



## 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.

### O REFLETIR SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: CONTEXTO HISTÓRICO E ATUAL CONJUNTURA

**Maria Lucia da Silva Souza<sup>1</sup>**

**Priscila Paula Britto Santos<sup>2</sup>**

**Liliane Antunes Ribeiro<sup>3</sup>**

**Joicy Benvindo Ribeiro Lima dos Santos<sup>4</sup>**

**Keysa Carla Amorim Santos<sup>5</sup>**

**Resumo:** A reflexão teórica tem como objetivo compreender o contexto histórico da Política de Saúde no Brasil, considerando o período assistencialista, previdencialista e a universalidade, sendo essa última prevista pela Constituição Federal de 1988, como também os impactos sociais a partir da Emenda Constitucional nº 95/2016 que prevê o congelamento dos gastos sociais pelo período de 20 anos.

**Palavras Chave:** Financiamento público. Política de Saúde. Serviço Social.

**Abstract:** The theoretical reflection aims to understand the historical context of health policy in Brazil, considering the assistential, social security and universality period, the latter being predicted by the Federal constitution of 1988, as Also the social impacts from the constitutional Amendment No. 95/2016 that provides for the freezing of social spending for the period of 20 years.

**Keywords:** Public funding. Health policy. Social Services.

### INTRODUÇÃO

O estudo apresentado é resultado das reflexões ocorridas em sala de aula, no curso de Serviço Social, do componente curricular Seminários Temáticos III, da instituição de ensino superior FACAPE. É importante considerar que a matriz curricular do curso não contempla o estudo sobre a política de saúde, sendo acordado entre discentes e docente estudá-la, por ser um dos maiores espaços ocupacionais do assistente social e por fazer parte do tripé da Seguridade Social instituída pela

---

<sup>1</sup> Professor com formação em Serviço Social, Faculdade de Ciências Aplicadas e Sociais de Petrolina, E-mail: marsouza011@hotmail.com

<sup>2</sup> Estudante de Graduação, Faculdade de Ciências Aplicadas e Sociais de Petrolina, E-mail: marsouza011@hotmail.com

<sup>3</sup> Estudante de Graduação, Faculdade de Ciências Aplicadas e Sociais de Petrolina, E-mail: marsouza011@hotmail.com

<sup>4</sup> Estudante de Graduação, Faculdade de Ciências Aplicadas e Sociais de Petrolina, E-mail: marsouza011@hotmail.com

<sup>5</sup> Estudante de Graduação, Faculdade de Ciências Aplicadas e Sociais de Petrolina, E-mail: marsouza011@hotmail.com

Constituição Federal de 1988, o que também constitui uma análise crítica ao Projeto Pedagógico do Curso<sup>6</sup>.

Dessa forma, a presente reflexão teórica tem como objetivo compreender o contexto histórico da Política de Saúde no Brasil e as novas legislações implementadas no país, levando em consideração o contexto histórico da saúde organizado sob três períodos: assistencialista, previdencialista e universal. Em seguida, faz uma crítica sobre os impactos de financiamento a partir da Emenda Constitucional nº 95/2016, a qual congela os gastos sociais pelo período de 20 anos, com desdobramentos na implementação das políticas sociais, em especial a saúde, instigando a necessidade de pensar sobre a formação dos assistentes sociais, que sofrem os deletérios da dinâmica de financeirização do capital em sua expansão.

## **1. CONTEXTO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL:**

A Política de Saúde no Brasil surge como um reflexo do processo de consolidação do capitalismo, na sua fase inicial de industrialização e redefinição do papel do Estado. Com a intensificação das expressões da Questão Social, engendradas como produto do modelo de produção e reprodução do capital, a saúde passa a ser pauta dos trabalhadores inseridos nos diversos espaços ocupacionais.

Nesse sentido, é importante realizar uma linha temporal e histórica da saúde, anterior aos anos 1930, quando essa é entendida dentro de um campo assistencialista quando o Estado não reconhece a Questão Social enquanto objeto de sua intervenção política, apenas dentro de um viés campanhista; o segundo momento é conhecido como previdencialista após os anos 1930, sendo esse momento apenas ofertado à saúde a quem dela contribuísse; e, por fim, o divisor de águas não somente para a política de saúde enquanto concepção de universalidade nos anos 1980, mas a coloca sob uma organização de Seguridade Social, ao lado da assistência social e previdência.

Analisar cada contexto permitirá entender o bojo dessa política social e, ao mesmo tempo, traçar um paralelo histórico com o atual contexto de esfacelamento das conquistas alcançadas.

---

<sup>6</sup> A matriz curricular do curso de Serviço Social foi analisada pelo Núcleo Docente Estruturante – NDE, sendo solicitada a inserção do componente curricular Serviço Social e Política de Saúde, o qual está sob análise no Conselho Estadual de Educação de Pernambuco, tendo em vista a instituição de ensino superior tratar-se de uma autarquia municipal. O Projeto Pedagógico está sob discussão na instituição, tendo em vista a necessidade de alteração para uma nova reorganização, o qual venha a contemplar na totalidade as Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS

## 1.1. Política de Saúde assistencialista

A saúde ofertada à comunidade estava pautada no século XVIII sob uma égide filantrópica, sob os auspícios caritativo da igreja, com fortes traços de religiosidade. Além disso, as ações desenvolvidas nesse período, de caráter pontual, estavam sob invólucro de campanhas sanitárias, ampliando as discussões somente no século XIX, precisamente nos anos 1920, quando as estratégias das instituições de caráter público, mediante a crise instaurada no país após a I Guerra Mundial, com rebatimentos notórios para os países em desenvolvimento a título do Brasil, ampliam-se o atendimento à saúde com a Reforma Carlos Chagas.

Ainda, nesse período, são instituídas as denominadas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's), sendo essas implementadas com recursos oriundos dos próprios trabalhadores, empregadores e União. É importante considerar que apenas as grandes organizações, a título dos ferroviários e estivadores marítimos, instituíram esse benefício, que posteriormente serão chamadas de Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's). Em ambos os casos, a saúde aparecia de forma contributiva, como medicina previdenciária, com cobertura apenas assistencial, médico curativo e com o fornecimento de medicamentos para os assegurados.

Percebe-se apenas que os trabalhadores urbanos, sendo esse público restrito, estavam assegurados pelas CAP's, não sendo contemplados outros trabalhadores, o que remete à compreensão de uma ausência de Estado em assegurar os direitos dos trabalhadores com definições claras nas legislações.

Entretanto, o desenvolvimento das políticas sociais no Brasil surge a partir dos anos 1930, com a definição de um Estado que intervém nas relações sociais e o fortalecimento da organização dos movimentos sociais engendrados pelos trabalhadores, sendo esses elencados inicialmente por aqueles ligados aos setores urbanos de caráter exportador. De acordo com Bravo (2009):

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e se centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e restritamente para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966 (p.91).

Vale salientar que esse período demarca a prática assistencialista e imediatista, atende a determinada especificidade de trabalhadores, sem levar em consideração a

realidade do indivíduo em sua totalidade. As políticas assistencialistas do governo possuem orientações definidas, o que não leva juridicidade e legitimidade das ações, ampliando sobremaneira a desigualdade social.

## **1.2. Política de Saúde previdencialista**

Em meados dos anos 1960, no contexto de ditadura, o Brasil passa por um processo de desenvolvimento econômico, que intensifica os problemas estruturais, associados a um período de espraiamento e supressão dos direitos, sendo que, no período supracitado, o Estado, para enfrentar as inúmeras situações que são gestadas, utiliza a própria máquina pública em favor dos interesses capitalistas, colocando os serviços de saúde no âmbito de privatização e medicalização.

O período compreendido dos anos de 1964 a 1974 é considerado como binômio de repressão-assistência, quando:

A política de assistência social ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suaviza as tensões sociais e consegue legitimidade para o regime, como também serve de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO,2009, p.93)

O período caracteriza uma intervenção do Estado de controle da classe trabalhadora, em tempo, expande os interesses privados em detrimento da coisa pública. A situação instaurada provoca um declínio na saúde e crescimento da medicina previdenciária, levando à privatização da assistência médica, a qual realiza uma prática médica orientada para a lucratividade, ocasionando a mercantilização e o privilégio do produtor privado dos serviços ofertados, de modo a atender a expansão do capital no contexto brasileiro.

É salutar ressaltar que, nesse contexto, há uma dupla tensão, sendo de um lado liderado pelo movimento sanitário e, de outro, pelos empreendimentos das grandes empresas que lucravam com o modelo gestado, o que culminou numa luta intensa, que tem sua gênese com os trabalhadores da saúde e ganha efetividade com a participação dos usuários da política de saúde.

## **1.3. Política de Saúde Universal**

No final dos anos 1970, o país passa pelo período de redemocratização, associado a um período de recessão econômica, fruto do período ditatorial, em que se

acentua as expressões da questão social e intensifica-se a necessidade de intervenção de um Estado, que não seja mero executor das políticas sociais, contudo, que legitime pelo interesse da classe trabalhadora.

As discussões gestadas nesse período resultam em um grande avanço na legislação brasileira, com a promulgação da Constituição Federal 1988, que traz na ordem social o caráter de Seguridade Social no tripé: assistência social, para quem dela necessitar; previdência, quem dela contribuir e a saúde o acesso universal.

É importante considerar que, para a concretização desse acesso, valeu-se das contribuições dos sanitaristas, trabalhadores e usuários, deliberadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, os quais garantem a todos/as o direito à saúde, sem critérios de exclusão ou discriminação, sendo posteriormente reiterado com a Lei de nº 8080/1990, no Art. 2 que “ a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Concomitante às transformações nas legislações brasileiras, deve-se salientar a ampliação da participação social, a partir dos mecanismos que foram instituídos, os quais, segundo Miotto e Nogueira (2008, p.226), “ o controle social passou a significar o controle da sociedade organizada sobre o Estado, exercido por meio de instrumentos democráticos, tais como os conselhos e as conferências de saúde, dentre outros”, sendo uma pauta constante nos diversos espaços de deliberações constituídos.

Apesar dos avanços alcançados enquanto direitos de todos, deve-se analisar algumas questões que ainda foram admitidas no que concerne a compreensão das ações e serviços de saúde, no que tange ao serviço de saúde privado, sendo esse privilegiado na referida lei 8080/1990, o que pode ser considerado enquanto contraditório, mesmo havendo o princípio da universalidade e dever do Estado.

Entre o período de aprovação da Constituição Federal e o alvorecer dos anos 1990, o Estado brasileiro vivencia os deletérios do capital, sob os ideais neoliberais. Os direitos sociais alcançados sofrem os desmontes sociais, o que leva a uma reatualização do modelo médico assistencial privatista, quando:

[...] pautado na política de ajuste tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. (BRAVO, 2009, p. 101)

Nesse sentido, a ênfase das políticas sociais, em especial a política de saúde, tem base de sustentação na focalização e no desfinanciamento da coisa pública, contrapondo a lógica de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde, com a transferência de responsabilidade para outros setores e diretamente para o indivíduo.

O contexto político, histórico e social, perfaz um caminho de influência neoliberal quando do governo Fernando Collor (1990-1992), de espírito aventureiro. Perpassa o governo de Fernando Henrique Cardoso, de caráter racionalizador (1995-2003), havendo o continuísmo na era Lula (2003-2011), com os grandes acordos internacionais realizados em favor do capital estrangeiro, com forte impacto sobre a política de saúde, com uma:

Agenda de reforma do setor saúde formulada pelo Banco Mundial e difundida mundialmente contém elementos que persistem no debate setorial até hoje. Foi condicionada pela dinâmica de construção de uma “sociedade orientada para o mercado”, subjacente à hegemonia neoliberal da época. Enfatizava a contraposição entre eficiência (na alocação de recursos) e equidade (entendida como não acesso dos pobres aos serviços básicos de saúde) e exacerbava a crítica à efetividade e à capacidade resolutiva do Estado na condução e implantação da política de saúde [...] (ALMEIDA, 2014, p.222)

Somado a essa agenda auferida pelo Banco Mundial, de uma sociedade orientada para o mercado, faz-se necessário uma legislação que permita o movimento dos interesses privatistas, o que culminou com a Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, a qual altera o ato das disposições constitucionais transitórias para instituir o novo Regime Fiscal, no que se refere ao congelamento dos recursos para as políticas sociais, favorecendo a expansão da oferta dos serviços privados aos trabalhadores.

## **2. O IMPACTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95/2016 NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**

A Emenda Constitucional de nº 95, de 15 de dezembro de 2016, institui o novo regime fiscal que congela os gastos no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União por um período de 20 anos, o que causara grandes impactos nas políticas de educação e saúde, ferindo a própria Constituição Federal/1988, no que concerne ao princípio de universalidade.

Os propósitos colocados pelo então governo Temer (2016-2019) tinham como alegação o desígnio de converter, a médio e longo prazo, a presente desestruturação fiscal do Governo Federal, com a diminuição de gastos com a saúde, evidenciando ainda mais a

fragmentação do Sistema Único de Saúde, que já apresentava as insuficiências dos recursos para os atendimentos, desde a atenção básica até os procedimentos de alta complexidade.

As orientações ao Estado para o corte de gastos em tempos de crise no Brasil partem de uma falácia e direciona a uma tomada de medidas drásticas, quando sinalizam que, caso não ocorram, não há um caminho possível para o crescimento, logo pressupõe-se que:

A característica conservadora dessa agenda não está apenas na filiação política neoliberal, mas também no fato de que se centra fundamentalmente na assistência médica, e não nos determinantes da saúde ou numa visão mais ampla do setor que relacione o processo de reforma dos sistemas de saúde a estratégias multissetoriais na perspectiva de superar desigualdades. Ainda que tenham sido muito criticadas, o discurso neoliberal tenha se atenuado e vasta bibliografia analise os efeitos deletérios de muitas dessas reformas em diferentes partes do mundo, as mudanças preconizadas criaram raízes (ALMEIDA, 2014, p.224).

As sanções tomadas são estratégias, as quais estão para além dos aspectos locais, contudo, compõem uma agenda de interesses internacionais, centrados na assistência médica e não nos determinantes da saúde, sendo esse primeiro altamente valorizado pelas grandes indústrias farmacêuticas, que lucram com tais medidas, em tempo, financia a lógica do capital, com um parlamento balconizado, constituindo o cenário político brasileiro.

Todos esses fatores levam à destituição de direitos, à expansão das desigualdades sociais, os quais deveriam estar assegurados pelo SUS. A emenda impõe limites de gastos com o social, vai de encontro as legislações a exemplo da Lei de Responsabilidade Fiscal, bem como da Constituição Federal, quando se tem definido pelos entes federativos os gastos sociais, segundo Mariano (2017):

A Constituição, como se sabe, exige que os governos apliquem um percentual mínimo de sua receita em educação e saúde. A União federal é obrigada a aplicar na saúde ao menos o mesmo valor do ano anterior mais o percentual de variação do Produto Interno Bruto (PIB). Estados e Municípios precisam investir 12% e 15%, respectivamente. Na educação, a União federal deve gastar 18% do arrecadado, e Estados e Municípios 25%. Sem essa exclusão do teto, o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) nos Estados e Municípios será fortemente atingido, pois cerca de 2/3 das despesas do Ministério da Saúde são transferidas fundo a fundo para ações de atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância epidemiológica e sanitária, entre outras, a cargos dos entes federados (p. 262).

Os impactos no financiamento público levam ao processo maior de racionalização e diminuição nas ações do Estado na oferta das políticas públicas e afetam a todos os trabalhadores tanto aqueles que são atendidos pela oferta do SUS, bem como os demais que estão na operacionalização da política de saúde, a título dos assistentes sociais que

recebem as inúmeras demandas das refrações da questão social, a qual caracteriza-se como:

O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 2015, p. 27)

Essa nova configuração tem impacto direto no trabalho do assistente social nos diversos espaços ocupacionais, na precarização dos serviços ofertados, com ampliação dos pleitos pelos demandatários dessa política pública, mediante as ausências de conjuntura. É notório que as situações colocadas levam à compreensão de um “ estímulo ao seguro privado de saúde, ficando o Sistema Único de Saúde (SUS) restrito aos pobres, por meio de ações mínimas e programas focalizados, havendo um outro sistema para os consumidores” (CFESS, 2010, p.23)

Mediante análise do cenário atual, é um desafio para o Serviço Social remar “contra a maré”. Refletir sobre o contexto da Política de Saúde no Brasil faz parte do processo de trabalho do assistente social, quando as condições objetivas são duramente massacradas quando do congelamento dos gastos sociais e a privatização dos setores públicos. Tais questões levam à negação do princípio da universalidade, legitima os interesses diversos, favorecendo a dominação do capital. Para isso, é necessário resistir às intempéries na perspectiva da integralidade do atendimento com o acesso aos direitos sociais constituídos e reafirmação da luta na e pela coletividade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A proposta neoliberal coloca o Estado sobre um patamar mínimo, utilizando-se da prerrogativa de ajustes fiscal, assolapa e contraria os princípios constitucionais do SUS de universalidade, integralidade, autonomia, participação da comunidade na decisão dos serviços ofertados, dentre outros.

A reflexão realizada não tem a pretensão de esgotar os inúmeros impactos sociais, com o congelamento dos gastos sociais, contudo, procurou compreender os aspectos históricos, políticos de avanços e recuos, realizando uma análise contundente de uma política econômica que prima pela oferta de um serviço privado, que garante o acesso apenas a quem dela contribuir, destituindo o princípio maior da universalidade.

É nessa correlação de forças que se insere o assistente social, o qual sofre os rebatimentos de uma política centrada no indivíduo e não na conjuntura. Realizar análises sobre o atual contexto permite um olhar diferenciado para a práxis profissional.

A formação precisa ter esse olhar crítico, o que permite romper com uma prática conservadora enviesada meramente nas questões burocráticas. Para isso, é necessário o correlacionamento com a teoria e a prática, o que possibilita uma investigação profícua sobre a realidade, sendo a academia o espaço propositivo para o iniciar dessa produção de conhecimento.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Célia. O Banco Mundial e as reformas contemporâneas do setor saúde. In: PEREIRA, João Márcio Mendes (Org.). **A demolição de direitos**: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Constituicao.htm#adctart107](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm#adctart107)>. Acesso em 25 de maio de 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016**. Altera o ato das disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2016. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm)>. Acesso em: 27 maio 2019.

BRAVO. Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4ª Edição, 2009. São Paulo: Cortez.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Conjunto CFESS – CRESS. Brasília: CFESS, 2010.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação Profissional. 26. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

MARIANO, Cynara Monteiro. **Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gatos públicos**: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. Revista de Investigações Constitucionais, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 259-281, jan/fev. 2017.

MIOTO. Regina Célia Tamaso; NOGUEIRA. Vera Maria Ribeiro. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais**.

Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4ª Edição, 2009. São Paulo: Cortez.