



# 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 Gestão

## A REFORMA SANITÁRIA E A IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: AVANÇOS E RETROCESSOS

Maíra Giovenardi<sup>1</sup>  
Maria Isabel Barros Bellini<sup>2</sup>

**Resumo:** As conquistas coletivas do Movimento da Reforma Sanitária culminaram na inserção do direito à saúde na Constituição Federal de 1988, e na criação do Sistema Único de Saúde. A afirmação do capitalismo e as medidas de cunho neoliberal pressionam o redirecionamento da saúde retrocedendo à condição de mercadoria, desfigurando uma política pública que propõe a universalidade, integralidade e equidade.

**Palavras-chave:** Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde, Neoliberalismo.

**Abstract:** The collective achievements of the Sanitary Reform Movement culminated in the insertion of the right to health in the Federal Constitution of 1988 and in the creation of the Unified Health System. The affirmation of capitalism and neoliberal measures pressured the redirection of health by receding the condition of merchandise, disfiguring a public policy that proposes universality, completeness and equity.

**Keywords:** Movement Health Reform, Single Health System, Neoliberalism.

### 1 Introdução

As práticas tradicionais de tratamento com ervas e apoio espiritual datam de milhares de anos. Um exemplo potente são as práticas indígenas, indianas, chinesas e tantas outras culturas que utilizam seus conhecimentos e crenças em busca da cura das doenças. Assim, sistemas de saúde existem desde que as pessoas sentiram necessidade de se proteger não só a si mesmo, como também aos seus e tratar as enfermidades

A conquista de direitos na área da saúde no Brasil, ao longo da história, é marcada por mobilizações da sociedade a fim de romper com um sistema excludente e seletivo, que tem seu marco na vinda da Família Real ao Brasil, em março de 1808, quando foram criadas as primeiras ações sanitárias para proteção única e exclusivamente da corte real.

Mais, recentemente, sob o impacto da lógica neoliberal adotada pelo Estado, há a tentativa constante e incansável de desmonte do direito à saúde e um retrocesso à condição de mercadoria, a qual tem um custo que só acessa quem tiver condições de por ela pagar e não mais como um direito universal de todo e qualquer cidadão.

---

<sup>1</sup> Estudante de Pós-Graduação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, E-mail: maira.giovenardi@acad.pucrs.br.

<sup>2</sup> Professor com formação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, E-mail: maira.giovenardi@acad.pucrs.br.

A efetivação da saúde, em conformidade com os ditames constitucionais, exige providências de várias ordens, a começar pela reforma do Estado para torná-lo capaz de realizar a saúde como direito universal. E sobre essas contradições nunca superadas e que neste momento histórico assumem facetas mais assustadoras que trata este artigo.

## **2 A Reforma Sanitária e a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil**

Até o século XIX, os hospitais pertenciam a entidades de caridade e serviam apenas de refúgio para deficientes físicos, órfãos ou doentes mentais (BECH, 2002), com acesso restrito.

A política de saúde passa a ter ênfase no início do século XX, sendo dividida em saúde pública e medicina previdenciária. A saúde pública era destinada à população que não estava inserida no mercado formal de trabalho, sendo o foco de atuação do Ministério da Saúde a medicina preventiva, as doenças infectocontagiosas e os programas de imunização e a medicina previdenciária destinada aos contribuintes da previdência social inseridos no mercado formal de trabalho tendo como foco de atuação a especialização clínica e a medicina hospitalar (CAVALCANTI; ZUCCO, 2006). “É no bojo do processo histórico-econômico e político que marcou a conjuntura brasileira dos anos 30 que ocorre a formulação da política de saúde [...]” (BRAVO; MATOS, 2004, p. 26), sendo organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária.

O cenário Brasileiro entre o período de 1930 a 1945, caracterizou-se pela sua fase autoritária, com Getúlio Vargas no governo, sendo a ditadura do Estado Novo o período de ápice do autoritarismo com práticas de cerceamento das liberdades dos cidadãos, censura à imprensa, repressão, torturas, concessão de favores (BRUM, 1999). O Estado Novo, adotou uma política de massa, para absorver e controlar os setores urbanos em crescimento, através da incorporação de algumas reivindicações da população, passando a controlar as demandas populares absorvendo-as na estrutura corporativista do Estado (SILVA, 2007). A prática política do populismo da Era Vargas foi uma das características marcantes deste período, sendo a legislação trabalhista a produtora desta prática. Prática política paternalista e clientelista é quando o Estado exerce a tutela da sociedade regulando a vida de todos e suas ações são apresentadas como favor dos poderosos aos mais necessitados e não como um direito. Neste cenário, a população tem suas necessidades mais imediatas satisfeitas, mas não se altera a estrutura do poder dominante (BRUM, 1999).

Assim, o modelo hegemônico de saúde até meados dos anos 60 era a saúde pública, tendo como características as campanhas sanitárias, a interiorização das ações para as áreas de endemias rurais e a criação de serviços de combate às endemias

(BRAVO; MATOS, 2004). Esse modelo baseia-se no combate a doenças de massa, com forte concentração de decisões e com um estilo repressivo de intervenção sobre o corpo individual e corpo social.

O modelo previdenciário teve orientação contencionista, ao contrário do modelo abrangente das Caixas de Aposentadorias e Pensões e “em que pese à inclusão de outras categorias profissionais, houve nos IAPs uma redução da oferta de serviços prestados.” (BRAVO; MATOS, 2004, p. 26). Porém, o modelo previdenciário será predominante somente a partir de 1966.

Em decorrência da Segunda Grande Guerra, vivenciou-se uma profunda alteração na realidade mundial com a instauração de uma nova ordem econômica e política. Os Estados Unidos da América consolidaram sua liderança e hegemonia no mundo (BRUM, 1999), o que permitiu a difusão e expansão do seu modelo de assistência sanitária, sendo que a partir da década de 1950, consistiu na ênfase do modelo assistencial à saúde centrado no hospital (ALMEIDA, 1997). Outro marco importante na política de saúde no Brasil foi o desenvolvimento do setor industrial, suscitando uma “preocupação”<sup>3</sup> com os trabalhadores, devido à necessidade de “conservá-los” -força de trabalho- com saúde suficiente para seguir produzindo. Assim, o processo de industrialização a partir da década de 50 incidia na manutenção do corpo do trabalhador e restauração da sua capacidade produtiva (MENDES, 2009).

No Brasil, a política na área da saúde se organiza vinculada ao mundo do trabalho abrangendo somente trabalhadores vinculados aos polos mais dinâmicos da economia, como os ferroviários e os portuários. Seu financiamento dava-se exclusivamente por desconto compulsório na folha de salário, sem qualquer participação de recursos fiscais do Estado. O desenvolvimento da política de saúde, a partir do privilegiamento do setor privado e a extensão da cobertura previdenciária, evidenciava as desigualdades no acesso quantitativo e qualitativo entre diferentes segmentos populacionais.

No final de 1970, diversos setores da sociedade passaram a questionar o sistema de saúde e sua divisão em dois subsistemas: saúde pública e medicina previdenciária. Nesse contexto, a sociedade clama por um sistema de saúde mais igualitário e menos excludente. Gerado pela insatisfação popular há um crescimento em número e intensidade de denúncias da área da saúde e organização da sociedade que reivindicavam a reforma do setor saúde. Inicia a gestação do Movimento Sanitário capitaneado por um grupo de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor saúde provenientes do Partido Comunista Brasileiro, difundindo o pensamento crítico da saúde e que vai agregando outros atores e diferentes movimentos sociais.

---

<sup>3</sup> aspas das autoras

Na realidade, esta diversidade não é mais que um reflexo, nesta área específica, da que se verifica em âmbito mais global. Com efeito, o enorme florescimento destes movimentos, no Brasil, a partir sobretudo dos anos 70, assume formas as mais diversas, que vão desde associações até movimentos rurais, como os sem-terra ou os movimentos de barragens, passando por movimentos de mulheres, comunidade de base da Igreja Católica, movimentos negros, sindicatos profissionais ou movimentos ecológicos, para citar apenas alguns exemplos (RIBEIRO, 1989, p.265).

A busca de um atendimento à saúde mais igualitário foi difundida internacionalmente, e no Brasil, iniciou o processo de expansão da cobertura assistencial, focalizando a atenção primária à saúde com o objetivo de alcançar a meta proposta na Conferência de Alma-Ata<sup>4</sup> em 1978, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), “Saúde para todos no ano 2000”.

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), um convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social<sup>5</sup> (INAMPS) e os governos estaduais, é elaborado e implementado em 1987. As proposições do Suds vieram ao encontro dos vários debates que estavam ocorrendo em relação ao setor saúde, o que resultou na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) aprovando a criação do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1990) reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação popular.

O Sistema Único de Saúde amplia o conceito de saúde quando concebe promoção, intersetorialidade, integralidade e interdisciplinaridade por meio da articulação das ações de saúde e com outros setores do município – como educação, meio ambiente, segurança, geração de renda e emprego, entre outros –, elevando a qualidade de vida da população e garantindo sua cidadania.

A Constituição Federal, no capítulo da seguridade social, incorporou a visão do Movimento Sanitário, da saúde como direito universal e dever do Estado; as ações e os serviços de saúde como de relevância pública; a constituição de um sistema único de saúde com as seguintes características: universalidade, gratuidade, integralidade, organização descentralizada com direção única em cada esfera de governo, prioridade das atividades preventivas sem prejuízo das atividades de assistência, participação da comunidade, financiamento público das três esferas de governo e participação da iniciativa privada de modo complementar (preferencialmente entidades filantrópicas) (CAVALCANTI; ZUCCO, 2006, p. 71).

Os avanços na área da saúde foram sendo implementados a partir da participação popular, culminando no reconhecimento da saúde como direito de todos. Destacam-se as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) como espaços importantes das conquistas obtidas

---

<sup>4</sup> A declaração de Alma-Ata foi formulada por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, reunida em Alma-Ata, no Cazaquistão, entre 06 e 12 de setembro de 1978, dirigindo-se a todos os governos, na busca da promoção de saúde a todos os povos do mundo.

<sup>5</sup> Anteriormente, a assistência médica estava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social ficando restrita aos empregados que contribuíssem com a previdência social; os demais eram atendidos apenas em serviços filantrópicos.

no campo da saúde, exercendo um “papel diferenciado na definição das diretrizes da política de saúde, bem como na forma como envolve os diferentes segmentos constituintes da área [...]” (SOUSA, 2003, p. 69).

As CNS foram instituídas na década de 40, inicialmente com participações apenas de autoridades públicas de saúde. A partir da década de 80 trabalhadores e usuários do sistema de saúde integraram-se ao movimento, sendo que a VIII CNS foi a primeira a contar com a participação popular, instaurando um caráter democrático na definição e implementação da política de saúde (SOUSA, 2003). Dessa maneira, a participação popular pode ser realmente efetivada com o término da ditadura militar em 1985, regime esse que teve seu início em 1964 intensificando o padrão intervencionista do Estado brasileiro, tanto na área social como na relação capital-trabalho e exercendo a repressão aos setores populares organizados e àqueles considerados inimigos do novo regime (SILVA, 2007).

Portanto, a Reforma Sanitária foi consolidada na VIII Conferência Nacional da Saúde em 1986, apontando como objetivos a saúde ampliada, definida na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), como direito do cidadão e dever do Estado. Suas propostas: criação de um sistema único, com predomínio do setor público, descentralização, participação e controle da população e readequação financeira. Tais propostas visavam alcançar uma redistribuição mais equitativa do cuidado à saúde da população. (GERSCHMAN, 1995).

A VIII CNS foi um marco importante para o setor saúde, pois além de apontar caminhos para a implantação do SUS, ampliou o conceito de saúde o qual era entendido historicamente como ausência de doenças e com sistemas e abordagens de saúde que previam práticas centradas no adoecimento, marcadas por medidas pontuais e fragmentadas. Essa concepção de saúde/doença foi superada teoricamente quando a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, definiu saúde como “completo bem-estar físico, mental e social”. (CAVALCANTI; ZUCCO, 2006, p. 68).

O que também apresentou uma concepção limitada a “leitura biopsicossocial”, instaurando um “olhar multidisciplinar para o processo saúde/doença, o que pressupunha a atuação de vários profissionais na viabilização das políticas de saúde” (CAVALCANTI; ZUCCO, 2006, p. 68). Na prática essa visão de saúde mantinha a doença sob a responsabilidade do médico propondo uma saúde compartimentada em áreas (mental, física e social), sem situá-la na realidade social, econômica e política que estava inserida.

A VIII CNS se caracterizou como uma ruptura nessas concepções limitadas e estabeleceu um conceito abrangente de saúde introduzindo fatores determinantes e condicionantes do campo biológico, do meio físico, do meio socioeconômico e cultural e de acesso a serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. As leis 8.080, de 19 de

setembro de 1990 e 8.142, de 27 de dezembro de 1990 que regulamentam o Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1990), garantem essa visão ampliada da saúde.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990, Art. 3º).

Com a implantação do SUS, no intuito de concretizar efetivamente esse novo conceito de saúde, os serviços de saúde são organizados e distribuídos por meio de planejamento tendo como foco as necessidades de saúde das pessoas. Esse novo modelo exige para sua implantação o desenvolvimento de uma rede básica que garanta, junto com os serviços de pronto-socorro, o atendimento inicial às pessoas. Dessa maneira, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, obedecendo as seguintes diretrizes organizativas: descentralização, atendimento integral e a participação da comunidade.

A lei nº 8080 (BRASIL, 1990), que regula as ações e serviços de saúde, reforça as diretrizes citadas estabelecendo-as como princípios do SUS, e institui ainda mais alguns princípios que seguem: universalidade de acesso aos serviços de saúde, preservação da autonomia das pessoas, igualdade de assistência à saúde, direito à informação às pessoas assistidas, divulgação de informações, utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática, integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico, conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos, capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

No Brasil, até 1988, a saúde era um benefício previdenciário, um serviço comprado na forma de assistência médica ou uma ação de clemência oferecida à parcela da população que não tinha acesso à previdência ou recursos para pagar assistência privada. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS esse cenário mudou sendo garantido legalmente o acesso da população aos serviços públicos de saúde. A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), ou a Constituição Cidadã, foi um marco importante não só para o setor da saúde, mas também para a concepção de Seguridade Social no que se refere à proteção social, atendendo as históricas reivindicações da classe trabalhadora.

A Seguridade Social é composta pelo tripé saúde, assistência social e previdência social e representa a promessa de afirmação e extensão de direitos sociais em nosso país, em consonância com as transformações sócio-políticas que se processaram.

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (BRAVO, 2006, p. 09-10).

Nessa direção, destaca-se como significativo na concepção de Seguridade Social: a universalização, a concepção de direito social e dever do Estado, o estatuto de política pública à assistência social, a definição de fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada com ênfase na participação social de novos sujeitos sociais com destaque para os conselhos e conferências.

As Políticas de Seguridade Social são concebidas no modo de produção capitalista como o resultado de disputas políticas e, nessa arena de conflitos, as políticas sociais, resultantes das lutas e conquistas das classes trabalhadoras, assumem caráter contraditório, podendo incorporar as demandas do trabalho e impor limites, ainda que parciais, à economia política do capital. Nessa perspectiva, ao garantir direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para melhorar as condições de vida e trabalho das classes que vivem do trabalho, ainda que não possam alterar estruturalmente o sistema capitalista.

Contudo, nesse sistema a produção de bens e riqueza não se estabelece para gerar trabalho e satisfazer as necessidades humanas. Nele, o trabalhador produz mercadorias com o objetivo de gerar lucro para os proprietários dos meios de produção. Nesse contexto, a sociedade capitalista se caracteriza pela miséria de muitos em meio à fartura de poucos. Marx define o modo de produção capitalista cujos meios estão nas mãos dos capitalistas, que constituem uma classe distinta da sociedade (IAMAMOTO, 2008). Dessa maneira, seu objetivo é o lucro, transformando até a saúde em uma mercadoria como qualquer outra.

Na década de 1980, as classes trabalhadoras não conseguiram interferir significativamente na ordem econômica, apesar de terem obtido significativas vitórias no âmbito social e político, num contexto de lutas democráticas contra o regime ditatorial que se instalou no Brasil desde 1964. O que se verificou para os trabalhadores, no final dessa década, foi uma conquista no campo da ação política organizada e derrota no campo econômico.

Contudo, o processo de implementação do tripé da Seguridade Social: saúde, assistência social e previdência social é complexo e marcado por avanços e retrocessos os quais se deram por meio de enfrentamentos dos movimentos sociais, sindicatos, partidos

políticos progressistas, intelectuais e a própria sociedade ao modelo vigente. A mudança na conjuntura, ou seja, participação popular, atendimento integral à população, descentralização, acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, entre outros, fez com que os setores contrários aos estabelecidos na Constituição Federal pudessem viabilizar um “desmonte no processo de implementação do SUS, que deveria ser efetuado a partir dos referenciais definidos pela Constituição Cidadã.” (ARAÚJO; BEZERRA, 2007, p. 196).

## **2.1 Mercantilização da saúde: o projeto privatista**

A saúde foi por muito tempo negligenciada e, desde o início da implantação das políticas de saúde, havia interesses econômicos e políticos nesta área. No início da década de 90, o projeto na área da saúde passa a ser voltado para o mercado, assistindo-se o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal (BRAVO, 2006, p. 13). Esses percalços fizeram com que as ações voltadas para a saúde, inclusive o que está previsto constitucionalmente, não fossem plenamente efetivadas.

Ainda nos dias atuais a implantação do SUS também não acontece de maneira a contemplar o que foi preconizado na sua criação e na legislação no que diz respeito aos seus princípios e diretrizes.

[...] as políticas de saúde desenvolvidas nos anos 80 deram-se num contexto de luta política, ideológica e técnica entre dois projetos alternativos: o da Reforma Sanitária e o neoliberal.

O primeiro conforma e inscreve na legislação boa parte de um ideário democrático da saúde. O segundo, tendo como pano fundo o fenômeno da “universalização excludente”, hegemoniza-se à custa de sua dinâmica própria e de mecanismos de racionamento. O principal deles é a inquestionável queda de qualidade do subsistema público de saúde (MENDES, 2009, p. 93).

No processo de privatização ocorrido no projeto neoliberal, ressalta-se a mercantilização da Saúde e da Previdência e a ampliação do assistencialismo. As principais diretrizes são: a Reforma da Previdência inserida no bojo da Reforma do Estado, que vem sendo implantada paulatinamente e possui características de uma contrarrevolução (GUERRA, 1998) ou contrarreforma e a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) para os pobres e a refilantropização da assistência social, com forte expansão da ação do setor privado na área das políticas sociais.

A concorrência entre as grandes empresas intensifica-se na década de 90 com o neoliberalismo, sendo que o favorecimento do mercado e do capital não estabelece limites para a exploração: é nesse contexto que surge a contrarreforma do Estado. A contrarreforma parte do suposto que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, assim o Estado transfere atividades que são suas

deixando de ser o principal responsável pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador. (BRAVO, 2006, p. 13) Na saúde, a contrarreforma do Estado atingiu esse setor através das proposições de restrição do financiamento público e da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade através da criação de dois subsistemas: de entrada e controle e o de referência ambulatorial e especializada.

O subsistema de entrada e controle, isto é, de atendimento básico, é de responsabilidade do Estado, uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais.

Nessa lógica, há ênfase em programas focais: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF), além da utilização de cuidadores com a finalidade de baratear os custos das ações básicas.

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação. A proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise [...] A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contra-reforma propunha o SUS em dois: o hospitalar e o básico (BRAVO, 2006, p. 14).

Entende-se que todas essas medidas visam o estímulo ao seguro privado de saúde, ficando SUS restrito aos pobres, através do pacote mínimo para a saúde.

No que se refere à prestação privada dos serviços e seguro privado, eles são destinados aos setores de renda mais elevada e parcelas de trabalhadores urbanos e de serviços. Tais traços resultam em um sistema fragmentado e desarticulado no acesso e na prestação dos serviços de saúde, incapaz de dar respostas efetivas às necessidades da população que demanda esses serviços, impermeável a um controle público efetivo e causador da dicotomia entre as ações individuais e coletivas de saúde (ARAÚJO; BEZERRA, 2007, p. 197).

Os princípios da Reforma Sanitária, neste cenário de desarticulação e fragmentação das ações voltadas para a saúde, tornam-se cada vez mais inatingíveis. O desmonte do Estado teve como consequência a ruptura dos compromissos assumidos na efetivação da seguridade social e os efeitos, no setor da saúde, deram-se na relação entre o público e o privado e nos princípios da universalização e da descentralização (DIAS, 2007).

A universalização é um princípio que tem por objetivo a inclusão de todas as pessoas nos benefícios do sistema público de saúde, por meio da eliminação da contribuição previdenciária como condição de acesso, mas, sua ampliação trouxe formas de racionamento, principalmente no que se refere a diminuição da qualidade dos serviços

prestados. Como consequência, segmentos sociais de camadas médias buscam a compra dos serviços de saúde, na iniciativa privada.

Dessa maneira, a universalização não ocorre de maneira satisfatória e os programas passam a ser focalizados, havendo um outro sistema para os consumidores.

Esse desmonte vai ser implementado de forma incisiva nos anos 1990, atropelando os princípios do SUS, desencadeando, assim, uma série de distorções, de forma a impossibilitar a sua efetivação.

Nesse sentido, a universalidade e a integralidade se esvaziam não pela negação do acesso por não portar uma carteira de segurado e pela falta de definição dos níveis de atenção, mas pela falta de condições de atendimento dos serviços de saúde; a descentralização, em muitos casos, é sinônimo de prefeiturização e a equidade dá lugar ao tráfico de influências e aos jeitinhos para ter acesso os sistema de saúde (ARAÚJO; BEZERRA, 2007, p. 196).

Assim, ocorre a segmentação do sistema, com ênfase nas ações privadas que passam de complementares para essenciais, incidindo o contrário do que está previsto na legislação do SUS em sua lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, artigo 4º: “A iniciativa privada poderá participar no Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar” (BRASIL, 1990).

A política de saúde brasileira ainda se encontra na esfera curativa, podendo ser entendida como uma estratégia do mercado, pois a doença gera lucro ficando o setor da saúde nos domínios da lógica do mercado.

Os ditames do modo de produção capitalista imperam sobre a vida dos sujeitos, os valores solidários, coletivos e universais que pautaram as formulações da Seguridade Social inscrita na Constituição de 1988, estão sendo substituídos pelos valores individualistas, corporativos, focalistas que fortalecem a consolidação do projeto voltado para o mercado tendo por suporte a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema.

Gerschman assinala que aos avanços e retrocessos na implementação do SUS: “[...]tem avançado nas linhas de menor resistência política – o repasse dos serviços – enquanto o ‘núcleo duro’ da Reforma correspondente ao financiamento do sistema de saúde não sofreu as alterações necessárias para a implementação da política a ser efetivada.” (GERSCHMAN, 1995, p. 261).

Apesar das propostas do Movimento da Reforma Sanitária estarem no texto das legislações, anteriormente citadas, não houve a efetivação ampla da garantia dos direitos da população, principalmente no que diz respeito ao acesso universal a saúde e a integralidade.

Dessa maneira, a iniciativa privada no setor da saúde, conquistou lugar na sociedade em decorrência da precarização do sistema de saúde público, sendo este vinculado por um modelo de produção de serviços, haja vista que no sistema capitalista a produção de bens é

conduzida pelas leis do mercado, onde a pessoa que desejar usufruir dele terá que pagar para fazê-lo.

Enquanto o sistema de saúde estiver condicionado à produção de serviços, a saúde continuará a ser compreendida não como direito de cidadania, mas como bem a ser possuído e condicionado à aquisição privada ou pública [...] Por essa ótica, assim como a saúde não é um direito do cidadão e um dever do Estado, ainda que contemplada pela Constituição, a atribuição dos recursos para o setor não consegue se desprender do modelo liberal de atenção à saúde (GERSCHMAN, 1995, p. 76).

A política de saúde brasileira compartilha com os princípios da política econômica e com o sistema político imposto no país, tendo em vista que enquanto esse sistema for hegemônico na sociedade, regido pela lógica do mercado, o setor da saúde continuará com características excludentes mostrando-se ineficiente para responder as demandas advindas da população.

O delineamento realizado sobre a política de saúde no Brasil, inscrita em uma lógica do mercado, acaba por ser comercializada sob os ditames do modo de produção capitalista, tendo como objetivo final o seu lucro. Nesse processo, constrói-se uma cultura da saúde como mercadoria a ser mediada pelo mercado realçando o pagamento como fonte de legitimação do serviço prestado e transformando o usuário em consumidor em detrimento do seu estatuto de cidadão.

### **3 Conclusão**

A proposição contida na Constituição Federal de 1988 de um sistema público universal não se efetivou plenamente, apesar de alguns avanços, como o acesso de camadas da população que antes não tinham acesso a saúde como direito, o sistema de imunização e de vigilância epidemiológica e sanitária, os progressos na alta complexidade como os transplantes e outros.

A efetivação da saúde, em conformidade com os ditames constitucionais, exige providências de várias ordens, a começar pela reforma do Estado para torná-lo capaz de realizar a saúde como direito universal. A consecução desse objetivo exigirá do Estado a formulação de políticas voltadas à desmercantilização da saúde com vistas ao incentivo de formas não lucrativas nos serviços de saúde. No que se refere aos avanços que a Constituição Federal de 1988, incorporou ao conceito de saúde e a possibilidade de uma distribuição mais equitativa da saúde, apesar de marcada por empecilhos para sua efetivação, esses avanços apontam para a concepção/organização de um sistema público de saúde compreendendo a população usuária e governo assumindo enquanto sujeitos e cada vez mais conscientes dos seus direitos e deveres.

A defesa do SUS exige, hoje mais do que nunca, disposição política, organização dos trabalhadores, organização da sociedade e principalmente o reconhecimento de que saúde é direito de todos, é direito a vida e não pode ser negociado, não tem preço, não está à venda e deve ser universal.

Finalmente, os princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea do setor saúde em que a população e o estado possuem papel fundamental ainda que diversos na consolidação de um sistema público de saúde amparado nos princípios da equidade, universalidade e integralidade conforme preconizado na Constituição Cidadã.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. Crise Econômica, Crise do Welfare State e Reforma Sanitária. In: GERSCHMAN, S; VIANNA, M. L. W. (Org.). **A miragem das pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

ARAÚJO, Maria A. D.; BEZERRA, Suely de O. **As (re) configurações das demandas ao serviço social no âmbito dos serviços públicos de saúde**. Revista de Administração Pública-RAP. Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 187-209, mar./abr. 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. 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: MS, 1990.

BECH, Jaime. Princípios fundamentais de atenção à saúde. In: MISOCZKY, Maria Ceci A.; BECH, Jaime (Org). **Estratégias de organização de atenção à saúde**. Porto Alegre: Dacasa Editora/Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde, 2002.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez Editora, 2004.

\_\_\_\_\_. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHOA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

BRUM, Argemiro J. **O desenvolvimento econômico brasileiro**. 20 ed. Ijuí: Ed. UNIJUI, 1999.

CAVALCANTI, Ludmila F.; ZUCCO, Luciana P. Política de saúde e serviço social. In: REZENDE, Ilma; CAVALCANTI, Ludmila F. (Orgs). **Serviço social e políticas sociais**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

DIAS, Miriam Thais Guterres. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do Serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro**. Porto Alegre: PUCRS. Tese de Doutorado. Faculdade de Serviço Social-Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2007.

GERSCHMAN, Sílvia. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

GUERRA, Yolanda. **O Brasil (do) real: Alguns Elementos para pensar a reforma do Estado no Brasil. A racionalidade hegemônica do capitalismo no Brasil contemporâneo: uma análise das suas principais determinações**. (Tese de Doutorado). São Paulo, PUC/SP, 1998.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

RIBEIRO, Lucia. **Os movimentos sociais e sua relação com a questão da saúde**. Cad. Saúde Pública vol.5 no.3 Rio de Janeiro July/Sept, 1989.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e (Coord). **O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SOUSA, Rosângela Maria Sobrinho. Controle social em saúde e cidadania. In: **Serviço Social e Sociedade** n° 74. São Paulo: Cortez, 2003.