevância do estudo para a minha formação é de suma importância, tendo em vista que, o conhecimento obtido através do desenvolvimento da pesquisa tornou-me capaz de compreender a partir de bases sólidas as condições sob as quais o SUS se constitui, como se

desenvolve e apreender o papel importante da classe trabalhadora na efetivação desse direito. No que diz respeito à relevância para o Serviço Social, é importante porque é uma área da nossa atuação, tendo em vista que, entender o processo de Reforma Sanitária também é compreender a construção do nosso Projeto Ético Político.

2 A ESTRUTURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA DO INÍCIO DO SÉCULO XX AOS ANOS 1980: A DICOTOMIA DO SISTEMA DE SAÚDE

Esta seção tem o objetivo de apresentar, inicialmente, as particularidades da formação social do Estado brasileiro para entender como repercutem na questão social e no desenvolvimento da política social no país. Em seguida, aborda a configuração inicial da política social no Brasil, distante de uma concepção universalista, em especial, enfoca a política de saúde até os anos 1980.

2.1 As particularidades da formação social e do Estado brasileiro

A princípio, no intuito de desvendar a trajetória e a configuração da política de saúde do Brasil é necessário compreender o processo de formação social do país e as suas particularidades. Em Santos (2008), constatamos que as heranças do passado colonial nos fazem compreender as características da “questão social”, que contribui para a condição periférica do Brasil no mundo capitalista, tendo em vista os elementos da formação social brasileira que nos remetem à constituição ideopolítica e cultural de suas classes sociais como também do sistema político nacional.

O Brasil se consagra como uma colônia de exploração baseada na monocultura, no latifúndio e no trabalho escravizado, com uma sociedade patriarcal e conservadora. E as mudanças provocadas pelo regime imperial até a Proclamação da República não conseguem romper essas estruturas econômicas, políticas e culturais. Behring e Boschetti (2016) apontam que as relações capitalistas impostas no Brasil se desenvolvem de modo particularmente distinto do capitalismo central o que implicou na formulação e constituição das políticas sociais com profundas marcas desta herança.

Resumidamente, o Brasil é colonizado num período em que o capital mercantil estava alavancando as principais economias do mundo. Esse contexto nos mostra o quanto o caráter conservador da modernização no capitalismo brasileiro é um traço marcante da formação social e do estado brasileiro.

[...] o sistema colonial, sem dúvida é, no caso brasileiro, parte substantiva da caracterização do “atraso” na medida em que responde por traços decisivos da estruturação das classes sociais, de suas atividades econômicas e universo cultural. [...] Entendo que tais conexões legaram não apenas características essenciais à constituição das classes sociais no Brasil, mas também o padrão produtivo daí herdado: o latifúndio de monocultura extensiva tendo em vista a exportação, que permaneceu inalterado e, durante boa parte de nossa

história, hegemônico, dando o tom do lugar que o Brasil iria ocupar na divisão internacional do trabalho capitalista. (Santos, 2008 p. 58).

Ao citar Caio Prado Jr, Behring e Boschetti (2016) destacam que a colonização brasileira nos séculos XVI a XIX serviu veementemente à acumulação originária do capital nos países centrais. Outro ponto destacado é que o escravismo tem um peso na constituição da sociedade brasileira e das condições do trabalho. Assinalando também a dependência e subordinação da economia e da sociedade à dinâmica do mercado mundial, configurando um desenvolvimento desigual e combinado, que combina aspectos de avanços e atrasos. Portanto, a contribuição teórica de Caio Prado Júnior indicou que o *sentido* da colonização abrangeu a articulação entre a acumulação originária, o colonialismo e o imperialismo.

Dessa forma, a economia brasileira foi organizada para o exterior, ou seja, mobilizada e condicionada a atender aos interesses dos países centrais. A emancipação política do país ocorreu dissociada da autonomia econômica que se expressa na ausência de um controle propriamente nacional do excedente econômico gerado pelo trabalho. Mesmo após o “fim” do regime escravocrata, as relações sociais e as condições de trabalho continuam “[...] até hoje de desqualificação, a qual é definidora da relação entre capital e trabalho [...]” (Behring, Boschetti, 2016, p. 72).

Com a independência da Coroa Portuguesa em 1822, não demorou para que ocorressem processos significativos de mudança em muitos aspectos da sociedade. Nessa perspectiva, Medeiros (2008) assinala a dualidade do tradicional e do moderno na sociedade brasileira como uma herança que mantém em períodos históricos posteriores as marcas da sociedade colonial escravista:

[...] a formação e o desenvolvimento do capitalismo no Brasil decorreram de um processo de recomposição das estruturas de poder que a revolução burguesa mantinha através da tradição do mandonismo oligárquico, assumindo uma forma marcadamente reacionária e conservadora (Medeiros, 2008, p. 125).

Dessa forma, Santos (2008) apontou fenômenos que demonstram as particularidades históricas da formação social do Brasil moderno e as suas implicações no Estado. A começar pelo forte traço conservador que, segundo a autora, é parte fundamental para que se compreenda o “atraso” debatido por vários autores das ciências sociais. Essa observação se faz necessária principalmente pelo fato da correlação de forças existente na sociedade brasileira.

A economia colonial é organizada apenas para cumprir o caminho de via para o fortalecimento hegemônico da metrópole fazendo com que o Brasil sempre fosse visto como um fornecedor de matérias primas.

Enquanto nos países centrais o liberalismo surgiu, como ideologia burguesa, cumprindo o papel de desvencilhar o Estado em relação aos interesses e privilégios instituídos pela sociedade estamental, no Brasil surge como ideologia das classes senhoriais antes da instituição do trabalho livre, e apresenta-se como um “corpo estranho” em relação ao conjunto do pensamento dominante: ele verte esforços na direção de questionar o estatuto colonial, pugnando pela nacionalização da economia e das decisões políticas sem, no entanto, propor modificações significativas na estrutura socioeconômica. (Santos, 2008, p. 85-86).

Dessa maneira, a criação do Estado nacional ocorreu sem que houvesse compromissos com direito do cidadão através da redução de possibilidades democráticas. Notadamente, o Estado brasileiro desenvolveu-se “[...] sob signo de forte ambiguidade entre um liberalismo formal como fundamento e o patrimonialismo como prática no sentido da garantia de privilégios das classes dominantes” (Behring; Boschetti, 2016, p. 75).

Esse processo afetará o desenvolvimento da política social brasileira que se molda de acordo com as marcas da formação histórica do nosso país que tem, desde então, uma marca estrutural de seu desenvolvimento capitalista chamada heteronomia, que nada mais é do que essa relação de dependência, um mercado interno organizado para fortalecer o mercado externo.

Behring e Boschetti (2016) destacam ainda a análise de Florestan Fernandes sobre a formação social brasileira e a criação do Estado nacional, em 1822. Apenas a partir da Independência do Brasil o Estado começa a organizar o mercado interno para além fronteiras, o que impulsiona certas rupturas com o período colonial, porém, os olhares conservadores detinham força e poder suficiente para manter a antiga ordem social, assim, o raciocínio conservador da classe dominante brasileira, que sempre foi, veementemente agrária, nunca permitiu inovações de caráter parecido com as revoluções burguesas ocorridas na Europa, a exemplo da revolução francesa, de caráter jacobino.

Após, três séculos de exploração da Coroa portuguesa, a oligarquia brasileira se consolida por ser detentora das terras e criarem a possibilidade desde o início de ter facilidade de controle da força de trabalho.

Santos analisa as condições do trabalho herdadas e o desemprego como “[...] resultantes do caminho percorrido através da particularização, no nível da formação social

brasileira [...]” (2012, p. 134), tendo como características baixos salários, o trabalho informal, desregulamentado em relação à proteção social.

Assim, o pensamento conservador da classe dominante brasileira, que sempre foi, veementemente agrária, nunca permitiu inovações de caráter parecido com as revoluções burguesas ocorridas na Europa.

Na análise de Santos (2008), outro fenômeno analisado é a centralidade da ação estatal para a consolidação do capitalismo brasileiro. Segundo a autora, o capitalismo desenvolve-se de maneira diferente do que foi nos países da Europa, como já dissemos, fazendo com que o liberalismo à brasileira fosse uma adaptação para o próprio cumprimento da modernização conservadora, concedendo à oligarquia o papel de protagonista das ações do Estado. Dessa maneira, a constituição de uma oligarquia detinha poder suficiente para impor e agir de maneira opressiva sobre a população, com traços como a indistinção entre o público e o privado.

[...] o Estado é visto como meio de internalizar os centros de decisão política e de institucionalizar o predomínio das elites nativas dominantes, numa forte confusão entre o público e o privado. Essas são, claramente, características perenes da nossa formação social! Então, se o liberalismo trouxe, nos primórdios da formação do Estado nacional brasileiro dividendos positivos, tais como uma mudança no horizonte cultural das elites ou a organização moderna dos poderes, não conseguiu dinamizar em toda profundidade a construção de uma ordem nacional autônoma. Ao contrário, *uma marca da nossa formação social é a heteronomia, a dependência* [...] (Behring; Boschetti, 2016, p. 73, grifo das autoras).

Segundo Behring e Boschetti (2016), até o ano de 1887, não há registro de legislação social. A priori, a população pobre só dispunha do atendimento filantrópico nos hospitais de caridade mantidos pela Igreja Católica. Em 1891, que surge a primeira legislação para assistência à infância no Brasil: ela regulamentava o trabalho infantil, porém, não há indícios de que ela foi aplicada. No ano de 1892, os funcionários da Marinha adquirem o direito a uma espécie de pensão.

Na passagem para o século XX surgiram os primeiros sindicatos rurais e urbanos, influenciados pelos imigrantes estrangeiros que tem um papel significativo na tomada de consciência da classe trabalhadora brasileira nesse período da história, pois, eles já vieram com os ideais iluministas e revolucionários.

Nesse sentido, cabe pontuar a redução legal da jornada de trabalho para 12h diárias, no ano de 1911, apesar de não haver o cumprimento. Em 1919, acontecem as primeiras greves tendo intenção de uma regulamentação em questão dos acidentes de trabalho no Brasil com

direito a inquérito policial, porém, responsabilizava o indivíduo em detrimento das condições coletivas de trabalho.

Vale ressaltar que nesse momento da história as expressões da questão social¹ se apresentam claramente na sociedade, visto que a criação e a dinâmica de crescimento da indústria fizeram com que muitos dos trabalhadores que vendiam sua força de trabalho no campo agora migrassem para as cidades na esperança de melhores condições de vida e trabalho.

A questão social já existente num país de natureza capitalista, com manifestações objetivas de pauperismo e iniquidade, em especial após o fim da escravidão e com imensa dificuldade de incorporação de escravos libertos no mundo do trabalho, só se colocou como questão política a partir da primeira década do século XX, com as primeiras lutas dos trabalhadores e as primeiras iniciativas de legislação voltadas ao mundo do trabalho. É interessante notar que a criação dos direitos sociais no Brasil resulta da luta de classes e expressa a correlação de forças predominante. Por um lado, os direitos sociais, sobretudo trabalhistas e previdenciários, são pauta de reivindicação dos movimentos e manifestações da classe trabalhadora. Por outro, representam a busca de legitimidade das classes dominantes em ambiente de restrição de direitos políticos e civis [...] (Behring; Boschetti, 2016, p. 78-79).

Constata-se que os direitos sociais no Brasil foram incorporados através da atuação e da luta constata da classe trabalhadora pela sua efetivação. Contraditoriamente, as políticas sociais têm como origem e expansão períodos de restrição de direitos políticos e civis (Estado novo, de 1937 a 1945 e a ditadura empresarial-militar, de 1964) e são instituídas como tutela e favor. Caracteriza-se, assim, como antecipações estratégicas desses governos na busca de legitimidade política.

Constatou-se, assim, que os traços do colonialismo permaneceram no caráter oligárquico das relações sociais e do Estado brasileiro a partir dos anos de 1930, nos quais tem início o impulso à industrialização mantendo-se intocada a concentração agrária. A emergência da questão social, decorrente das relações de desigualdade entre capital e trabalho, decorre de uma correlação de forças das classes e passa a exigir as respostas estatais

¹ De acordo com Yamamoto (2001, p. 16-17), a questão social é concebida como o “conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho – das condições necessárias à sua realização, assim mesmo como seus frutos... A questão social expressa, portanto, disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sócias, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal.”

para o enfrentamento das suas expressões. Aborda-se, a seguir, o panorama de formulação e consolidação da política de saúde no país.

2.2 A configuração da política de saúde no Brasil até os anos 1980: do sanitarianismo campanhista à consolidação do modelo médico-assistencial privatista

O fortalecimento gradual do aparato estatal em saúde nas primeiras décadas do século XX visava enfrentar as precárias condições de saúde e saneamento, relacionadas às epidemias e doenças transmissíveis que se tornaram obstáculos à atividade econômica exportadora.

O que se exigia do sistema de saúde no início deste século era uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação, pois o modelo agroexportador dominava a economia brasileira, baseado na exploração da cana-de-açúcar e do café. Do final do século XIX até metade dos anos 60, praticou-se como modelo hegemônico de saúde o *sanitarismo campanhista*, de inspiração militar, que visava o combate às doenças através de estruturas verticalizadas e estilo repressivo de intervenção e execução de suas atividades sobre a comunidade e as cidades, implantados com muito sucesso por eminentes sanitaristas, [...] Em 1897, foram criados os institutos de Manguinhos, Adolfo Lutz e Butantã para pesquisa, produção de vacinas e controle de doenças. (Chioro; Scaff 1999, p.3, grifo nosso)

Segundo Bravo (2006), na década de 1920, a assistência médica se dava pela filantropia e pela prática liberal com a tentativa de ampliação de serviços e organização do setor saúde. Tendo em vista que, com o desenvolvimento da indústria e, conseqüentemente, o aumento do número de trabalhadores, a saúde emerge como expressão da questão social no cerne “[...] da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado” (Bravo, 2006, p. 3).

É assim que tem início a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) transformados posteriormente nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), constituindo as bases da política de previdência social e saúde, como assistência médica, individual, de natureza curativa e vinculada a oferta de serviços privados. Ao tempo em que se constitui ações de saúde pública, de caráter preventivo e estatal.

Desse modo, surgiu e consolidou-se um sistema marcado pelas dicotomias entre serviços privados e públicos: de um lado, a atenção médica curativa que decorria da

contribuição de trabalhadores com vínculos formais de trabalho, de outro, as ações preventivas de caráter coletivo (Cohn *et al*, 1999).

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966. (Bravo, 2006, p. 3)

Esse processo de dicotomias fundamentam o sistema de saúde existente até o final da década de 1980. Portanto, as dicotomias da saúde se configuraram em dois aspectos, o primeiro, é o enfoque curativo x enfoque preventivo. Enquanto a ênfase da saúde pública se destinava ao progresso de campanhas sanitárias para o combate às endemias.

A segunda dicotomia é a correlação de forças existente entre esfera pública x esfera privada. Identificando-se a participação dos interesses da medicina liberal na embrionária formação da política de previdência e saúde, passando a dar forma a um modelo designado como médico assistencial privatista.

É a partir da promulgação da Lei Eloy Chaves (1923), a base da previdência social brasileira, onde as CAP'S e posteriormente ao IAP'S asseguravam os direitos previdenciários com benefícios de assistência médico-curativa para quem contribuísse, ou seja só tinha direito quem tivesse vínculos formais de trabalho. Essas instituições eram financiadas pela União, pelas empresas e pelos próprios empregados.

Na década de 1930, com repercussões da crise de 1929, as burguesias industrial e agrária estabelecem um novo pacto para a configuração do capitalismo no Brasil provocando novo reordenamento de forças para a mudança do setor econômico do país:

Uma das especificidades históricas consiste em a queda do Estado oligárquico ocorrer acompanhada da preservação da estrutura de concentração agrária, mantendo intocados as oligarquias regionais e latifúndios, subordinados aos grupos hegemônicos no país, numa relação de complementariedade. (Medeiros, 2008, p. 132-133)

A redimensionalização do Estado demonstrou o seu caráter intervencionista e regulador da economia, especificamente, no que diz respeito a fomentar a expansão industrial dos setores exportadores através de recursos públicos resultando na construção do aparato burocrático-administrativo.

A intensificação do controle estatal sobre a economia e a sociedade revelou um novo papel na reprodução da força de trabalho, instaurando-se um patamar singular nas relações com as classes trabalhadoras, em que o Estado, além da ativa repressão, enfrenta a questão social com uma intervenção integradora [...] A modernização estatal impulsionava a dinamização das forças produtivas e das relações de produção, conservando-se como um Estado autocrático e oligárquico cuja relação com as classes operárias e populares assume formas de passivização, tomando-as como tuteladas ou inimigas irreconciliáveis, esvaziando-lhes qualquer conteúdo revolucionário. Com a ampliação das relações entre o poder estatal e a classe operária, estavam dadas as condições para a emergência do populismo. (Medeiros 2008, p. 133)

Dessa maneira, outras oligarquias agrárias chegam ao poder, rompendo a hegemonia da elite cafeeira e fortalecendo a industrialização que contribuiu para a concretização do “[...] longo processo de constituição das relações tipicamente capitalistas no Brasil.[...] que impulsionou profundas mudanças no Estado e na sociedade brasileira” (Behring; Boschetti, 2016, p. 107).

Com a paralisia do mercado mundial em função da crise de 1929-1932, as oligarquias agroexportadoras cafeeiras ficaram extremamente vulneráveis econômica e politicamente. E aquelas oligarquias do gado, do açúcar e outras, que estavam fora do núcleo duro do poder político, aproveitara as circunstâncias para alterar a correlação de forças e diversificar a economia brasileira. Aqui, há destaque para os produtores de carne do Sul, de onde vem a principal liderança desse processo, Getúlio Vargas, e que consegue o apoio de seguimentos militares médios, os tenentes [...], bem como de bases sociais mais populares. (Behring; Boschetti 2016, p. 105)

O Estado Novo que regulamentou as relações de trabalho na intenção de transformar a luta de classes em “colaboração” de classes, com o incentivo à regulação das relações de trabalho. Verificou-se a ampliação das funções do Estado no contexto ditatorial do Estado Novo com institucionalização de políticas sociais com uma expansão lenta, seletiva e fragmentada.² A Era Vargas, o Estado passa por profundas mudanças e assume papel fundamental nos rumos da economia nacional e no controle e reprodução da força de trabalho.

As mudanças que ocorrem na sociedade brasileira na década de 30 têm como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais, além de respostas às reivindicações dos trabalhadores. [...] possibilita o nascimento de políticas sociais nacionais capazes de responder à questão social de forma orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a

² Designado como um padrão restrito de “cidadania regulada”, expressão formulada por Wanderley Guilherme dos Santos (Behring; Boschetti, 2016).

intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação. (Bravo, 2006, p. 3-4)

Se, por um lado a industrialização avançava, por outro, as expressões da questão social cresciam e seu enfrentamento eram vistas como um caso de polícia através da repressão. A tomada de consciência de classe por parte dos trabalhadores acabou pressionando a fundamentação de uma legislação trabalhista. Diante de tanta pressão, a classe trabalhadora brasileira começa a se mobilizar com processos de lutas e revoltas com o objetivo de conseguir melhores condições de trabalho.-

Portanto, nesse contexto, só era portador de direito à assistência médica quem tivesse Carteira de Trabalho registrada, ou seja, inserção no mercado de trabalho formal, caracterizando-se pela lógica excludente. O Ministério da Educação e da Saúde Pública foi criado em 1937 pois até então não existia uma política nacional de saúde pública: a intervenção do Estado na saúde pública era conduzida através de reformas sanitárias na intenção de controlar, por razões econômicas e políticas os índices de enfermidade e morte que assolavam a população, coexistindo paralelamente ao nascimento do complexo da medicina previdenciária.

A gênese da intervenção estatal na saúde, denominada sanitarista campanhista detém as marcas da formação social brasileira, mantidas nesse período de modernização do país.

A formulação da política caracterizou-se por forte inspiração militar, refletida nas tendências de centralização, verticalismo, autoritarismo e clientelismo, típicas da constituição de um Estado oligárquico. Por conseguinte, essas tendências conformaram aspectos estruturais nos aparelhos institucionais, como a concentração de poder e a exclusão dos interesses dos trabalhadores. (Medeiros, 2008, p. 126)

Segundo Bravo (2006) em meados da década de 1940, existia uma política contencionista por causa do aumento do número de trabalhadores inseridos nos IAPs, dessa maneira, os serviços ficaram escassos enquanto a previdência preocupava-se na capitalização, ampliando a medicina previdenciária.

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o

financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. (Bravo, 2006, p. 5)

Com a criação do Ministério da Saúde em 1953, surgem as primeiras discussões acerca de fortalecer a saúde pública no Brasil, no entanto, nesse mesmo contexto há a criação de novos IAPs. No que diz respeito à saúde pública, as campanhas sanitaristas não foram capazes de eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias.

Conforme Behring e Boschetti (2016), a partir do golpe empresarial-militar de 1964, houve uma reconfiguração de como o Estado respondia as expressões da questão social através da repressão e assistência para manter sob controle as forças de trabalho. O bloco dominante caracterizado como militar-tecnocrático e empresarial promoveu a expansão de cobertura e acesso às políticas sociais e a criação de aparatos institucionais nacionais, a exemplo do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, que unifica a previdência social brasileira. Em 1977, o INPS passa a fazer parte de um Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), junto com outros órgãos, dentre ele o Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS).

Nessa associação entre previdência, assistência e saúde, impôs-se uma forte medicalização da saúde, com ênfase no atendimento curativo, individual, especializado, em detrimento da saúde pública, em estreita relação com o incentivo à indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, orientado pela lucratividade. (Behring; Boschetti, 2016, p. 137)

A ditadura civil-militar fortaleceu espaços para o desenvolvimento da saúde privada, da previdência e da educação privada o que configurou um processo presente hoje na configuração da política social: a dualidade de acesso condicionada pela renda-econômica.

A política nacional de saúde enfrentou tensões no que diz respeito à ampliação de serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e emergência do movimento sanitário [...] o Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que, embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde. (Bravo, 2006, p. 7-8)

Constatou-se, assim, os investimentos públicos do Estado nos setores privados, intensificados a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que constituiu o modelo médico-assistencial privatista, com as seguintes características:

[...] a) A extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural; b) O privilegiamento da prática médica curativa, individual assistencialista e especializada, em detrimento da

saúde pública; c) A criação, através da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial; d) O desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado destes serviços. (Mendes, 1999, p. 22)

Em um contexto de crise econômica que se anuncia, tem início um processo de transição democrática na década de 1970. Destaca-se no âmbito das discussões acerca da questão da saúde no país “[...] dois projetos políticos-sanitários alternativos: o contra-hegemônico (reforma sanitária) e o hegemônico (o projeto neoliberal), proposta conservadora de reciclagem do modelo médico-assistencial privatista” (Mendes, 1999, p. 34).

As novas discussões evidenciaram o crescimento no campo teórico da saúde coletiva, impulsionada por essa produção acadêmica, a partir da presença dos setores populares, ou seja, se gestava um novo modelo para a saúde. Nesse novo ângulo de pensamentos, a crítica com relação à concepção do conceito de saúde e também à maneira capitalista de organização das práticas sanitárias. Essas críticas emergem dentro do setor de trabalho da chamada Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária, tendo como base a Medicina Social. A partir da formulação de um novo conceito sobre saúde e das práticas sanitárias que obteve a:

[...] participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. (Bravo, 2006, p. 8)

Assim, não por coincidência, o movimento sanitário surge num contexto histórico em que havia muito mais evidência ao fortalecimento da saúde privada do que simplesmente pensar em uma saúde pública de qualidade onde o acesso seria mais fácil e todos poderiam usufruir deste direito.

Em 1974 começaram a transparecer as primeiras fissuras e sinais de esgotamento do projeto tecnocrático e modernizador conservador do regime em função dos impactos da economia internacional restringindo o fluxo de capitais e também de limites internos. Os anos subsequentes serão marcados pela distensão, pela abertura lenta e gradual do regime, no processo de *transição para a democracia* que irá condicionar em muito a adesão brasileira as orientações conservadoras neoliberais, já em curso no nível mundial implicando o caráter tardio da adesão brasileira ao neoliberalismo. (Behring; Boschetti, 2016, p. 137-138, grifo do autor)

Segundo Behring e Boschetti (2016), os efeitos da crise fizeram aumentar o empobrecimento na América Latina, o desemprego, a miserabilidade e vulnerabilidade social favorecendo o mercado externo. No cenário brasileiro configura-se uma crise que já vinha se instaurando nas grandes potências mundiais.

À vista disso, nem os avanços decorrentes de uma “possível” estabilidade conseguiram equilibrar a economia, assim, estudiosos consideram a década de 1980 como anos “perdidos” no avanço do setor da economia, mas por outro lado, é a década da luta pela redemocratização, década em que os movimentos sociais e populares, os sindicatos setores intelectuais e progressistas retomam um papel de protagonistas na conquista pela efetivação dos direitos, com destaque para organização em torno da saúde.

Com a rearticulação paulatina dos movimentos sociais, tornaram-se mais frequentes as denúncias sobre a situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, e amplificaram-se as reivindicações de solução imediata para os problemas criados pelo modelo de saúde existente. Nesse contexto, sindicatos das diversas categorias profissionais de saúde – principalmente médicos, acadêmicos e cientistas – debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida do povo. Um movimento pela transformação do setor saúde [...] fundiu-se com outros movimentos sociais, [...] que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais percebidos como dimensões imanentes à democracia. (Escorel; Nascimento; Edler, 2005, p. 62).

O movimento sanitário brasileiro foi capaz de somar forças que visavam transformar a realidade social, porque tinha em suas bases, parcelas importantes dos segmentos organizados, que foram capazes de edificar novas bases ideo-políticas que a moveram contra o movimento privatista da saúde. Assim, nas décadas de 1970 e 1980 foram formuladas a crítica ao sistema de saúde existente e as bases que resultaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como na década de 1980 consolidou-se a hegemonia do projeto neoliberal, “[...] uma reciclagem da proposta conservadora do modelo médico-assistencial privatista. Ou seja, por baixo do estridente e aparentemente consensualizado significante da reforma sanitária construiu-se, competentemente, o projeto conservador da saúde” (Mendes, 1999, p. 50), abordados a seguir.

3 A CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE REFORMA SANITÁRIA E A HEGEMONIA DO PROJETO NEOLIBERAL

A seção apresenta as bases do projeto de Reforma Sanitária que deram sustentação teórica e política para construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seguida, aborda o contexto de crise dos anos seguintes iniciada na década de 1970 que promoveu a crítica ao estado de bem-estar e a hegemonia do neoliberalismo, assim como os desafios postos para consolidação da saúde como direito universal.

3.1 As bases e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)

É indiscutível a importância das décadas de 1970 e 1980 para a construção do projeto de Reforma Sanitária no Brasil. O pensamento crítico sobre saúde advindo da Reforma Sanitária italiana, levou à mobilização de sujeitos sociais para discutir sobre um novo conceito de saúde. Os militantes do movimento propunham, de maneira incisiva que as ações no campo da saúde implicassem em melhores condições sociais de existência.

Medeiros (2008) aponta que no âmbito da saúde pública as críticas à dinâmica das instituições previdenciárias interpelavam a cobertura fragmentada e a eficácia dos serviços. Nesse contexto, objetivam-se estratégias para a consolidação de um projeto de saúde nas universidades, sindicatos, partidos políticos e associações populares para a concretização de um projeto hegemônico de Reforma Sanitária.

O processo de Reforma Sanitária, construído por milhares de militantes, assumiu uma dimensão nacional, não tendo como perspectiva apenas uma reforma organizacional do sistema de saúde. Objetivava-se um processo de uma mudança que alcançaria toda a sociedade, buscando modificar profundamente as condições de vida e os determinantes do processo saúde-doença, bem como as bases sociais da construção do sistema de saúde. Ao analisar a crise da assistência médica previdenciária, nos anos 80, enfatiza-se a necessária ação estatal, antecipando as bases do atual sistema de saúde. (Medeiros, 2008, p. 186)

As bases teóricas que promoveram a constituição da Reforma Sanitária partem, em primeiro lugar, do conceito de determinação social do processo saúde-doença, como contestação à concepção de saúde como a ausência de doença. Esse processo, segundo Medeiros (2008), enfatiza o vínculo entre o processo biológico saúde doença com o processo social:

O risco de morrer nos primeiros anos está diretamente relacionado com a ocupação do pai”, exemplifica Laurell (1983, p. 145) em um artigo de ampla divulgação, em que revela como o estudo das principais causas de mortalidade reflete a singularidade das condições coletivas de um dado contexto social em dado momento. A desigualdade da ordem capitalista é expressa na desigual distribuição da doença e da morte. Portanto, a análise crítica das determinações do processo saúde-doença supõe a historicidade e tem início verificando-se empiricamente não o caso clínico, mas o modo característico de adoecer e morrer, investigando o tipo, a frequência e a distribuição da moléstia nos diversos grupos que constituem a sociedade – os perfis patológicos que se apresentam, conforme o modo de inserção na produção e no conjunto das relações sociais de cada um dos grupos, explicados pelas características das formações sociais em cada momento histórico. (Medeiros, 2008, p. 152).

A crítica à mercantilização da saúde ganhou maior ênfase, baseando-se na afirmação de que a “saúde não é mercadoria” foi construída a segunda base do movimento. “O desvendamento das articulações entre Medicina e sociedade centrou-se na inserção da Medicina no circuito da produção e consumo capitalista, em que a prática médica participa da reprodução social através da reprodução da força de trabalho e da participação no controle das tensões e antagonismos sociais” (Medeiros 2008, p. 157).

Sem dúvidas, esse caráter da medicina fomenta a lógica de mercantilização no capitalismo onde coisifica as relações e atividades humanas. Nesse campo, estão as políticas sociais implementadas pelo Estado, que passam a ser inseridas no movimento principalmente a partir da crise dos anos 1970 de mercantilizar todas as atividades humanas.

A disseminação deste pensamento crítico promoveu a expansão “[...] do conceito de consciência sanitária como uma ação individual e coletiva para alcançar a saúde como direito da pessoa e interesse do coletivo” (Medeiros, 2008, p. 171.)

Como resultado dessa mobilização social e popular em torno da ampliação do conceito sobre saúde, voltou-se a fim de instituir um modelo de atendimento à população independente de classe. Em 1986, em pleno processo de redemocratização, ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde onde emergem os primeiros raios de uma política de saúde universal, descentralizada e que teve como horizonte o esboço da criação de um Sistema Único de Saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde tendo Sergio Arouca dentre os principais intelectuais e sanitaristas que a preside e na mesa de abertura discursa sobre o tema: “Saúde é democracia”. Em seu célebre discurso, reafirma o direito à saúde inerente a todo cidadão defendendo os princípios do sistema de saúde que proporcione qualidade de vida a partir da universalidade, integralidade e equidade. Ideais que estavam na contramão das discussões

mundiais acerca da questão da saúde. No evento, formulou-se o conceito ampliado de saúde definido como bem-estar físico, mental e social.

Saúde não é simplesmente ausência de doença: “é um bem-estar físico, social, afetivos e que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito ao meio ambiente que não seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e desceite. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo e que não seja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não seja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo.” (Arouca, 1986, *passim*).

O Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde apresentou as conclusões dos três eixos debatidos pelos mais de 4000 participantes: (1) Saúde como Direito inerente à Cidadania, (2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde (3) Financiamento do Setor Saúde. No tocante ao direito à saúde como conquista social, o relatório final a concebe de forma ampliada:-

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida. *Saúde não é conceito abstrato*. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os seus habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (Brasil, 1987, p. 12, grifo nosso)

O Relatório apresentou uma avaliação do quadro da realidade brasileira é caracterizada como:

[...] extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração da renda e da propriedade fundiária, observando-se a coexistência de formas rudimentares de organização do trabalho produtivo com a mais avançada tecnologia da economia capitalista. As desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada. A evolução histórica desta sociedade desigual ocorreu quase sempre na presença de um Estado autoritário, culminando no regime militar,

que desenvolveu uma política social mais voltada para o controle das classes dominadas impedindo o estabelecimento de canais eficazes para as demandas sociais e a correção das distorções geradas pelo modelo econômico. (Brasil, 1987, p. 13-14)

Em relação à reformulação do sistema nacional de saúde, ficam preconizadas as responsabilidades do Estado quanto ao direito à saúde e também o incentivo à mobilização social.³ Houve o engajamento para convocação de uma Assembleia Nacional Constituinte para que se garanta a saúde como direito de todos e dever do Estado.

A natureza do novo Sistema Nacional de Saúde movimentou muitos delegados para a discussão, defendendo que o novo sistema fosse reestruturado e capaz, efetivamente, de constituir um novo arcabouço institucional e orçamento próprio, formando um aparato institucional distinto da previdência social “através de uma ampla reforma sanitária, sendo coordenado por um único ministério, especialmente concebido para este fim” (Brasil, 1987, p. 10).

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (Bravo, 2006, p. 9)

Nesta lógica, dado que se cogitava a de um novo sistema nacional de saúde, é certo pensar como se constituirá também, o novo orçamento:

Deverá ser constituído um orçamento social que englobe recursos às políticas sociais dos diversos ministérios e aos distintos fundos sociais. O financiamento do sistema de saúde será responsabilidade do Estado a quem cabe uma política de descentralização, articulando a participação efetiva dos Estados e municípios com uma ampla e profunda reforma tributária. (Brasil, 1987, p. 19)

³ De acordo com o Relatório Final na 8ª CNS foi proposto um novo Conselho Nacional de Saúde com representações dos governos federal, estaduais e municipais e representantes de entidades civis, como partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares; e acrescenta ainda a seguinte proposta: “Deverão também ser formados Conselhos de Saúde em níveis local, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço), que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. Deverá ser garantida a eleição das direções das unidades do sistema de saúde pelos trabalhadores desses locais e pela comunidade atendida” (Brasil, 1987, p. 26).

Dessa forma, disseminados nacionalmente os pressupostos do movimento sanitarista travou-se a batalha durante a Constituinte (1986-1988), inspirada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo, Relatório Final foi utilizado por base para a Seção II da Constituição Federal de 1988, que dispõe sobre saúde, concretizando, aquilo que os militantes da reforma sanitária propunham: que as ações no campo da saúde fossem resultar na compreensão da vinculação da saúde com as condições sociais de existência da população brasileira.

A Constituição de 1988 incorpora conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde da reforma sanitária, expressos nos artigos de 196 a 200: a. o conceito de saúde entendido numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais; b. a saúde como direito social universal derivado do exercício da cidadania plena e não mais como direito previdenciário; c. a caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública; d. a criação de um Sistema Único de Saúde (descentralizado, com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade); e. a integração da saúde a Seguridade Social. (Chioro; Scaff, 1999, p. 17).

A principal conquista dessa reviravolta da saúde no cenário nacional, por ocasião da promulgação da Constituição Federal de 1988, é o direito à saúde reconhecido como um direito humano, ou seja, igualdade diante da lei e, a instituição de um sistema único de saúde: “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. 1).

O Artigo 197 preconiza as ações e serviços de saúde com natureza de relevância pública, seja no âmbito do poder público e de entes privados; enquanto o artigo 198 cria

[...] uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (Brasil, 1988, p. 1)

Assim, a Constituição Federal de 1988, integra concepções e diretrizes da saúde formulados pelo movimento da Reforma Sanitária, do artigo 196 ao artigo 200, onde fica expresso um grande salto para os direitos sociais,⁴ especialmente no âmbito da saúde pública.

⁴ Vale destacar o caráter inédito do artigo 6º da Constituição Federal de 1988 que pela primeira vez apresenta os direitos sociais como dever do Estado: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (Brasil, 1988, p.1).

A saúde integra a seguridade social junto com a assistência e a previdência. A saúde, como direito de todos. A assistência social, para quem dela necessitar e a previdência de caráter contributivo, formalizando o caráter de uma política universal.

A Constituição Federal de 1988 é um marco para a saúde pública brasileira, pois, em seu texto, atesta a saúde como direito de todos e um dever do Estado. No entanto, vários limites para sua concretização foram sendo visualizados, conforme analisa Bravo (2006)

O texto constitucional, inspira-se nas proposições defendidas durante vários anos pelo movimento sanitário, embora não tenha sido possível atender todas as demandas quando elas se confrontavam com interesses empresariais ou de setores do próprio governo. As questões centrais sobre financiamento do novo sistema ficaram pouco definidas, não tendo sido estabelecido um percentual sobre os orçamentos dos quais se origina⁵. Com relação aos medicamentos, há apenas uma alusão à competência do sistema de saúde para fiscalizar sua produção. A saúde do trabalhador não contemplou propostas como o direito do trabalhador recusar-se a trabalhar em locais comprovadamente insalubres, bem como, de ter informações sobre toxicidade dos produtos manipulados. (Bravo, 2006, p. 11).

Vale destacar que o Artigo 199 assegurou que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, inclusive incorporado de forma complementar no SUS. Verificou-se, no entanto, importantes vetos à participação de capital estrangeiro e a perversa comercialização de órgãos, tecidos e substâncias humanas, como o sangue, conforme parágrafos deste artigo:⁶

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de *forma complementar do sistema único de saúde*, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. § 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. § 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.” (Brasil, 1988, p. 1, grifo nosso)

⁵ A Emenda Constitucional N. 29 estabeleceu percentuais mínimos para a saúde apenas em 2000: “Art. 4º Os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, montante igual ou superior a quinze por cento da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º, da Constituição Federal.” (Brasil, 2000, s/p)

⁶ Houve a aprovação de lei para entrada do capital estrangeiro nas empresas de saúde e há no momento projeto de lei para comercialização do plasma humano.

Em 1990 foram aprovadas as duas leis N. 8.080 e 8. 142 que regulamentaram os artigos constitucionais, como a Lei Orgânica da Saúde. Nas disposições gerais da Lei 8.080/1990 está assegurado a conquista da saúde como direito e dever do Estado e a compreensão da determinação social da saúde, expresso no Artigo 3º:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (Brasil, 1990, p. 1.)

A Lei 8.080/1990 definiu as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde na organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde a partir de objetivos e atribuições, princípios e diretrizes.-

O SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um Sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. (Chioro, Schaff, 1999, p. 21)

A referida Lei estabeleceu as formas de organização, da direção e da gestão, nas competências e atribuições de cada esfera de governo. Assim como regulou os serviços privados de assistência à saúde e a participação complementar no SUS. Dispõe sobre a política de recursos humanos; de financiamento, de planejamento e do orçamento. Posteriormente foram acrescentados a criação do subsistema de atenção à Saúde Indígena,⁷ do subsistema de atendimento e internação domiciliar. Do Sistema de atendimento e internação domiciliar, do subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; da assistência terapêutica e da incorporação de tecnologia em saúde; dos serviços privados de assistência à saúde; da Telessaúde.

Cabe ressaltar a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que proclama uma de suas principais características do sistema de saúde: a participação dos usuários na gestão do serviço, através de instâncias colegiadas como conselhos e conferências de saúde em cada

⁷ Incluído no capítulo V, na Lei no 8.080, que regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS). Foi o Capítulo V, sancionado em 23 de setembro de 1999, que estabeleceu a responsabilidade da Funasa pela saúde dos povos indígenas. FUNASA, Lei Arouca. Disponível em: https://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf

esfera de governo contribuindo, assim, para assegurar que o SUS é uma conquista do povo brasileiro. A referida lei definiu as formas de transferências dos recursos financeiros.⁸

Portanto, o projeto de Reforma Sanitária brasileira não se limita à intervenção do Estado apenas no âmbito da saúde pública, ela vai além sob lentes de reforma social, ela visa a produção das condições para se ter saúde e bem-estar, ou seja, a melhoria das condições de qualidade de vida da população.

Em suma, o final da década de 1980 no Brasil redefiniu-se os rumos da política social. De acordo com Behring e Boschetti (2016), após a promulgação da Constituição Federal de 1988, havia expectativas para um sistema de proteção social universal prestes a ser construído e os direitos sociais salvaguardados.

Porém, esse processo “nasceu num solo árido” com um ambiente cujos desafios remetiam a uma contrarreforma do Estado brasileiro em curso nos governos Collor e principalmente de Fernando Henrique Cardoso de hegemonia do neoliberalismo no contexto mundial, tratado a seguir.

3.2 Desafios da consolidação do SUS como sistema universal no contexto de-contrarreforma do Estado brasileiro e hegemonia neoliberal

As lutas pela efetivação das bases da Reforma Sanitária desenrolaram-se num momento crítico:

[...] aprofundamento das desigualdades e metamorfoses no mundo do trabalho, que implicam na expansão do desemprego estrutural e a precariedade do emprego e da remuneração. Estava-se diante da consolidação hegemônica do neoliberalismo, tendo como fundamento ideológico a tese de supremacia do mercado e as políticas de ajuste econômico, preconizando-se o controle inflacionário, o corte de custos no governo e nas empresas privadas, ao lado da consequente redução drástica dos sistemas de serviços públicos, como estratégias que garantem acumulação”. (Medeiros, 2008, p. 194).

De acordo com Paulo Netto e Braz (2006), o capitalismo contemporâneo começa a ser gestado em 1970, como forma de resposta à crise dos “anos dourados” no colapso do *Welfare*

⁸ No Artigo 4º estabeleceu importantes requisitos para que os Municípios, Estados e Distrito Federal recebessem recursos federais. Foram eles: Fundo de Saúde; Conselho de Saúde; plano de saúde; relatórios de gestão; contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

*State*⁹, onde ocorreu uma drástica queda nas taxas de lucro o que ocasionou a reversão das conquistas sociais alcançadas no período pós-segunda guerra, que desencadeou a terceira fase do estágio imperialista. Nesse contexto de crise e mundialização do capital–ocorreram um processo de restauração do capital a partir de uma reestruturação produtiva, financeirização e ideologia neoliberal que passa a desencadear um movimento de destruição de regulamentações sociais.

O ataque do grande capital às dimensões democráticas da intervenção do Estado começou tendo por alvo a regulamentação das relações de trabalho (a “flexibilização” comentada no item anterior) e avançou no sentido de reduzir, mutilar e privatizar os sistemas de seguridade social. Prosseguiu estendendo-se à intervenção do Estado na economia: o grande capital impôs “reformas” que retiraram do controle estatal empresas e serviços – trata-se do *processo de privatização*, mediante o qual o Estado entregou ao grande capital, para a exploração privada e lucrativa, complexos industriais inteiros (siderurgia, indústria naval e automotiva, petroquímica) e serviços de primeira importância (distribuição de energia, transportes, telecomunicações, saneamento básico, bancos e seguros). (Paulo Netto; Braz, 2006 p. 228, grifo dos autores)

O novo padrão de acumulação flexível caracteriza a terceira fase do estágio imperialista com mudanças no mundo do trabalho que promova a reversão da queda de lucro e novas condições de exploração da força de trabalho.

No discurso para legitimar a ideologia neoliberal o Estado, basicamente, não assume os serviços públicos. Para garantir um equilíbrio fiscal, acontecem cortes significativos nos gastos públicos, inclusive nas áreas da saúde, educação e assistência social. Essa redução de investimentos obviamente afeta a qualidade e a execução dos serviços públicos, notadamente, e à vista de todos, os desmontes das políticas sociais tiveram um impacto negativo, aumentando ainda mais a desigualdade social.

O Estado, portanto, diminui suas funções, precisamente os que dizem respeito aos direitos sociais. Em sua outra face, se dilata para a expansão do capital.

⁹ Em um contexto pós crise de 1929 e de décadas de expansão capitalista nos países centrais instituiu-se uma política keynesiana onde “o Estado, diga-se o fundo público [...], passa a ter um papel na administração macroeconômica, ou seja, na produção e regulação das relações econômicas e sociais. Nessa perspectiva, o bem-estar ainda deve ser buscado individualmente no mercado, mas se aceitam intervenções do Estado em áreas econômicas, para garantir a produção, e na área social, sobretudo para as pessoas consideradas incapazes para o trabalho: idosos, deficientes e crianças. Nessa intervenção global, cabe, por tanto, o incremento das políticas sociais” (Behring; Boschetti 2016, p. 86).

[...] o Estado foi demonizado pelos neoliberais e apresentado como um trambolho anacrônico que deveria ser reformado – e, pela primeira vez na história do capitalismo, a palavra *reforma* perdeu o seu sentido tradicional de conjunto de mudanças para ampliar direitos; *a partir dos anos oitenta do século XX, sob o rótulo de reforma(s) o que vem sendo conduzido pelo grande capital é um gigantesco processo de contra-reforma(s)*, destinado à supressão ou redução de direitos e garantias sociais. (Paulo Netto; Braz 2006, p. 227, grifo dos autores)

Considerando a implantação do neoliberalismo no Brasil, de acordo com Abramides (2021), a ofensiva do capital na América Latina, inicia-se no final da década de 1989, a partir do Consenso de Washington, que foi elaborado pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial, Banco Internacional de Desenvolvimento (BIRD) e pelo governo norte-americano que, através do reforço a lógica do desenvolvimento desigual e combinado, faz com que os países periféricos permaneçam subordinados aos países capitalistas centrais, sob o jugo imperialista na esfera internacional.

Ao propor Estado mínimo, logo, pressupõe-se a regulamentação do terceiro setor para ser o executor das políticas públicas e, com isso, a sua precarização ao lado da focalização nos setores mais pauperizados. A década de 1990, no Brasil foi um período de desafios e contradições centradas no regime de inflação alta e de incertezas quanto à condição pública para aquecer a economia a partir do governo Collor:

No governo Collor, as alianças favoráveis ao velho autoritarismo e à corrupção opuseram-se à necessária continuidade e aprofundamento do processo democrático, no qual as resistências burocráticas e os interesses políticos clientelísticos desempenharam importante papel. O governo federal, na tentativa de desmontar o Projeto de Reforma Sanitária, controla e corta os recursos transferidos aos estados e municípios. (Medeiros, 2008, p. 195)

É nesse contexto que se disseminou concepções para gerenciar o estado fundamentalmente reafirmando um liberalismo econômico que exalta o mercado, a concorrência e a liberdade de iniciativa privada, rejeitando a intervenção estatal na economia e, conseqüentemente, nas políticas públicas. Assim,

[...] o conjunto de direitos conquistados no texto constitucional, foram, de uma maneira geral, submetidos à lógica do ajuste fiscal permanecendo – mais uma vez – uma forte defasagem entre direito e realidade [...] a privatização no campo das políticas sociais públicas compõe um movimento de transferências patrimoniais, além de expressar o processo mais profundo de supercapitalização. [...] os direitos mantidos pela seguridade social se orientam, sobretudo, pela seletividade e privatização, em detrimento da universalidade e estatização. (Behring; Boschetti 2016, p. 159-160)

Mesmo com a implantação de um sistema de saúde público descentralizado também houve o crescimento na década de 1980 da atenção médica supletiva formada pelos planos de saúde que ganhavam visibilidade, pois, já se propagava a ideia de que aquilo que é mantido pelo governo no campo dos direitos sociais não é bem administrado.

A constitucionalização do SUS enfrentou, ao mesmo tempo, a falta de condições a sua concretização, pois, os debates giravam entorno de exaltar o mercado e a liberdade à iniciativa privada, rejeitando a intervenção estatal na economia e nas políticas sociais. Assim, torna-se perceptível o tanto que a seguridade social vem resistindo para se efetivar ou se materializar como política pública, essas reconfigurações na década de 90 até os nossos dias, acabaram enfatizando e fortalecendo os planos privados, tanto de saúde como de previdência.

O neoliberalismo no Brasil, ganha força, de modo efetivo com o governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), quando ocorre com a abertura econômica, privatizações e uma série de reformas econômicas. Essas reformas visavam promover a liberalização do mercado e a redução da intervenção estatal na economia. Segundo Paulo Netto e Braz (2006), essas propostas de reforma e de ajustes estruturais resultam em cortar gastos e privatização, penalizando as massas populares, fazendo dos países periféricos do capitalismo exportadores de capital para os países centrais.

A partir da promulgação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho Estatal, em 1995, formulado pelo Ministério da Administração e da Reforma do Estado, sob a lógica neoliberal (privatização, publicização e terceirização) das políticas públicas, o governo brasileiro adotou políticas que reduziam tarifas de importação e promoveram a competição internacional. Isso teve impactos significativos em setores como a indústria nacional e da agricultura. Várias empresas estatais foram privatizadas, transferindo o controle desses setores para o setor privado.

Tratou [...] de “reformas” orientadas para o mercado, num contexto em que os problemas no âmbito do Estado brasileiro eram apontados como causas centrais da profunda crise econômica e social [...] Reformando o Estado, com ênfase especial nas privatizações e na previdência social, e acima de tudo, desprezando as conquistas de 1988 no terreno da seguridade social e outros, — a carta constitucional era vista como perdulária e atrasada, — estaria aberto o caminho para o novo “projeto de modernidade”. (Behring; Boschetti, 2016, p. 148).

Portanto, mesmo o cenário desfavorável do governo FHC, a política de saúde permaneceu um campo de importantes movimentos para a efetivação e estruturação do sistema de saúde brasileiro, a exemplo da aprovação da Emenda Constitucional N. 29/2000.

Nas eleições para a presidência da República em 2002 tem a vitória de Luís Inácio Lula da Silva, sob grande expectativa de fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária que havia sido muito questionado nos governos anteriores. No entanto, não houve a ruptura com a agenda neoliberal, em especial, no processo de financiamento que incide no acesso e qualidade dos serviços de saúde.

Apesar de explicitar como desafio a incorporação da agenda ético- política da reforma sanitária, pelas suas ações tem mantido a polarização entre os dois projetos. Em algumas proposições procura fortalecer o primeiro projeto e, em outras, mantém o segundo projeto, quando as ações enfatizam a focalização e o desfinanciamento. (Bravo, 2006, p. 16).

No que diz respeito ao financiamento do SUS, durante o governo Lula, houve o comprometimento com o Fundo Monetário Internacional o que, certamente acarretou num forte abalo nas estruturas do SUS, além da redução nos gastos com saneamento e política de segurança alimentar (Bravo, 2006)

É indiscutível que as tendências neoliberais agravam as condições do orçamento público destinado à política social, mantendo-a submissa à política econômica, tendo em vista a continuidade do pagamento da dívida pública. A disputa pelos recursos do fundo público se constitui numa arena fundamental no capitalismo contemporâneo, como explicam Behring e Boschetti:

Segundo Oliveira (1998), o fundo público sofre pressões e funciona como um elemento fundamental para a reprodução do capital e também para a reprodução da força de trabalho, ou seja, existe uma tensão desigual para a repartição do financiamento público. Dessa forma, o fundo público reflete as disputas existentes na sociedade de classes, em que a mobilização dos trabalhadores busca garantir o uso da verba pública para o financiamento de suas necessidades, expressa em políticas sociais. Já o capital, com sua força hegemônica, consegue assegurar a participação do Estado em sua reprodução por meio de políticas de subsídios econômicos, de participação no mercado financeiro, com destaque para a rolagem da dívida pública. (Behring; Boschetti 2016, p. 174)

No período do governo Dilma (2011-2016), o foco mantido foi de redução dos gastos públicos e a manutenção do subfinanciamento, com expansão e fortalecimento do setor privado, favorecendo ainda a hegemonia dos planos e seguros privados de saúde. “O subfinanciamento persistiu como um problema. Tal situação foi agravada quando o

Legislativo e o Executivo impediram a aprovação de recursos adicionais para o SUS, rejeitando a destinação de 10% do orçamento federal para a saúde” (Reis; Panin, 2018, p. 104).

Vale ressaltar que após o segundo ano do primeiro governo Dilma, ficam evidentes os ataques ao Sistema Único de Saúde advindos do próprio Congresso Nacional que, petulantemente, como apresentado anteriormente, concederam o setor saúde aos investimentos do capital estrangeiro, propondo algo totalmente contrário à CF 88, no art. 199, que vedava esta participação em empresas de saúde.

Averiguou-se que “[...] a situação do Brasil, com o ajuste fiscal, penetração da ideologia liberal e dificuldade do governo em apresentar resposta adequada aos fatos, indicava uma mudança na correlação de força, trazendo impactos negativos para as políticas de saúde” (Reis; Panin, 2018, p. 107).

Posteriormente, após *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, consolidado como um golpe parlamentar, deu-se início o Governo Temer com a proposta imediata da PEC dos gastos (PEC 55/2016) que determinava um novo regime fiscal, através do contingenciamento do orçamento público, especialmente para todas as áreas sociais, por 20 anos. Sugeriu limite de 10% no gasto público com o objetivo de equilibrar as contas públicas. Pondo abaixo todo o desenvolvimentismo implantado pelos governos do Partido dos Trabalhadores (PT) que mantiveram a política macroeconômica do governo FHC, fragmentando as políticas sociais à lógica da economia.

As principais mudanças em programas do Ministério da Saúde e iniciativas governamentais que contribuíram para o desmonte do SUS no Governo Temer iniciaram-se com a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, que foi sistematizada no Ofício nº 60 (2017) da Secretaria de Atenção à Saúde e teve o intuito de reagir à perda de usuários dos planos de saúde, propondo então, planos de saúde que possam atingir a todas as camadas sociais. A proposta está dividida em três: Plano Simplificado, Plano Ambulatorial+Hospitalar e Plano em Regime Misto de Pagamento, sendo que o principal ponto desse retrocesso são as restrições de cobertura, que ferem diretamente à integralidade da assistência. (Silva; Santos; Correia, 2021, p. 204)

Em suma, as ações do governo Temer representam a conformidade e legitimação da ofensiva neoliberal no Brasil fomentando o crescimento do setor privado num terreno que, há tempos estava sendo preparado e expandindo a economia à dinâmica do capital internacional, assim, o impacto negativo no SUS se expressa na deterioração do sistema implicando na qualidade de saúde da população.

Tem-se a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização não clássica da saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por 20 anos, cortes orçamentários na política de saúde; a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis; propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); articulação efetiva como setor privado por meio da Coalizão Saúde (2017). (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020, p. 195)

No que se diz respeito ao financiamento, os impactos para a política de saúde são enormes. Foi cogitada a redução do SUS pelo ministro da Saúde Ricardo Barros, que afirmou não ser possível assegurar os direitos da Constituição Federal de 1988, especialmente o direito universal à saúde. Apresentou propostas para um plano de saúde “acessível” que fomenta a articulação com o setor empresarial da saúde, através do documento “Coalizão Saúde: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, cujo “[...] objetivo era construir um novo sistema de saúde para o Brasil e defende a tese de que os setores públicos e privados precisam construir uma rede integrada de cuidados contínuos, a qual pressupõe maior participação da iniciativa privada na gestão de serviços” (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020, p. 197).

Outro aspecto importante ocorrido no governo Temer foi a Reforma Trabalhista (2017), trazendo uma série de desmontes para a Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), com mudanças estruturais, gerando precarização e flexibilização das relações trabalhistas, sem contar com a perda de direitos até então assegurados aos trabalhadores pela CLT.

Em 2019, deu-se início ao governo Bolsonaro, de vertente política de extrema direita, pautada nos ataques às políticas públicas e intensificação do ajuste fiscal, com uma agenda ultraneoliberal. No que pautava o plano de governo acerca do SUS, foram propostas:

[...] diretrizes que deveriam orientar as relações do governo com o setor de saúde suplementar e à questão da judicialização no Sistema Único de Saúde, tem-se a proposição de utilizar toda força de trabalho da saúde pelo SUS e que todo médico possa atender a qualquer plano de saúde, compartilhando esforços da área pública com o setor privado como forma de garantir acesso e evitar a judicialização. (PSL, 2018). (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020, p. 199)

A proposta, desde então era basicamente a defesa do crescimento de um setor privado e não a execução de mais recursos para contribuição e fortalecimento do SUS, sem contar que o Ministério da Saúde passou por mudanças na sua estrutura, sendo criadas duas secretarias: a de Atenção Primária à Saúde e a de Tecnologia da Informação no âmbito da saúde.

Segundo Bravo, Pelaez e Menezes (2020), o governo defendeu a carreira de Estado para médicos, proporcionou o fortalecimento das Santas Casas, apresenta a reformulação do Programa Mais Médicos desestabilizando todo o programa. No que diz respeito à Política de Saúde Mental, foram ignoradas conquistas da reforma psiquiátrica e da luta manicomial com o fortalecimento das comunidades terapêuticas.

O próprio presidente em exercício desenhou a Reforma da Previdência em 2019, a partir da EC 103, revogando as regras de contribuição, apresentando critérios mais rígidos para o acesso à aposentadoria e promovendo mudança na regra de cálculos, tanto para os trabalhadores de empresas privadas quanto para servidores da União.

Em 2020, o mundo passou por uma crise sanitária de grande proporção ocasionada pela Pandemia do COVID-19 que causou consequências econômicas, políticas e sociais agudizando as desigualdades sociais. Mesmo com todos os alertas emitidos pelas autoridades, o presidente Bolsonaro fez pouco caso do caos instalado no Brasil com o número de pessoas infectadas e que vieram a óbito.

Ao não investir recursos suficientes e de forma racional, ao não articular a política em nível federal, ao apresentar um discurso negacionista e não alinhado com as recomendações da OMS e ao desestruturar tecnicamente o órgão gestor máximo da política de saúde. Enfim, ao contrário de articular e organizar o enfrentamento, a política de saúde do governo federal desarticulou e desorganizou as respostas necessárias e urgentes requeridas. (Soares; Correia; Santos, 2020, p. 123)

Quando se necessitava da aplicação de recursos federais no combate à pandemia, foi injetado recurso para fomentar a economia com um orçamento extraordinário através do Auxílio Emergencial, sendo destinados 8, 29% do PIB para o auxílio, enquanto para a saúde pública num contexto de crise sanitária, se mantém uma média de 4, 26% como se apresentam nos gráficos abaixo, fazendo com que os desafios enfrentados pela política de saúde cresçam desde então.

De acordo com o Documento Orientador para os debates em preparação da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª +8) (2019), com o avanço da investida neoliberal, os desafios para a efetivação e defesa do sistema de saúde pública e de qualidade crescem de maneira expoente. O primeiro desafio aponta para a resistência a ataques aos princípios e diretrizes do SUS, muito visados pelas forças políticas que pretendem reformulá-los aos moldes que possuía antes da promulgação da Constituição Federal de 1988. O segundo, diz respeito à elaboração de políticas públicas que possam expandir cada vez mais o SUS no

intuito de superação dos obstáculos contrapostos pelo Estado. “Defender o SUS significa defender ações e serviços de saúde para totalidade da população brasileira, sendo que para mais de 75% desta população o SUS é a única opção de assistência à saúde” (BRASIL, 2019, p. 4).

As Conferências de Saúde, constituem-se, portanto, como espaços potentes da participação política da população em defesa da saúde como direito das pessoas e de coletividades do Sistema Único de Saúde (SUS), da democracia e do bem-estar de todos os brasileiros. Como registra do Parágrafo 1º do Artigo 1º da Constituição Federal Brasileira de 1988: “Todo poder emana do povo” e deve ser exercido pelos representantes eleitos na perspectiva de fortalecer o Estado Democrático de Direito fundamentado na soberania, na cidadania, na dignidade da pessoa humana, nos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e no pluralismo político. (Brasil, 2019, p. 10).

O debate em torno do financiamento das políticas sociais, principalmente o da política de saúde está sempre na pauta tendo em vista que desde a década de 90 a seguridade social tem se tornado cada vez mais um campo de batalhas por causa da implementação da política de austeridade fiscal, fazendo com que sejam retirados, aos poucos, os direitos sociais e fragmentadas as políticas públicas expressadas no agravamento das desigualdades que levam à miséria maior parcela da população.

A conquista de suficiência e estabilidade dos recursos para o sistema público de saúde é fundamental para corresponder tanto às necessidades do sistema como os legítimos anseios da população em torno da defesa do direito constitucional à saúde e do acesso universal e igualitário às ações e serviços do SUS. Historicamente, o financiamento da saúde pública no Brasil sempre foi precário... apesar de ser previsto na lei, tanto na Constituição Federal como na Lei Orgânica da Saúde que preveem fontes de financiamento, os percentuais a serem gastos em saúde e a forma de divisão e repasse dos recursos entre as esferas do governo. *O financiamento do SUS tem sido instável e insuficiente, caracterizando o subfinanciamento do SUS, desde a sua criação.* (Brasil, 2019, p. 27-28, grifo nosso)

Definitivamente, esses processos gradativos de deterioração das condições de saúde da população vindas diretamente do governo, impactam no desenvolvimento das atividades dos Estados e Municípios.

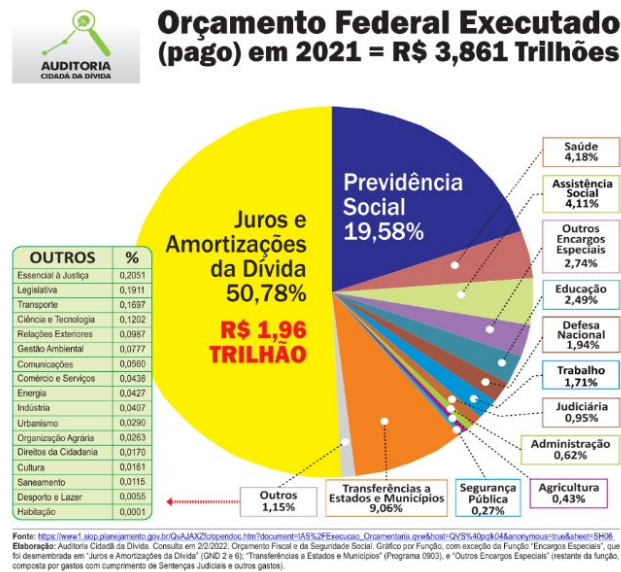
Desde 2018, o Estado tem se afastado dos seus deveres constitucionais, por meio do desmonte da democracia e da participação popular, agravando as desigualdades, impondo a perda de direitos e adoecendo as pessoas, *o Brasil necessita de um amplo processo de reconstrução nacional da perspectiva de construir um “Amanhã” com garantia de Direitos, com o SUS fortalecido, o respeito à Vida e a Democracia e à Institucionalidade definida constitucionalmente.* (Brasil, 2023, p. 12, grifo dos autores)

¹⁰ “A atividade da Iniciativa de Auditoria Cidadã à Dívida Pública consiste em exigir às entidades públicas a informação que é direito dos cidadãos em democracia. Ao mesmo tempo, a Iniciativa de Auditoria Cidadã à Dívida Pública pretende realizar um trabalho rigoroso de pesquisa – compilando e interpretando dados já públicos e outros que se tornem públicos com vista ao esclarecimento urgente da sociedade sobre as características de uma dívida que se tornou central na nossa vida coletiva.” Fonte: <https://auditoriacidadade.org.br/iniciativa-de-auditoria-cidada-a-divida-publica/#:~:text=A%20atividade%20da%20Iniciativa%20de,direito%20dos%20cidad%C3%A3os%20em%20democracia.>

Fonte: Auditoria Cidadã, disponível em:

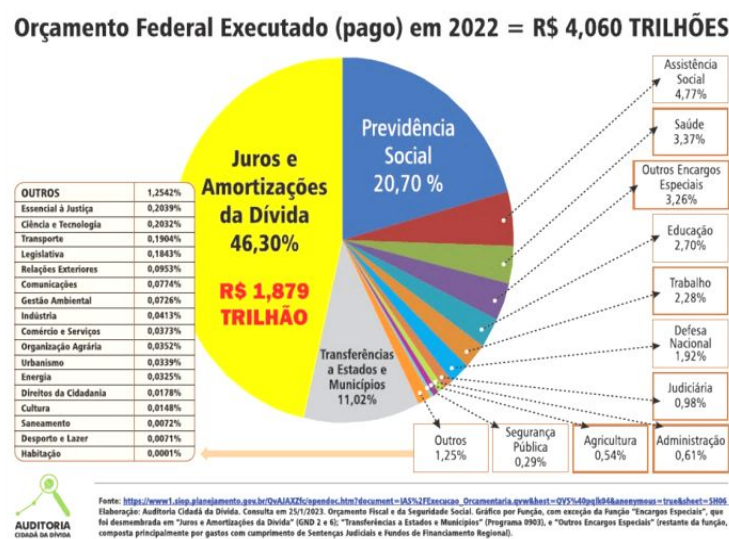
<https://auditoriacidada.org.br/conteudo/gastos-com-a-divida-publica-cresceram-33-em-2020/>

Gráfico 3 – Orçamento Federal Executado (pago) em 2021 = R\$ 3.861 Trilhões



Fonte: Auditoria Cidadã

Gráfico 4 – Orçamento Federal Executado (pago) em 2022 = R\$ 4,060 Trilhões



Fonte: Auditoria Cidadã

Em 2023 ocorreu a 17ª Conferência Nacional de Saúde, sob o tema “Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia”. Mesmo com o avanço cada vez maior dos planos de saúde privada, o Brasil, permanece sendo “[...] o único país no mundo a se propor a um sistema nacional de saúde de acesso universal, por meio da regionalização, descentralização e participação social” (Brasil, 2023, p. 24)

Nesse evento foram debatidos os desafios do SUS no contexto pós-pandemia que vivemos. Na definição dos novos rumos para a estabilização das políticas públicas e do SUS para os próximos 4 anos, apresentam-se: o fortalecimento da democracia participativa que caracteriza, de modo particular, a luta do povo contra os retrocessos; também foi reforçada a responsabilidade do Estado de implementação de políticas públicas que garantam a qualidade de vida da população. A retomada do caminho que vem sendo trilhado há anos para garantir conquistas ao povo brasileiro partindo de um movimento de reconstrução nacional.

Buscando fortalecer a compreensão de que o sistema de saúde no Brasil tem seu caráter universal, integral, público e de acesso gratuito que atua na proteção e recuperação da saúde, reafirmando sua pertença ao povo brasileiro, rompendo com o subfinanciamento revogando a EC 95 para que o financiamento seja suficiente para a valorização dos profissionais de saúde.

Evidentemente, que, há medida em que se estabelecem estes parâmetros de luta para a consolidação do Sistema Único de Saúde, aparecem também, as questões que a ameaçam: a política macroeconômica de valorização do capital financeiro e subordinação das políticas sociais e, conseqüentemente, a terceirização e precarização dos profissionais. O modelo de atenção à saúde retrocedendo à concepção de saúde de antes da Constituição Federal de 1988.

Constatou-se a efetivação de uma organização do sistema de saúde que se aparta dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira proposta no final dos anos 70. A implementação da reforma foi influenciada por um traço fortemente conservador, ou seja, enfatizou-se uma proposta de racionalização e modernização das estruturas, enquanto as respostas à crise foram formuladas no contexto de construção da hegemonia neoliberal, construindo-se um consenso em torno dessas bases de operacionalização, acompanhado de uma conjuntura de desmobilização dos segmentos atuantes na transformação do sistema de saúde. (Medeiros, 2008, p. 197).

Constatou-se o crescimento das Organizações Sociais, que atuam no terceiro setor filantropicamente gerenciando os serviços de saúde e, por fim, a chamada complementariedade invertida no SUS onde o setor privado exerce sua participação a partir da

contratação de serviços na média e alta complexidade. Esses aspectos evidenciam a dimensão ampla das mudanças necessárias:

[...] as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, 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[...] Em qualquer situação, porém, ficou claro que a participação do setor privado deve-se dar sob o caráter de serviço público “concedido” e contrato regido sob as normas do Direito Público. (Brasil, 1988, p. 10)

Assim, a trajetória lenta para assegurar o direito à saúde mostra que o avanço na edificação de uma sociedade verdadeiramente democrática perpassa pelas mãos da classe trabalhadora. Enquanto, que a retomada das bases da Reforma Sanitária Brasileira expressa na constituição do Sistema Único de Saúde, como um sistema universal e de gestão democrática exige mudanças que rompam com as marcas de exclusão e autoritarismo da formação social brasileira e do Estado brasileiro.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde Pública no Brasil é um tema de interesse societário e cabe a sociedade a proteção e garantia da saúde de todas as pessoas. Destacando-se que as condições sociais e econômicas determinam o processo saúde e doença.

No desenvolvimento desta pesquisa, conclui-se que os desafios para a efetivação da política de saúde pública e de qualidade almejada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde relaciona-se ao contexto econômico, político e social na sociedade brasileira. Constatou-se inicialmente que, os fortes traços do conservadorismo e exclusão social presentes na sociedade brasileira permanecem como barreiras para consolidação do sistema de saúde universal, estatal e de qualidade.

No Brasil, as relações sociais tipicamente capitalistas desenvolveram-se de maneira diferente das grandes potências mundiais, assim como as políticas sociais são pensadas com certas particularidades baseadas num princípio de subordinação econômica que está impresso no nosso país desde o período colonial. Uma outra característica a ser mencionada é que carregamos o peso do escravismo que se reflete nas condições de trabalho.

O Estado brasileiro surgiu diante de ambiguidade e dissociação entre o que é e o que deveria ser, pois, numa hegemonia dominante, a dinâmica do mercado no início do século XX tornou-se voltada apenas para a exportação, ou seja, ao invés de verter os olhares para uma expansão econômica interna, o objetivo central da economia é a exportação e a circulação do capital estrangeiro. Aí está a raiz da nossa dependência econômica, definida como heteronomia.

O início do século XX no Brasil foi conturbado, pois além do atraso no avanço das forças produtivas e no desenvolvimento humano, existia um forte crescimento nas expressões da questão social, que se refletiam basicamente na miserabilidade e na falta de organização/mobilização para uma solução para a saúde pública no Brasil.

Foi na década de 30, com as primeiras revoltas de classe trabalhadora, impulsionadas pelos imigrantes que traziam os ideais iluministas, que os trabalhadores voltam seus olhares para a condição a que eram submetidos nos ambientes de trabalho.

O advento da Era Vargas, redimensionaliza o Estado a partir de profundas mudanças e a expansão da industrialização através de subsídios. Com a introdução da política social, o movimento operário ganha força. Nesse contexto, verificou-se que só era portador de direito à previdência e à assistência médica quem tivesse Carteira de Trabalho. Nessa época também foi criado o Ministério da Educação e da Saúde Pública, pois, até então não existia uma política nacional de saúde pública.

Nesse momento, a intervenção do Estado na saúde era pública e conduzida através de reformas sanitárias. Também coexistia a medicina previdenciária, a saúde privada e a filantrópica, ou seja, de alguma maneira a saúde torna-se comercializada. Coexistiam, assim, dois sistemas de saúde: a saúde pública e estatal de caráter preventivo e coletivo e a medicina previdenciária, de caráter individual, curativa e privada.

Com a criação do Ministério da Saúde em 1953, surgem as primeiras discussões acerca de fortalecer a saúde pública no Brasil, visando um sistema ~~único~~ de saúde que fosse capaz de atender a todo brasileiro. Porém, com o golpe militar de 1964, muito se perdeu com os militares no poder, na chamada política de saúde, ocorreram cortes orçamentários devastadores, com isso, muitas doenças voltaram a se alastrar pelo cenário cotidiano brasileiro. Existem dados que comprovam em quem 1970, o teto orçamentário para a saúde pública no Brasil era baixo, sem contar com os arrochos salariais que implicavam na miserabilidade e vulnerabilidade social.

Com a decadência da ditadura militar, o movimento sanitarista ganha força tendo suas bases fincadas na Reforma Sanitária italiana com o objetivo de uma transformação democrática do Estado, discutindo, especialmente o conceito crítico de saúde ligado ao exercício da democracia e as condições sociais e econômicas para garantir a saúde da população. Assim, constatou-se que o movimento da Reforma Sanitária brasileira foi pioneiro ao fomentar discussões sobre a determinação social do processo saúde-doença e a crítica à ao sistema de saúde existente.

Cabe destacar em 1986, durante o processo de redemocratização, a 8ª Conferência Nacional de Saúde como marco histórico, onde brotam os primeiros raios de uma política de saúde universal, descentralizada e que tem como um resultado final o esboço para a criação do Sistema Único de Saúde, onde se definem, em assembleia, os princípios, diretrizes, organização e lógica de funcionamento para o novo sistema de saúde.

Os ideais do movimento sanitário, pareciam estar próximos de serem alcançados das lutas e mobilização pela redemocratização do país e da criação de uma nova Constituição

Federal, que, propôs uma concepção de cidadania que continua repercutindo na pauta dos movimentos sociais por defender os direitos sociais universais. Porém, no contexto de crise econômica a partir dos anos 1970, a desigualdade social continua sendo a maneira mais concreta de conseguir visualizar a contrariedade da sociedade capitalista.

No estado Neoliberal, as reformas financeira, tributária e trabalhista demonstram aquilo que está tão evidente: a diminuição da função do Estado como executora dos serviços públicos, deixa ao mercado exercendo apenas a função de ser mediador. É justamente nesse contexto de mudanças e reformas no Estado que se cria o Sistema Único de Saúde (SUS), fruto de uma série de conferências entre universidades, movimentos sociais e tantos outros órgãos da sociedade brasileira, obtendo a garantia de saúde para todos através da Lei efetivada na Constituição Federal de 1988.

Dessa maneira, a década de 1990 no Brasil foi um período de desafios e contradições centradas no regime de inflação alta e de incertezas quanto à condição pública para aquecer a economia. É nesse contexto que reemergem o ideário liberal com concepções para gerenciar o estado, A ideologia neoliberal contemporânea é fundamentalmente um liberalismo econômico que exaltam o mercado a concorrência e a liberdade de iniciativa privada, rejeitando a intervenção estatal na economia. A disputa de setores privados pelo fundo público demonstra que não há a “livre mão do mercado” e o Estado amplia suas funções de administração das crises capitalistas.

Assim, consolidou-se um modelo de intervenção estatal estimulado a partir do Consenso de Washington, surgiram também debate sobre as funções exclusivas e não exclusivas do Estado. O debate sobre o estado mínimo e cortar gastos públicos são fatores que agravam ainda mais as expressões da pobreza no Brasil.

Nos últimos 30 anos, a partir das modificações que vem ocorrendo desde a sua criação, o Sistema de Saúde Público consolidou-se enfrentando desmontes e retrocessos, em virtude principalmente do subfinanciamento e da disputa pelo fundo público realizada pelos setores privados, que geram muitas repercussões na precarização da prestação de serviços, e no distanciamento da concepção ampliada de saúde, que engloba além do acesso aos serviços, a qualidade de vida da população brasileira.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde permanece um marco extremamente importante para os rumos da saúde pública no Brasil, que reuniu as forças populares na propagação de um modelo de saúde pública sob novo conceito: o de que a saúde é muito mais do que a ausência de doença, ela diz respeito condições concretas de vida e trabalho que promovam a

saúde. Daí brota uma outra concepção de cidadania, um desejo de concretização da Reforma Sanitária, que se torna muito mais do que reformar o sistema de saúde pública.

O Sistema Único de Saúde estruturou-se a partir de princípios de universalidade, equidade, integridade e descentralização a partir da promulgação da Lei Orgânica da Saúde, constituída pelas leis 8080/90 que regulamenta a organização e funcionamento do SUS e a 8142/90 que define a regularidade da participação popular na gestão do sistema e a forma de transferências de recursos públicos para alimentá-lo.

A investida neoliberal, a partir da década de 1990, demonstra que o papel de interventor do Estado é funcional ao mercado internacional, especialmente no Brasil, pois, como já foi analisado, sua condição periférica diante dos países centrais o torna como fornecedor de matérias primas para a fomentação do capital internacional e pagamento dos juros da dívida pública.

Destaca-se, no período de contrarreforma do Estado brasileiro o Programa de Publicização, que contratava empresas de terceiro setor para executar políticas públicas, um outro fator que fragmentou ainda mais a política pública brasileira foi a separação e execução das políticas, assim o Estado formularia a política no âmbito técnico e as agências contratadas por ele, as executariam.

Este contexto, propicia caráter compensatório de desigualdade sociais originadas do modo de produção capitalista que, a partir do liberalismo econômico, surgem as novas formas de expressão da questão social que é fragmentada pelo próprio Estado dando a entender que o sistema de saúde, a previdência social e todo sistema da política social são por si só ineficazes em atender às demandas da classe trabalhadora.

As Conferências Nacionais de Saúde demonstraram permanecerem como espaços importantes para a reflexão sobre os novos rumos da política de saúde brasileira tendo em vista que, são oportunidades propícias para, através de análises de conjuntura, traçar metas para a defesa aos ataques da lógica neoliberal de privatização. Assim, constatou-se que os principais desafios destacados pelas conferências mais recentes, dizem respeito ao subfinanciamento e às tentativas de fazer com que a concepção de saúde retorne àquela de antes da Constituição Federal de 1988 através dos ataques aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Mesmo com todas as contradições entre interesses públicos e privados e barreiras no acesso, o Sistema Único de Saúde resiste. O confronto entre o projeto de Reforma Sanitária e o neoliberalismo desde então gera desafios e debates significativos já que o direito à saúde é

constitucional, fruto de lutas de caráter local e nacional. Essa coexistência tem sido desafiadora, pois, manter o funcionamento do SUS como sistema universal, estatal e de qualidade depende do financiamento e também de uma gestão comprometida com seus princípios, possível em uma correlação de forças favoráveis aos setores populares.

REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa. Crise do capital e pandemia: impactos na formação e no exercício profissional em Serviço Social. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 21, n. 41. p. 19-33.

ARAÚJO, Fernando. **Estado e Capital**: uma coexistência necessária. Maceió: Coletivo Veredas, 2016.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. B. **Política Social**: fundamentos e História. São Paulo: Cortez, 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, 2023.

BRASIL. **Lei Nº 8080 de 19 de setembro de 1990**: Das disposições gerais do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 07/11/2023.

BRASIL. **Lei Nº 8142 de 28 de dezembro de 1990**: 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: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 07/11/2023.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política Social no Brasil**. 2006. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo. Acesso em: 08/11/2023.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junguer.; MENEZES, Juliana Souza Bravo. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **SER Social**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191-209, jan. 2020.

COHN, Amélia *et al.* **A saúde como Direito e como Serviço**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. **A implantação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: FioCruz, 1999. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616.pdf>. Acesso em: 25/10/2023.

GIOVANELLA, Lúcia *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2013.

LIMA, Nísia Trindade *et al.* **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FioCruz, 2005.

MEDEIROS, Silvana Márcia de Andrade. **Direção das lutas dos trabalhadores o caso da reforma sanitária brasileira**. 2008. Tese. Universidade Federal de Pernambuco. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9364>. Acesso em: 07/11/2023.

MENDES, Eugenio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. *In*: MENDES, Eugenio Vilaça. (org.) **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento Orientador da 16ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento Orientador da 17ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2023.

OLIVEIRA, Bruno José Cruz. **Educere et Educare**, v. 5, n. 9, jan./jun. 2010. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/educereeteducare/article/download/3478/3772/18262>. Acesso em: 11/11/2023.

PAULO NETTO, José. Cinco notas a propósito da “Questão Social”. **Temporalis**, Brasília, ano 2, n. 3, p. 41-49, jan./jul. 2001.

PAULO NETTO, José. BRAZ, Marcelo. **Economia Política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006. (Biblioteca básica de Serviço Social, v. 1).

PIMENTEL, Edlene. **Bases ontológicas da questão social**: Editorial: Antigas e novas reflexões para a formação e prática profissional do assistente social. 2016.

REIS, Camila Ramos. PAIM, Jairnilson Silva. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 58, p. 101-114, jul. 2018.

SANTOS, Josiane Soares. **Questão social**: particularidades no Brasil. 2008. Tese. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.livrosgratis.com.br/ler-livro-online-60638/particularidades-da-questao-social-no-capitalismo-brasileiro>. Acesso em: 10/11/2023.

SOARES, Raquel Cavalcante. CORREIA, Maria Valéria Costa. SANTOS, Viviane Medeiros. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 140, p. 118-133, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/B3QvfrsQcsNy6H3vP5ZrTmS/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 03/12/2023.

SILVA, Joelcio Jackson Lima. SANTOS, Viviane Medeiros dos. CORREIA, Maria Valéria Costa. Política de Saúde e desmonte do SUS no Governo Temer. **Revista Ser Social**: alimentação, abastecimento e crise, Brasília, v. 23, n. 48, jan./jun. 2021.

TELLES, Vera da Silva. **Pobreza e cidadania**. São Paulo: 34. 2001.