



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

ANIELLE MARIA DE OLIVEIRA

**ESTADO, POLÍTICAS SOCIAIS E OS IMPASSES PARA A
UNIVERSALIDADE DO DIREITO À SAÚDE**

NATAL/RN

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

ANIELLE MARIA DE OLIVEIRA

**ESTADO, POLÍTICAS SOCIAIS E OS IMPASSES PARA A
UNIVERSALIDADE DO DIREITO À SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientador (a) Prof^a Ma. Elizângela Cardoso de Araújo Silva.

NATAL/RN

2015

Oliveira, Anielle Maria de.

Estado, políticas sociais e os impasses para a universalidade do direito à saúde / Anielle Maria de Oliveira. - Natal, RN, 2015.

73 f.

Orientadora: Profa. Me. Elizângela Cardoso de Araújo Silva.

Monografia (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Serviço Social.

1. Direitos fundamentais - Monografia. 2. Direito à saúde - Monografia. 3. Política de saúde - Monografia. I. Silva, Elizângela Cardoso de Araújo. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BS/CCSA
342.7:61

CDU

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

ANIELLE MARIA DE OLIVEIRA

ESTADO, POLÍTICAS SOCIAIS E OS IMPASSES PARA A UNIVERSALIDADE DO
DIREITO À SAÚDE

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Federal do Rio
Grande do Norte, como requisito para a
obtenção do título de bacharel em Serviço
Social.

Data de aprovação 07/12/15

BANCA EXAMINADORA

Elizângela Cardoso de Araújo Silva

Profª Ma. Elizângela Cardoso de Araújo Silva (Orientadora)

Eliana Andrade da Silva

Profª Drª Eliana Andrade da Silva (Membro)

Josivânia Estelita Gomes de Sousa

Professora Josivânia Estelita Gomes de Sousa (Membro)

Dedico esse trabalho aos meus pais, Maria do Carmo e José de Oliveira, exemplos de amor, garra e perseverança, pessoas a quem eu sempre pude e posso me apoiar, onde acolho palavras de incentivo e de carinho.

EPÍGRAFE

“Todo caminho da gente é resvaloso.

Mas também, cair não prejudica
demais – a gente levanta, a gente sobe, a gente volta!...

O correr da vida embrulha tudo,
a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí
afrouxa, sossega e depois desinquieta.

O que ela quer da gente é coragem.”

João Guimarães Rosa

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de curso tem o intuito de abordar as contradições emblemáticas existente na Política de Saúde para a garantia da saúde como direito universal. Para isso nos debruçaremos na análise da evolução dos direitos e da história da Política de Saúde para entendemos como se deu esse processo histórico de luta pelas conquistas, especialmente, dos direitos sociais. A partir de pesquisa bibliográfica e sistematização teórica da realidade empírica observada no campo de estágio, apresentamos nossa temática. Identificamos que, apesar das lutas e conquistas quanto ao Estado democrático, identificamos retrocessos com a instauração do neoliberalismo no nosso país via diferentes estratégias e projetos. Destacamos a direção privatista apenas e suas implicações para a política de saúde, desmistificando o princípio primordial do SUS: a universalidade do acesso aos serviços. Diante disso, vamos assinalar as causas dessas propostas que vêm se intensificando no contexto atual.

Palavras-chave: Direitos. Política de Saúde. Universalidade.

RESUME

This course Completion work is intended to address the existing emblematic contradictions in Health Policy for the guarantee of health as a universal right. For we will lean on the analysis of the evolution of the rights and health policy history to understand how was this historical process of struggle for accomplishments, especially social rights. From literature and theoretical systematization of empirical reality observed in the training field, we present our theme. We found that, despite the struggles and achievements as the democratic state, identify setbacks with the establishment of neoliberalism in our country via different strategies and projects. We highlight the privatized direction only and its implications for health policy, demystifying the overriding principle of SUS: universal access to services. Therefore, we will point out the causes of these proposals have been intensifying in the current context.

Keywords: Rights. Health policy. Universality.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensões

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF – Constituição Federal

CLT – Consolidação das Leis dos Trabalhos

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DRU – Desvinculação de Recursos da União

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FGTS - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional da Previdência social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

NOB - Norma operacional básica

PIB – Produto Interno Bruto

PIS/Pasep – Programa de Integração Social e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

RCB – Receita Corrente Bruta

SFH - Sistema Financeiro de Habitação

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 A UNIVERSALIDADE DO DIREITO À SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS	15
2.1 O processo de desenvolvimento e luta dos direitos sociais.....	16
2.2 A história da Política de Saúde no Brasil	25
2.3 A Política de Saúde como um direito universal: propostas sanitárias versus propostas privatistas.....	40
3 CONTRARREFORMA DO ESTADO, NEOLIBERALISMO E IMPASSES PARA A GARANTIA DA SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL	45
3.1 Política de Saúde no contexto da Contrarreforma do Estado.....	45
3.2 Os rebatimentos contemporâneos da contrarreforma do Estado para a garantia da saúde como direito universal.....	57
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	69

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso parte da sistematização teórica da experiência de estágio na Unidade Básica Doutor Abelardo Kalafange, onde verificamos diversas formas de fragmentação da Política de Saúde, cujo princípio primordial, universalidade, se encontra Inviabilizado.

O objetivo principal do trabalho é apreender as contradições da Política de Saúde para a garantia da saúde como direito universal, destacando os impasses que impedem a sua garantia. Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e sistematização teórica da realidade empírica observada no campo de estágio.

O trabalho está sistematizado em quatro capítulos, o primeiro corresponde a introdução; o segundo capítulo que agraga três tópicos; o terceiro que está dividido em dois tópicos, e ao quarto capítulo, a considerações finais.

No segundo capítulo, no tópico 2.1, atentaremos para a compreensão do que é direito, da fundamentação dos direitos, destacando os direitos sociais na sua dimensão contraditória, como conquista, e ao mesmo tempo, funcional à reprodução do capital, da força de trabalho, e do controle do Estado. Analisaremos as particularidades do direito à saúde como um direito social. Faremos uma breve síntese sobre o Estado e a sociedade, instâncias os quais respondem às conquistas e retrocessos presentes nos dias atuais com relação aos direitos legitimados.

A partir da apreensão das explicações teóricas de “direitos” e do seu processo de evolução, partiremos para o tópico 2.2, que corresponde a percepção do processo de desenvolvimento da Política de Saúde até o seu reconhecimento como um direito universal.

Identificaremos nesse, que após o seu reconhecimento, a partir do conceito de universalidade, vamos constatar vários embates que surgem dos diferentes interesses da sociedade, é o que abordará o próximo tópico. De um lado, os princípios construídos a partir da Reforma Sanitária propuseram a concretização de uma política de saúde baseada na democracia vista a universalidade como o eixo

para a sua legitimidade; e por outro lado, o projeto privatista, que se contrapõe às propostas sanitárias no sentido da proteção do interesse de mercado que atua na privatização e mercantilização da saúde. Tratamos dessas duas direções para fomentar as problemáticas que vem afetando o processo de garantia do direito à saúde na perspectiva da universalidade.

A política social é o meio pelo qual o Estado atua visando à garantia dos direitos sociais, e se caracteriza como o meio pelo qual responde às expressões (em geral de forma fragmentada) da “Questão Social”. A “Questão Social” como conceito teórico reflexivo, possibilita a explicação das desigualdades produzidas pela relação antagônica entre capital e trabalho, conforme Netto (2001) e Yamamoto (2001), baseados no referencial marxista de análise do desenvolvimento capitalista.

Dentro dessa perspectiva, a pesquisa adentrará nas expressões da “Questão Social” na saúde pública e suas demandas. As expressões da “Questão Social” se deparam com os retrocessos das políticas sociais no Brasil, logo, com a não efetivação dos direitos sociais contribui para o agravamento das diferentes formas de desigualdades, de classe, gênero, raça e etnia.

Por fim, no terceiro capítulo, atentaremos para o processo de precarização dessa política com a Contrarreforma do Estado, sendo efetuado no país nos anos de 1990 com a influência do pensamento neoliberal nas deliberações governamentais. Entendendo esse processo de Contrarreforma, apreenderemos as suas consequências para as políticas sociais, em especial para a Política de Saúde, tratando dos rebatimentos para as redes de saúde.

Para a realização da pesquisa foram utilizadas referências como: Simões (2010; 2013); Behring, Boshetti (2011); Bertolli (2002); Boschetti (2009); Bravo (2007); Coutinho (2005); Costa (2006); Nogueira (2005); Boschetti, Salvador (2007); Reis, Octávio (2012); Paim (2009), entre outros autores e documentos que ajudaram para o processo de compreensão das problemáticas inerentes na Política de Saúde na garantia da sua universalidade.

Consideramos nossa pesquisa relevante por identificar um processo de desqualificação e precarização dos serviços de saúde pública e por haver uma forte contradição entre os avanços normativos da Política de Saúde e no que está posto

na realidade dos usuários dos serviços de saúde pública. Para a profissão de serviço social e para o meio acadêmico, por ser um dos meios pelos quais observamos diversas formas das expressões da “Questão Social” (exploração do trabalho, violência, negação de direitos, precariedade da vida) na atualidade.

A metodologia para a pesquisa se dará diante da perspectiva dialética, de totalidade, a partir da apreensão da realidade, das peculiaridades, da aproximação com o objeto de estudo e especificidade da instância que o pesquisador se insere.

Enquanto estratégias e técnicas, a nossa metodologia de pesquisa envolve observações do cotidiano e estudos documentais. Realizamos revisões bibliográficas, apreensão de elementos da conjuntura em que está a Política de Saúde por meio de experiência de estágio e do levantamento bibliográfico.

Sabe-se que não é fácil para os profissionais que atuam na saúde enfrentarem a realidade que atinge seu cotidiano de trabalho, considerando que as políticas sociais na contemporaneidade são marcadas pela seletividade, fragmentação e burocratização dos serviços.

Reafirmamos a importância de uma construção crítica da interpretação das tendências moralizantes ainda presentes na execução das políticas sociais e da continuidade da importância da análise da “Questão Social” a partir do compromisso com a luta pela efetivação dos direitos sociais. E no tocante da Política de Saúde, a exigência da defasagem dos princípios construídos pela Reforma Sanitária: a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e a participação social no controle.

2 A UNIVERSALIDADE DO DIREITO À SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

Partindo da concepção de que a saúde é um direito social universal, se faz necessário entender o que são direitos, qual o processo constitutivo e histórico desses, a diferença, a interlocução entre direitos políticos e sociais e a relação dos direitos na sociedade moderna com o Estado.

Lutar por direitos, ter direitos, e ver a concretização desses, é um desafio e perpassa por lutas constantes entre as classes, desde a origem até a afirmação no plano legal.

A análise dos direitos é complexa, logo requer apreensão de alguns conceitos que perpassam ângulo dos direitos a sua fundamentação. Assim, de forma geral, apresentaremos as relações que perpassam as lutas sociais durante a sua evolução.

Para entendermos um pouco do seu desenvolvimento, se faz necessário pontuar algumas questões como: a sua conceituação, o conjunto de explicações que pertencem e perpassam o campo do sistema jurídico moderno brasileiro, para por fim, atentar para o seu processo de institucionalização. Construídos argumentos a partir de Behring e Santos (2009), acredita-se que a compreensão dos direitos em sua totalidade se faz a partir da apreensão do processo de formação social, que se desenvolve a partir das relações sociais, considerando os aspectos sociais, econômicos, políticos e ideológicos.

Diante disso, faremos uma breve síntese do processo histórico dos direitos fundamentais, considerando o nosso objeto de estudo. Trataremos da origem à formação do que se convencionou chamar de “Estado democrático de direito” por meio dos autores: Carlos Simões (2010 e 2013), que analisa de forma totalizante, constatando não o “Direito” em si, mas todos os aspectos de sua evolução; Carlos Nelson Coutinho (2005), com suas análises sobre cidadania, tendo em vista a sua concepção para a fundamentação dos direitos civis, políticos e sociais; e Marco Aurélio Nogueira (2005). Além desses, nos debruçaremos nas contribuições

analíticas de Behring e Boschetti (2011) para o reconhecimento dos direitos sociais, que dão base e demanda nas políticas sociais.

Apresentaremos o desenvolvimento das ações voltadas à saúde como parte da dinâmica que explica a “Questão Social” e sua dimensão política, abordando a política de saúde desde a década de 1920 aos anos de 1990 vista a promulgação do Sistema Único de Saúde.

As análises abarcarão alguns questionamentos: Vista essa Política sob seu reconhecimento como direito social, está sendo garantido? Será que vivenciamos um “Estado Democrático de direitos”? Qual a relação do Estado com a evolução dos direitos, precisamente com a saúde? Os direitos sociais estão sendo garantidos? Essa evolução decorreu do reconhecimento do Estado quando a importância de reverter o quadro de desigualdade social promovendo a garantia da igualdade e liberdade sob a forma universal?

A partir desses questionamentos, partiremos para a compreensão do processo de evolução da Política de Saúde. Evidenciaremos que foram de grande importância as mobilizações sociais para as conquistas dos direitos formulados no processo de democratização do nosso país, que inclui a saúde. Evidenciaremos que esse processo de reforma constitucional tem seus pontos positivos quanto as conquistas legais, mas sofrerá imposições das propostas privatistas, implicando na estagnação e no retrocesso das políticas e direitos sociais. E é nesse aspecto que se desenvolverá o capítulo.

2.1 O processo de desenvolvimento e luta dos direitos sociais

Coutinho (2005), ao analisar as contribuições de T. H. Marshall sobre os direitos, sintetiza que eles nascem a partir da elaboração histórica da concepção de cidadania. A noção de cidadania surge na Grécia, precisamente no século V-IV, mediante as primeiras práticas democráticas. Seu conceito nasce restrito, restituindo

o direito de ser cidadão, isto é, de intervir nas decisões políticas para a formação do governo, apenas a uma pequena parcela da população, excluindo os escravos, as mulheres e estrangeiros desse direito.

Partindo da sua compreensão, por meio da dimensão histórica, obtém uma explicação do processo de ampliação dos direitos apresentando uma ordem dessa evolução: a primeira etapa refere-se à conquista dos direitos civis; a segunda dos direitos políticos e por fim a conquistas de direitos sociais.

Mas afinal em que consistem os direitos?

Os direitos [...] são uma espécie de tradução jurídica do processo de socialização política que acompanha a modernidade capitalista, e que se manifesta na instauração de níveis progressivos de cidadania e na participação de grupos populacionais cada vez mais amplos no governo da sociedade (NOGUEIRA, 2005, p.3).

Esses direitos, nas análises de Simões (2010; 2013), passam por processos de formulação e desenvolvimento, sendo divididos em duas gerações: a primeira geração corresponde à concepção dos direitos fundamentais, elaborado a partir da confirmação dos direitos humanos por meio da Declaração dos Direitos do Homem e do cidadão, de 1789. O autor destaca que:

O processo histórico de instituição dos direitos fundamentais consistiu, inicialmente, na conquista dos direitos civis e das liberdades políticas, com a Revolução Francesa e a instituição do Estado liberal, sobretudo o direito à igualdade, por isso denominado direitos da primeira geração (SIMÕES, 2010, p. 77).

As primeiras constatações de direitos concretamente legitimados, sendo reconhecidos como direitos positivos¹, estão relacionados à implementação do Sistema Capitalista, primordialmente na sua fase comercial ou concorrencial, sob o viés liberal.

A primeira natureza de direitos afirmada foi à civil. Esse direito remete aos direitos individuais dos cidadãos: o direito à vida, à liberdade individual e os direitos

¹ Segundo Hans Kelson (1998), os direitos positivos correspondem aos direitos legalmente declaratórios, a sua concretude sob a forma real, corresponde ao modo objetivo de afirmação.

de segurança e propriedade. O seu reconhecimento se afirmou principalmente pelo direito a propriedade privada, tendo em vista o fortalecimento do mercado (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Coutinho (2005), a partir das análises de Marx sobre os preceitos liberais, assinala que a legitimação dos direitos civis surge como estratégia da burguesia para ampliação do mercado por meio da apreensão restrita e excludente do direito de propriedade e liberdade. O direito de propriedade, designado aos olhos liberais, é lançado apenas aos que detém os meios de produção. Já o segundo, o direito a liberdade, tem em vista a liberdade do indivíduo para a inserção desses no modo de produção Capitalista por meio da venda da sua força de trabalho vista a lucratividade do proprietário.

Pereira (2009) pontua que o conceito de liberdade individual aos conceitos aprimorados pelos liberais passa a ser composto por a negação das intervenções do Estado nas iniciativas de mercado, tendo assim uma liberdade negativa. Dessa forma, usa a constitucionalidade dos direitos civis para impedir que o Estado absolutista interfira no mercado.

Esse momento marcado pelo liberalismo tinha como objetivo primordial a ampliação do mercado e ascensão do capitalismo na Europa sob o princípio da mão-invisível, o mercado. Acreditava-se que, para seu desenvolvimento não caberia ao Estado intervir nas questões econômicas e sociais, mas se faz necessário a sua intervenção para garantir a base legal.

O indivíduo era considerado como o único responsável por suas condições sociais. Estando esse trabalhador em seu estado produtivo, é impulsionado por meio do mercado para conquistar seus objetivos de vida a partir da sua venda da força de trabalho. O que convém é o:

[...] predomínio do individualismo; do bem-estar individual maximizando o bem-estar coletivo, predomínio da liberdade e competitividade; naturalização da miséria; predomínio da lei da necessidade; manutenção de um Estado mínimo; as políticas sociais estimulam o ócio e o desperdício; a política social deve ser um paliativo (BEHRING; BOSCHETTI, 2011 p.62).

NO contexto mundial, o século XIX é marcado pelas doutrinas liberais , mas também pela afirmação e legislação dos direitos constatados como valores da liberdade (os direitos civis e posteriormente os direitos políticos). Os direitos Procedem em um período onde se constata um Estado ausente nas expressões da “Questão Social”, um Estado mínimo sob perspectiva do regime liberal, mas ao mesmo tempo tendo o dever de manter a ordem social por meio de medidas fiscalizadoras e repressoras, tendo a função de “defesa contra os inimigos externos; a proteção de todo o indivíduo de ofensas dirigidas por outros indivíduos e o provimento de obras públicas, que não possa ser executada pelas iniciativas privadas (BOBBIO, 1988 *apud* BEHRING, 2009, p. 5).

Ainda sob o ideal liberal, é reconhecido o direito político, que adere conquistas importantes, que impulsionaram a frente às conquistas dos direitos sociais. Dentre elas podemos destacar o direito ao voto, de organização sindical, de livre expressão e manifestação (BARBALET, 1989 *apud* BEHRING; BOSCHETTI, p.64, 2011). Diferentemente do direito civil, o direito político se desenvolveu por meio de mobilizações da classe trabalhadora em meados do século XIX, sendo produto de luta dos trabalhadores contra o regime liberal.

Esse período é marcado por um processo político-econômico no Sistema Capitalista, tendo nessas mobilizações o primeiro motivo a enfraquecer e levar a uma estagnação da corrente liberal, que decorre da generalização do movimento operário nos espaços públicos em luta para o reconhecimento de seus direitos políticos e sociais.

A segunda geração de direitos é formulada no início do século XX, precisamente no período da I Guerra Mundial (1914-1918), sendo ampliada após os fins das Guerras Mundiais. Como dito anterior, esse momento de formulação será resultante das mobilizações e conquistas políticas. Serão reconhecidos os direitos sociais, que se consolidaram juntamente com a ampliação das políticas sociais (SIMÕES, 2010 e 2013).

Behring (2009) aponta que essas mobilizações serão processos determinantes para pôr fim nos ideais liberais. O outro processo de destaque será a concentração e monopolização do capital, gerando implicações nas empresas que

serão impulsionadas a realizar grandes investimentos, recorrendo aos bancos para atrair o capital, impulsionando lucros ao capital financeiro e industrial.

Não tendo condições de investimentos, muitas das empresas começam a fechar as portas, induzindo desempregos dos fatores de produção (homens, matérias-primas, auxiliares e máquinas), conseqüentemente afetando no processo de compra e venda, logo, de lucratividade. A partir dessas questões, vamos ter uma crise que se instaura desde os anos de 1929 a 1932, que impulsionará críticas a esse modelo, criando um novo modelo liberal como solução.

Como alternativa de reverter essa situação de crise² instaurada no mundo capitalista, contrário aos conceitos liberais, Keynes aponta soluções para sua superação. Visto o caos econômico e social e as mobilizações sociais, construirá uma nova visão quanto a intervenção do Estado. Em prol da ascensão do desenvolvimento econômico acredita-se que será necessário fazer mediações com os aspectos sociais, vendo a importância do Estado nessa questão. Keynes vê no Estado o mediador do equilíbrio econômico e social (BEHRING; BOSCHETTI, p.64, 2011).

O Estado passa a intervir por meio das políticas sociais para responder as expressões da “Questão Social”. Esse momento é marcado pela ampliação das políticas sociais por meios de modelos de proteção social através da garantia dos direitos sociais. Sendo a ideia de proteção social é desencadeada pela concepção de cidadania (SENNA; ZUCCO; LIMA. 2012).

Behring e Boschetti (2011) afirmam que é nos anos de 1945, após a Segunda Guerra Mundial, que será afirmado essas convicções. Nesse momento, vamos precisar a instauração de um novo ideal econômico, o Keynesianismo, que será caracterizado pela monopolização do capital, intervenção do Estado na economia e na garantia do livre mercado e a intervenção no social. O intuito de implantar essa política é resgatar o crescimento econômico capitalista, a partir de acordos entre capital e trabalho visando à geração de pleno emprego e criação de políticas sociais

²Conforme Ivo Tonet (2006) as crises periódicas fazem parte do desenvolvimento do capitalismo, sendo um processo necessário para que haja o seu amadurecimento. A sua matriz geradora é sempre a material, mas não quer dizer que não exista outras razões pelas quais implicam na geração da crise, sendo que a razão predominante é a econômica.

arraigadas com serviços que promovam a população sua inserção para o mercado de consumo.

Nesse período reconhecido como “Estado Social” e até mesmo como “Estado Democrático” ou “social-democracia”, surgem novas conceituações sobre a ideia de liberdade. Pereira (2009) vai dizer que, contrário à concepção liberal, a liberdade, só pode ser considerada como tal se tiver a participação do Estado no social para afirmar sua garantia. E ainda, a liberdade individual deve estar associada à igualdade cujo conceito interliga com a equidade e justiça social.

Nesse instante, a igualdade de direitos passa a ser reorientada pela noção de universalidade dos direitos. Essa instauração do conceito de universalidade concebe implicações no quadro das desigualdades sociais, objetivando a ampliação da interferência do Estado na área social como o formulador das políticas sociais tendo como objetivo primordial a garantia de todos quanto aos direitos (SILVA, 1998 *apud* SIMÕES, 2013).

Todo esse processo de mobilizações da classe trabalhadora em luta pela legitimidade de direitos, o caos com o Fim da Segunda Guerra Mundial e as novas noções de liberdade e igualdade desencadearam a formulação de direito sociais, que serão afirmados conforme as necessidades de enfrentamento destas expressões desiguais, apresentadas por meio das calamidades sociais, econômicas e políticas. Esse momento de afirmação dos direitos é marcado pela forte participação da sociedade nas questões políticas e uma ampliação das funções do Estado.

No contexto mundial, os primeiros direitos sociais a serem reconhecidos serão os direitos trabalhistas. Esse reconhecimento surge a partir de muitas lutas da classe trabalhadora em prol de melhorias no seu âmbito de trabalho, visando, a princípio, uma jornada de trabalho reduzida (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

A “conquista” dos direitos sociais parte tanto da mobilização da classe trabalhadora; da intervenção do Estado nestas questões políticas e sociais; como também, da importância que as políticas sociais e a regulamentação de direitos assumem para a reprodução do capital, visando à lucratividade. (idem, 2011). Eis a natureza contraditória das Políticas Sociais.

Conforme Simões (2013), os direitos sociais

apresentam duas dimensões: histórica, resultante dos conflitos sociais, promovidas pela revolução industrial [...]; e lógico-categorial, em que os direitos sociais emergiram na ordem jurídica constitucional como quesito institucional da prática eficaz dos direitos políticos e civis [...] (SIMÕES, 2013, p. 65).

Na concepção liberal, a negação dos direitos sociais era perceptível, pois se acreditava que essas medidas adotadas por meio das políticas sociais, instrumentos pelos quais os direitos se materializam, estimulavam a preguiça, violariam a leis do mercado e a população ficava a mercê da tutela do Estado sob a ótica de um Estado autoritário (COUTINHO, 2005).

A partir do século XX, os direitos legitimados e positivados passam a ser concretizados via políticas públicas por meio da intervenção estatal. Os direitos sociais passam a ter como instrumentos para a sua concretização as políticas sociais (PEREIRA, 2009).

Tanto o Estado quanto à sociedade assume ações legais para a concretização dos direitos. Mas ao certo, o que é Estado e o que é sociedade? Pereira (2009), ao analisar as duas categorias assinala que são complexas e que requer muito cuidado ao conceituá-la.

Em síntese, para a autora supracitada, o Estado consiste em uma forma política e histórica constituída. O Estado é mutável, logo, adquire novos arranjos e conceituações a partir do seu processo histórico. Essa instância é um fenômeno que está em constante relação com a sociedade, pelos diversos interesses e objetivos, ocasionando antagonismos e reciprocidade. Essa relação é apreendida pelo caráter dialético, isto é, pela totalidade das situações para por fim firmar um resultado final.

Com relação à sociedade, faz pertinente a compreensão de Estado ampliado em Gramsci. Pereira (2009, p. 15-16), a partir de Gramsci, apresenta a sociedade da seguinte forma: em sociedade civil e sociedade política. Define ambas esferas. Segundo esse pensamento, a sociedade civil³ “é um conjunto das instituições

³ Podemos destacar algumas instituições que correspondem à sociedade civil: escolas, igrejas, organizações e sindicatos, entre outros. (PEREIRA, 2009).

responsáveis pela elaboração e/ou difusão dos valores simbólicos, de ideologias”. Já a Sociedade política⁴ “é o conjunto de aparelhos pelos quais a classe dominante detém ou exerce o monopólio legal ou de fato da violência. Trata-se de aparelhos coercitivos do Estado encarnados nos grupos burocráticos”.

Diante dessa discussão sobre Estado e Sociedade, podemos perceber que em determinado momento o Estado age por meio da coerção, denominados pela sociedade política em Gramsci, sob mecanismos de repressão. Já em outros momentos age por meio da hegemonia, atributo da sociedade civil. Essa distinção entre sociedade política e sociedade civil:

[...] torna o Estado uma instituição contraditória, pois ao mesmo tempo que torna uma dominação pura e simples, ele usa mecanismos de consenso para se legitimar perante o conjunto da sociedade, tendo, portanto que atender demandas e necessidade da classe subalterna (PEREIRA, 2009, p. 16).

Os direitos como forma de lei, afirmados normativamente, correspondem à sociedade política, mas tem a sociedade civil a forma de luta para que haja a sua afirmação.

No Brasil, o reconhecimento dos direitos civis, políticos e sociais se darão no Governo de Getúlio Vargas, aprimorados a partir do conceito de liberdade e democracia⁵, ambas apresentadas nesse momento de forma insatisfatória para a sua real legitimação (ibdem, 2011).

Simões (2013) sinaliza os primeiros direitos reconhecidos como sociais: a educação, saúde, cultura e ao trabalho, porém de forma limitada. Apreendem ações divergentes a partir das condições e da capacidade e supressão das necessidades restringidas as leis trabalhistas, previdenciária e sindical. Posteriormente, o reconhecimento do direito a habitação, alimentação e vestuário. Ao longo dos anos os direitos sociais vão avançando.

⁴ As leis, as forças armadas e os policiais correspondem À sociedade política (PEREIRA, 2006).

⁵ Democracia nas análises crítica de Coutinho (2005, p. 1) refere a “presença efetiva das condições sociais que possibilitam ao conjunto dos cidadãos a participação ativa na formação do governo e, em consequência, no controle da vida social”.

É importante ressaltar que a afirmação dos direitos sociais não conquista sem luta política. O exemplo pertinente é evidenciados nos anos de 1970, em meio e após o período ditatorial, vamos visualizar mobilizações e lutas da classe trabalhadora em prol do fim do regime opressor e pela democratização do país. Esse momento visa uma reformulação do Estado, na perspectiva do “Estado Democrático de Direitos”.

Um dos momentos de grande esperança será a partir da Constituição Federal de 1988, onde se presencia a ampliação desses direitos na sua forma legal. Serão considerados direitos sociais, legitimados como direitos fundamentais, designados por valores da igualdade, inscritos no art. 5º da Constituição Federal de 1988: “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção a maternidade e à infância, a assistência aos desempregados”. E ainda, temos na promulgação da Constituição Federal de 1988 onde será legitimado no art. 5º o reconhecimento de que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza” (BRASIL, 1988).

É importante ressaltar que, à medida que há transformações nas condições históricas que perpassam aspectos sociais, políticas, econômicas e culturais, vão surgindo novas necessidades de novas concretizações de direitos. Dessa forma, podemos afirmar que os direitos vão sendo modificados em decorrência das necessidades da sociedade, tendo nesses a sua forma de resposta positiva. Contudo,

[...] quando os direitos são conquistados e regulados na forma da lei, isso não significa a superação nem da desigualdade social nem das formas de opressão vigentes na vida cotidiana. As lutas por direito nutrem de possibilidades o processo de socialização da política, ao tempo em que explicitam seu limite, quando se constitui um tipo de universalidade abstrata no reconhecimento de sujeitos de direitos universais, uma forma particular de a burguesia reivindicar para si o domínio ideológico da sociedade (BEHRING; SANTOS, 2009, p. 16).

Dentre os direitos sociais citados, enfatizaremos a saúde, que vem ao longo dos anos adquirindo conquistas por meio de lutas até o seu reconhecimento com um direito social universal. No entanto, perceberemos ao longo da pesquisa que, apesar das conquistas, a Saúde vem passando por um processo de retração.

Partindo da Constituição Federal de 1988 a saúde é definida como:

direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 117).

A saúde teve seu reconhecimento legal como direito social nos anos de 1990, com a Lei 8.080, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, a lei que a regulamenta, sendo um dos maiores saltos dessa política. Porém, mesmo com todo o avanço normativo, observamos as contradições atuais que perpassam a Política de Saúde, logo, é necessário compreender o desenvolvimento dessa política como um direito social universal, tema que será tratado no próximo tópico.

2.2 A história da Política de Saúde no Brasil

Tratar da política de saúde como uma política universal na conjuntura contemporânea nos implica no mínimo um embasamento teórico sobre a história da saúde brasileira desde o seu reconhecimento como questão social multidimensional, (dimensões econômica, social e política) até seu reconhecimento como direito social universal.

Para Bertolli (2002), até os anos de 1920, as ações voltadas para a satisfação das necessidades da sociedade brasileira eram remetidas a ações filantrópicas, assistencialistas e de caridade, além das medidas repressoras em detrimento da estagnação da vagabundagem para manter a ordem social. Na saúde, as ações eram realizadas sob estruturas e medidas mínimas devido à inexistência de um modelo sanitário.

Matos (2013) assinala que até a década de 1920, a assistência em saúde era prestada nos consultórios particulares, para os que detinham meios para prover o

pagamento, e nas Santas Casas e em outras instituições filantrópicas para os pobres.

Dessa forma, não sendo tratada como “Questão Social” e política, a questão saúde até os fins do século XIX era isenta de ações estatais. Mas é precisamente no século XX, no Brasil, com as primeiras iniciativas das políticas sociais, que enxergaremos as primeiras formas de reconhecimento das demandas da saúde como expressão da questão social.

Esse processo de reconhecimento se destaca no contexto de expansão do capitalismo no Brasil, frente ao viés agroexportador, ao crescimento dos movimentos operários e a presença do estado nas questões econômicas, políticas e sociais. (BRAVO, 2007).

A partir da modernização brasileira mediante a instauração do processo de urbanização e industrialização, acionados a um novo sistema, o capitalista, vamos observar com mais precisão as chamadas expressões da “Questão Social”, inclusive nas demandas de saúde. Vista isso, o Estado passa intervir com intuito de diminuição da desigualdade social e das calamidades públicas em prol do desenvolvimento do país.

A “Questão Social” é um termo complexo, logo, requer muita cautela ao abordá-la. BEHRING e SANTOS (2009) nos ajudam a compreender.

Em primeiro lugar, vale lembrar que está na base do trabalho teórico presente na crítica da economia política empreendida por Marx, com a colaboração de Engels, a perspectiva de desvelar a gênese da desigualdade social no capitalismo, tendo em vista instrumentalizar sujeitos políticos tendo à frente o movimento operário para sua superação. Esse processo, diga-se, a configuração da desigualdade e as respostas engendradas pelos sujeitos a ela, se expressa na realidade de forma multifacetada como questão social. Desse ponto de vista, é correto afirmar que a tradição marxista empreende, desde Marx e Engels até os dias de hoje, um esforço explicativo acerca da questão social, considerando que está subjacente às suas manifestações concretas o processo de acumulação do capital, produzido e reproduzido com a operação da lei do valor, cuja contra face é a subsunção do trabalho pelo capital, a desigualdade social, o crescimento da pauperização absoluta e relativa e a luta de classes. A questão social, nessa perspectiva, é expressão das contradições inerentes ao capitalismo que, ao constituir o trabalho vivo como única fonte de valor, e, ao mesmo tempo, reduzi-lo progressivamente em decorrência da elevação da

composição orgânica do capital - o que implica num predomínio do trabalho morto (capital constante) sobre o trabalho vivo (capital variável) – promove a expansão do exército industrial de reserva (ou superpopulação relativa) em larga escala (BEHRING; SANTOS, 2009, p.5).

A partir do surgimento das diversas desigualdades geradas pelo Sistema Capitalista e da organização e resistência da classe trabalhadora, que passa a levar para a cena pública a exploração do seu trabalho e as exigências para o Estado e patronato, vão surgir formas de enfrentamento das expressões da “Questão Social”. As políticas sociais se configuraram como forma de respostas a esta realidade. O seu surgimento se configura a partir das mobilizações das classes trabalhadoras em luta para as conquistas de seus direitos sociais, tencionando a interferência do Estado perante as suas reivindicações, como destaca Behring e Santos (2009):

[...]as políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas – em geral setorializadas e fragmentadas – às expressões multifacetadas e complexas da questão social no capitalismo. A questão social se expressa em suas refrações (NETTO, 1992) e, por outro lado, os sujeitos históricos engendram formas de seu enfrentamento. Contudo, sua gênese está na maneira com que os indivíduos se organizam para produzir num determinado momento histórico e que tem continuidade na esfera da reprodução social (BEHRING; SANTOS, 2009, p.4).

Diante disso, frente às expressões da “Questão Social”, a saúde se torna eminentemente uma política social, isto é, um caso de responsabilidade do Estado brasileiro a partir dos anos de 1930.

A princípio, essa intervenção parte de pressões da burguesia perante os aumentos agravantes de novas doenças e epidemias, como a varíola, a malária, a febre amarela, e a peste. A generalização dessas novas doenças afetará significativamente na economia brasileira. Com o quadro de doenças, vai haver aumento de adoecimentos dos trabalhadores, que logo interferirá na produção econômica vista a ausência na prestação de serviço e na qualidade do mesmo, figurando no declínio de lucros empresariais; por conseguinte, gerará uma estagnação do comércio exterior devido à situação sanitária existente no nosso país,

os estrangeiros deixam de exportar produtos do Brasil. A burguesia pressiona o Estado a intervir nas questões de saúde através de ações voltadas a saúde do trabalhador em prol da sua eficiência e eficácia no mercado de trabalho (POLIGNANO, 2015)⁶.

Enquanto no século XIX a assistência prestada aos trabalhadores, quanto às doenças e acidentes no âmbito de trabalho, era prestada nos hospitais filantrópicos existentes na época, nos anos de 1920 são perceptíveis algumas conquistas no que diz respeito ao reconhecimento da saúde do trabalhador com a ampliação do acesso aos serviços de saúde.

As primeiras iniciativas para uma nova reformulação da saúde brasileira se deram nos anos de 1920 com a Reestruturação do Departamento Nacional de Saúde. Logo em seguida, nos de 1923, foi criada a Reforma de Carlos Chagas que tende a incentivar o Estado a arcar com as questões de saúde no intuito de ampliar o atendimento a saúde a partir da expansão dos investimentos em educação sanitária, investindo em campanhas voltadas para luta contra tuberculose, lepra e doenças sexualmente transmissíveis (BERTOLLI, 2002).

Vão surgir também os Centros de saúde que tem o objetivo atender e ofertar serviços básicos de saúde como: pré-natal infantil e pré-escolar, ações laboratoriais e farmacêuticas e atividades educativas com o intuito de instruir informações sobre higiene (BRAVO; MATOS, 2007, p. 30).

Além disso, foram criados as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), intituladas na Lei Elói Chaves, pelo Decreto-Legislativo nº. 4.682, de 14 de janeiro de 1923, que posteriormente, na década de 1930, será substituída pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

Essa Lei foi o marco legal da previdência no Brasil. Essa Lei, a princípio, abarcava apenas os ferroviários, ao longo dos anos esse direito se propalou para diversas profissões. A responsabilidade dessas caixas partia de iniciativas privadas, sendo arcadas tanto pela empresa quanto pelo empregador, tendo no Estado apenas o assegurador.

⁶ HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: Uma pequena revisão. Disponível <em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226> Acessado em junho de 2015.

A Reforma de Carlos Chagas juntamente com a Lei Elói Chaves determinaram alguns benefícios aos segurados. Podemos destacar: a assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensão para os dependentes e auxílio funeral. (BRAVO, 2007).

Na década de 1930, vai ser visada uma possível ampliação do acesso aos serviços de saúde para a população brasileira, tendo em vista não só as relações sociais que permeiam a área da saúde, mas destacada como primordial no seio das questões políticas, por meio da intervenção do Estado como provedor da satisfação das necessidades, em prol da qualidade de vida da população a partir de implementação de medidas que diminuam, ou melhor, que resolvam os agravos que se apresentavam através do surgimento e devastação de doenças causadas pelo aumento da desigualdade social e extrema pobreza.

Somente no Governo de Getúlio Vargas que se enxerga a presença do Estado envolvido nas expressões da “Questão Social” notoriamente nas questões de saúde. Seu governo é traçado em dois momentos distintos. Os primeiros anos do seu governo (1930 a 1936) são caracterizados pelo Estado de compromisso, reconhecido por ser um governo populista. Vargas investirá fervorosamente em mecanismos de ampliação do processo de modernização do país, objetivando a recuperação da econômica abalada pela crise que afetou bruscamente a economia brasileira, fundamentada na exportação cafeeira nos anos de 1929 a 1932, visando à regulamentação dos trabalhadores e as formas de enfrentamento das calamidades públicas visíveis na época, além de mecanismos previdenciários articulados com a saúde do trabalhador. O segundo momento vai dos anos de 1937 a 1945 sob a instauração de um regime ditatorial (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Diante disso e a partir dos primeiros movimentos operários instaurados nesse governo, especificamente nos anos de 1935, são identificadas as primeiras iniciativas de políticas sociais por meio de direitos sociais trabalhistas.

A saúde, nesse período, é tratada com ações de natureza curativas, tendo em vista a cura do doente, havendo o compromisso do Estado de cuidar do necessitado até a sua recuperação. As ações se davam de forma centralizada e a assistência pública em saúde remetia aos mais necessitados, além de caracterizar em ações mínimas de saúde.

Uma das primeiras ações do governo foi à tentativa de ampliação das CAPs para uma maior parcela da população com a substituição dos Institutos de aposentadorias e pensões (IAPs), não tendo êxito devido à vasta população em contrapartida com a cobertura ofertada.

Veremos outras ações e conquistas sociais importantes. Construções de hospitais, provenientes das contribuições dos IAPs, nos anos de 1940. A criação do Ministério do Trabalho, em 1930, um dos avanços legais para a classe trabalhadora quanto os benefícios previdenciais foi a implementação da carteira de trabalho, sendo aderidos os direitos trabalhistas aqueles que estejam inseridos no mercado mediante o registro nesse documento, além de outras conquistas de juntas trabalhistas. Teremos também a implementação da Indústria e Comércio; a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública; e, em 1941, a reforma Barros Barreto, que significará uma nova reformulação da política de saúde, aderindo deveres às instituições de órgãos normativos, supletivos e executivos quanto às questões sanitárias e hospitalares. (POLIGNANO, 2015)⁷.

Posteriormente, foram criadas a Política Nacional de Saúde; o Ministério da Saúde em 1953, que terá como objetivo, combater as doenças que assolavam na época, por meio da promoção e proteção em saúde; e, nos anos de 1956, o Departamento Nacional de Endemias Rurais. Nesse momento, a política previdenciária desvincula-se da política de saúde. E ainda, a unificação dos IAPs, em 1960, normatizada pela Lei Orgânica de Previdência Social, ampliando o direito e os benefícios a todos os trabalhadores de regimentos CLT.

A partir da criação da Política Nacional de Saúde, a saúde passa a ser dividida em dois subsetores correspondendo de um lado à saúde pública e do outro, a medicina previdenciária. Senna, Zucco e Lima (2012) alegam que, até a década de 1960, o Sistema de saúde esteve dividido em três subsistemas: em previdência social, no Ministério da saúde ligado ao setor público de saúde e no setor privado autônomo.

Teixeira (2011) aponta que, nos países latino-americanos, referenciando a realidade do Brasil, teremos uma evolução normativa no regime populista:

⁷ HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: Uma pequena revisão. Disponível <em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226> Acessado em junho de 2015.

politização das relações sociais, criação de mecanismos previdenciários para a classe trabalhadora, além das iniciativas políticas e sociais por parte do Estado. Apesar de essas iniciativas contribuírem para o processo de desenvolvimento constitucional e normativo, as conquistas legais se apresentaram fragmentadas, assistida a uma cidadania regulada.

Simões (2010; 2013), nas suas análises, aponta o governo de Getúlio como um governo corporativista, de um lado, age por meio de ações voltadas para beneficiar os trabalhadores; mas por outro, contribui para o fortalecimento das propostas privatistas liberais, isto é, o mercado.

Teixeira destaca que:

[...] o sistema institucional da seguridade social foi parte atuante de um modelo de corporativização da sociedade que preservou o predomínio de um Estado forte enquanto segmentava a classe trabalhadora em categorias funcionais, através de uma incorporação alienada que impedia sua percepção enquanto classe e sua transcendência em direção aos direitos universais de cidadania (TEIXEIRA, 2011, p. 26).

Nos anos que precede a Ditadura Militar (1964-1974), o Brasil vivenciou despolitização na saúde em particular, e nas políticas sociais em geral, além do aumento das burocratizações nos serviços, investimentos por parte do Estado no setor privado de saúde, como também, ampliação do assistencialismo.

Nesse período vamos evidenciar o aprofundamento dos problemas que já se expressavam nos anos anteriores, porém com sua forma mais complexa e dramática, desarticulando e desestruturando alguns políticas e direitos reconhecidos.

Reconhecido como um período de Milagre Econômico, a Ditadura teve como finalidade ampliar a economia brasileira através da globalização, com intuito de internacionalizar o capital, além da organização sociopolítica em prol desse processo e amortecer os movimentos democráticos contrários as iniciativas do governo. Dentre as medidas repressivas diante dos direitos sociais conquistados no governo populista podemos destacar “a desarticulação dos partidos e o

esvaziamento dos sindicatos, a eliminação do direito de greve e a ampliação da jornada de trabalho” (BRAVO, 2011, p. 55-58).

Teixeira (2011) e Bravo (2011) fazem uma sistematização sobre a organização do sistema de saúde nesse período. As primeiras medidas adotadas pelo Regime Ditatorial dirigem-se a redução das verbas nas ações sociais. Particularizando a saúde, as ações de prevenção como foi o caso do Programa de combate as endemias rurais são as mais afetadas. A segunda medida corresponde a mercantilização dos serviços de saúde. O Estado incentivará e investirá na viabilização das compras e vendas dos serviços ofertados pelas redes privadas de saúde em detrimento da lucratividade e desenvolvimento do capital monopolista a partir da contratação de serviços terceirizados, tendo como objetivo primordial a expansão da iniciativa privada em prol do desenvolvimento econômico do país. Este ponto está intrinsecamente relacionado com as medidas de lucratividades através dos serviços na área da saúde, mas aqui o investimento do governo será em tecnologias em prol de prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada via as indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar.

Também vão ser criadas algumas medidas, compreendidos por Bravo (2011) como medidas político-assistenciais. As medidas partiram da unificação das instituições previdenciárias, a partir da criação do Instituto Nacional da Previdência social (INPS); do Sistema Financeiro de Habitação (SFH); os novos mecanismos de população compulsória, como o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e, posteriormente o PIS/Pasep.

Essas medidas adotadas conduzem por meio do favoritismo através de medidas repressivo-assistenciais. Vamos ter uma política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada, com o intuito de reter o poder sobre a sociedade, com o objetivo de amenizar as tensões sociais em prol da legitimidade do militarismo, além de contribuir o desenvolvimento do capital.

Surge, na década de 1970, uma crise na economia brasileira, que afetará progressivamente a Previdência Social e conseqüentemente a saúde. O modelo de assistência adotado para a saúde pública brasileira começa a sinalizar equívoco. As ações curativas não suprem as demandas vista o número relativo de mortalidade infantil, em muitos dos casos devido às doenças infectocontagiosas, provocando no

quadro de calamidade pública. Os serviços sofisticados e especializados não foram gradativas, devido os altos custos, principalmente com as empresas privadas prestadoras de serviços hospitalares. Diante disso, os custos na saúde tomaram expansão tendo o Estado dificuldade de suprir os gastos na saúde. Enfatiza-se, por parte da população primordialmente dos funcionários da área da saúde, a indispensabilidade de ampliação dos serviços de saúde por meio de ações não só curativos, mas também de prevenção a saúde, que sofreu recortes no quadro dos serviços de saúde anteriormente (TEIXEIRA, 2011).

E em meio a esse contexto que enxergaremos as primeiras lutas em prol de um novo sistema de saúde. Essas iniciativas se darão a partir da década de 1970, marcadas por mobilizações e lutas pelo processo de democratização do país. O ponto de partida destas mobilizações parte de críticas, tanto em Paim (2009) quanto em Teixeira (2011), ao desenvolvimento econômico do país em contrapartida com o caos na saúde.

Foram criados alguns órgãos e Conselhos enfatizados pelas mobilizações: em 1974 o Conselho Nacional de Desenvolvimento Social; e o Ministério de Previdência e Assistência Social, responsável pelo atendimento médico individualizado; a Lei do Sistema Nacional de Saúde que designa ao Ministério da Saúde promover ações de interesse coletivo; e em 1977, o SINPAS, com a intenção de modificar a estrutura técnico-gerencial da Previdência social; sendo criado posteriormente o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e em 1979 surgirá a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) (TEIXEIRA, 2011).

Constatamos avanços significativos na economia brasileira durante esse período ditatorial. Contudo, apesar do Brasil ter tido um período de Milagre Econômico, o país passou por uma fase de retração na economia brasileira e dos direitos sociais. É nesse declínio que evidenciamos com mais clareza as expressões da “Questão Social” em forma de desigualdade social, extrema pobreza e retração de direitos.

Segundo Bravo (2011):

A crise do *milagre econômico* brasileiro, que se evidenciou a partir dos anos de 1974, e seus efeitos sobre a população brasileira permitiram o reaparecimento, no cenário político, de formas sociais

que lutavam para recuperar o espaço vedado com o golpe de 1964, cabendo destacar o sindicalismo operário, aliada as categorias profissionais em favor das classes trabalhadoras, e entidades da sociedade civil e os movimentos sociais urbanos (BRAVO, 2011, p.63).

Diante dos desmontes na administração pública com o declínio na economia brasileira nos anos militares, e progressivamente da crise da previdência social nos anos 1980, vão surgir diversas mobilizações sociais em luta pela democratização do país por meio de reformas democráticas, precisamente na Política de Saúde.

Nesse momento, o Brasil passa por trâmites de luta contra o Governo Ditatorial. Denunciam os abusos do poder autoritário nas ações e serviços públicos de saúde, e destacam a necessidade de uma nova reformulação da política de saúde, levando em conta a democratização do país a partir das iniciativas na política de saúde. Essas lutas e mobilizações se fortalecem e desenvolveram um movimento chamado de Movimento Sanitário, que propõem novas diretrizes para a política de saúde, formulando propostas, estabelecidas como Reforma Sanitária (PAIM, 2009).

A Reforma Sanitária é assinalada por fases. A primeira fase corresponde a fase das idéias. Esse momento remete as mobilizações iniciais e críticas da classe trabalhadora tanto ao governo quanto ao sistema de saúde desse período, e ao mesmo tempo propondo propostas para enfrentar e ultrapassar esse período de crise do país.

A segunda fase corresponde às propostas. Visam à democratização na saúde a partir de uma nova formulação dessa política, elencando princípios e propondo novas diretrizes para a política de saúde. Essa fase se apresenta com o fortalecimento do movimento sanitário, nos anos de 1979, primordialmente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde enfatizam a criação do Sistema Único de Saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde será um dos momentos mais importantes. Configurara em conquistas para a ampliação da Política de Saúde dará durante anos. Essa conferência teve como eixos centrais a “Saúde como direito de cidadania”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “ Financiamento Setorial” (BRAVO E MATOS, 2007).

[...] as principais propostas defendidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS): O direito à saúde e o dever do Estado, a participação social por meio de conselhos, a atuação complementar do setor privado e o financiamento do SUS com recursos da arrecadação tributária geridos nos fundos de saúde (SOARES, A.; SANTOS, N.R. 2014, p. 19).

Esses eixos estarão centrados nas propostas do Movimento Sanitário articulada a uma Reforma Sanitária. Esse momento será de ganhos e legitimação para a saúde pública, reconhecendo as necessidades de modificações no Sistema de saúde e propondo um sistema unificado. Corresponde à terceira fase, o projeto, a fase da legitimidade da proposta da Reforma Sanitária sob forma de projeto para a reformulação da política de saúde.

O desenvolvimento da Reforma Sanitária teve como protagonistas os profissionais de saúde, intelectuais, sindicatos, centrais de trabalhadores, movimentos populares e partidos políticos. A sua legitimação é reconhecida na Assembleia Geral Constituinte, sendo a saúde afirmada como direito social de responsabilidade do Estado quanto as suas ações na Constituição Federal de 1988 e na intitulação da Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080) (TEIXEIRA, 2011). E as principais propostas abarcadas por esses sujeitos 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, 2007, p. 9).

Teixeira (2011) ainda assinala, que o processo de transformação do sistema de saúde diversificado para um sistema unificado partiu de duas questões básicas. A primeira diz respeito à promoção e a garantia de um atendimento universal na saúde, abarcando o acesso aos serviços de saúde pública a toda a população brasileira. . A segunda questão procede do reconhecimento do papel do Estado na garantia, via políticas públicas e sociais, dos direitos sociais.

O Estado é impulsionado a intervir por meio de medidas de proteção social via políticas sociais para dar respostas positivas às expressões da questão social, que se apresentam ampliadas e mais complexas na área da saúde.

As conquistas que vamos evidenciar com a luta do movimento sanitário para a implementação de uma reforma na saúde estão entrelaçados com um dos conceitos adquiridos nesse processo de mobilização para execução de declarações legais a afirmação do Estado democrático de direitos, a adoção do conceito de seguridade social⁸ nas políticas de previdência, assistência e saúde, institucionalizadas nos anos de 1988 pela Constituição Federal (BOSCHETTI E SALVADOR, 2007). Esta concepção de seguridade afirma que:

[...] a seguridade é [...] um motivo de ampliação de proteção social, a universalização do acesso, a responsabilidade estatal, a integração entre as áreas de abrangência e a criação de um orçamento próprio.(SENNA; ZUCCO; LIMA, 2012, p.65).

Apesar de o nosso país adotar a Seguridade Social somente nos anos de 1988, a sua existência nos países desenvolvidos parte desde os anos de 1935, adotado primeiramente nos Estados Unidos e posteriormente nos países capitalistas da Europa Central, como é o caso da Inglaterra e Alemanha, e instaurando em outros países no decorrer dos tempos. Essa política de proteção social abrange dois modelos: o bismarckiano⁹ e o beveredgiano¹⁰.

Boschetti (2009) sinaliza que no Brasil, durante os anos de 1923 a 1988, a saúde e a previdência se apresentavam como políticas conjuntas na órbita da lógica do seguro, afirmadas pelo modelo bismarckiano. Esse modelo é caracterizado pelas suas limitações de acesso, preconizados como “direito do trabalho”. Pertence apenas aquele trabalhador que está inserido no mercado de trabalho sob uma relação de

⁸ A Seguridade social é um conjunto de políticas de proteção social no campo dos direitos sociais, e abrange a área da saúde, da assistência e da previdência social.

⁹ Esse modelo que remete a lógica do seguro. São direitos assegurados apenas para aqueles que contribuem para adquirir o benefício, chamados de beneficiários. Os serviços ofertados são relevantes ao a contribuição efetuada e as formas de financiamento dessas políticas são aplicados pelo recolhimento na folha de salários (BOSCHETTI, 2009).

¹⁰ Já este modelo se diferencia do bismarckiano por se referir a serviços de amplitude universal, são políticas que aplicam por meios de serviços que devem ser prestados a toda a população (BOSCHETTI, 2009).

trabalho formal e estável, somados por uma contribuição. Só têm acesso aos benefícios da previdência e saúde aqueles que hajam contribuído, seguindo a proporção da contribuição sobre os benefícios ofertados. A autora ainda afirma que este modelo, o da lógica do seguro, irá continuar sendo predominante após a Constituição Federal de 1988, com a obtenção do sistema de proteção social, a Seguridade Social.

A seguridade social, no Brasil, torna-se um sistema diversificado, abrangendo nesse “direito” a derivação dependente do trabalho (previdenciário), direitos universais (saúde) e direitos seletivos (assistência), não havendo consigo um padrão articulado.

A Saúde teve, precisamente nos anos 1980, o seu reconhecimento sob a diretriz da universalidade. Nos anos de 1988 com a promulgação da Constituição Federal se verá o salto das conquistas sociais, notoriamente a afirmação do projeto de Reforma Sanitária em prol da democratização do país, logo, a legislação do novo sistema de saúde, o Sistema Único de Saúde, destacada na Lei Orgânica da Saúde, de n. 8.080, em 1990 (PAIM, 2009).

A Lei Orgânica da Saúde está inscrita na Lei 8.080, promulgada em 19 de setembro de 1990, que se refere às condições para a prestação dos serviços, identificando sua organização e funcionamento; e por lei de grande salto democrático, a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe das formas de controle social na saúde por meio das participações populares na gestão, nos recursos financeiros do SUS (BRASIL, 2003).

O Sistema Único de Saúde tem a universalidade uma de seu princípios norteadoras. Essa diretriz remete ao direito de todos terem acesso aos serviços de saúde sem que haja restrição nem discriminação para o acesso ao que for ofertado pelo Sistema.

UNIVERSALIDADE – É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal (BRASIL, 1990, p. 5).

Além da Universalidade, o SUS é regido pelos princípios da equidade e integralidade. Além desses, tem os princípios que regem a organização desse sistema, que são: a hierarquização e regionalização; resolubilidade; descentralização; participação dos cidadãos; complementaridade do setor privado (BRASIL, 1990).

Posteriormente vão ser formulados os decretos como o de nº 1.232, de 30 de agosto de 1994; e o decreto de nº 1.65, de 28 de setembro de 1995. O primeiro refere-se as condições e formas de repasses dos recursos de Fundo Nacional de Saúde. O segundo encontra-se regulamentado no Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde e a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (BRASIL; 2003).

Apesar de todas as conquistas normativas na área da saúde, os anos de 1990 serão marcados por um processo de contrarreforma, implicando na garantia do que está intitulado constitucionalmente.

Com intuito de intervir nesse período de crise global, nos anos de 1970 será reformulado, por parte dos liberais, as ações do Estado e instaurado um novo modelo de produção. Essas modificações implicarão nas execuções das políticas sociais e do modelo econômico e de proteção social vigente (o keynesianismo e estado de bem-estar social) nos países Europeus (MATOS, 2013).

Já no Brasil, as primeiras iniciativas dessa doutrina político-econômica se dará nos anos de 1990 a partir do Governo de Fernando Collor, por meio de uma tentativa de reforma do Estado, e seu principal objetivo é reduzir ao máximo gastos do Estado com a área social. Na saúde, as primeiras iniciativas tomadas nesse governo referem-se ao custeio do SUS.

Na CF 1988 foi previsto por lei, no art. 195 que “O sistema único de saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes”; e ainda, destacado no art. 55 “Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social [...] serão destinados ao setor de saúde”, (BRASIL, 1988). No entanto, com os cortes orçamentários, toda essa promulgação do financiamento do SUS passa a ser distorcida.

Com isso, é intitulada em janeiro de 1991 a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde que tinha como pressuposto “redefinir toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços que permanece em grande parte, até hoje” (POLIGNANO, 2015, p. 26).

Constata-se um autêntico confronto de propostas: de um lado as propostas da Reforma Sanitária, afirmados pela Legislação do Sistema Único de Saúde quanto à responsabilidade do Estado ao assegurar a sociedade o acesso universal aos serviços de saúde, e de outro, as propostas privatistas, desenvolvidas a partir da corrente neoliberal. Havendo com isso, uma real contraposição na efetivação dos direitos sociais e políticos reconhecidos na Política de Saúde, que delega ao Estado o papel de garantidor, enquanto na verdade é visto uma desresponsabilidade por parte desse a não garantia dos direitos sociais.

No Brasil as políticas sociais a partir da década de 1990, pouco depois da promulgação da Constituição de 1988, também passaram a sofrer ameaças por meio do projeto neoliberal, que impediu a plena implementação do texto constitucional. A recém criada Seguridade Social – uma conquista no âmbito da formação de um sistema de proteção social no Brasil ainda que limitado – é derruída pelos sucessivos governos neoliberais desde Fernando Collor de Melo, aprofundando-se com os governos de FHC e persistindo nos governos de Lula da Silva (SILVA, 2011, p. 12).

Diante da instauração do neoliberalismo no Brasil, a partir dos anos de 1990, vão ser ampliadas as propostas privatistas na Política de Saúde, antes já defendidas por alguns conservadores. Vamos enxergar uma autentica disputa de propostas, de um lado, as propostas que defendem as formas universalistas das políticas sociais, de outro, a defesa da privatização das mesmas. Esse fato agregará alguns questões emblemáticas para a efetivação das políticas sociais, logo para a saúde na garantia da universalidade de acesso aos serviços dessa política. Esse fato é o que discorrerá no próximo tópico. Vamos identificar as diferenças de propostas e qual discorrerá anos posteriores a legitimação do SUS.

2.3 A Política de Saúde como um direito universal: propostas sanitárias versus propostas privatistas

Percebemos que ao longo dos anos, a Política de Saúde tem adquirido avanços significativos juntamente com novas reconfigurações na sociedade brasileira. Essas questões podem ser explicadas a partir da existência de novas formas de relações sociais, à medida que elas se modificam vão havendo necessidades de ampliação das políticas sociais, como é o caso desta Política de Saúde.

O desenvolvimento da Política de Saúde no Brasil vai adquirindo novos patamares, por meio, principalmente, das mobilizações sociais, em luta pela democratização do país, como vimos. Paralelo a esse processo vamos ter a ampliação dos direitos sociais, destacando a saúde, que tem seu reconhecimento como um direito social universal a partir das propostas do movimento sanitário, configurada no Projeto de Reforma Sanitária, que foi criado nos anos de 1980 e afirmado com a Constituição Federal de 1988 e firmado pela Lei Orgânica da Saúde.

A luta pelo reconhecimento e conquista da Saúde como um direito universal não se deu de forma homogeneia, mas mediante conflitos de propostas, as propostas da Reforma Sanitárias e as propostas Privatistas.

A Assembleia Constituinte com relação à Saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congregar cerca de duas centenas de entidades representativas do setor (BRAVO, 2007, p. 10).

Enquanto o primeiro grupo defendia a privatização dos serviços públicos de saúde, o segundo defendia a ideia de uma reforma na política de saúde, visando à democratização do acesso, a universalização dos serviços e a descentralização por meio do controle social (BRAVO; MATOS, 2007).

O Movimento de Reforma Sanitária atuou na luta pela garantia da universalidade do acesso aos serviços de saúde, visando uma política ampliada, acessível e igualitária. Para que todos aqueles que se encontravam excluídos da assistência a saúde nos anos anteriores, fossem assistidos. (MERHY, 1995)¹¹

A luta era por princípios democráticos, além dos benefícios de saúde poderiam trazer para toda a população, uma política pautada na garantia da igualdade, sendo considerado um bem público, ou seja, um patrimônio e direito de todos o acesso aos serviços, viabilizando assim uma vida melhor para população, mais saudável e com a presença do Estado como o garantidor dessa política (MERHY, 1995, S/N).

Bravo e Matos (2001) destacam que as propostas da Reforma Sanitária visa a democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços por meio de um modelo pautado na integralidade e equidade das ações.

O Projeto de Reforma Sanitária busca a ampliação do acesso, que refere, nos conceitos de Merhy (1995, S/N), a “conquista do direito de qualquer cidadão poder chegar a um serviço de saúde e ter uma resposta deste ao seu problema, e não lhe ser negado uma ação de saúde.” Com a busca dessa ampliação, constrói um dos princípios norteadores desse sistema de saúde, a universalidade, que nada mais é que a “conquista do direito de qualquer um cidadão ser atendido em qualquer lugar que estivesse, [...] sem que houvesse distinção entre o serviço ser federal, Estadual e Municipal, pois todos seriam parte de um Sistema Único de Saúde.” Que estão substancialmente envolvidos com a luta pelo Estado democrático de direitos, isto é, uma intervenção do Estado, vista a saúde como um direito social que deve ser garantido pelo Estado a partir de políticas sociais.

A universalidade como o princípio primordial da saúde consiste na sua ampliação, que designa “não só ao aumento da quantidade de acesso para atendimentos em saúde, mas as condições sociais como determinantes ou condicionantes sociais de saúde” (SENNA; ZUCCO; LIMA, 2012, p. 74).

¹¹ MERHY, Emerson Elias. UNIVERSALIDADE, EQUIDADE E ACESSO SIM, MAS NÃO BASTAM. Campinas, 1995. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-10.pdf>>

Entretanto, nos anos de 1990 vamos evidenciar uma estagnação no desenvolvimento dessa Política, que ao longo dos anos não consegue alcançar a efetividade do princípio da universalidade, retomando ações aplicadas no período ditatorial. Esse ataque a Política de Saúde está relacionado a dois pontos:

Para Ocke-Reis e Carlos Octávio (2012), ao mesmo tempo em que é implantado um novo sistema de saúde democrático, que parte do princípio da universalidade, derivados do Projeto de Reforma Sanitária, voltado para o interesse público, também gerará possibilidades de ascensão da Reforma Privatista, delineados a partir de interesses privados.

Este projeto privatista terá seus interesses garantidos em meio à legitimação do SUS, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080), nos anos de 1990. decorre do processo de contrarreforma, que no Brasil é pautado por uma política neoliberal, esse projeto propõe uma reafirmação do modelo médico-privatista dos anos dos governos militares através da ampliação dos planos de saúde, das terceirizações e privatizações do setor público. A ampliação do neoliberalismo, as mudanças administrativas estatais e o projeto privatista, propiciaram negatividade para a garantia da saúde como direito universal vista a: contenção dos gastos com a oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central ao terceiro setor ou ao setor privado por meios de compra e venda e a focalização.

O modelo privatista dos serviços de saúde acarretará grandes problemas como:

o financiamento, por ser restrito a economia, e seguir a lógica capitalista; como também ao campo do processo de formação e capacitação de profissionais para atuação no SUS; a precarização das relações de trabalho, com destaque para as formas de contratação de profissionais, dificuldades de fixação nas unidades públicas de saúde em todos os níveis, fragilidade na conformação de uma política de RH em saúde de abrangência nacional; por fim, a (re)configuração dos processos de trabalho em saúde, de forma a garantir a construção de um modelo assistencial pautado na equidade, atenção integral, qualidade e resolutividade (SENNA; ZUCCO; LIMA, 2012,p. 105).

Percebe-se uma distinção de propostas. De um lado, propostas que propiciam a ampliação das ofertas em serviços de saúde, objetivando seu reconhecimento

como um direito universal; de outro lado, propostas que retraem esse direito, que nega a universalização do direito a saúde, de direito universal a restrito.

O setor privado afirma suas propostas na área da saúde enquanto o Estado passa a se ausentar das suas responsabilidades com a garantia desses serviços de saúde, passando para o setor privado esses deveres, sob a compra e venda dos serviços. Nos anos de 1990 veremos cortes financeiros na Política de Saúde, esse fato passa a gerar “uma contradição entre o modelo redistributivo definido na constituição e o nível de gasto público em saúde, deixando margem para o fortalecimento do mercado de planos de saúde” (OCTÁVIO; REIS, 2012, p. 24). Essas questões partem dos interesses privados e se apoderam da CF/1988, no art. 199, para usar de argumentos, onde destaca que “a assistência à saúde é livre a iniciativa privada”, dando o legítimo poder do Estado quando necessário de se abastecer dos serviços privados, e a esses de disponibilizar, atraindo lucros. Na perspectiva universalista, essa iniciativa privada vem com o objetivo de complementar os serviços de saúde pública, quando necessário. No entanto, impulsionadas pelos interesses lucrativos, o projeto privatista tende a ampliar as ações de iniciativa privadas no campo da saúde pública por meio de investimentos em serviços hospitalares. Mas a constituição, no art. 196, deixa claro que “a saúde é direito de todos”, competindo ao Estado sua garantia.

Como afirma Behring e Santos (2009)

A conjuntura da década de 1990 aos dias atuais, tem evidenciado, com nitidez, processos de guerra que foram desencadeados de modo artificial para garantir a expansão do capital. Mais uma vez, atualiza-se a gramática em defesa dos direitos. As últimas décadas foram de retração dos direitos face à universalização das relações mercantis, em que nada parece escapar à força, ao controle e direção do sistema do capital que submete todas as dimensões da vida social ao valor de troca, agonizando as expressões da questão social. (BEHRING; SANTOS, 2009, p. 16).

Podemos perceber que os direitos conquistados, declarados e institucionalizados não estão sendo garantidos, havendo assim uma dicotomia entre

o legal e o real. Não bastam apenas as mobilizações para apoderação dos avanços normativos, mas também a luta pela sua efetividade.

As questões sobre a garantia do direito a saúde universalmente perpassa as ações da rede básica de saúde até as redes de níveis complexos. E a principal causa dessa questão recai na forma se contra custeada a Política de Saúde.

Posteriormente iremos observar como se deu esse processo de contrarreforma que destrutura as propostas da Reforma Sanitária e desconstrói o princípio da universalidade. Todas essas propostas são firmadas a partir de uma contra reforma do Estado, que vamos analisar posteriormente.

3 CONTRARREFORMA DO ESTADO, NEOLIBERALISMO E IMPASSES PARA A GARANTIA DA SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL

Nesse capítulo discutiremos a configuração da Política de Saúde a partir dos anos 1990, tendo em vista um dos princípios norteadores, a universalidade. Aqui adentraremos nas as principais razões da não efetivação da legislação do SUS, tendo em vista que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Dessa forma, para explicar melhor essa questão, abarcaremos as contradições existentes na atualidade sobre a Política de Saúde no Brasil e os desdobramentos dos direitos presentes nesse sistema.

3.1 Política de Saúde no contexto da Contrarreforma do Estado

Tonet (2009), afirma que desde os anos de 1970 tem se instaurado uma crise capitalista que vem se estendendo até os dias atuais. Essa crise apresenta-se tanto nos países desenvolvidos como nos países periféricos, sendo caracterizada como uma crise global. Essa crise procede de perdas da lucratividade dos capitalistas.

Como forma de enfrentamento da crise, instaurou-se uma nova fase de produção denominada de “reestruturação produtiva”, que consiste em um conjunto de medidas políticas, econômicas e sociais que tem por objetivo reverter o quadro de crise capitalista, buscando a sobrevivência e sua reprodução do mesmo. Foram criados um novo padrão de acumulação, a flexível, são padrões que flexibilizam as relações entre capital e trabalho ou seja, as formas de contrato dos trabalhadores, os mercados de trabalho e ainda o processo produtivo e o regime de acumulação.

A filosofia do novo modelo é produzir o máximo com o mínimo de trabalhadores, o que só é possível através da exploração máxima da força de trabalho aliada às novas tecnologias e técnicas gerenciais. A empresa enxuta passa a ser um modelo a se seguir. As conseqüências para a classe trabalhadora são estereótipas: altos índices de desemprego (cuja finalidade é aumentar o exército industrial de reserva); precarização das condições de trabalho;

rompimento com a política sindical ou desenvolvimento da cultura do sindicalismo de empresa; flexibilização dos vínculos empregatícios através da terceirização dos serviços e dos contratos temporários (ANTUNES, 1999 *apoud* OLIVEIRA, 2011).

Esse conjunto de medidas serão adotadas juntamente com uma nova doutrina, o neoliberalismo, que fará modificações com relação ao papel do Estado e as relações entre capital e trabalho. O objetivo dessas transformações foi reverter o quadro de perdas dos empresários nas lucratividades de suas empresas, buscando o aumento das taxas de lucros (Idem, 2009).

As principais características do neoliberalismo, a partir das necessidades da retomada da capacidade dos lucros, sob os olhos de Matos (2013), no âmbito estatal, são as reduções de políticas sociais e públicas; corte de números de funcionários públicos; retração dos direitos trabalhistas e uma ampla terceirização do setor público. Com relação a produção presencia-se a reestruturação produtiva enquanto expressão da acumulação flexível.

O Estado, uma instância de grande importância para o capital, aos olhos liberais, passa a ser vista como um dos meios pelos quais pode permitir a regeneração das taxas de lucratividade das classes dominantes, mas, para que isso ocorresse, seria necessário modificar o papel do Estado por meio de uma reforma político administrativa.

A reforma político administrativa ou reforma do Estado, tratada por Lúcia Costa (2006, p. 157), “expressa um conjunto de medidas exigidas a partir de mudanças significativas nas relações internacionais, com reflexo na organização interna dos diferentes países, num contexto de baixo crescimento da economia mundial.”

Em análise geral, o objetivo da Reforma do Estado é modernizar e globalizar os países capitalistas, além de impulsionar os países periféricos, como é o caso do Brasil, cuja dívida externa se encontrava com altos juros, a pagá-los. Mas destaca que, para que ocorra de fato o pagamento dessa dívida, será necessário a aplicação de uma política de ajuste fiscal e controle da moeda (COSTA, 2006).

As principais ações para gerar o crescimento econômico, nas análises neoliberais, seriam a partir de

corte de gastos com benefícios sociais, programas de privatizações, políticas voltadas para o mercado para dar maior liberdade ao capital e desregulamento do mercado de trabalho, com modificações nas leis trabalhistas e previdenciária (COSTA, 2006, p. 157).

Assim, desde os anos de 1990, o nosso país vem passando por processos de reformas, reforçando e afirmando as propostas neoliberais, que vem afetando bruscamente as políticas sociais, destacando o sistema de proteção social, isto é, a Seguridade Social.

Enquanto nos países da Europa central já se escutavam discursos sobre a Reforma do Estado, no Brasil é incorporada nos anos de 1990, a partir do governo de Fernando Collor de Melo, mas é no governo de Fernando Henrique Cardoso, que vai dos anos de 1994 e se estende até 2002, que veremos esses processos de Reforma do Estado mais afirmados.

Bravo e Matos (2007) descrevem que o governo de FHC é caracterizado por uma política reajustes, dotadas de projeto e propostas neoliberais. Dentre as medidas em destaque teremos: a implementação do Plano Real, que configurara em ações voltadas para a desvinculação de recursos da área social para o capital financeiro, objetivando o pagamento e o controle de déficits fiscais; e o processo de Reforma do Estado.

Tanto o Plano Real, destaque em Boschetti e Salvador (2007) quanto da Reforma do Estado, analisados em Costa (2006), são marcados por impasses: de um lado, as pressões internas que lutam pelo Estado democrático de direitos, por um crescimento econômico articulado com o desenvolvimento social e defende o financiamento das políticas sociais a partir da arrecadação sobre a receita tributária e a contribuição sobre a folha de salários. E de outro, as pressões externas que buscam a intensificação do capital através da instauração das doutrinas neoliberais, que visa modificações na forma de prestação de serviço pelo Estado, pressionando o país a implantar medidas de ajustes fiscais para regular a economia e pagar a dívida externa, além aplicar formas de arrecadação para o financiamento das políticas sociais partindo dos recursos durante a execução do orçamento dessas políticas e não conforme se arrecada.

A decorrência dessa Reforma do Estado, ou melhor, Contrarreforma, por Fernando Henrique Cardoso, será devido à crise. No Brasil, a crise vai se apresentar como resultante de um descontrole fiscal gerado pela descentralização fiscal, proposta na CF 1988, culpando a mesma pelos empecilhos para o equilíbrio econômico; além da redução da taxa de crescimento econômico do país devido ao novo modelo econômico do mercado internacional e a centralidade administrativa.

Como medida para enfrentar essa crise, foi criado um “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”. Segundo Sarah Granemann (2015), o objetivo dessa Reforma no Estado é modernizar o país, ampliando o capitalismo por meio desse Plano.

A proposta do Plano é reverter às ações do Estado, diminuindo suas intervenções no social. Os liberais acreditavam que essas questões de descontrole econômico têm como causa o alto teor de investimento do Estado na área social. Assinala que para enfrentá-la e superá-la será necessário reformas, cuja medida seja voltada para o mercado (COSTA, 2006).

Devemos desmistificar esse discurso na realidade do Brasil, pois não presenciarmos um Estado com ampla proteção social, pelo viés de Estado de bem-estar social. O que se pretende com esse discurso, apresentado para justificar a crise fiscal, é reverter às ações do Estado com os gastos sociais para o capital, cortando gastos com as políticas sociais como um meio de desvinculação de verbas para arcar com as despesas do capital. Na verdade, as reais causas para o levante da crise fiscal é devido o acúmulo de dívidas (externa e interna), acumulada desde os anos ditatoriais sob os cofres públicos.

Até aqui podemos perceber que esse processo de Reforma do Estado não passa de medidas que recusam todas as lutas para a garantia de um Estado democrático. Essa reforma realizou modificações administrativas e previdenciárias, além de adotar medidas de privatização, terceirização e publicização dos serviços públicos. A Reforma, proposta por liberais, não passa de um processo de Contrarreforma do Estado. Isso tem afetado diretamente a classe trabalhadora, restringindo direitos, aplicando políticas focalizadas e seletivas.

As primeiras modificações são sob a estrutura de organização do Estado, que ficou dividida por composições: O núcleo estratégico; atividades executivas; serviços não exclusivos e produção de bens e serviços para o mercado (COSTA, 2006).

A Reforma da previdência vem com intuito de reter gastos. A sua necessidade decorreu de um desequilíbrio financeiro na previdência, que está diretamente ligado com a informatização do mercado de trabalho¹², mas precisamente por causa dos esquemas de corrupção, fraudes e dívidas patronais, que vem sendo adquirida desde o período ditatorial, além do aumento da expectativa de vida da população, nos anos de 1990, que se encontrava coberta pelo benéfico (Idem, 2006).

Vai haver mudanças, uma delas é a Ementa Constitucional de nº 20/98, que visa cortes de gastos conforme a arrecadação das contribuições. Para isso foram criadas mudanças nos critérios para adquirir o benefício da aposentadoria. Enquanto na Constituição de 1988, o critério para adquirir esse direito era remetido apenas a idade do servidor, agora, a partir da ementa, haverá tanto uma idade mínima quanto um tempo mínimo de contribuição. Ao mesmo tempo, incentiva a criação de um sistema de previdência complementar privado, propõe também privatizar o seguro de acidentes do trabalho, além de quebrar o conceito de seguridade social.

Vemos que o alvo desta proposta é a classe trabalhadora, que acabará arcando com os custos da reforma, pois retiram seus direitos previstos por lei e implementam medidas restritas. A contrarreforma administrativa também aplicará medidas de ajuste fiscal para adquirir déficit primário¹³. Além dessas medidas de

¹² Tonet (2006) destaca essa questão como uma das consequências desse novo modelo devido a instauração das novas tecnologias e de produção, gerando desempregos, logo a generalização do trabalho informal. No Brasil ele se destacará em meio as altas taxas de juros eminente da política econômica de controle da inflação, instaurado pelo próprio Governo FHC. Com isso vão ser evidenciados aumentos nas taxas de desempregos dos trabalhadores formais, isto é, do trabalhador legalmente registrado, que implicará no aumento de mercado informal, tendo em vista que o trabalhador formal é o meio pelo qual sustenta por meio das suas contribuições, a previdência, essa entra em crise.

¹³ O déficit consiste no resultado primário negativo da diferença “das receitas não-financeiras arrecadadas no exercício fiscal e as despesas não-financeiras, arrecadadas no mesmo período. As receitas não-financeiras incluem, principalmente, os tributos, as contribuições sociais e econômicas, as receitas diretamente arrecadadas por órgãos e entidades da administração indireta, as receitas patrimoniais, etc. As despesas não-financeiras referem-se ao conjunto de gastos com pessoal, previdência, políticas sociais, manutenção da máquina

cutte de gastos, também haverá um enxugamento da máquina estatal e redução de funcionários para a realização dos serviços públicos. Logo, gerará uma degradação no desempenho dos serviços que forem ofertados. Isso afetará de forma progressiva o desenvolvimento da operacionalização dos serviços sociais, pelo fato de reduzir a quantidade de funcionários na prestação dos serviços, mas não reduz as demandas de serviços, logo esfacelando a qualidade dos mesmos. Neste caso, as principais áreas de enxugamento serão a saúde e a educação.

Os discursos liberais, quanto à redução dos servidores, acreditam que isso não interferirá na qualidade dos serviços, porém a realidade se apresenta contraposta a essa afirmação.

Mesmo analisando que a crise do Estado está relacionada a forma de endividamento externo do país, a internacionalização do capital financeiro e a agiotagem com títulos da dívida pública, para o governo FHC o problema ficou reduzido aos gastos com os funcionários e o regime de estabilidade. O governo FHC considerou os privilégios garantidos pela CF 1988 como entraves à administração gerencial no país (COSTA, 2006, p. 182-183).

Além disso, serão substituídos serviços que deveriam ser fornecidos por entidades estatais para o terceiros pelo viés privatista das instituições públicas.

Sobre essa conjuntura, Mota (2012) destaca que a “Questão Social” é distorcida quanto ao seu conceito real, pelos capitalistas. O pauperismo¹⁴, expressão denotada como meios pelas quais observamos as expressões da “Questão Social” são resumidos a pobreza como um fenômeno social, e não como uma expressão ampliada da desigualdade social.

Diante dessa nova concepção da “Questão Social”, as políticas sociais, bem como o meio as respostas para o seu enfrentamento, sofrem consequências significativas decorrentes do processo de contrarreforma do Estado.

administrativa e investimentos.” Ao contrário desse, o resultado for positivo, teremos um superávit primário. Se a diferença for positiva, ocorre um superávit primário; e se negativa, haverá um déficit primário. (BOSCHETTI e SALVADOR; 2007)

¹⁴ Mota (2012) explica que, o pauperismo é um processo decorrente das contradições existentes no mundo capitalista, nas relações dos trabalhadores com a acumulação produtiva, da riqueza socialmente produzida com a acumulação dessa riqueza a uma pequena parcela da população, o capitalista.

Os maiores impasses da reforma estatal cairão sobre as políticas sociais. Esse procedimento que modifica o papel do Estado na sociedade comportando ações voltadas para o mercado, vem afetando bruscamente as políticas sociais. Estas políticas sociais sofreram com os traços fragmentados e focalizados. Esse fato percorre do processo de mercantilização, monetarização e financeirização, sendo esses os fatos pelos quais essas políticas tendem a desmontar os princípios constitucionais, na saúde destacaram a universalidade de acesso a saúde, como sendo um deles (GRANEMANN, 2012).

O sistema de proteção social, composto pelas políticas de Seguridade Social, sofrerá grandes dificuldades na sua forma legítima, passando de uma política inclusiva da classe trabalhadora para políticas focais.

O que está posto no horizonte é uma nova cultura social e moral por parte da burguesia que se expressa tanto na participação do setor privado na implementação das políticas sociais, como na desresponsabilização parcial do Estado, particularmente por meio de estratégias 'contrarreformistas' no âmbito da Seguridade Social [...] (MOTA, 2012, p. 36).

A contrarreforma implica em um estado de desmonte dos princípios constitucionais. Boschetti (2009) destaca que as políticas de Seguridade Social sofrem com esse processo de desmonte que abrange diferentes tendências: o desmonte dos direitos previstos constitucionalmente; a fragilização dos espaços de participação e controle democrático previsto na constituição (conselhos e conferências); e a última é a via do orçamento, o modo como está sendo financiadas e arrecadadas as verbas para custear as políticas sociais.

Sabemos que a compreensão desses desmontes é de grande importância para a compreensão das consequências da contrarreforma para o nosso Estado brasileiro. Porém, neste trabalho, faremos referência apenas a uma de suas tendências, destacando a área da saúde. Assim, apontaremos as principais razões pelas quais não está sendo garantido o princípio primordial do SUS, a universalidade de acesso.

Dando ênfase a Política de Saúde, sabemos que a saúde se legitima como um direito universal. A saúde é um direito social, previsto na LOS 8.080, e tem como

princípio norteador a universalidade de acesso. No entanto, esse princípio não se encontra sendo garantido. Isto se deve a duas razões já mencionadas de forma indireta, mas que deve ser reafirmadas pelo fato de ser empecilhos para a efetivação da garantia da universalidade do acesso aos serviços de saúde.

Nos anos de 1990, com a promulgação do SUS, haverá um aumento das demandas em busca do acesso aos serviços, principalmente os atendimentos básicos e hospitalares. No entanto, muitos dos serviços passaram a ser negados a população, decorrente da falta de planejamento do Estado quanto aos investimentos públicos suficientes para a população. O outro motivo é devido a contrarreforma do Estado, com medidas de ajustes fiscais, reduzindo gastos com a área da saúde, implicando na garantia da política, negligenciando o princípio da universalidade de acesso. Ambos os casos correspondem a forma como está sendo financiada a Política de Saúde.

As tensões das propostas neoliberais na saúde, quanto à ausência do Estado na garantia das políticas de saúde, rebatem a partir do incentivo do Estado ao modelo médico assistencial privado a partir de medidas de contenção de gastos em verbas na saúde pública, implicando na diminuição dos serviços prestados, acarretando no aumento da demanda a ser assistida; como também na diminuição na quantidade de profissionais devido às baixas remunerações aplicadas pelo governo; além da qualidade e até mesmo ausência dos equipamentos de trabalho.

Com as propostas privativas, em meio a Reforma do Estado, haverá incentivos para redução dos gastos do Estado nas áreas sociais, como já vimos. Dentre os alvos dos cortes está a área da saúde, que implicará na qualidade e quantidade dos serviços ofertados pelo SUS.

Esses cortes implicam em medidas do modelo neoliberal sob a forma do financiamento do capital, que em sua vez, será financiado pelo Estado por meio das privatizações do setor público, acarretando uma estagnação nas políticas sociais, vista que o governo “captura do fundo público para a alimentação direta do capital que porta juros, no qual o papel da dívida pública tem sido central” (Silva, 2011, p. 12). Dessa forma,

A Seguridade Social é a mais atingida por este mecanismo, tendo em vista que ele permite a desvinculação de 20% dos seus recursos. A DRU

transfere os recursos do orçamento da Seguridade Social para o orçamento fiscal com a finalidade de facilitar a formação de superávits e pagar a dívida pública (SILVA, 2011, p. 12).

Na saúde veremos modificações com relação a sua forma de financiamento. As primeiras medidas adotadas pelo governo FHC, quanto ao financiamento dessa política, estão relacionadas ao modo de arrecadação dos recursos para custear a saúde. Após o processo de contrarreforma, as políticas da seguridade social passam a sofrer modificações quanto a sua forma de financiamento.

A política de saúde será uma das quais sofrerá com o impacto. Segundo Soares e Santos (2014, p. 25-26), durante o governo Fernando Henrique Cardoso até o governo Dilma

os gastos com saúde do governo federal praticamente não cresceram em relação ao PIB. Somente nos dois primeiros anos do governo Dilma, houve um ligeiro aumento, ficando os gastos sempre abaixo crescimento das RCB. (SOARES E SANTOS, 2014, p. 25-26)

A partir de alguns autores, podemos afirmar que essa questão da financeirização da saúde sofre devido à desvinculação de verbas destinadas para a política ao capital financeiro, tendo em vista o superávit primário para o pagamento da dívida que foi se ampliando no Brasil.

Como forma de controlar esses gastos na saúde, é criada a portaria N° 2.203, de 5 novembro de 1996, que formula uma Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde (NOB) que gera algumas modificações no processo de descentralização dos serviços de saúde, dirigindo determinadas responsabilidades aos municípios por meio de dois modelos: a Gestão Plena de Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal (BRASIL; 2003). O objetivo maior é de fortalecer a atenção básica, reconhecendo-a como a porta de entrada para os serviços de saúde, porém não é o que realmente ocorre, reconhecendo o falecimento de alguns dos serviços que deveria ser fornecidos na rede primária para os usuários do SUS.

Outra questão que expressa um impasse à garantia do direito a saúde é a mercantilização da saúde. O Estado passa incentivar a ampliação do mercado privado de saúde, tendo em vista os Planos de Saúde, através de diversas instituições particulares que prestam serviços de saúde. Redesenha-se o Sistema

Único de Saúde, que na sua forma legal, é universalista, mas diante das medidas de contrarreforma passa adotar ação seletiva, voltada para um determinado grupo: os pobres, a partir de medidas minimalistas. Esse fato faz com que destine ao setor privado de saúde a responsabilidade de assistir, por meio de pagamento do serviço, a população que detém de meios para arcar com os custos. Identificamos aqui medidas de publicização dos serviços públicos através das parcerias do Estado com as empresas privadas, desvinculando o dever do Estado nas prestações dos serviços para o setor privado (MOTA, 2012; COSTA, 2006).

Enquanto de um lado, vemos um Estado ausente na garantia de uma Política de Saúde de qualidade; de outro, vemos ações desta instância estatal voltadas para o incentivo ao mercado privado, tentando a ampliação dos serviços de saúde privados. Com o aumento das demandas em contrapartida a diminuição dos gastos com saúde, o que se vê é uma política de saúde focalizada aos mais pobres. Dessa forma, a saúde privada surge como uma alternativa para aqueles que tenham condições de arcar com as despesas para ter o acesso aos serviços de saúde, que a esfera pública se encontra defasado.

Vieira (2009, p.22) destaca que o processo de globalização, de mundialização e a reestruturação produtiva, e o neoliberalismo, se tornaram processos negativos para as políticas e os direitos sociais, inclusive para a área da saúde que vem nos dias atuais sofrendo com esse processo.

No ano 2002, com um representante da classe trabalhadora na presidência da República Brasileira, vão ser criadas expectativas positivas quanto ao desenvolvimento econômico e social.

A política do governo de Luiz Inácio Lula da Silva é marcada por novas medidas. O seu governo, (Castelo 2012), retoma traços da perspectiva do “nacional-desenvolvimentismo”, termo usado por autores para salientar a intervenção do Estado nos interesses do mercado e da área social, implementados nos governos Vargas e Juscelino Kubitschek.

Entre os governos de Lula e Dilma vem se construindo uma nova interpretação da ação do Estado na esfera econômica, se diferenciando um pouco da direção instaurada no Governo FHC. Será instaurado um novo modo político, destacados

por alguns autores como Castelo (2012), que discorre sobre o “novo desenvolvimentismo”. O novo desenvolvimentismo consiste em uma interpretação de uma nova realidade política, presenciada nos novos posicionamentos tomados pelo Estado na esfera econômica e social.

De um lado vamos ter uma maior abertura para o comércio internacional como também maior investimento privado na infraestrutura, incentivando a ampliação do mercado; de outro, ações voltadas para a estabilidade macroeconômica, através da implementação de programas sociais que visem a garantia das políticas sociais (CASTELO, 2012).

Vamos observar atuação do Estado impulsionador do desenvolvimento econômico, mas, ao mesmo tempo, haverá também uma política voltada para o consenso de conciliação de classes, a partir de medidas que impliquem na adoção de políticas voltadas para ampliação do mercado, levando em conta a inclusão da classe trabalhadora, vista a redução da pobreza. Atendem tanto as iniciativas privadas, quanto a classe trabalhadora. No entanto, as iniciativas voltadas para a classe trabalhadora será sob medidas minimalistas, políticas focalizadas, seletivizadas e contraditórias.

Desta forma, serão formuladas medidas sociais por meio de programas sociais com intuito de diminuir a miséria. De fato, veremos uma diminuição da pobreza, mas a desigualdade social permanecerá, e os direitos sociais ainda se encontraram negligenciados, pois a política nesses governos é voltada para o capital, mesmo aplicando medidas voltadas para classe trabalhadora.

Porém, nas análises de Bravo e Menezes (2011, p. 150-151), o Governo de Luiz Inácio Lula da Silva, tende a favorecer ao capital financeiro, a partir de políticas antidemocráticas; na promoção de uma redistribuição de renda às avessas. E ainda tende a alteração no sistema tributário por meio de medidas desburocratizantes a partir da regressividade; eliminação da guerra fiscal; desoneração parcial da tributação sobre a folha de salários; eliminação de distorções e cumulatividade e aumento da competitividade econômica.

Os primeiros quatro anos desse governo presenciaram propostas para o fortalecimento e a garantia do que está afirmado no SUS, desde a rede de básica a

média e de alta complexidade. Já o seu segundo mandato se caracteriza por atender as propostas privatistas através de medidas focalizadoras, na precarização do trabalho; na terceirização dos recursos humanos à medida de contratação em regime CLT; ampliando o direito a intervenção das empresas privadas de saúde; há uma desvalorização do trabalhador da área de saúde, não considerando a luta da classe trabalhadora, mas sim, criação de Planos de Cargo, Carreira e Salário por Fundações; há um desfinanciamento para viabilizar a concepção de Seguridade Social; posteriormente é visto um desprestígio nos espaços de controle social. Nesse momento é presenciado um forte embate nas propostas universalistas e nas propostas privatistas no setor da saúde (BRAVO; MENEZES, 2011).

Coutinho (2005) afirma que estamos vivendo momentos de avanços e retrocessos. Diante de toda essa discussão, percebemos que não houve e nem há um Estado democrático de direitos. Mattos (2012, p. 7) acredita que “enquanto houver sociedade dividida em classes, não é possível falar em Estado de direitos”. Coutinho (2005, p. 16-17) ainda acrescenta que não é possível uma cidadania plena e universal nesse contexto, pois “a divisão da sociedade em classes constitui limites intransponíveis à afirmação conseqüente da democracia. [...] somente uma sociedade sem classes pode realizar o ideal [...] da democracia.”

Apesar de todas as lutas para as conquistas dos direitos sociais, do reconhecimento da saúde como direito universal, não vemos a sua garantia como institucionalizado, sendo estes relativamente negados nos dias atuais, impulsionados pelo neoliberalismo. Frente a isso, há grandes embates entre a cidadania/democracia e o capital (COUTINHO, 2005).

Os direitos afirmados na forma da lei são regulados sob uma ideia liberal. A democracia, dita, não existe. O Estado de direitos não existe. Não há garantia de direitos. Os direitos em suas formas reguladas, “não garante a sociedade livre, justa e solidária; não garante o desenvolvimento nacional; não consegue erradicar a pobreza e nem reduzir as desigualdades sociais e regionais” (MATTOS, 2012; p.8).

Essas implicações rebatem profundamente na área da saúde. Como vimos, sem nem ao menos os direitos mínimos são garantidos (alimentação, moradia, transporte, lazer, educação entre outros) o que dizer do acesso aos serviços de saúde de forma universal.

Vivenciamos uma retração de direitos. A Política de Saúde tem sofrido com as reformas do Estado no Governo FHC, que permanecerá no governo Lula e Dilma, dificultando para sua garantia como um direito social universal. Essa negligência tem demandado debates nas conferências e conselhos de saúde. Diante desse cenário, vamos abordar no próximo capítulo as consequências dessa reforma para a garantia da saúde como um direito de acesso universal.

3.2 Os rebatimentos contemporâneos da contrarreforma do Estado para a garantia da saúde como direito universal

O processo de contrarreforma tem instaurado nos dias atuais grandes desafios para a garantia do acesso universal aos serviços de saúde. Essas questões vêm gerando grandes rebatimentos: a desestruturação da rede primária de saúde, a generalização das privatizações nos serviços públicos de saúde, além das terceirizações e precarização dos serviços públicos e das relações de trabalho.

A Política de Saúde é constituída pela Atenção Básica; Atendimento Hospitalar e Alta Complexidade; Programas Especiais; Vigilância Epidemiológica e Sanitária; Assistência Farmacêutica; Assistência Médica Suplementar e Controle Social (BRASIL, 2003).

Apesar dos princípios do SUS não ter como direção apenas a universalidade do acesso aos serviços, esse se apresenta como o princípio fundamental para a operacionalização e garantia da política de saúde. Nessa perspectiva, as redes primárias de saúde são a base e a porta de entrada para a garantia da universalidade nos serviços de saúde.

A rede básica de saúde tem como objetivo: garantir assistência básica em saúde por meio de ações individuais e coletivas, visando a promoção, proteção e a prevenção à saúde, e ainda tem em vista o atendimento integral, universal e informativo. Ademais, a atenção básica é denominada a porta de entrada para o

Sistema Único de Saúde, composto por uma equipe multidisciplinar para assistir a necessidades de saúde (BRASIL, 2012).

Dessa forma, compete a rede básica de saúde os seguintes serviços:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012, S/N)

Tem como princípios doutrinários, segundo a Política Nacional de atenção Básica (BRASIL, 2012), a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, o cuidado, a integralidade, a humanização, a equidade e participação.

Quanto aos seus princípios doutrinários, a universalidade também comporta-o. Por ser a porta de entrada dos usuários de saúde para os serviços ofertados pelo SUS, quando essa rede não funciona como está previsto na lei, acarreta consequências para os usuários. O acesso de forma universal é um de seus princípios, quando não garantido rebate diretamente no usuário, que encontrará a negação dos serviços que por lei é direito, além de implicar na garantia de acesso a outros serviços oferecidos pelas redes secundárias.

Com a implementação do SUS, intitulada pela Lei Orgânica da Saúde, a política de saúde tende ampliar os serviços de saúde, primordialmente na rede primária por meio de programas de prevenção em saúde a partir da Estratégia de Saúde da Família, vista a prestação de serviços de prevenção, proteção e promoção em saúde (SENNA; ZUCCO; LIMA, 2012). No entanto, com a Reforma do Estado, vamos ter a redução dos gastos com a saúde, e isso afetará nas ações desempenhadas por essa rede, desfalecendo seu objetivo e a garantia da universalidade do acesso, reduzindo os serviços a medidas curativas. As ações curativas são aplicadas desde a era Vargas, sendo reformadas nos dias atuais.

Podemos obter como exemplos de negligência da garantia do direito dos usuários aos serviços de saúde pública a Unidade Básica Municipal Abelardo Kalafange. A negação da saúde como direito universal parte desde a estrutura da unidade comparada à população demandada. A estrutura da Instituição além de ser

um espaço pequeno, sem condições para o acômodo da população usuária dos serviços dessa, a mesma se encontra em condições precárias para o atendimento adequado dos serviços que devem ser fornecidos por essa rede. Além disso, há ausência de equipamentos adequados para um atendimento ágil e com tecnologias adequadas para o melhor tratamento para o paciente, ausência de medicamentos, além de um quadro de profissionais reduzido. Todas essas questões embatem no acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde fornecidos pela rede primária. Há uma redução de serviços, mas por outro lado, um aumento da demanda a procura dos serviços básicos de saúde, gerando com isso uma redução de serviços oferecidos, conseqüentemente degradando em filas de espera para a população para o acesso aos serviços.

As questões mais problemáticas nesta unidade é o acesso reduzido para o profissional ginecologista e ao profissional odontológico. O primeiro por pelo quadro reduzido em contrapartida com a demanda apresentada. De um lado, como medida para gerenciar a marcação aos atendimentos, foi disponibilizados vagas apenas para as gestantes, levando em conta, a priorizando, seletivizando o direito a pré-natal para as grávidas, mas por outro, retirando o direito de toda a mulher ter acesso ao serviços ginecológicos. O quadro de profissionais nessa instituição é composto por apenas um profissional para atender a demanda do conjunto cidade satélite, fora de outros bairros vizinhos, como é o caso da população que se situa no Planalto. Como também a precarização das relações de trabalho, devido às formas empregatícias, como é o caso das auxiliares de serviços gerais, que tem seu emprego de forma terceirizada; os recursos, relacionados a questão dos medicamentos; e também os mecanismos de trabalho, expressas na forma das ausências de instrumentos de trabalho, no caso odontóloga que, devido a falta do instrumento de extração e obturação dos dentes, não realiza essa ação, implicando na operacionalização e limitando o trabalho desse profissional apenas para ações de limpeza da arca dentária.

A partir dessa análise, são evidenciadas na saúde pública, especificamente na Unidade Básica Doutor Abelardo Calafange, lacunas nas efetivações da garantia da saúde como direito universal, tendo os usuários seus direitos reprimidos.

No governo de Dilma, o discurso é voltado para a garantia da universalidade de acesso aos serviços de saúde e na qualidade dos serviços prestados, se constitui contraditório , pois posteriormente prestará relevantes contribuições para o fortalecimento das propostas neoliberais no país. Os autores Bravo e Menezes (2011), destacam que essa nova gestão entra sabendo dos desafios que há de enfrentar, entre eles podemos destacar: o financiamento do SUS, a necessidade de rever a gestão, tendo em vista modelo de atenção focado no usuário e que tenha a atenção básica como pilar.

De um lado, vemos uma tentativa do fortalecimento dos serviços de atenção básica com programas educativos e de promoção em saúde, além de programas que abragem a prevenção e proteção em saúde, como: a atenção a Saúde da Mulher e da Criança, esse programa envolve cuidados desde a gestação até os primeiros anos de nascimento da criança; campanhas que estimulem a mulher a realizar exames preventivos, como também solicitação de tratamento, reabilitação e cuidado as mulheres acometidas pelos cânceres de mama e de colo uterino; o “aqui tem farmácia popular” que visa distribuir medicamentos de hipertensão e diabetes gratuitos ou pelo preço reduzido a toda a população que tenha esse tipo de doença . Apesar de serem medidas de grande importância, não vão suceder ao quadro de garantia universal do acesso aos serviços de saúde, devido o quadro de enxugamento da equipe, dos equipamentos, e das demandas a serem atendidas. Por outro, serão investidos em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), fortalecendo o modelo hospitalocêntrico e desvinculando de adotar medidas para o fortalecimento ao atendimento básico em saúde, vista a promoção em saúde por meio do fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, dando ênfase ao modelo médico curativo individual (BRAVO; MENEZES, 2011).

Diante dos cortes nos gastos da saúde, haverá uma fragmentação dos serviços que deveriam ser fornecidos pela rede básica de saúde. Com isso, o quadro de usuários a procura de atendimento aos prontos socorros aumentam, recorrente da falta de acesso aos serviços básicos de saúde, decorrente da grande demanda em contra partida com os suportes de serviços ofertados. Diante deste tratamento da rede básica de saúde, o governo tende a gastar mais em serviços de média e alta complexidade. Vão ser ampliadas as UPAs, visando um modelo hospitalocêntrico, o

que acaba fragmentando; focalizando e seletivizando o acesso aos atendimentos aos serviços básicos de saúde.

Com a atenção voltada para a rede secundária, a rede básica acaba desfalecendo o seu acesso. As ações prestadas na rede primária de saúde, por meio da prevenção, promoção e proteção a saúde perdem sua amplitude, gerando, segundo Reis e Octávio (2012) e Bravo (2009), um aumento de doenças crônicas; generalização de epidemias novas e as existentes; acesso restrito e filas de espera para especialidades; gastos altos com medicamentos; pessoas de baixa renda e pobre deixadas em esperas nas salas de emergência nos hospitais; baixo nível de investimento; falta de medicamentos em regiões mais carentes e de profissionais, tendo em vista os baixos salários e os mecanismos de trabalho; além dos problemas sociais que afetam a saúde; como também aumento dos serviços burocráticos para o acesso ao usuário a qualquer tipo de assistência a saúde, dificultando o acesso do mesmo.

Para exemplificar o quadro contraditório, hoje em dia, os maiores custos em saúde são voltados para os transplantes, tratamentos de câncer, cirurgia cardíaca e tratamento em longo prazo (REIS; OCTÁVIO, 2012).

Para que haja a garantia do acesso universal é necessário garantias dos serviços e benefícios oferecidos nas redes de saúde pública, destacando a rede primária por meio da promoção, prevenção e proteção em saúde. Essas garantem uma educação em saúde tendo em vista o bem-estar e a qualidade de vida por meio de novos hábitos alimentares, físicos e psíquicos, promovendo com isso uma qualidade de vida para a população e garantindo baixos gastos com as redes de média e alta complexidade, destacado pelo alto teor de custeio do SUS nos dias atuais.

Outra questão que procede do processo de contrarreforma do Estado, fortalecendo-a, vista a redução dos custos com as políticas sociais e com os serviços sociais como também com os funcionários, será a lógica privatista que realiza transformações na gestão dos serviços públicos, transitando o dever do Estado para setores privados (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 23).

Quanto as redes de média e alta complexidade, vamos ter um a oferta de serviços via convênios, esse caso ocorre principalmente quanto as serviços a especialidades médicas. A um incentivo ao mercado privado de saúde, tendo o Estado um dos meios pelos quais essas instituições adquirem verbas. São empresas privadas que oferecem o seu serviço de saúde para a rede pública. Isso se dá pelo processo de privatizações dos serviços públicos.

Segundo Correia (2011) a privatização fortalecerá o processo de contra reforma do Estado a partir dos repasses públicos para o privado, uma tendência que teve inicio com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado e que ampliou nos governos de Lula e Dilma.

Os primeiros processos de privatizações na saúde terá destaque no Governo Lula, através de uma medida provisória, sendo implementado no governo de Dilma. O objetivo do Estado com as políticas públicas e sociais, especificamente na saúde, é de controlar os gastos com a saúde pública e financiar a saúde privado para ampliar o mercado, tendo o setor privado o dever de oferecer os serviços nos setores hospitalares e ambulatoriais.

Os mais afetados pelo processo de privatização dos serviços foram os hospitais universitários, que foram privatizados por uma empresa chamada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A EBSERH “trata-se de uma Empresa Pública sob a forma de sociedade anônima, com personalidade jurídica de direito privado” (CORREIA, 2011, p. 44).

Francisco Júnior Batista (2011) explica o que é esse processo de privatização do setor público. Quando uma instituição pública é privatizada não que dizer que ela deixou de ser pública, de prestar serviços públicos, consiste apenas em repassar a parte administrativa, a gestão da instituição para o setor privado, que são organizados por grupos políticos. A grande questão é que esse grupo vai gerenciar de acordo com seus interesses, vista as suas demandas políticas, particulares e coletivas.

O Estado assinala que a reforma da gestão é necessária para adquirir qualidades nas prestações dos serviços. Sabemos que há uma necessidade de reformas dessas redes, mas, como diz Sara Granemann (2007):

A expansão e melhoria dos serviços de saúde não se reduzem a gestão dos hospitais. Ali, em linhas gerais, ineficiência e alto custo decorrem da burocracia e de empecilhos contidos na legislação relativos ao processo de compras públicas e ao contrato de trabalho (GRANEMANN, 2007).

Ou seja, a mudança de gestão não condiz isoladamente com a resolução com os problemas de ineficiência na garantia do que está intitulado no SUS, na sua forma de financiamento e nas formas que estão se dando as relações de trabalho nos setores da saúde.

Além disso, o Estado passa a atuar sob práticas mínimas com o social, repassando a sua responsabilidade de garantia dos serviços públicos de saúde a partir de medidas, que estructurem e qualifiquem os serviços para o setor privado por meio de contratos de serviços ambulatoriais, intensificando a ampliação do mercado por meio do investimento nos setores privado. O que estava atribuído como medida complementar na Lei Orgânica da Saúde passa a ser adquirida como uma medida primordial para a prestação dos serviços de saúde, principalmente os serviços especializados (JÚNIOR, 2011).

Com os investimentos voltados para o setor privado fará com que as equipes de especialistas do setor público fiquem enxutas devido à forma que é prestado os seus serviços. No setor privado a sua remuneração não é por tempo de serviço, isto é, pela jornada de trabalho em plantões como é na prestação no setor público de saúde, mas sim por procedimentos realizados, passando o Estado a arcar na saúde privada a partir de pagamentos por procedimentos realizados. Para que haja qualidade nos serviços é necessário

[...] fixar os profissionais e solidificar sua formação sem uma política de gestão do trabalho e educação, explicitando plano de cargos, carreiras e salários e a proposta de educação permanente para os trabalhadores da saúde. O que se tem verificado é a ampliação da terceirização e a precarização dos trabalhadores (BRAVO e MENEZES, 2011, p. 23).

Como vimos anteriormente, a Contrarreforma toma medidas de ajustes fiscais para reter a dívida externa, para isso, reduz gastos com a Política de Saúde, afetando na quantidade e qualidade dos serviços ofertados, mas também terá como desfecho desse processo de despolitização, reduções de gastos com profissionais, diminuindo a equipe de trabalho e resultando na precarização das relações de trabalho, cujo desfecho é de baixos salários, implicando ao profissional a busca para trabalhar em outras instituições para completar a sua renda, gerando uma desvinculação do profissional com a atividade prestada na instituição. Além disso, teremos uma ampliação do quadro de profissionais por via de contratos, gerando um processo de terceirização (JÚNIOR, 2011).

Todas essas questões implicam negativamente na garantia do direito ao acesso universal a saúde, Para enfrentar essas reformas, aplicadas pelas propostas privatistas, é necessário a articulação e a participação da população nos conselhos e conferências de Saúde. Esse espaço deve ser fortalecido com a participação dos profissionais, dos usuários e dos representantes políticos.

Quanto aos defensores do projeto de Reforma Sanitária, restabelecem discussões sobre a luta pela garantia do SUS. O que visualizamos é questão longo dos anos o debate sobre a questão saúde nas conferências e conselhos de saúde se dará em consonância com a sua garantia por meio da universalidade e qualidade nos serviços. Nos anos de 2003, a 12ª Conferência Nacional de Saúde, terá como tema “Saúde: um direito de todos e dever do Estado. A Saúde que temos, o SUS que queremos”. Já na 13ª, nos anos de 2007, a Conferência Nacional de Saúde teve como tema central “Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”. Na 14ª que ocorreu no ano de 2011e teve como tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro”. Dessa forma, desde a sua legislação, o SUS vem enfrentando formas de deter as propostas privatistas em luta na sua garantia por meio dos espaços de participação social.

Portanto podemos dizer que um dos grandes problemas da não garantia do que está intitulado na Lei que regulamenta o SUS deriva da desvinculação dos recursos públicos, afetando diretamente na operacionalização dessa política, desarticulando as redes, desmontando os princípios da Política de Saúde, como é o

caso da universalidade de acesso, e limita as interferências dos espaços de Controle Social (CORREIA, 2011). Estes elementos tem “quebrado” o princípio da universalidade da saúde. O avanço do projeto privatista sendo um obstáculo a afirmação deste princípio.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a luta e organização dos movimentos sociais e de todo o processo de democratização do país, tivemos avanços significativos com a construção dos direitos civis, políticos e sociais. As políticas sociais são desfechos importantes dessas conquistas, reconhecendo que elas são meios pelos quais os direitos sociais se realizam.

Legitimada como direito social, a Política de Saúde é reorganizada a partir dos anos 1980 sob propostas firmadas na perspectiva de construir a cidadania plena, formulado por princípios que levem a democratização do país. Vivemos um processo de conquistas dos direitos sociais e das políticas sociais, mas vamos ter posteriormente a presença de propostas que são contrárias as já construídas com a luta da classe trabalhadora em prol da democracia. Essas últimas tomam espaço com o novo modelo econômico capitalista que se alastra no mundo, como alternativa de reter a crise global.

As propostas privatistas impulsionaram uma reforma administrativa estatal, que se apresentará como uma contrarreforma do Estado diante do que já havia sido conquistado legalmente com o processo constitucional de 1998. A reforma implicou no enxugamento das ações do Estado no social, que agravou substancialmente as políticas sociais. Diante desse cenário, o que enxergamos na contemporaneidade é a estagnação das mesmas. A conjuntura atual é de retrocessos.

A garantia dos direitos sociais se limita. O que deveria ser direitos de todos e dever do Estado a sua garantia, passa a ser restrito. Uma parcela da população que detém de meios econômicos para suprir suas necessidades parte para o setor privado, aos que não possuem, ficam a mercê do Estado que opera os serviços através de uma política fragmentada e seletista.

Quanto à Política de Saúde, essa vem sendo tratada como benefício e não como um direito. Muita das ações voltadas para a Política de Saúde vem reafirmando políticas do período ditatorial sob a perspectiva de burocratizações dos

serviços, ações minimalistas e seletivas, além do incentivo por parte do Estado a mercantilização da saúde.

Nesse âmbito identificamos impasses para a sua afirmação como direito. Quando partimos dessa análise para o princípio da universalidade, concluo que um dos grandes embates para a sua legitimidade decorre de dois procedimentos: a forma como está sendo financiado o SUS e à generalização do processo de mercantilização da saúde. Identificamos um sucateamento e uma fragmentação quanto aos serviços públicos de saúde. As verbas destinadas a essa política estão sendo desviadas para os cofres dos capitalistas como forma de pagamento as dívidas do país, gerando um enxugamento nos serviços de saúde e causando uma fragmentação quanto a sua forma de acesso. Por outro lado, o governo incentiva o para a ampliação do mercado de saúde com as iniciativas privatistas, seja na ampliação dos Planos privados de saúde, nas privatizações dos serviços públicos e ainda na terceirização. É instaurado o subfinanciamento do SUS, cortando gastos com essa área, ao mesmo tempo impulsiona a ampliação da mercantilização da saúde a partir da instauração das iniciativas privadas.

Há uma nova concepção por parte do Estado nas suas iniciativas com o social, verá uma nova concepção para o acesso aos SUS, e essa reduz a concepção de pobreza, disponibilizando as ações públicas de saúde para a população mais vulnerável, fornecendo ações básicas de saúde. Enquanto o setor privado assenta ações de média e alta complexidade e vincula-se a determinada população que detém de meios para assegurar o acesso. Esses cortes de verbas estão afetando drasticamente unidades, os serviços e as ações que estão previstas no SUS. Quanto às unidades, elas estão se desfalecendo com a falta de recursos para reestruturação das instituições. Os serviços afetados pela falta de equipamentos de trabalho, estrutura do serviço, e o enxugamento da equipe de trabalho em relação à demanda a ser atendida. Quando as ações, essas se resumem a ações curativas, aos atendimentos imediatos e não, mas ao conjunto: promoção, proteção e recuperação da saúde.

As políticas que tem em vista o caráter universal são revertidas à iniciativa focalizada das políticas sociais, gerando com isso a

Miséria, pobreza, desnutrição, subnutrição e todo o cortejo de horrores – gerados pela falta de acesso (em quantidade e qualidade adequadas) aos bens materiais necessários às condições de uma vida digna – acompanham essas situações (TONET, 2009, p. 5).

Essas questões que destaco tem gerando rebatimentos para as redes de saúde, principalmente para as redes básicas de saúde, implicando numa desestruturação da rede com os baixos custos quanto ao seu financiamento, a generalização das privatizações nos serviços públicos de saúde, além das terceirizações e precarização dos serviços públicos; e das relações de trabalho.

O acúmulo de gastos na saúde recai com altos gastos com a atenção de média e alta complexidade. Com serviços e ações voltados para os hospitais, que agrega uma necessidade de inovações tecnológicas, equipamentos, maquinarias e alto grau de medicalização, gerando baixa resolutividade e elevados custos. Esse contexto ainda permanece sendo um dos meios pelos quais detêm os maiores gastos na área. A sua incorporação é importante para o capital que porta juros.

As reduções de custos gerou uma diminuição de servidores que posteriormente agravou na fragmentação das equipes nas diversas redes de saúde, seja ela básica, média ou alta complexidade, afetando na oferta e qualidade dos serviços prestados. Ausência de equipamentos, provocando desqualificação nos atendimentos aos usuários da saúde pública. Além dessas questões, serão evidenciados aumentos de doenças que poderiam ser tratadas ou até mesmo evitadas com serviços de promoção, prevenção e proteção, serviços esses promovidos pelas redes básicas de saúde.

REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine R.; BOSHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e História.** – 9. Ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, Elaine; SANTOS, Silvana Mara Morais dos. Questão Social e Direito. In.: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais.** Brasília/DF: CEFESS/ABEPSS, 2009.

BEHRING, Elaine R.. Política Social no Contexto da crise Capitalista. In.: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais.** Brasília/DF: CEFESS/ABEPSS, 2009.

BERTOLLI, Claudio. História da Saúde pública no Brasil. In.: **HISTÓRIA EM MOVIMENTO.** São Paulo, 2002.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In.: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências profissionais.** – Brasília/DF: CEFESS/ABEPSS, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. Financiamento da Seguridade Social no Brasil no período de 1999 a 2004: quem paga a conta?. In.: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho profissional.** 2 ed. – São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS.** – Brasília: CONASS, 2003.

_____ Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

_____Ministério da saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília-DF, 2012.

_____Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica Participativa. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo.** – Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de assistência à saúde. **ABC do SUS.** Brasília/DF, 1990.

BRAVO, Maria de Souza. MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In.: **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade.** – 1. ed. – Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio Castro de Matos. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In.: **Saúde e Serviço Social**. – 3ª Ed. – São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A SAÚDE NO BRASIL: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In.: **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. – 4 Ed. – São Paulo: Cortez 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In.: **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. – 1. ed. – Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011.

BRAVO, Maria Inês. Política de Saúde no Brasil. In.: **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. – 2 ed. – São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

CASTELO, Rodrigo. O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro. In.: Revista: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, 2012.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Por que ser contra aos novos modelos do SUS? In.: **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. – 1. ed. – Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011.

COUTINHO, Carlos Nelson. Notas sobre cidadania e Modernidade. In.: **Revista Agora: Políticas Públicas e Serviço Social**. Ano 2, nº 3, 2005 – ISSN.

COSTA, Lucia Cortes da. **Os impasses do estado capitalista**: uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil. Ponta Grossa: UEPG; São Paulo: Cortez, 2006.

GRANEMANN, Sara. **A Contra-Reforma do Estado**. 2007. Disponível em: file:///C:/Users/ani/Downloads/radis_61_contra-reforma%20Sara%20Granemam.pdf Acesso em 20 de outubro de 2015.

GRANEMANN, Sara. Estado e Questão Social em Tempos de Crise do Capital. In.: **O AVESSE DOS DIREITOS**: Amazônia e nordeste em questão. – Recife : Ed. Universitária da UFPE, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A Questão Social no capitalismo. In.: **Temporalis**. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. – Ano. 2, N. 3. (Jan/Jun. 20012). Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social na contemporaneidade**: Trabalho e formação profissional. - 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

JUNIOR, Francisco Batista. Gestão do SUS: o que fazer?. In.: **Saúde na atualidade:** por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. – 1. ed. – Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011.

KELSON, Hans; Tradução de Luiz Carlos Borges. **Teoria Geral do Direito e do Estado.** 3ª Ed. – São Paulo – Martins Fontes, 1998.

MATOS, Maurílio Castro de. Trabalho Coletivo em Serviço Social e a inserção dos profissionais de Serviço Social. In.: **Serviço Social, ética e saúde:** reflexões para o exercício profissional. – São Paulo: Cortez, 2013.

MATTOS, Virgílio de. Estado Democrático de Direito e Direito Penal. In: Revista Conexão Geraes. **Trabalho Profissional e Mediação.** – 8º CRESS-MG, 2012.

MERHY, Emerson Elias. **UNIVERSALIDADE, EQUIDADE E ACESSO SIM, MAS NÃO BASTAM.** Campinas; março de 1995. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-10.pdf>> Acesso em junho de 2015.

MOTA, Ana Elizabete. Questão Social, Pobreza e Serviço Social: Em defesa da perspectiva crítica. In.: **O AVESSE DOS DIREITOS:** Amazônia e nordeste em questão. – Recife : ED. Universitária da UFPE, 2012.

NETO, José Paulo. Cinco Notas a propósito da “Questão Social”. In.: **Temporalis.** Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. – Ano. 2, N. 3. (Jan/Jun. 20012). Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. O desafio de construir e consolidar direitos no mundo globalizado. In.: **Serviço Social & Sociedade.** Revista Quadrimestral de Serviço Social. São Paulo, Ano XXIV, nº 82, julho 2005.

OLIVEIRA, Rodrigo Ferreira. A contra-reforma do Estado no Brasil: uma análise crítica. In.: Revista Urutágua.Paraná. 2011.

PAIM, J.S.. Uma Análise sobre o processo de Reforma Sanitária brasileira. In.: Revista **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, 2009.

PEREIRA, Potyara A. P. Estado, sociedade e esfera pública. In.: **Serviço Social:** Direitos Sociais e Competências Profissionais. – Brasília/DF: CEFESS/ABEPSS, 2009.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL:** Uma pequena revisão. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226> Acesso em junho de 2015.

REIS; Ocke; OCTÁVIO, Carlos. **SUS:** O desafio de ser único. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

SENNA, Mônica de Castro Maia; ZUCCO, Luciana Patrícia; LIMA, Ana Beatriz Ribeiro (orgs.). **SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE COLETIVA: reflexões e práticas.** – Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

SILVA, Letícia B., RAMOS, Adriano. **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: reflexos críticos sobre a prática profissional.** – 1ed. – Campinas; 2013.

SILVA; Giselle Souza da. FINANCEIRIZAÇÃO DO CAPITAL, FUNDO PÚBLICO E POLÍTICAS SOCIAIS EM TEMPOS DE CRISE . In.: **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade.** – 1. Ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

SIMÕES, Carlos. O Estado e a Constituição. In.: **Curso de Direito do Serviço Social.** – 4ª Ed. – São Paulo: Cortez, 2010.

SIMÕES, Carlos. Formação Histórica dos Direitos Sociais. In.: **Teoria e Crítica dos Direitos Sociais: O estado social e o estado democrático de direitos.** – São Paulo: Cortez, 2013.

SOARES, Adilson; SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. In.: Revista **Saúde em Debate.** – Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/04/RSD100_Rev050514_WEB.pdf> Acesso 07 de novembro de 2015.

TEIXEIRA, Sonia Fleury, organizadora. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** – 4ª Ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011.

TONET, Ivo. Expressões socioculturais da crise capitalista na atualidade. In.: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências profissionais.** – Brasília/DF: CEFESS/ABEPSS, 2009.

VIEIRA. Evaldo. **Os direitos e a política social.** – 3. Ed. – São Paulo: Cortez, 2009.