

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR)
ESPECIALIZAÇÃO EM QUESTÃO SOCIAL PELA PERSPECTIVA
INTERDISCIPLINAR

BRUNA MOREIRA DA MOTTA

OS (DES) CAMINHOS E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

CURITIBA/PR

2024

BRUNA MOREIRA DA MOTTA

OS (DES) CAMINHOS E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Artigo apresentado ao Curso de Especialização em Questão Social pela Perspectiva Interdisciplinar, Setor Litoral, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista

Orientadora: Prof. Me. Carolina de Miranda Evangelista Lourenço

CURITIBA/PR
2024

OS (DES) CAMINHOS E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Bruna Moreira da Motta¹

RESUMO: O presente ensaio teórico tem por objetivo refletir sobre os impactos da contrarreforma neoliberal na política de saúde brasileira. Para tanto, o texto foi organizado em três partes. Inicialmente foram abordados o desenvolvimento da saúde brasileira até a promulgação da Constituição Federal de 1988. Em seguida, aponta-se aspectos importantes para compreensão da política neoliberal. Posteriormente, abordaram-se também as implicações da contrarreforma nas políticas de saúde no Brasil e os reflexos desta no SUS. Para fundamentar a pesquisa, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, considerando os principais autores que tratam do tema em tela. As aproximações teóricas desenvolvidas neste trabalho, permitem compreender que a contrarreforma neoliberal impõe obstáculos para a efetivação de um sistema de saúde público e universal.

Palavras-chave: Política de Saúde; Neoliberalismo; Contrarreforma.

ABSTRACT: This study aims to reflect on the impacts of the neoliberal counter-reform on Brazilian health policy. the text was organized into three parts. Initially, the development of Brazilian health until the promulgation of the Federal Constitution of 1988 was addressed. Then, important aspects for understanding neoliberal policy are highlighted. Subsequently, the implications of the counter-reform on health policies in Brazil and its effects on the SUS were also addressed. To support the research, a bibliographical search was carried out, considering the main authors who deal with the topic at hand. The theoretical approaches developed in this work allow us to understand that the neoliberal counter-reform imposes obstacles to the implementation of a public and universal health system.

Key-words: Health policy; Neoliberalism; Couter-reform.

1 INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, o acesso à saúde pública de qualidade se coloca em um horizonte cada vez mais inacessível à classe trabalhadora. Os desafios para a materialização da saúde universal, enquanto princípio constitucional, esbarra-se na dualidade concreta para sua efetivação. A dualidade reside no marco legal da Política de Saúde, enquanto partícipe da Política de Seguridade Social – prevista em texto constitucional, e na abertura ao incentivo privado, que favorece o interesse do capital em detrimento da classe trabalhadora brasileira.

No ímpeto à luta de classes, o Sistema Único de Saúde promulgado na Constituição Federal de 1988 inaugura princípios que legitimam os interesses dos trabalhadores, como:

¹ Bacharel em Serviço Social, email: brunaalvesmoreira@yahoo.com.br, telefone: (41) 99666-1024.

universalidade, a equidade, a integralidade do cuidado, hierarquização da gestão e participação popular na fiscalização dos recursos e tomada de decisões.

Entretanto, os caminhos tortuosos da política neoliberal aterrissam em solo brasileiro e a saúde passa a ser um terreno de disputa de interesses. Ora os detentores dos meios de produção manejam a saúde como uma fonte de recuperação do trabalhador para que o mesmo possa retornar ao processo de produção e reprodução do valor, outrora como uma política capaz de propiciar acesso ao fundo público de maneira inigualável.

Nessa perspectiva, o presente artigo tem por objetivo refletir sobre os impactos da contrarreforma neoliberal na política de saúde brasileira. Para tanto, o texto foi organizado em três partes. Inicialmente foram abordados o desenvolvimento da saúde brasileira até a promulgação da Constituição Federal de 1988. Em seguida, aponta-se aspectos importantes para compreensão da política neoliberal. Posteriormente, abordaram-se também as implicações da contrarreforma nas políticas de saúde no Brasil e os reflexos desta no SUS.

Lembrando que, a escolha do tema reside na busca pelo aprofundamento teórico em relação à política de saúde.

Para fundamentar a pesquisa, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, considerando os principais autores que tratam do tema em tela.

2 OS CAMINHOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Atualmente, a saúde se configura enquanto direito universal a ser garantido para todos os cidadãos brasileiros e se vincula à Política de Seguridade Social prevista na Constituição Federal de 1988. Todavia, a história do desenvolvimento da saúde demonstra que as primeiras iniciativas do governo em relação ao tema, partiram das exigências dos organismos internacionais – exigências estas que evidenciam interesses privados.

Sob essa ótica, Hack (2019) pondera que, a disseminação de doenças contagiosas no Brasil incomodava as relações internacionais de exportação, por conta disso, a intervenção do Estado se dava através de campanhas de imunização e um rígido controle sanitário. Outrossim, os agravos das doenças da população eram devidos às condições insalubres dos espaços de moradia e de trabalho.

Alinhado aos interesses do grande empresariado, o Estado vislumbrava a saúde como uma forma de assegurar o desenvolvimento econômico e não a qualidade de vida da população. Um exemplo que teve grande repercussão e se tornou histórica envolto da intervenção militar, foi a vacinação compulsória ou Revolta da Vacina. No ano de 1904,

houve uma agitação política com a recusa vacinal da população e o Estado adotou como estratégia a vacinação compulsória no enfrentamento aos casos de varíola no Estado do Rio de Janeiro. As pessoas que não contraprovassessem a vacinação, não realizavam contratos de trabalho, matrícula em escolas, autorização de viagem, até mesmo algo corriqueiro como liberação para irem em casamentos.

Toda essa movimentação foi articulada pelo médico Oswaldo Cruz, que dirigia o Instituto Soroterápico Federal. O médico apresentou no Congresso Nacional um projeto de lei instaurando obrigatoriedade da vacinação e revacinação, sendo aprovado em 1904, com cláusulas rigorosas, algumas citadas acima e além disso possibilitando os serviços sanitários adentrar residências para vacinar moradores compulsoriamente (Hochmann, 2011, p. 377).

Em 1908, o Instituto Soroterápico Federal mudou o nome para Instituto Oswaldo Cruz, que perdura até a atualidade. Já em 1920 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, assim os serviços de saúde pública foram se reorganizando.

Nesse período, pode-se lembrar que medidas autoritárias foram tomadas trazendo consequências graves à população. Sobre isso, as pessoas com suspeita de hanseníase e tuberculose, eram afastadas da sociedade e isoladas, gerando um forte impacto de exclusão social,

[...] a internação era compulsória, ou seja, não dependia da vontade ou do aceite do paciente. Quando se identificava um doente, a abordagem era feita por uma equipe de saúde em atuação conjunta com a polícia, conduzindo a pessoa para “seu novo lar”. Os doentes encaminhados para esses abrigos eram completamente segregados, afastados de toda convivência comunitária, de suas atividades profissionais e, até mesmo, da família (Hack, 2019, p. 24-25).

A população adoecida se tornou excluída e invisível, sem intervenções adequadas famílias inteiras foram deixadas em abrigos. O governo entendia que para eliminar o risco de contágio era necessário queimar seus pertences e suas propriedades, sob a justificativa da não contaminação e alastramento da doença aos demais trabalhadores que não foram atingidos pela mesma. Nessa via, Hack afirma que “quando as mulheres doentes davam à luz, seus filhos eram delas separados e não podiam amamentar” (Hack, 2019, p. 25).

Em 1923, com a Lei Eloi Chaves, a assistência à saúde passou a ser vinculada à contribuição dos trabalhadores brasileiros à previdência social, criando as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Behring e Boschetti (2011) enfatizam que, algumas categorias profissionais foram selecionadas estrategicamente para integração da CAPs, sendo marítimos e ferroviários. Nas análises das autoras,

[...] naquele momento o Brasil tinha uma economia basicamente fundada na monocultura do café voltada para a exportação [...] produto responsável por cerca de 70% do PIB nacional. Por isso os direitos trabalhistas [...] foram reconhecidos para aquelas categorias de trabalhadores inseridas diretamente nesse processo de produção e circulação de mercadorias (Behring e Boschetti, 2011, p. 80).

Somente aqueles que contribuíram com a previdência tinham direito à saúde pública no país.

O Ministério da Educação e Saúde Pública foi criado em 1930. Entretanto, somente em 1953, por meio da Lei nº 1.920, houve o desdobramento do Ministério em dois eixos: Saúde e Educação e Cultura. A partir de então, o Ministério da Saúde passou a encarregar-se, especificamente, das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS), mantendo a mesma estrutura que, na época, não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria de Estado, apropriado para atender aos importantes problemas de saúde pública existentes.

Segundo Behring e Boschetti (2011, p. 107) “a saúde pública era conduzida por meio de campanhas sanitárias” aos trabalhadores com emprego registrado em carteira. Em contrapartida, os trabalhadores desempregados ficavam à mercê da saúde filantrópica. Pode-se lembrar nesse caso, as Santas Casas de Misericórdia, dirigidas pela Igreja Católica, eram a única opção para os doentes que não contribuíram com a previdência (Bittencourt, Vilela, Nunes, 2011).

Diante da ampliação das expressões da “questão social”, foram necessários desenvolver estratégias para que os trabalhadores em sua totalidade tivessem acesso à saúde. Diante de um cenário de calamidade pública e a saúde sendo “assegurada” apenas aos trabalhadores empregados, os trabalhadores desempregados dependiam apenas das ações caritativas.

Nesse contexto, os movimentos sociais tornavam-se mais articulados, intensos, organizados e a luta pela saúde tornou-se um objetivo comum de diferentes atores. O debate coletivo culminou na primeira Conferência Nacional de Saúde que foi realizada no ano de 1941. Na ocasião, foram debatidos vários temas relacionados aos problemas de saúde e assistência, como a organização sanitária municipal e estadual, sistematização das campanhas nacionais, entre outros assuntos.

Segundo o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a 8.º Conferência Nacional de Saúde realizada entre 17 e 21 de março de 1986 se deu no período de cinco dias de debates, mais de quatro mil participantes, 135 grupos de trabalho e objetivos muito claros: “contribuir para a

formulação de um novo sistema de saúde e subsidiar as discussões sobre o setor na futura Constituinte” (Ministério de Saúde, 2019).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi um dos momentos mais importantes na definição do Sistema Único de Saúde (SUS) e debateu três temas principais: “A saúde como dever do Estado e direito do cidadão, A reformulação do Sistema Nacional de Saúde e ‘O financiamento setorial’” (Ministério de Saúde, 2019).

Percebe-se que a saúde ocupou destaque central no debate coletivo, bem como, pauta de reivindicação das lutas de classes. Todo o esforço culminou com a inclusão da saúde na Política de Seguridade Social da Constituição Federal de 1988.

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, integrando os serviços de forma regionalizada e hierarquizada. Sobre o princípio organizativo em tela, pondera-se que

[...] os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região (Ministério da Saúde).

Foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), amparado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, que tem por preocupação central a democratização do acesso, a universalização dos direitos, melhoria da qualidade dos serviços prestados e integralidade e equidade das ações.

Para Borlini (2010, p. 326) nesse projeto político, “a relação Estado sociedade civil se dá por mecanismos democráticos e inovadores na gestão, como os Conselhos e as Conferências de Saúde o que viabiliza, em sua proposta, maior transparência no uso e destino dos recursos públicos”. Lembrando que, os Conselhos e as Conferências são espaços de participação da sociedade civil e permitem a elaboração conjunta de estratégias para fiscalizar, controlar e avaliar a materialização da política de saúde nos territórios e instâncias deliberativas.

O art. 196, da Carta Magna de 1988, refere que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988) mas, contraditoriamente, o art. 199 garante que “assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (Brasil, 1988).

A partir desta brecha intencional, os grandes empresários vislumbraram uma forma de exponenciar seus lucros. Fala-se do mercado privatista, onde a saúde passa a ser negócio

lucrativo e mercantil, tornando uma dicotomia entre público e privado, limitando o acesso à saúde pela condição econômica de milhares de pessoas (Hack, 2019), a disputa do mercado e a busca pelo lucro gera uma competitividade desenfreada.

Com intenção de reforçar as fragilidades e as insuficiências do sistema público de saúde, propaga-se uma “Cultura da Crise²”. Expõe-se as ineficiências do sistema e não sua efetividade, seus avanços e a importância para a população. Como Ávila (2017, p. 6) indaga, “o que chama atenção e preocupa nesta conjuntura é até onde o cuidado realmente com o cidadão é garantido como direito, será que a dimensão da saúde como direito à vida prevalece nesse conflito de interesses”. Veja, a constituição de 1988 foi necessária para legitimar esses acessos,

[...] a Constituição de 1988 representa um marco em termos de reconhecimento de direitos sociais no Brasil. Em seu artigo 6º estabelece como direitos sociais dos brasileiros “a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, a assistência aos desamparados”. Nos vinte anos decorridos desde sua promulgação é inegável a expansão do acesso a esses direitos. Mas também é clara a necessidade de muita luta para que efetivamente se tornem universais (Brasília, 2009, p. 10).

Ressalta-se que o avanço das lutas sociais não inibiu o avanço neoliberal em território brasileiro, tão pouco, o processo de relação de forças entre os projetos políticos existentes neste âmbito – projeto privatista e de reforma sanitária – o que perpetua as disputas de interesses aqui já demonstradas.

Para compreensão das particularidades do neoliberalismo em solo latino-americano, se faz necessário revisitar algumas características da política neoliberal e suas manifestações nos países de capitalismo central.

3 BREVE RESGATE HISTÓRICO DO NEOLIBERALISMO

Para compreensão das particularidades do neoliberalismo no Brasil e seus impactos na política de saúde, se torna indispensável o retorno teórico, histórico, político e econômico do capitalismo em estágio monopolístico, a partir da década de 1970.

Enquanto ponto de partida, pode-se enfatizar que o capitalismo monopolista vivenciou o que “alguns economistas designam como os ‘anos dourados’” ou, ainda, as ‘três décadas

² Para aprofundamento da categoria, ver: MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social**. 7.ed. – São Paulo: Cortez, 2015.

gloriosas'. Foram quase trinta anos em que o sistema apresentou resultados nunca vistos" (Netto; Braz, 2012, p. 208).

Todavia, a fase gloriosa do capitalismo, que tem como característica o *Welfare State*, entra em declínio com a deflagração da crise econômica em nível mundial. De acordo com Netto & Braz,

[...] a taxa de lucro, rapidamente, começou a declinar: entre 1968 e 1973, ela cai na Alemanha Ocidental, de 16,3 para 14,2%, na Grã-Bretanha, de 11,9 para 11,2%, na Itália, de 14,2 para 12,1%, nos Estados Unidos, de 18,2 para 17,1% e no Japão, de 26,2 para 20,3%. Também o crescimento econômico se reduziu: nenhum país capitalista central conseguiu manter as taxas do período anterior. Entre 1971 e 1973, dois detonadores [...] anunciaram que a ilusão do "capitalismo democrático" chegava ao fim: o colapso do ordenamento financeiro mundial, com decisão norte-americana de desvincular o dólar do ouro [...] e o choque do petróleo, com a alta dos preços determinada pela Organização dos Países Exportadores de Petróleo/OPEP (Netto; Braz, 2012, p.225).

Diante deste cenário, o capitalismo em resposta à crise institui a política neoliberal para "preparar as bases de um outro tipo de capitalismo, duro e livre de regras para o futuro" (Anderson, 1995, p.10). Anderson relembra que o neoliberalismo,

[...] nasceu logo depois da II Guerra Mundial, na região da Europa e da América do Norte onde imperava o capitalismo. Foi uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar. Seu texto de origem é O Caminho da Servidão, de Friedrich Hayek, escrito já em 1944 (Anderson, 1995, p.9).

Outrossim, a política neoliberal se configura como um viés do processo de reestruturação produtiva do capital. Nesse contexto, o Estado passa a ser capaz de fragmentar e/ou anular o poder dos sindicatos e controlar o dinheiro destinado ao investimento em políticas sociais.

Para isso seria necessária uma disciplina orçamentária, “com a contenção dos gastos com bem-estar, e a restauração da taxa natural de desemprego” (Anderson, 1995, p.11).

Os autores Netto e Braz, também explicam que,

[...] o que se pode denominar de ideologia neoliberal compreende uma concepção do homem [...], uma concepção de sociedade [...] fundada na ideia da natural e necessária desigualdade entre homens e uma noção rasteira da liberdade (vista como liberdade de mercado) [...]. A ideologia neoliberal, sustentando a necessidade de "diminuir" o Estado e cortar as suas "gorduras" justifica o ataque que o grande capital vem movendo contra as dimensões democráticas da intervenção do Estado na economia [...]. É claro, portanto, que o objetivo real do capitalismo monopolista não é a diminuição do Estado, mas a diminuição das funções estatais coesivas, precisamente aquelas que respondem à satisfação de direitos sociais. Na verdade, ao proclamar a necessidade de um "Estado mínimo", o que pretendem os monopólios e

seus representantes nada mais é que um Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital (Netto; Braz, 2012, p. 238-239).

Os primeiros governantes a adotarem as medidas neoliberais foram Margaret Thatcher, na Inglaterra em 1979, Ronald Regan, nos Estados Unidos em 1980, Helmut Kohl, na Alemanha em 1982. Posteriormente, esta ideologia foi disseminada para os demais países capitalistas, sendo adotada pelo Brasil em 1990 por Fernando Collor de Melo com seu discurso de modernização.

Tendo um solo propósito para materializar esta drástica política, os governantes colocaram "a mão na massa", ou melhor dizendo,

[...] contraíram a emissão monetária, elevaram as taxas de juros, baixaram drasticamente os impostos sobre os rendimentos altos, aboliram controles sobre os fluxos financeiros, criaram níveis de desemprego massivos, aplastaram greves, impuseram uma nova legislação anti-sindical e cortaram gastos sociais (Anderson, 1995, p.12).

Os autores Netto e Braz ainda acrescentam que,

[...] o ataque do grande capital às dimensões democráticas da intervenção do Estado começou tendo por alvo a regulamentação das relações de trabalho [...] 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 (siderúrgica, indústria naval e automotiva, petroquímica) e serviços de primeira importância (distribuição de energia, transportes, telecomunicações, saneamento básico, bancos e seguros). [...] Em geral, significou uma profunda desnacionalização da economia e se realizou em meio a procedimentos profundamente corruptos (Netto; Braz, 2012, p. 240).

É importante destacar que, a política econômica neoliberal obteve "êxito" na materialização dos seus objetivos primordiais, que era conter a inflação, a deflação, e aumentar a desigualdade social, o autor Anderson nos explica a variação das taxas neste período,

[...] no conjunto dos países da OCDE, a taxa de inflação caiu de 8,8%, entre os anos 70 e 80, e a tendência de queda continua nos anos 90. A deflação, por sua vez, deveria ser a condição para a recuperação dos lucros. Também nesse sentido o neoliberalismo obteve êxitos reais. Se, nos anos 70, a taxa de lucro das indústrias nos países da OCDE caiu em cerca de 4,2%, nos anos 80 aumentou 4,7%. Essa recuperação foi ainda mais impressionante na Europa Central como um todo, de 5.4 pontos negativos para 5.3 pontos positivos. [...] A taxa média de desemprego nos países da OCDE, que havia ficado em torno de 4% nos anos 70, pelo menos duplicou na década de 80. [...] A tributação dos salários mais altos caiu 20 em média

nos anos 80, e os valores das bolsas aumentaram quatro vezes mais rapidamente do que os salários (Anderson, 1995, p. 15).

O panorama apresentado demonstra que, a priori, os objetivos da política neoliberal foram alcançados e o “suposto” desenvolvimento econômico afetou significativamente a classe trabalhadora minando seus direitos, estimulando o desemprego maciço e os níveis salariais em estágio decrescente, enfraquece a luta de classe e principalmente a consciência de classe, diminuindo a possibilidade de resistência ao grande capital.

Neste sentido, para readequar macroeconomicamente em nível mundial a política neoliberal protagonistas como Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e o Banco Mundial "são os veiculadores das indicações do Consenso de Washington para os países do Terceiro Mundo, em que estão incluídas as recomendações sobre os rumos da seguridade social brasileira em tempos de crise" (Mota, 2015, p. 51).

A desigualdade social e a pobreza que são um dos grandes pilares das expressões da "questão social" se ampliam e na contramão há “a diminuição das funções estatais coesivas, precisamente aquelas que respondem à satisfação de direitos sociais. Na verdade, ao proclamar a necessidade de um "Estado mínimo” [...] nada mais é que um Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital” (Netto; Braz, 2012, p. 239).

Ao passo que no Brasil, as manifestações da política neoliberal estudadas até o momento não se distanciam dos países de capitalismo central, ao contrário, o Estado brasileiro adota as recomendações das instituições econômicas e internacionais que rebatem nas políticas de seguridade social, com ênfase na saúde.

4 CONTRARREFORMA NEOLIBERAL E OS IMPACTOS NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

O Brasil vivenciou duas décadas de enfraquecimento dos direitos sociais e trabalhistas, que foram resultantes do período ditatorial. Em contraponto, o país experimentou entre 1985 e 1990 uma onda redemocratizante, fruto da luta de classe trabalhadora e movimentos sociais. Em consequência a esse movimento, foi promulgada a Constituição Federal de 1988 que incluiu em seu texto a Política de Seguridade Social, representando um avanço para a "questão social" brasileira e para a proteção social.

Dentre os direitos garantidos na Carta Magna, tem-se a inclusão da seguridade social que representa uma conquista para a classe trabalhadora, no âmbito da luta de classes, no enfrentamento e resistência ao grande capital. Nessa perspectiva, Mota explica que,

[...] a luta pela sua conquista, ao mesmo tempo em que se expressa a desigualdade social, presente na formação das classes sociais, cria as condições para a instauração de princípios formais que, em tese, garantiriam direitos igualitários para toda sociedade. Assim, apesar de reconhecermos que os direitos sociais equalizam o direito de acesso, entendemos que o seu exercício é sempre condicionado por processos sociais reais e que não estão subordinados aos estatutos legais, mas às relações de força entre as classes (Mota, 2015, p. 160).

O texto constitucional explicita que a Seguridade Social "compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (Brasil, 1988).

No entanto, as análises de Boschetti demonstram que a política de seguridade social "acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência)." (Boschetti, 2009, p. 8).

Importa destacar que o art. 194 da Constituição Federal conta com os seguintes objetivos:

[...] I - universalidade da cobertura e do atendimento; II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV - irredutibilidade do valor dos benefícios; V - equidade na forma de participação e custeio; VI - diversidade da base de financiamento; VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (Brasil, 1988).

Entretanto, Boschetti enfatiza que estes objetivos "não foram totalmente materializados e outras orientaram as políticas sociais de forma bastante diferenciada, de modo que não se instituiu um padrão de seguridade homogêneo, integrado e articulado" (Boschetti, 2009, p. 9).

A conjuntura para implementação da saúde, conforme previsto na Carta Magna, se acirra com as eleições diretas em 1989, momento em que Fernando Collor de Melo ganha as eleições com seu discurso de modernização do país, fortalecendo o ideário neoliberal.

A principal proposta de Collor era conter a inflação, que naquele período estava em elevação constante, resultante do fracasso "milagre econômico" apresentado pelos militares durante a ditadura, e para isto adotaria medidas de ajuste fiscal e reformando o Estado nacional em um Estado neoliberal.

Uma das primeiras propostas do então presidente foi chamada de Plano Collor que segundo Sandroni, "continha uma radical heterodoxia, a exemplo do bloqueio de 66% dos ativos

financeiros disponíveis, e os momentos subsequentes da política econômica e de medidas fiscais para o aumento da receita pública" (Sandroni, 1992, p.262, apud Behring, 2008, p.150).

Este plano objetivava aumentar a receita pública com os ativos financeiros, aplicando o confisco das contas poupança da classe trabalhadora da época, a privatização de empresas estatais e demissões de funcionários públicos.

Contudo, seu plano fracassou e devido aos altos índices de desemprego, o país entrou em uma onda recessiva. Deste modo, Collor propõe um segundo Plano, a autora Behring (2008) explica que,

[...] o Plano Collor II orientou-se definitivamente pelo rumo da ortodoxia liberal, com o corte nos gastos públicos, um novo "tarifaço" e uma reforma fiscal. [...] Ao lado dessa oscilação brevíssima da política econômica, o governo Collor colocou em marcha as chamadas reformas estruturais, a exemplo do programa de privatizações e da redução de tarifas aduaneiras (Behring, 2008, p. 150).

Entretanto, todos estes Planos não foram suficientes para estabilizar a inflação, e somado este caos da conjuntura econômica e social, Collor vinha sendo acusado de corrupção. A população se manifestou e os chamados "caras pintadas", estudantes que articularam as manifestações contra Collor, foram às ruas pedindo o seu impeachment, contudo Collor renuncia seu cargo antes do impeachment ser aprovado.

Neste momento, Itamar Franco, sendo o vice-presidente de Collor, assume a presidência, permanecendo de 1992 até 1994. Dentro deste contexto, Fernando Henrique Cardoso, Ministro da Fazenda, já articulava a implantação do Plano Real que consistia em modificar a moeda até então usada no país.

Sendo assim, a principal intenção por trás do Plano Real de Fernando Henrique, eram as eleições à presidência da República que viriam em 1994, ou seja, a manipulação estava feita e a classe trabalhadora que ansiava por mudanças sociais tinha apenas uma alternativa. De acordo com Behring,

[...] ou se votava no candidato do Plano ou estava em risco a estabilidade da moeda, promovendo-se a volta da inflação, a ciranda financeira e a escalada dos preços. Os brasileiros, traumatizados com uma inflação de 50% ao mês (junho de 1994) e esgotados com a incapacidade de planejar sua vida cotidiana, votaram na moeda e na promessa, de que com a estabilidade, viriam o crescimento e dias melhores (Behring, 2008, p. 155).

Deste modo, Fernando Henrique venceu as eleições e se tornou presidente por dois mandatos consecutivos.

O governo do então presidente, Fernando Henrique Cardoso, foi marcado por reformas. Um dos principais documentos elaborados a respeito desta reforma foi o Plano Diretor da

Reforma de Estado (PDRE) realizado por Bresser Pereira que era Ministro da Administração e da Reforma do Estado (MARE).

Segundo Bresser Pereira,

[...] na delimitação do tamanho do Estado estão envolvidas as ideias de privatização, publicização e terceirização. A questão da desregulação diz respeito ao maior e menor grau de intervenção do Estado no funcionamento do mercado. No aumento da governança temos um aspecto financeiro: a superação da crise fiscal; um aspecto estratégico: a redefinição das formas de intervenção no plano econômico-social; e um aspecto administrativo: a superação da forma burocrática de administrar o Estado (Bresser, 1998, p. 50).

Entretanto, Behring & Boschetti explicam que,

[...] o centro da 'reforma', na verdade, foi o ajuste fiscal. O 'reformismo' neoliberal traz em si uma forte incongruência entre o discurso da chamada reforma e política econômica. [...] Argumentavam-se que o problema estaria localizado no Estado, e por isso seria necessário reformá-lo para novas requisições, corrigindo distorções e reduzindo custos (Behring; Boschetti, 2011, p. 152).

É necessário enfatizar que, estas medidas de contrarreforma são aderidas pelo Estado nacional através das orientações do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional, para que o país siga as recomendações da agenda neoliberal conservadora. Neste sentido, Behring explica que para o país,

[...] ao reorientarem a parte mais competitiva da economia para a exportação (o que implica para alguns países um largo processo de desindustrialização e a volta a certas "vocações naturais"), conterem o mercado interno e bloquearem o crescimento dos salários e dos direitos sociais, e aplicarem políticas macroeconômicas monetaristas, com altas taxas de juros e o estímulo à depressão dos fatores de crescimento, forçando o desaparecimento de empresas e empregos, encontram dificuldades de desempenhar suas funções de regulação socioeconômicas internas (Behring, 2008, p. 61).

Diante desta conjuntura, Fernando Henrique Cardoso, impõem estratégias para que o fundo público fosse mais acessado pelos capitalistas em detrimento da classe trabalhadora, e neste sentido, ocorre uma longa onda de privatização das empresas públicas para o setor privado à baixos custos, a desregulamentação e flexibilização das condições de trabalho e desresponsabilização do Estado com as políticas sociais ampliando o terceiro setor, assim como Behring & Boschetti sinalizam,

[...] outro aspecto de destaque na "reforma" do Estado foi o Programa de Publicização, que se expressou na criação de agências do terceiro setor para a execução de políticas públicas. Esta última estabeleceu um Termo de Parceria com ONGs e Instituições Filantrópicas para a implementação das políticas. A essa nova arquitetura institucional na área - sempre ignorando o conceito constitucional de

seguridade - se combinou o serviço voluntário, o qual desprofissionalizava a intervenção nessas áreas, remetendo-as ao mundo da solidariedade, da realização do bem comum pelos indivíduos, através de um trabalho voluntário não remunerado (Behring; Boschetti, 2011, p. 154).

A autora Behring ainda acrescenta que,

[...] as políticas sociais entram neste cenário caracterizadas por meio de um discurso nitidamente ideológico. Elas são: paternalistas, geradoras de desequilíbrio, custo excessivo do trabalho, e devem ser acessadas via mercado. Evidentemente, nessa perspectiva deixam de ser direito social. (Behring, 2008, p.64).

O maior avanço e conquista da Constituição foi o conceito de seguridade social e seus objetivos, no entanto, a lógica do capital, representado pela política neoliberal, cooptando o Estado nacional de acordo com seus interesses obscuros, afronta diretamente a política de seguridade social, pois tudo é passivo à mercantilização, seja a saúde, a previdência e a assistência social.

As perspectivas predominantes no neoliberalismo são as privatizações, desregulamentação da economia e a mercantilização das políticas, principalmente das políticas sociais, no que se refere a saúde, o neoliberalismo vem corroborando para o desmonte de tal política pública, conforme explicita Rosado, et.al (2020, p. 382)

[...] parcela importante dos recursos públicos é alocada para a rede privada (...) contribuindo para o fortalecimento da mercantilização da saúde (...), persistindo no modelo hospitalocêntrico e curativo, (...) ocorrendo a desvinculação do público para ser injetado nos grandes nichos do mercado financeiro, (...) com o incremento das novas gestões da iniciativa privada, a qual acaba monitorando as ações públicas, com o intuito de intensificar o modelo privatista e desconfigurar o direito à saúde pública, universal, igualitária e participativa, conquistado pela classe trabalhadora, estabelecido pela Constituição Cidadã de 1988 e normatizado em seguida pelas Leis 8.080/1990 e 8.142/1990.

Em tempo, o Ministro da Saúde José Serra criou a Agência Nacional de Saúde (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Estas instituições possuem elevada autonomia orçamentária e decisória que contribuem para a regulamentação dos agentes privados. Para Borlini, “a criação dessas agências, deveria retratar o fortalecimento do Ministério da Saúde sobre os agentes privados, entretanto isso não melhorou as condições da saúde pública, nem mesmo disciplinou as relações com o setor privado” (2010, p. 328).

[...] as regulamentações trazem explicitamente uma contradição, que é a regulamentação da ação do capital estrangeiro na saúde, mas ao mesmo tempo naturaliza a concepção de cidadão consumidor, rompendo com o conceito do Movimento da Reforma Sanitária, em que a saúde é um direito de todos e sua prestação um dever do Estado. Assim, as propostas de normatização estão coerentes com a contrarreforma em curso no Brasil (Bravo; Matos, 2002, p. 211).

O setor privado de saúde tem se ampliado exponencialmente e em contrapartida a classe trabalhadora enfrenta filas extensas para tratamentos e atendimentos especializados do Sistema Único de Saúde, tal conjuntura demonstra o descompasso entre oferta e demanda, “a demora no atendimento exerce impactos negativos significativos no bem-estar, nas probabilidades de cura, na natureza e extensão das sequelas dos pacientes” (Marinho, 2009, p.7).

O impacto do ideário neoliberal no desenvolvimento da política de saúde no Brasil pode custar à vida dos trabalhadores. A respeito disso, Marinho explica que “dependendo do quadro clínico, a demora pode significar inclusive a morte do paciente, além de implicar em sofrimento desnecessário e mesmo estimular a procura pela cura por meios não-naturais” (2009, p. 8).

Em 1999, o Ministro da Saúde inaugurou a Portaria n.º 55, de 24 de fevereiro, que regula o Tratamento Fora de Domicílio. A portaria assegura aos usuários desse sistema, o acesso ao transporte e a ajuda de custo, quando esgotados todos os meios de tratamento no município onde reside, desde que o local do atendimento esteja a, pelo menos, 50 km de distância. Oferece direito a acompanhante para crianças, adolescentes, pessoas com deficiência, idosos e àqueles que por sua condição de saúde não conseguem se deslocar sozinhos.

Conforme determina o Art. 5º da Portaria/SAS/Nº055 (BRASIL, 1999), está sob a responsabilidade das secretarias estaduais e municipais de Saúde “o estabelecimento de critérios, rotinas e fluxos, de acordo com a realidade de cada região e definição dos recursos financeiros destinados ao TFD”, entretanto os usuários podem encontrar empecilhos no acesso e utilização do Programa, pois ocorre desinformação e uma legislação inconsistente, que deixa brechas na sua execução.

Nos anos 2000, ocorre a promulgação da Emenda Constitucional n.º 29 (EC29), que fixa compromissos orçamentários para a Saúde, é mais um exemplo da capacidade de distorcer propostas antes defendidas pelos setores progressistas e transformá-las em estratégias convenientes para o projeto neoliberal. Soares (2000) pondera que mais uma vez, sob a aparência de que os recursos para a saúde aumentarão, e concebendo de forma distorcida uma aspiração de vinculação de recursos, o governo federal perpetrar mais uma "reengenharia", reduzindo sua obrigação e repassando para os estados e municípios a responsabilidade maior no financiamento do setor saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar e refletir sobre a questão da saúde no Brasil é um processo desafiador e que remete a muitas inquietações. Nota-se claramente a disputa entre os Projetos de Saúde para o Brasil, a tensão e o acirramento dos interesses entre as classes – sempre contraditórios, expressam os avanços e retrocessos da saúde brasileira.

A atual conjuntura do país é marcada, profundamente, por retrocessos de direitos e avanço do conservadorismo. A “reforma” do Estado implantada no início da década de 1990 vem se materializando no âmbito da seguridade social através de um verdadeiro processo de desmonte, desestabilização, desresponsabilização do Estado e ataques aos direitos sociais garantidos constitucionalmente.

Nessa perspectiva, importa destacar o quão mutável se torna o financiamento da saúde diante das exigências da economia de mercado. Prevalecem formas de manipulação ao que fora antes determinado. Tal manipulação vem não somente prejudicar o financiamento da saúde, mas também dar suporte ao discurso de que a saúde pública não mais atende às demandas a ela repassadas e, que a única, ou quem sabe a mais plausível saída seria a entrega desse campo ao mercado. Nasce a ideia de que a “mão invisível” do mercado se torna mais eficiente na gestão do legado estatal.

As aproximações teóricas desenvolvidas neste trabalho, permitem compreender que a contrarreforma neoliberal impõe obstáculos para a efetivação de um sistema de saúde público e universal.

Como um processo em construção, as reflexões aqui apresentadas representam apenas as tentativas iniciais de uma trabalhadora da área da saúde, que se aventura pelos caminhos da especialização pública, gratuita e de qualidade, buscando abstrair e refletir sobre questões nem sempre claras em um cotidiano marcado por vários desafios demonstradas neste ensaio teórico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E. GENTILI, P. (Orgs). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. - Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ÀVILA, Gisele; DANIELE, Graciane; MARIA, Silvia; **Capital, trabalho e Serviço Social (1971-1990)**, primeira edição, editora intersaberes, 2016.

BEHRING & BOSCHETTI, Elaine Rossetti & Ivanete. BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. - 9. Ed. - São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. - 2. Ed. - São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine. Acumulação capitalista, fundo público e política social. In: BOSCHETTI, I., BEHRING, E. R., SANTOS, S. M. de M. dos., MIOTO, R. C. T. (Orgs). **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**. - São Paulo: Cortez, 2008.

BORLINI, Leandra Maria. Há pedras no meio do caminho do SUS – os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 321 -333, ago./dez. 2010 Disponível em: <
<https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/7697/5799>> Acesso em: 09 de abril de 2024.

BORGES, Beatriz; FONSECA, Claudenora; KARISE, Kássia; **O Movimento De Reconceituação Do Serviço Social E Seu Reflexo No Exercício Profissional Na Contemporaneidade**, 2015, F.8, Seminário Nacional de Serviço Social Trabalho e Política Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. Disponível em<
https://seminarioservicosocial.paginas.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_2_139.pdf> Acesso em: 18 de março de 2024.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência social e trabalho no capitalismo**. - São Paulo: Cortez, 2016.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In. **Programa de Capacitação em serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. - Brasília: UnB/CFESS, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS, **Manual das Ouvidorias do SUS**, Brasília, 2014 Disponível em:<
<https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/ouvsus/arquivos/manual-das-ouvidoria-s-do-sus.pdf>> Acesso em: 18 de novembro de 2023

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília. - DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL, Governo Federal, **Histórias das Conferências de Saúde**, s.d. Disponível em <<https://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>> Acesso em: 15 de novembro de 2023

BRASIL, Ministério da saúde, **Eu quero me exercitar, o que significa ter saúde? Muito além da ausência de doenças, é preciso considerar o bem-estar físico, mental e social**, 2021. Disponível em< <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>> Acesso em: 20 de fevereiro de 2023

BRASIL, Ministério da saúde, **Eu quero me exercitar, o que significa ter saúde? Muito além da ausência de doenças, é preciso considerar o bem-estar físico, mental e social**, 2021. Disponível em< <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>> Acesso em: 20 de fevereiro de 2023

BRASÍLIA, **As conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectiva**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Primeira edição, 2009. Disponível em < https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf> Acesso em: 15 de novembro de 2023

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social,, Perguntas frequentes, s.d. Disponível em < <http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/perguntas-frequentes#sobreoservico>> Acesso em: 16 de junho de 2023.

DANDARA, Luana, **Cinco dias de fúria: Revolta da Vacina envolveu muito mais do que insatisfação com a vacinação**, Fiocruz, 2022. Disponível em< <https://portal.fiocruz.br/noticia/cinco-dias-de-furia-revolta-da-vacina-envolveu-muito-mais-do-que-insatisfacao-com-vacinacao>> Acesso em: 9 de janeiro de 2023

DANDARA, Luana, **Controle da Varíola aponta caminhos para saúde pública**, Fiocruz, 2022. Disponível em< <https://portal.fiocruz.br/noticia/control-da-variola-aponta-caminhos-para-saude-publica>> Acesso em: 9 de janeiro de 2023

ELISABETE, Ana. **Cultura da crise e seguridade social**. - 7. Ed. - São Paulo: Editora Cortez, 2015.

HACK, Neiva, **Política Pública de Saúde no Brasil, história, gestão e relação com a profissão do Serviço Social**, Primeira edição, editora intersaberes, 2019.

KRIEGER, Patricia; PRANTE, Geovana; SOARES, Monique; **O IDEÁRIO NEOLIBERAL: a submissão das políticas sociais aos interesses econômicos**, 2014, F.18, XI Seminário Internacional de Demandas Sociais e Políticas na Sociedade Contemporânea VII Mostra de Trabalhos Jurídicos Científicos, 2014.

LIDIA, Ana, **O trabalho do assistente social no hospital privado: Fundamentos do Serviço Social: Exercício Profissional, trabalho e processos de trabalho**, 2017, F.12, II Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: Desafios Contemporâneos; III Seminário Nacional de Território e Gestão de Políticas Sociais II Congresso De Direito à Cidade e Justiça Ambiental, Londrina, 2017. Disponível em<

https://www.congressoservicosocialuel.com.br/anais/2017/assets/131264_o_trabalho_do_assitente_social.pdf> Acesso em: 15 de novembro de 2023.

MARIA, Cecília; CÉSAR, Julio, Vacinação compulsória: o limite entre o público e o privado, *Femina*, 2020:48. Disponível em<<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1141182/femina-2020-4812-715-716.pdf>> Acesso dia: 19 de dezembro de 2023

MATOS, Maurílio, **Serviço Social, ética e saúde**, segunda edição, editora cortez, 2014.

NETTO & BRAZ, José Paulo & Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. – 8. Ed. – São Paulo: Cortez, 2012.

PITTA, Aurea. **O balanço de um século da saúde pública no Brasil**. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v.4, n.4, p.127-130, 2010.

TAVARES, Luiz, **Iniciativa Privada e Saúde**, 2005, F.8, Estudos Avançados 13 (35), 1999. Disponível em<<https://www.scielo.br/j/ea/a/PmGgV86VmPMDnkJMjBh3Dd/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 12 de fevereiro de 2024.

ROSADO, Iana; FREITAS, Gleidiane, **As contradições do direito à saúde no capitalismo: apontamentos da realidade brasileira**, *Ser Social, Desigualdade, Mundialização E Políticas Sociais Contemporâneas*, Brasília, v. 22, n. 47, julho a dezembro de 2020.

SANDRONI, Paulo. **Dicionário de economia**. 3. Ed., São Paulo, Nova Cultural, 1992.

SANTOS, Teresa, **Varíola: a única doença erradicada no planeta**, Fiocruz, 2022. Disponível em<<https://www.invivo.fiocruz.br/saude/variola-erradicacao/#:~:text=O%20%C3%BAltimo%20caso%20de%20var%C3%ADOLA,OMS%20de%20erradica%C3%A7%C3%A3o%20da%20doen%C3%A7a>> Acesso em: 09 de janeiro de 2024