



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Política Social e Serviço Social.

Sub-Eixo: Ênfase em Concepção.

A MATERIALIZAÇÃO DA SAÚDE ENQUANTO POLÍTICA PÚBLICA FRENTE A RACIONALIDADE NEOLIBERAL

Karina Karla de Souza Bastos¹

Resumo: O presente artigo tece reflexões resultantes do Trabalho de Conclusão de Curso, com recorte para a discussão teórica sobre o SUS. Objetivou analisar a construção da saúde pública diante das investidas do ideário neoliberal. Fruto de um estudo bibliográfico, fundamentado numa abordagem qualitativa e na teoria social de Marx. Como resultado verifica-se que a materialização do sistema público de saúde sofre as inflexões da racionalidade neoliberal, constituindo-se um desafio diário que deve ser forjado cotidianamente através de uma luta contra-hegemônica.

Palavras chaves: Política de Saúde; Neoliberalismo; Reforma Sanitária.

Abstract: The present article reflects reflections resulting from the Work of Conclusion of Course, with a cut for the theoretical discussion about SUS. The objective was to analyze the construction of public health in the face of the neoliberal ideas. The fruit of a bibliographical study, based on a qualitative approach and Marx's social theory. As a result, it turns out that the materialization of the public health system suffers the inflections of neoliberal rationality, constituting a daily challenge that must be forged daily through a counter-hegemonic struggle.

Keywords: Health Policy; Neoliberalism; Health Reform.

1. INTRODUÇÃO

As reflexões desenvolvidas são oriundas do trabalho de Conclusão de Curso cujo título é “Integralidade na saúde: avanços e fragilidades do sistema de referência/contrarreferência no encaminhamento à saúde hospitalar” resultado de uma pesquisa de campo, cujo objetivo geral foi analisar a efetividade do princípio da integralidade a partir do sistema de referência e Contra Referência, junto a usuários do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Apresenta um recorte das considerações tecidas no primeiro capítulo em que para compreender como se desenhou o Sistema Único de Saúde no Brasil, entendeu-se como necessário remeter-se a uma breve análise das transformações sociais, políticas e econômicas configuradas no país após a instauração da autocracia burguesa.

Destaca-se o papel da Estratégia Saúde da Família na reorganização do Sistema Único de Saúde, em conformidade com a hierarquização dos serviços, compreendendo os níveis de atenção básica, média e alta complexidade. Reitera-se também os rebatimentos

¹ Estudante de Pós-Graduação, Universidade Federal da Paraíba, E-mail: karina_karla@hotmail.com.

da política macroeconômica neoliberal e as orientações de organismos internacionais sobre a política de saúde, num processo intenso de contrarreforma, em um movimento latente de privatização e mercadorização.

2. Desenvolvimento histórico da Política de Saúde: Da Reforma Sanitária Brasileira à Constituição do SUS, reorganização do sistema através da ESF e desafios na cena contemporânea.

Para compreender como se desenhou o Sistema Único de Saúde no Brasil, é necessário remeter-se a uma breve análise das transformações sociais, políticas e econômicas configuradas no país após a instauração da autocracia burguesa:

A ditadura militar representou um processo de contrarrevolução preventiva, articulada pela burguesia nacional em conjunto com o capital internacional frente aos movimentos sociais que propunham reformas de base que buscavam romper com as características herdadas pelo processo de formação social do país. Bravo (2007), parafraseando Florestan Fernandes (1986), afirma que a ditadura foi um mecanismo utilizado pela burguesia nacional e imperialista para evitar que a revolução interferisse nos interesses do capital monopolista, através de um governo que buscou modernizar o aparelho do Estado com o intuito de obter o controle econômico.

É inegável que a ditadura repercutiu em implicações em todas as dimensões da vida, configurando novos moldes ao Brasil, com aprofundamento dos problemas estruturais, dentre os quais, citam-se: a centralização do processo decisório, privatização do espaço público, fragmentação institucional, redução de impactos na distribuição de renda. Assim, no tocante ao enfrentamento do Estado à “questão social”, foi empregado o binômio repressão-assistência, havendo a ampliação desta política sob uma perspectiva burocrática e modernizadora, com o intento de ampliar o controle sobre a sociedade, e conseqüentemente atenuar os conflitos e tensões existentes, buscando conferir legitimidade para o governo e expandir a acumulação do capitalismo (BRAVO, 2009).

Deste modo, no período de 1964 a 1966, a medicalização da vida social foi estabelecida mediante ênfase na medicina previdenciária e no fortalecimento das corporações tecnológicas decorrendo na permanência da dicotomia saúde pública e saúde curativa (BRAVO, 2009). Na metade da década de 1970, há um processo de coalizão do governo militar, com a inserção de novos atores sociais, do movimento sindical, destacando, sobretudo, a participação da classe trabalhadora, intensificando a resistência democrática

levando ao regime à necessidade de iniciar a distensão política. A crise do milagre econômico, com ênfase no aprofundamento da dívida externa, o aumento da inflação, a recessão econômica e a crescente pauperização das condições de vida do operariado impõe a necessidade do Estado em ampliar as políticas sociais (*idem*).

As características do sistema de saúde deste período são: “1) insuficiente; 2) mal distribuído; 3) descoordenado; 4) inadequado; 5) ineficiente; 6) ineficaz; 7) autoritário; 8) centralizado; 9) corrupto; 10) injusto” (BASTOS, 1975; PAIM, 2002 *apud* PAIM, 2008, p. 95).

Neste momento, o debate sobre as condições de vida da população ganha espaço, reforçando a dimensão da política de saúde. Os principais personagens no novo cenário que se constituiu foram os profissionais de saúde defendendo o fortalecimento do setor público, a partir do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos, configurando [...] “um movimento de mobilização pela conquista da saúde, como um direito universal dos cidadãos e um dever do Estado” (COHN, 1997, p. 233). Conforme a Bravo (2009, p. 96),

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

As propostas acima mencionadas vislumbram um novo horizonte para a política de saúde pública numa perspectiva de atendimento dos interesses da classe trabalhadora, com vistas a um modelo de atenção integral direcionado à população, buscando romper com o modelo da medicina previdenciária, cujo centro de ações estava voltado para a atenção hospitalar e o caráter curativo, atendendo apenas aqueles protegidos pelo sistema da previdência, enquanto a maioria da população ficava à mercê.

Considera-se importante definir o que foi o Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro, dada a sua relevância na construção do SUS constitucional. Assim, segundo o pensamento de Fernandes (2011, p. 28), foi um processo de “aglutinação, organizado de entidades e pessoas com objetivos e formas de manifestações articuladas ao cenário nacional e político”, pautado na democracia e na participação popular.

Corroborar-se com o pensamento de Paim (2008), ao entender a RSB enquanto uma reforma social, vislumbrada em uma perspectiva ampla e multidimensional que deveria perpassar as diferentes esferas da vida, englobando os aspectos políticos, econômicos e sociais, compreendida através de diferentes momentos, desde seu surgimento até sua concretização: ideia-proposta-projeto-movimento-processo.

As ideias Movimento da RSB repercutiram na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, representando um marco significativo ao introduzir neste debate a sociedade através de seus próprios fóruns, a exemplo da ABRASCO, do CEBES, da Medicina Preventiva, Saúde Pública e de órgãos representativos da população, tem-se então, o momento do projeto, com o conjunto de políticas interligadas, vislumbradas em seu relatório final (PAIM, 2002).

Como produto da VIII Conferência Nacional de Saúde tem-se o Relatório Final, que destaca a necessidade de o Estado assumir a responsabilidade pelos serviços de saúde, destinando-os a todos os cidadãos, de todas as esferas da país, independente de renda ou qualquer outro critério, o documento enfatiza ser este o objetivo basilar da Reforma Sanitária e da VIII Conferência: “[...] o principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal, em níveis feral, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor” (8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p.12).

Todos estes acontecimentos refletiram inegavelmente no processo Constituinte de 1988, mediante a configuração de um cenário de lutas e confrontos políticos entre setores do empresariado e as forças da Reforma Sanitária, mas que após vários acordos políticos, a Constituição Federal de 1988 (CF/1988) adotou grande parte das reivindicações do Movimento Sanitário com o objetivo de reduzir as incontáveis injustiças sociais que foram produzidas ao longo dos séculos. Nesse sentido, o texto constitucional dispõe em seu capítulo VIII, no artigo 196, que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução dos riscos de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A Carta Constitucional adotou os conceitos e princípios da Reforma Sanitária, como a universalidade, que sinaliza o direito de todo indivíduo ter acesso aos serviços públicos; a descentralização, em que a política de saúde deve seguir o nível de governo; a hierarquização que determina uma hierarquia dos serviços de saúde que dependem da complexidade das demandas; a integralidade, unificando a assistência curativa com a preventiva; regionalidade, cujos serviços devem priorizar as demandas locais, e a participação popular, que permite a participação da sociedade civil no planejamento e fiscalização das política (BRAVO; MATOS; ARAÚJO; 2001). A CF/1988 amplia os direitos sociais brasileiros, pensando a política de saúde a partir de uma noção ampliada de seguridade social rompendo com a lógica do seguro, cujo acesso restringe-se apenas aos

contribuintes, com uma nova atenção para a saúde coletiva, numa perspectiva de consolidação da cidadania.

Diante destas ponderações, ratifica-se a opção do Brasil por um sistema universal que adotou a saúde como uma política que compõe o tripé da seguridade social aproximando-se do modelo beveridgiano² em que os direitos sociais possuem caráter universal, e uniformidade nos serviços, com vistas ao atendimento integral, destinados a todos os cidadãos. (BOSCHETTI, 2009).

Os serviços do sistema de saúde são organizados conforme a complexidade da assistência e da tecnologia utilizada, conduzindo as ações adotadas, a admissão dos profissionais e a articulação com outros serviços (GIOVANELA *et al.*, 2012.) Assim sendo, os níveis estão dispostos em: nível primário, nível secundário e nível terciário (BRASIL, 1987 *apud* JULIANE; CIAMPONE, 1999).

A regulamentação do SUS data de 1990, através das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) – 8.080 e 8.142. A lei 8.080 estabelece a forma de organização e financiamento. As LOS implantam o Sistema Único de Saúde com um novo desenho no atendimento da população aos serviços. A Lei 8.142/90, faz parte do arcabouço legal do Sus, a qual dispõe sobre a participação popular e o controle social, através dos conselhos e conferências; e das transferências intergovernamentais de recursos. Assim, conforme estabelecido na lei, a composição do conselho é mista e paritária.

Todavia, ao se analisar a realidade social numa perspectiva macro, identifica-se claramente que o SUS constitucional está muito distante do SUS real. A este respeito, BRAVO (2009) já advertia alguns aspectos que poderiam abortar a implantação do Projeto da Reforma Sanitária, como as fragilidades das medidas reformadoras que se desenhavam, as tensões entre os profissionais deste campo, a ineficiência da esfera pública, a redução do apoio da população por não terem resultados concretos e a reorganização do movimento conservador contrário à Reforma Sanitária.

Este conjunto de elementos é complexificado com a adoção do neoliberalismo enquanto modelo de política macroeconômica em favorecimento do grande capital. Considerando o movimento dinâmico e dialético do real, os anos posteriores a 1990 são permeados por esta nova ideologia, sobretudo no Governo de Fernando Henrique Cardoso, expresso na adesão ao Programa de Reforma do Estado ou “Contrarreforma” sistematizado por Bresser Pereira (BRAVO, 2009).

² Beveridge propôs, em 1942, na Inglaterra, pela primeira vez um modelo de proteção social baseado na condição de cidadania, segundo o qual os cidadãos passam a ter seus direitos sociais assegurados pelo Estado (GIOVANELA *et al.*, 2012, p. 92).

O Plano Diretor proposto incide diretamente sobre as políticas sociais, em decorrência de uma política de ajuste responsável por transferir responsabilidades do Estado para a sociedade, culminando no acirramento das expressões da questão social, como o desemprego, desmonte da previdência, a flexibilização e precarização do trabalho. A este respeito, Bresser Pereira (1995) afirma “[...] o referido Plano propôs como principal inovação a criação de uma esfera pública não estatal, que embora exercendo funções públicas, devem fazê-lo obedecendo as leis do mercado” (BRAVO, 2009, p.100).

Frente à realidade em análise após o ápice do neoliberalismo, é possível vislumbrar alguns impasses para a concretização do Sistema Único de Saúde, que ferem os princípios contidos na Constituição Federal de 1988, podendo-se elencar, dentre eles,

[...] o desrespeito ao princípio de equidade na alocação de recursos públicos pela não unificação do orçamento federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde (BRAVO, 2009, p.101).

É fato que o projeto de saúde fundamentado na política de ajustes possui como tendência basilar “[...] a contenção de gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder Central” (CFESS, 2010, p.22), visto que o campo da saúde constitui um importante setor de acumulação para o capital, dificultando ainda mais a concretização de sistemas públicos universais de saúde (GIOVANELLA, 2012). De acordo com Miranda (2006, p. 79):

Tal situação configura um paradoxo, já que, se legalmente a saúde é um direito universal, o discurso propalado é de defesa da racionalidade. Como consequência, tem-se o enfraquecimento da equidade, desvirtuada de sua intenção primeira; fato que se observa, inclusive, pela distinção dos critérios de qualidade, abrangência e cobertura, conforme a classe a que se destinam os serviços e ações.

Este movimento deixa evidente o confronto entre dois projetos antagônicos, que estão associados ao processo de reforma do Sistema de Saúde numa perspectiva mais geral, quais sejam, a Reforma Big Bang e a Reforma Incremental (VIANNA, 2000).

A primeira é explícita desde a CF/1988 até meados de 1996, que trouxe mudanças profundas no Sistema de Saúde, visualizadas na estrutura organizacional dos serviços e num sistema formado com base nos municípios, sob a égide do princípio de descentralização; na forma de gestão, através da inclusão dos vários participantes da política nas instâncias decisórias; no modo de funcionamento, vez que incorpora a assistência médica individual na rede pública e pelo fundo de financiamento, que advém dos três níveis de poder. Já a segunda, defende apenas pequenos ajustes tecidos sucessivamente, representando conforme Vianna (2000, p.128),

[...] um conjunto de modificações no desenho e operação política, que pode ocorrer separada ou simultaneamente, nas formas de organização dos serviços, nas

modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, ou ainda, no modelo de prestação de serviços.

Tais alterações paradigmáticas na política de saúde podem ser expressas através da expansão desenfreada em todo o país do Programa Saúde da Família (PSF), desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, o qual já nasce enraizado em uma perspectiva seletiva e focalizada, em 1998, o PSF passa a ser denominado Estratégia Saúde da Família “por ser considerado estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde” (SCHERE; MARINO; RAMOS, 2005, p 56).

Cabe sublinhar que as NOBs são constituintes do arcabouço legal do SUS, com a função de orientar os gestores das esferas municipal, estadual e da União, sobre como procederem no processo de descentralização. Com este caráter tem-se durante a década de 1990 a criação e reedição de três normas, em 1991, a NOB 01/91, a NOB 01/93 (1993) e por fim, a NOB 01/96 (1996). A este respeito, Miranda (2006, p.80-81) declara,

A NOB/96 trouxe mudanças na forma de cessão dos recursos para as instâncias subnacionais e de pagamento dos serviços de saúde; definiu melhor o papel das três instâncias governamentais; fixou novos níveis de gestão para os municípios – Plena de Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal –, consolidando, assim, o poder de gestor destes; mas também, neste ponto, segundo Merhy e Bueno (ibid.), retrocedeu em relação às propostas originais da Reforma Sanitária, pois sujeitou os municípios a interesses/projetos e incentivos (financeiros) verticalizados, originados do Ministério da Saúde, que não estão respaldados pelas particularidades e necessidades de cada localidade.

Nesses moldes, a NOB 01/96, ao centrar na descentralização dos recursos e transferência dos programas para âmbito central do Ministério da Saúde, proporcionou as bases para que o PSF se constituísse em “estratégia concreta para a reordenação do Sistema de Saúde, fortalecendo a capacidade resolutive da Atenção Básica como nível de atenção e seu papel integrador e organizador do SUS” (GONDIM, 2009, p. 109).

Retomando a discussão sobre o PSF, a centralidade em sua implantação dar-se-á em virtude da “[...] necessidade de substituição do modelo assistencial historicamente centrado na doença e no cuidado médico individualizado por um novo modelo sintonizado com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção” (Schere; Marino; Ramos, 2005, p 58). Nesse sentido, de acordo Brasil (1994 *apud* Santana; Carmagnani, 2011, p. 02), o objetivo da implantação dos PSFs no Brasil foi

[...] melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade.

Deste modo, o Ministério da Saúde define o PSF como a porta de entrada do usuário aos serviços do SUS, com o intuito de ultrapassar as ações fragmentadas do modelo curativo, buscava-se assim, investir no nível primário, centrando ações de prevenção e

promoção, mas também expandir o acesso aos distintos níveis de complexidade, por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada. Paim *et al.* (2011) grifam que o programa tem se constituído como estratégia central do governo no processo de reorganização do sistema e dos serviços assistenciais de saúde, estimulando o desenvolvimento de um sistema de regulação nas secretarias municipais de saúde e nas unidades de saúde da família.

Como indica a própria nomenclatura, as ações da ESF estão centradas na família, compreendendo-a em sua dimensão integral e sistêmica, inserida no meio físico e social, com vistas a identificar os determinantes que incidem sobre o binômio saúde-doença, a fim de desenvolver ações de promoção e prevenção e cura. É nesta direção (articular promoção/prevenção/cura) que se pode dizer que a ESF possui como princípio a atenção integral das ações à saúde (MOTTER, 2007).

Em termos ideais, a ênfase na atenção básica permite aprofundar a dinâmica das ações em saúde, com vistas a identificar os fatores que provocam o adoecimento, e não somente os efeitos nos quais resultam, conforme Gondim *et al.* (2009), a Estratégia Saúde da Família (ESF) possui a perspectiva de viabilizar práticas integrais, centradas na promoção e prevenção através das particularidades de cada local, antes inexistentes no “modelo” de saúde.

Contudo, a ESF significa a expressão da inflexão neoliberal no SUS, ao propor programas focais direcionados à população subalterna, contradizendo a perspectiva de direito público e social da saúde e ferindo o princípio da universalização. Por conseguinte, recentraliza a referida política, no momento em que a atenção básica e o programa passam a ser geridos pela União, golpeando a principal estratégia de gestão do sistema, qual seja, a partilha de poder e responsabilidade com os municípios, interrompendo o processo franco de descentralização.

Ademais, a ESFs reedita a divisão sócio técnica do trabalho, com a redefinição do perfil médico, Franco e Merhy (1999 *apud* MIRANDA, 2006), indica o reforço a figura do médico-hegemônico em virtude da separação entre a saúde coletiva e individual, contribui ainda para o fortalecimento do setor privado, uma vez que desconsidera a demanda espontânea. Miranda (2006) realiza algumas considerações conclusivas diante de duas perspectivas sobre a criação e implantação dos PSFs nos municípios brasileiros, uma de acordo com o discurso oficial e outra por orientações de organismos multilaterais. Nesse sentido, corrobora-se com a compreensão da autora, segundo a qual

[...] este programa coincide, de fato, com orientações normativas, focalistas e racionalizadoras. Mas entende-se também que, se realmente funcionasse como uma estratégia acompanhada da efetivação de uma rede de referência e contrarreferência, o mesmo poderia, de fato, concorrer para uma ampliação e

facilitação de acesso à saúde e para mudanças do perfil centralizador, individual e privatista dos serviços de saúde, tendo em vista que sua ampliação em regiões pouco assistidas representou um ganho para suas populações (idem, p. 90).

Deste modo, é perceptível que a ESF, embora esteja abalizada por um caráter focalista e racionalizador, seu desenho pode proporcionar melhorias ao acesso dos sujeitos à saúde pública, desde que funcione adequadamente, conforme estabelecido na legislação que a regulamenta. Contudo, existem entraves que dificultam e/ou impossibilitam que isto aconteça.

Em conformidade, Correia (2009) sublinha que a operacionalização da assistência à saúde, encontra-se separada pelo Subsistema de Entrada e Controle e Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar. Júnior (2009 *apud* SANTOS, 2011) atenta que 95% dos serviços de saúde especializados, na contemporaneidade, pertencem ao setor privado, dado que nos revela a privatização evidente da saúde no Brasil, o que direciona ao entendimento de que a política de saúde nessa perspectiva desenvolve-se sob caráter focalizado e seletivo, ampliando o processo de privatização e o incentivo ao seguro social, desconsiderando as fontes de financiamento (BRAVO, 2009), desenhando um cenário de contrarreformas à saúde enquanto política pública. Este movimento contribui para a consolidação do cidadão-consumidor, transformando os sujeitos ora em cidadãos-consumidores que utilizam serviços mercantis, ora em cidadãos-pobres, que necessitam da assistência. Todos esses ataques aos princípios contidos na CF/1988, representam uma ofensiva do capital dada a sua necessidade de desenvolver estratégias cada vez mais bárbaras para manter sua reprodução, contra os direitos conquistados historicamente pelos trabalhadores, através de luta e resistência.

As transformações no âmbito da saúde se conformam em limites e ataques ao SUS, o que incide diretamente sobre as condições de universalidade do acesso dos sujeitos ameaçando a perspectiva de direito social arduamente conquistado. Feitas estas ponderações, retoma-se o pensamento de Paim (2008) ao utilizar as categorias de revolução passiva e transformismo de Gramsci para explicar o desfecho da RSB, as razões pela qual suprimiu o caráter geral e amplo da reforma e culminou em uma reforma setorial. Estes conceitos são assim definidos:

[...] a revolução passiva pode ser definida do seguinte modo: “um processo de transformação que excluiu a participação das forças democráticas e populares do novo bloco do poder, das forças interessadas na completa erradicação dos restos feudais, e, como tal, numa revolução agrária que integrasse os camponeses na economia capitalista moderna e os atraísse para a defesa da hegemonia burguesa e democrática”. No caso do transformismo [...] personalidades ou partidos dos grupos subalternos mudam de lado e passam a engrossar as fileiras das classes dominantes (COUTINHO, 1981 *apud* PAIM, 2008, p. 69).

Estes conceitos podem ser aplicados ao desfecho da RSB por se considerar as particularidades da realidade brasileira e os acontecimentos posteriores à efervescência da mobilização do processo de redemocratização, e as singularidades dos anos 1990 que, apesar dos avanços obtidos com a Carta Magna de 1988, não absorveu os princípios e a centralidade da RSB pela “transformação do modo de vida”, mas efetuou até o presente momento reformas pontuais no âmbito da saúde. Uma estratégia de antecipação da burguesia em estabelecer concessões – a partir de demandas postas – à classe trabalhadora, para que tensionamentos se firmem como contundentes e conformem uma possível revolução. É este um caminho propício para obter um falso consenso entre as classes antagônicas e o conflito entre capital *versus* trabalho, colaborando para permanência da burguesia como classe hegemônica e dominante (idem).

Como reflexo desta realidade ou somando-se a ela, tem-se ainda o deslocamento de segmentos da população e de parte do movimento da RSB ou a descrença destes na reforma geral - em virtude dos entraves à sua concretização – passando a compactuar apenas com as ideias de uma reforma setorial (idem). De acordo com Soares (2010), tal situação remete às heranças da formação sócio histórica da sociedade brasileira, neste caso, especificamente, aos moldes em que se desenvolveu a redemocratização do país, absorvendo as características de um movimento “[...] pelo alto, sem a participação direta das massas populares, de forma gradual e sem rupturas efetivas com as classes ou segmentos de classes hegemônicos no período ditatorial” (p. 39).

A realidade em análise exige o esforço para manter vivo o movimento de luta e resistência que proporcionou as bases para se pensar um novo modelo de saúde, uma vez que os desafios e impasses à materialização de um sistema público, universal e de qualidade são forjados cotidianamente pela política macroeconômica neoliberal e interesses da burguesia. Nesse sentido, “[...] o movimento sanitário implementa uma luta contra-hegemônica à racionalidade não só da política de saúde, mas do Estado brasileiro como um todo e do modelo de desenvolvimento capitalista” (SOARES, 2010, p. 35).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões aqui desenvolvidas permitem afirmar que existem inúmeros entraves que inviabilizam o acesso universal dos sujeitos aos serviços de saúde, sobretudo frente à realidade contemporânea balizada na política macroeconômica neoliberal, através do redimensionamento do papel do Estado, da transferência para a sociedade civil daquilo que historicamente foi função do Estado, com repercussões ao trabalhador, identificadas na

ampliação do desemprego, na compressão de salários, contribuindo para o alvitamento de seu padrão de vida, fortes ataques ao sistema de seguridade social, configurando uma série de desmontes dos direitos duramente conquistados pela classe trabalhadora.

Corroborar-se com a compreensão de que o SUS se caracteriza na atualidade como uma universalidade excludente, através de uma inversão da lógica de complementariedade do setor privado nos serviços de saúde, identificado na setorialização dos serviços, embasados no incentivo a atenção básica, em detrimento da média e alta complexidade, atendendo à lógica incessante do capital.

Sublinha-se que a criação da Estratégia Saúde da Família trouxe avanços ao sistema de saúde, uma vez que proporcionou a ampliação do espaço de desenvolvimento de ações em nível preventivo e de promoção e maior amplitude territorial do acesso, contudo não se mostra capaz de atender as demandas porque também vem sofrendo com o subfinanciamento da política de saúde, além de questões de gestão e de preparo dos recursos humanos. Assim, considerando que numa sociedade cujas as relações de produção e reprodução da vida material são engendradas pelo sistema capitalista, todas as coisas são passíveis de mercadorização, dentre elas a saúde, enfatiza-se a necessidade em reforçar a luta do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira em consonância com as lutas mais gerais da sociedade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais** – 2. Ed. – São Paulo, Cortez, 2007.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs). **Serviço Social e saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2006), p. 88 - 110.

_____. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: impasses e perspectivas à universalização do atendimento. **R. Pol. Públ.**, São Luís, v. 20, n 1, p.221-231, jan./jun. 2016. Entrevista concedida a Marly de Jesus Sa Dias.

_____; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs). **Serviço Social e saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2006), p. 167-217.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social no Brasil: Conquistas e limites a sua efetivação.** In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. CFESS, 2009.

Conferência Nacional de Saúde, RELATÓRIO FINAL: 8ª CNS. 1986. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acessado em: 11 de fevereiro de 2017. Acesso em: 19 de janeiro de 2017.

FERNANDES, Ana Júlia Castro. **Origens do Movimento Sanitário Brasileiro.**

Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade de Brasília, 2011.

GIOVANELLA Lígia; FLEURY, Sonia. Parte III - Serviços de saúde: acesso, processos, avaliação, aspectos econômicos, descrição de caso Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C., org. **Política de saúde: o público e o privado** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 312 p.

MIRANDA, Ana Paula Rocha. **O VISÍVEL E O INVISÍVEL DA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS DO SUS: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. Dissertação (Mestrado)** Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa – Pb, 2006.

MOTTER, Denise Galhardi. **Estratégia saúde da família: integralidade na atenção às demandas sociais no município de Londrina-PR.** Londrina, PR, 2007. 165 p. **Dissertação (mestrado em Serviço Social e Política Social).** Universidade Estadual de Londrina, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. **20 ANOS DE CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v.2 n.1, p.63-86, jul./dez. 2008. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/5979>> Acesso em: 08 de fevereiro de 2017.

SCHERER, M. D. A. et al. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface 53 - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.53-66, set.2004/fev.2005.

SOARES, Raquel Cavalcante. **CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE E O SUS HOJE: impactos e demandas ao Serviço Social.** Recife, 2010. 209 folhas. **Tese (Doutorado)** Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social, 2011.

VIANA, A. L. D. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In: CANESQUI, A. M. **Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico.** São Paulo: HUCITEC-FAPESP, 2000. p. 113-133.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1):181-190, 2013.