



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL - FSSO

MONNALYS KAROLAINÉ DOS SANTOS SOUZA

**HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO
BRASIL E O PROCESSO DE MERCANTILIZAÇÃO DO SUS**

MACEIÓ

2022

MONNALYS KAROLAINE DOS SANTOS SOUZA

HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E O PROCESSO DE MERCANTILIZAÇÃO DO SUS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas.

Orientadora: Profa. Dra. Andrea Pacheco de Mesquita

MACEIÓ

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
COORDENAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



Folha de Aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Monnalys Karolaine dos Santos Souza

MONNALYS KAROLAINE DOS SANTOS SOUZA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em: 23/03/2022

Título: **“Histórico da Política de Saúde Pública no Brasil e o Processo de Mercantilização do SUS”**

Conceito: APROVADA

Banca Examinadora:

Andrea Pacheco de Mesquita

Profª Dra. Andrea Pacheco de Mesquita - Orientadora

Roseane

Profª Ma. Roseane Ferreira Rosalino Duarte – 1ª Examinadora

Fernanda Ferreira da Silva

Profª Ma. Fernanda Ferreira da Silva – 2ª Examinadora

Antonio Jorge Belo Matos
Antonio Jorge Belo Matos
Assistente em Administração
FSSO/UFAL
SIAPE: 2412249

Coordenação de Trabalho de Conclusão de Curso

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que diante de todas as dificuldades e intempéries que correram ao longo do processo, me permitiu estar de pé e concluir um curso de nível superior.

Agradeço aos meus pais, por todo amor, apoio e dedicação, por estarem ao meu lado, apoiando e cuidando, e por sempre terem feito dos meus estudos e da minha educação prioridades.

Agradeço à minha querida Mainha Márcia, que hoje me dá a bênção dos céus, por sempre ter acreditado e me mostrado que a educação é a maior e mais eficiente ferramenta de transformação.

Agradeço à professora Andrea Pacheco, que fez parte do meu trajeto acadêmico como supervisora de estágio, orientadora de monitoria e agora, minha orientadora de TCC.

*“Muito prazer, ao seu dispor
Se for por amor às causas perdidas
Por amor às causas perdidas”*

Humberto Gessinger

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social tem como objetivo apresentar a evolução do modelo sanitário brasileiro até os dias atuais. Iniciaremos no primeiro capítulo, traçando um histórico da saúde pública no Brasil, desde quando era ainda uma colônia de Portugal, passando pela institucionalização dos primeiros modelos de atenção à saúde e o movimento da sociedade civil organizada que culminou na criação do Sistema Único de Saúde e, sua inserção na Constituição Federal Brasileira e nas leis que regulamentam este sistema. No segundo capítulo temos como objetivo demonstrar o projeto neoliberal de mercantilização da saúde, que vai de encontro ao que está previsto na Carta Magna como um direito da população. Para tanto, iremos transitar fazendo breves análises e comentários dos governos neoliberais e suas propostas para a saúde pública brasileira. Para finalizar este trabalho, é de suma importância tratar da pandemia gerada pelo Covid – 19, pois esta gerou, e continua gerando, profundos impactos no modelo de atenção e de gestão à saúde no Brasil.

Palavras Chaves: SUS. Constituição Federal. Neoliberalismo. Mercantilização. Privatização. Pandemia.

ABSTRACT

The present work of conclusion of graduation course in Social Work aims to present the evolution of the Brazilian sanitary model until the present day. We will begin in the first chapter, tracing a history of public health in Brazil, from when it was still a colony of Portugal, through the institutionalization of the first health care models and the organized civil society movement that culminated in the creation of the Unified Health System and, its insertion in the Brazilian Federal Constitution and in the laws that regulate this system. In the second chapter, we aim to demonstrate the neoliberal project of commodification of health, which goes against what is foreseen in the Magna Carta as a right of the population. To do so, we will go through brief analyzes and comments on neoliberal governments and their proposals for Brazilian public health. To conclude this work, it is extremely important to deal with the pandemic generated by Covid-19, as it has generated, and continues to generate, profound impacts on the model of care and health management in Brazil.

Keywords: SUS. Federal Constitution. Neoliberalism. Commodification. Privatization. Pandemic.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Gráfico ilustrativo dos valores investidos na saúde em 2022

Figura 2: Gráfico ilustrativo dos valores investidos na saúde em 2022

Figura 3: Gráfico ilustrativo dos valores investidos na saúde em 2022.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- BNDES** - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
- CAP** - Caixas de Aposentadoria e Pensão
- CAPS** - Centros de Atenção Psicossocial
- CF** – Constituição Federal
- CNS** - Conferência Nacional de Saúde
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- CPI** - Comissão parlamentar de inquérito
- DNERU** - Departamento Nacional de Endemias Rurais
- EC** - Emenda Constitucional
- FHC** - Fernando Henrique Cardoso
- FUNRURAL** - Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
- IAP** - Instituto de Aposentadoria e Pensão
- IEPS** - Instituto de Estudos para Políticas de Saúde
- INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social
- INSS** - Instituto Nacional de Seguridade Nacional
- MS** - Ministério da Saúde
- NOB** - Normas Operacionais Básicas
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- OSs** - Organizações Sociais
- PAC** - Programa de aceleração do Crescimento
- PLOA** - Projeto de Lei Orçamentária
- PMMB** - Projeto Mais Médicos para o Brasil
- PT** - Partido dos Trabalhadores
- SAMDU** - Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência
- SUCAM** - Superintendência de Campanhas da Saúde Pública
- SUDS** - Sistema Descentralizado de Saúde
- SUS** - Sistema Único de Saúde

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| SUMÁRIO | 11 |
| INTRODUÇÃO | 6 |
| CAPÍTULO 1 | 8 |
| 1. HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: DO COLONIALISMO À REDEMOCRATIZAÇÃO..... | 8 |
| 1.1. Brasil Colônia, Brasil Império e República Velha..... | 8 |
| 1.2. Era Vargas e Desenvolvimentismo..... | 11 |
| 1.3. A Política de Saúde no Estado Militarista..... | 13 |
| 1.4. A Redemocratização e o Processo de Reforma Sanitária..... | 16 |
| 1.5. O Surgimento do SUS e suas Bases Legais | 20 |
| 1.5.1. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 – Da Saúde (artigo 196 ao 200) | 21 |
| 1.5.2. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Regulamenta as Ações e Serviços de Saúde | 22 |
| 1.5.3. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Dispõe sobre as Formas de Participação Popular | 24 |
| CAPÍTULO 2 | 26 |
| 1. A GÊNESE DO NEOLIBERALISMO NO BRASIL..... | 26 |
| 2. O PROJETO NEOLIBERAL DE MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE | 29 |
| 2.1. A Saúde Pública Brasileira de Collor à FHC..... | 31 |
| 2.2. A Gestão da Saúde Pública no Brasil Durante o Mandato do Partido dos Trabalhadores (De Lula à Dilma Rousseff)..... | 33 |
| 2.3. O Projeto de Desmonte da Saúde Pública de Michel Temer à Jair Bolsonaro..... | 35 |
| 2.4. Os Impactos do Projeto Neoliberal e do Covid-19 para a Saúde Pública Brasileira | 39 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 44 |

INTRODUÇÃO

A dignidade da pessoa humana constituiu o princípio base para os direitos garantidos pela Constituição Federal Brasileira, e sendo a vida o bem mais precioso tutelado pelo Estado, para que seja possível uma vida digna, é necessário garantir serviços de saúde de acordo com as demandas e necessidades da população.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, que deve ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas que busquem a redução de doenças e de outras circunstâncias agravantes e que coloquem a população em risco e dificultem o acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação.

Este conceito de saúde como direito foi construído ao longo dos anos e por meio da evolução e das necessidades da sociedade bem como dos movimentos sociais que engendraram as bases para o movimento de Reforma Sanitária, que foi o marco principal para a criação do Sistema Único de Saúde.

Antes da criação do Sistema Único de Saúde - SUS, o Brasil transitava em um modelo sanitário que não era sólido, e ao contrário das três premissas de promoção, proteção e recuperação, existia apenas um modelo curativo, que tinha como foco principal atuar no pós-doença, e não promover a prevenção e a qualidade de vida da sociedade, por meio, por exemplo de atendimentos regulares nos serviços de atenção básica e saneamento básico que são áreas de atenção do SUS.

Entretanto, ainda que o SUS seja um marco no modelo de atenção à saúde e garanta diversos direitos à população, não é essa a ideia defendida pelos governos neoliberais. Por meio de projetos de terceirização, privatização, sub financiamento dos serviços de saúde e transferência de recursos, a saúde pública virou um comércio e vem sendo cada dia mais mercantilizada. E durante o período de pandemia, vivenciado no início do ano de 2020 até o presente momento, constatamos com ainda maior ênfase que o projeto neoliberal não visa garantir nem mesmo os serviços mais básicos relativos à saúde para a sociedade brasileira. A vida da população, a dignidade da pessoa humana e os princípios constitucionais são colocados cada vez mais em detrimento da obtenção de lucros e da expansão do grande capital.

O estudo do tema se mostra como relevante objeto de investigação e pesquisa, pois é importante saber que houve um longo processo até que o Sistema de Saúde fosse efetivado tal qual conhecemos hoje. Em contrapartida, é imprescindível saber que, existe um projeto que objetiva desconstruir os mínimos direitos da população e que foram conquistados após muita luta.

Sendo assim, no primeiro capítulo do trabalho será apresentado de forma breve a evolução dos modelos sanitários no Brasil, o processo de Reforma Sanitária e a constituição do Sistema Único de Saúde.

No segundo capítulo o objetivo é discorrer sobre o projeto neoliberal, que tem como pretensão a expansão do capital e, como consequência a diminuição de investimento em prestação de serviços básicos pelo Estado, que gera a transferência de execução para às empresas privadas, resultando, dentre outros, o processo de mercantilização da saúde. Também tratar-se-á dos impactos gerados pela pandemia, que reflete diretamente no atual modelo de atenção à saúde.

A metodologia de pesquisa utilizada para a produção deste trabalho foi bibliográfica e documental. De acordo com Gil (2008), a pesquisa bibliográfica caracteriza-se em pesquisa desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos; e a pesquisa documental, muito parecida com a primeira, mas que se utiliza de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa.

Sabendo que a saúde pública é um universo amplo, que envolve diversos cenários, fatores e conjunturas para seus desdobramentos e sua efetivação, este trabalho apresenta-se como mais um estudo sobre essa política, posto que essa temática demanda muitas outras análises mais amplas e.

CAPÍTULO 1

1. HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: DO COLONIALISMO À REDEMOCRATIZAÇÃO

Para dar início a este trabalho, iremos tratar neste capítulo da gênese das políticas de saúde no Brasil, do processo de luta da sociedade civil organizada, denominado reforma sanitária e dos dispositivos legais que estruturam o modelo sanitário existente atualmente no Brasil.

1.1. Brasil Colônia, Brasil Império e República Velha

Durante o período que o Brasil era apenas uma colônia, não existia nenhum tipo de cuidado com o bem-estar da população por parte do governo colonizador. A ideia de saúde pública era inexistente, a preocupação com a saúde era unicamente individual e não coletiva. Deste modo, cada indivíduo se prevenia contra doenças da forma que considerasse mais coerente e os processos curativos estavam sempre relacionados ao uso de ervas consideradas medicinais, e aos curandeiros e pajés locais.

Um país colonizado, basicamente por degredados e aventureiros desde o descobrimento até a instalação do império, não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem mesmo o interesse, por parte do governo colonizador (Portugal), em criá-lo. Deste modo, a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e, àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as suas habilidades na arte de curar. (POLIGNANO, 2001).

Com a chegada da família real em 1808, o Brasil deixa de ser colônia e é elevado ao status de Reino. A partir de então, criou-se a necessidade de elaborar um suporte sanitário mínimo, capaz de atender o poder que se instalava no Rio de Janeiro.

Até 1850 as ações destinadas à saúde pública eram limitadas apenas ao controle de navios e saúde dos portos e a delegação das atribuições sanitárias

as juntas municipais. Percebe-se então que, o interesse era reduzido apenas ao controle sanitário mínimo na capital do império.

Após a chegada da família real, foi solicitada a criação de escolas de medicina no Brasil, entretanto, mesmo após a criação dessas escolas, a escassez de médicos pelo país era enorme. Durante o período imperial, os médicos existentes atuavam apenas na então capital do país, Rio de Janeiro. Nas demais localidades não havia nenhum profissional. Isso fez com que se proliferassem por todo o país os boticários, ou seja, os farmacêuticos, que não apenas cumpriam a sua função de manipular as fórmulas prescritas pelos médicos, mas que, por falta desses profissionais, acabavam por realizar, também as prescrições dos medicamentos.

Durante o período da República Velha, por se tratar de um período de alteração de um regime monárquico para o republicano, a grande preocupação dos governantes estava concentrada no poder político, não existia um modelo de saúde pública no Brasil, o que fazia com que o país ficasse à disposição de várias doenças.

Nesse momento, o Rio de Janeiro tinha um quadro sanitário altamente precário, com a presença de diversas doenças infecciosas, em destaque a cólera, febre amarela, varíola, tuberculose e peste bubônica. Essa onda de doenças acabou gerando diversas consequências para a saúde pública, como também para a economia do país, pois os navios estrangeiros não mais queriam atracar na cidade para seus tripulantes não ficarem sob o risco de contrair doenças. Neste momento era necessário “sanear para exportar”¹.

Em 1903, o presidente do Brasil, Rodrigues Alves, nomeou o médico Oswaldo Cruz, médico sanitarista e pioneiro no estudo de doenças infecciosas e parasitárias, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública que, gradativamente, foi implementando instituições públicas de higiene e saúde no Brasil.

Com o objetivo de combater as epidemias urbanas que assolavam o Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz criou o modelo de medicina higienista, que tinha sua

¹ Expressão pela qual ficou popularmente conhecido o modelo de intervenção e de limpeza dos portos criado por Oswaldo Cruz.

execução colocada em prática por meio do isolamento de doentes, captura de mosquitos e ratos, e desinfecção das casas nos locais de surto.

Foi criado um verdadeiro exército de 1.500 pessoas passaram a exercer atividades de desinfecção no combate ao mosquito, vetor da febre-amarela.

A falta de esclarecimentos e as arbitrariedades cometidas pelos “guardas-sanitários” causam revolta na população. Este modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista, e foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação. (POLIGNANO, 2001).

A desinfecção das cidades era realizada de forma arbitrária por “guardas sanitários” e gerava revolta na população por seu caráter coercitivo e autoritário.

Durante o período da República Velha, a medicina higienista passou a ter ênfase no Brasil e a determinar o planejamento urbano das grandes cidades. No momento em que os tripulantes estrangeiros recebiam desembarcar nos portos brasileiros, com medo de contrair inúmeras doenças que se proliferavam aqui, o saneamento foi a solução encontrada para tentar melhorar a imagem do País no exterior. (Brasil, 2005).

Outra medida de Oswaldo Cruz que gerou uma grande revolta e insatisfação popular, foi a instituição da Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que determina a vacinação obrigatória. Essa lei gerou um movimento na sociedade que é conhecido como Revolta da Vacina.

Em 1903, Oswaldo Cruz foi nomeado diretor geral de Saúde Pública, cargo que corresponde, atualmente, ao de Ministro da Saúde. Em 1904, enfrentou um de seus maiores desafios como sanitário: devido a uma grande incidência de surtos de varíola, o médico tentou promover a vacinação da população. A vacinação era feita pela brigada sanitária. Os profissionais entravam na casa das pessoas e vacinavam todos os que lá estivessem. Mas, essa forma de agir indignou a população. O fato ficou conhecido como Revolta da Vacina. (Ministério da Saúde, 2014).

O modelo campanhista criado por Oswaldo Cruz, apesar de possuir uma intervenção abusiva, conseguiu gerar resultados positivos, como por exemplo, a erradicação da febre amarela. Esses ganhos obtidos com a intervenção proposta pelo Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, serviram para reafirmar as

arbitrariedades cometidas e dar continuidade ao processo de desinfecção higienista que se prolongou por décadas.

Em 1920 houve a reestruturação do Departamento Nacional de Saúde, que até o momento era ligado ao Ministério da Justiça, pelo sucessor de Oswaldo Cruz, Carlos Chagas; foi introduzida a propaganda e a educação sanitária como ações rotineiras, modificando o modelo anterior que era fiscal e policial. Aos poucos, esse controle das epidemias nas grandes cidades brasileiras foi sendo deslocado para outros estados e para o campo.

Durante esse período houve também um processo de industrialização no país, que começa a deixar de ter uma economia baseada apenas no cultivo do café. Com esse processo, também houve uma grande expansão da urbanização e crescimento do operariado.

Nesta época, os trabalhadores não tinham nenhum tipo de garantia trabalhista e exerciam suas atividades em condições insalubres, o que motivou o movimento operário a realizar duas greves gerais, uma em 1917 e outra em 1919, e por meio delas foi possível conquistar alguns direitos sociais.

Sendo assim, em decorrência do movimento operário e como resultado das greves de 1917 e 1919, em 24 de janeiro de 1923 foi promulgada a Lei Eloy Chaves, que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão - CAPs.

Data de 1923 a lei federal que fez dos ferroviários, no setor privado, os precursores do direito a um pagamento mensal durante a velhice. Conhecida como Lei Eloy Chaves, a norma é considerada a origem da Previdência Social. Foi sobre esse alicerce que o sistema previdenciário cresceu até chegar ao modelo atual, que paga aposentadorias, pensões e outros benefícios a 35 milhões de brasileiros nos setores público e privado. (WESTIN, 2019).

As CAPs consistiam em assistência médico-previdenciária de caráter curativo destinadas aos ferroviários. Esta lei ainda que restrita aos ferroviários, é considerada a primeira política de saúde no Brasil e o nascimento da Previdência Social.

1.2. Era Vargas e Desenvolvimentismo

Após o período da República Velha, chegamos ao governo de Getúlio Vargas, concentrando funções e aumentando o controle do Estado, uma forma de governar completamente oposta do modelo anterior.

Investido na Presidência da República pela revolução de 1930, Getúlio Vargas procurou de imediato livrar o Estado do controle político das oligarquias regionais. Para atingir este objetivo promoveu uma ampla reforma política e administrativa (...) suspendeu a vigência da Constituição de 1891 e passou a governar por decretos até 1934, quando o Congresso Constituinte aprovou a nova Constituição. As dificuldades encontradas para governar democraticamente levaram Vargas a promover uma acirrada perseguição policial a seus opositores e aos principais líderes sindicais do país, especialmente a partir de 1937, quando foi instituída a ditadura do Estado Novo. Durante todo o seu governo - que durou até 1945 - Vargas buscou centralizar a máquina governamental e também bloquear as reivindicações sociais. Para isso recorreu a medidas populistas, pelas quais o Estado se apresentava como pai, como tutor da sociedade, provendo o que julgava ser indispensável ao cidadão. As políticas sociais foram a arma utilizada pelo ditador para justificar diante da sociedade o sistema autoritário, atenuado pela 'bondade' do presidente. (Bertolli Filho, 1996).

O Brasil deu início a um processo de industrialização e modernização do Estado com o objetivo de superar os efeitos da crise de 1929 e realocar-se na economia mundial. Até então, a economia brasileira estava baseada unicamente no cultivo de café, sendo assim, era necessária a criação de condições para o início da industrialização que faria com que o país emergisse. Surge então o trabalhador operário e com ele novas demandas a serem atendidas pelo Estado, e uma delas se tratava de seguridade social. Entretanto o crescimento da classe operária não foi proporcional aos avanços em avanços para a políticas sanitárias; no período do Estado Novo, foram poucos os investimentos no setor de saúde pública.

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, com o fim das atividades do anterior Departamento Nacional de Saúde Pública, que era vinculado ao Ministério da Justiça.

Em 1933, por meio de Getúlio Vargas e com a ascensão de um governo populista, temos a criação dos Institutos de aposentadorias e Pensões (IAPs), substituindo as antigas CAPs. Os IAPs eram organizados por categoria profissional e ficavam sob controle do Estado. A criação desses institutos favoreceu os trabalhadores e estendeu as categorias mais

essenciais para o país que tinha um processo de industrialização crescente, os benefícios da previdência.

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, o que não implicou em um interesse efetivo em solucionar os problemas de saúde pública, mas apenas um mero desmembramento do antigo Ministério da Educação e Saúde Pública.

Ainda neste período houve o processo de interiorização da saúde, que se deu com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU)².

1.3. A Política de Saúde no Estado Militarista

O período a seguir, trata-se de 20 anos de regime militar, que foi marcado por algumas questões específicas também no campo da saúde pública.

Em 1964, logo após o Brasil viver um período de regime democrático, o golpe militar deu origem a um regime que tinha como promessa restaurar a ordem pública e alavancar a economia. Esse governo autoritarista tinha como característica a repressão e a cessação da participação social e cada vez mais procuravam erradicar todas as demonstrações sociais que fossem consideradas disseminadoras do comunismo.

No campo econômico, o período foi marcado pela abertura da economia ao capital estrangeiro, acompanhada da contenção de salários e proibição de greves. No campo social e político, os direitos dos opositores do sistema foram cassados, e o sistema político foi reformulado com a criação do bipartidarismo e a submissão do Congresso aos interesses do Executivo, a partir da decretação de atos institucionais. (PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

² Ao Departamento Nacional de Endemias Rurais cabe organizar e executar os serviços de investigação e promover o combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela, esquistossomose, ancilostomose, filariose, hidatidose, bócio endêmico, boubá, tracoma e outras endemias existentes no país, cuja investigação e combate lhe forem especialmente atribuídas pelo Ministro de Estado da Saúde, de acordo com as conveniências de ordem técnica e administrativa. (Brasil, 1956).

Em relação a saúde pública, a política que prevalecia no governo militar era a de expansão da iniciativa privada, por meio de uma maior viabilização para este setor, contratação de companhias privadas e cooperativas médicas.

No que tange propriamente ao sistema público de saúde, o país vivia sob a duplicidade de um sistema dividido entre a medicina previdenciária e a saúde pública. O primeiro setor tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. A saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), era direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo. (PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

O regime militar também gerou alterações significativas na estrutura previdenciária do Brasil, e antes de tratar das reformas na área da saúde propriamente dita, é necessário entender os impactos dessas alterações.

Com a justificativa de que os IAPS criados no governo de Getúlio Vargas não possuíam mais meios de existência, o governo militar gestou uma proposta de fusão dos institutos de aposentadoria. A unificação desses IAPS já vinha sendo postergada desde 1941, e durante todo esse período sofreu grande resistência por parte dos trabalhadores que se recusavam à unificação, pois ela significava o abandono de direitos adquiridos.

Após longa tramitação, em 26 de agosto 1960 foi promulgada a Lei 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, que estabeleceu a unificação do regime geral da previdência e a abrangência a todos os trabalhadores celetistas, excluídos os trabalhadores rurais (que foram incorporados 3 anos depois, por meio da Lei 4.214 de 2 de março de 1963, que instituiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural – FUNRURAL), os empregados domésticos e outros trabalhadores que tivessem seus regimes próprios de previdências, como servidores públicos e de autarquias.

Art. 1º. A previdência social organizada na forma desta lei, tem por fim assegurar aos seus beneficiários os meios indispensáveis de manutenção, por motivo de idade avançada, incapacidade, tempo de serviço, prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente, bem como a prestação de serviços que visem à proteção de sua saúde e concorram para o seu bem-estar. (BRASIL, 1960).

O processo de unificação dos IAPS só é consolidado em 2 de janeiro de 1967, por meio da implantação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, que reunia o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU), os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social.

À medida que todo trabalhador urbano era contribuinte e beneficiário do novo sistema, o volume de recursos financeiros capitalizados foi bastante alto. Porém ao ocorrer esse aumento proporcional de contribuintes e conseqüentemente, de beneficiários, o sistema médico previdenciário ficou impossibilitado de atender a demanda. Com isso, o governo teve que escolher onde destinar recursos, e optou pela iniciativa privada, a fim de obter apoio de setores influentes na sociedade e na economia.

Sendo assim, foram estabelecidos convênios e contratos com grande parte dos médicos e hospitais existentes no país, formando um sistema médico industrial, que foi ficando cada vez mais complexo, o que gerou a necessidade de criação de uma estrutura administrativa própria em 1978, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, que foi extinto pela lei federal 8.689/93.

Em 1974 o sistema previdenciário foi desvinculado do Ministério do Trabalho e ganhou o seu próprio ministério, o Ministério da Previdência e Assistência Social.

O modelo de desenvolvimento implementado durante o golpe de 64 tinha como objetivo um crescimento acelerado por meio de uma alta taxa de produtividade somada aos baixos salários para a grande parte dos trabalhadores. Esse modelo gerou uma grande concentração de renda no país e favoreceu os profissionais mais especializados, tais como os técnicos e os que atuavam na economia de ponta; porém, não abarcou todas as camadas da sociedade. A classe trabalhadora não foi beneficiada com este desenvolvimento, pelo contrário, precisava submeter-se a condições precárias de vida.

Entre o final dos anos 1960 e o primeiro triênio da década seguinte, em virtude de uma diretriz econômica de redução de gastos com políticas sociais e de uma conjuntura internacional favorável, que possibilitou a entrada de uma grande quantidade de capital estrangeiro no país, o

Brasil viveu um momento de grande pujança econômica, crescendo a índices em torno de 11% ao ano. No entanto, tal crescimento não se traduzia na melhoria das condições de vida de grande parte da população. Concentração de renda, perda do poder aquisitivo do salário-mínimo, aumento dos preços, crise nos serviços públicos de transporte e de saúde eram o preço pago por um modelo econômico que privilegiava o desenvolvimento a partir da concentração da riqueza. (PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

Devido às condições insalubres nas quais a população trabalhadora vivia e à inexistência de uma política de saúde efetiva, houve neste período um aumento da mortalidade infantil, retorno de doenças que já estavam erradicadas e o surgimento de novas epidemias.

Em 1967 foi promulgado o Decreto Lei 200, que estabelecia as competências do ministério da saúde e a formulação e coordenação da política nacional de saúde.

Em 1970 foi criada a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública – SUCAM, com o objetivo de executar as atividades de erradicação e controle de endemias.

Em 1975 foi instituído o Sistema Nacional de Saúde, que estabeleceu de forma sistemática quais eram os campos de ação dos setores público e privado para o desenvolvimento de ações de recuperação, proteção e promoção da saúde.

Apesar da criação desses setores com a finalidade de atuar na saúde pública brasileira, o Governo Federal destinou poucos recursos ao Ministério da Saúde, que ficou incapaz de executar as ações propostas e as reformas que foram até então realizadas, foram insuficientes para alterar os caminhos da política de saúde brasileira, que significava na prática, uma clara opção pela medicina curativa.

Com a situação caótica que o país se encontrava e com o autoritarismo existente na ditadura, criou-se o cenário ideal para o florescimento de grupos da sociedade que reivindicavam os direitos perdidos no golpe de 64. E foi exatamente nesse contexto, por volta de meados da década de 70, que ocorreu a gênese do movimento sanitário brasileiro.

1.4. A Redemocratização e o Processo de Reforma Sanitária

A Reforma Sanitária foi um movimento que aconteceu estimulado por um sentimento de mudança de setores da sociedade que estavam insatisfeitos com a situação dramática e todo autoritarismo gerado com o golpe de 64.

O novo modelo de desenvolvimento econômico-social e político criado pela ditadura militar foi instaurado por meio da autocracia burguesa e financiado pelo capital estrangeiro. O regime militar intervia através de repressão e assistência, a fim de ganhar apoio e legitimidade.

Esse novo modelo de Estado, porém, não gerou ganhos para a classe trabalhadora, que vivia sob condições precárias, e privada de diversos bens essenciais para sua sobrevivência. Devido à essa situação de vida e à falta de políticas públicas efetivas e eficazes, a população era constantemente exposta a diversos problemas de saúde.

As reformas que foram realizadas no período ditatorial, não tinham pretensão e nem foram suficientes para mudar o direcionamento da saúde pública no Brasil. Durante esse momento, ocorreu um intenso processo de mercantilização da saúde, por meio do privilégio dado ao setor privado, que dava um caráter altamente capitalista para a política de saúde assim como acontecia no exterior. Esse modelo de investimento era uma forma de tecer nas políticas sociais as mesmas ideias que eram alocadas na política econômica do país.

Por um longo tempo, o Brasil viveu o período do chamado “milagre econômico”, que consistiu em um tempo de grande crescimento financeiro no país. Entretanto, o término desse período deixou graves consequências para a economia brasileira, deixando-a em estado de crise e colocando o país num contexto recessivo. Altas taxas de inflação, aumento do desemprego, que deixava a população cada vez mais empobrecida.

O aumento da pobreza e das condições de vida precária tinha impacto direto na situação de saúde dos trabalhadores, que por serem privados de bens e serviços básicos para a sua sobrevivência, ficavam vulneráveis a cada vez mais contaminações de diversos tipos e proliferações de várias doenças.

Todo esse autoritarismo existente a partir do golpe de 64 e a situação caótica a que o país estava acometido, fez com que grupos da sociedade dessem início a reivindicações de direitos perdidos com a ditadura e a clamar por uma redemocratização. Foi nessa efervescência de lutas que o movimento de reforma sanitária foi gestado em meados de 1970.

A saúde pública ganhou uma dimensão política e atenção para discutir a situação da população. Destacam-se como membros dessas discussões os profissionais da saúde, o movimento sanitário, partidos de esquerda e setores da igreja católica ligados à luta dos trabalhadores, que era bastante comum na época.

A organização desses movimentos sociais discutia propostas como: saúde como dever do estado, universalização de acesso aos serviços, criação de um sistema de saúde unificado, descentralização da saúde e o financiamento e criação de conselhos de saúde.

O movimento sanitário, por meio da sua concepção de saúde como bem público, defendia a redemocratização do país e tinha como pauta de luta a criação de uma política de saúde que assegurasse a universalização desse direito. Para esse movimento, o conceito de saúde está diretamente ligado ao modo de produção e organização de uma sociedade, ou seja, se no capitalismo a produção de bens é coletiva e os frutos são colhidos privadamente, só é possível o alcance de uma sociedade e um acesso justo aos serviços de saúde, por meio da redemocratização social.

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que consistiu em cinco dias de discussões com a participação de mais de quatro mil pessoas e o objetivo de colaborar para a formulação de um novo sistema de saúde. Essa Conferência foi um marco para o movimento de reforma sanitária e a saúde pública brasileira, pois dela resultaram diversos documentos que estabeleciam proposições que deveriam ser adotadas para a então futura constituição de 1988.

Pela primeira vez na história do país essa Conferência permitiu a participação da sociedade civil organizada no processo de construção de um novo ideário para a saúde. Foi norteada pelo princípio da “saúde como direito de todos e dever do Estado”. Suas principais deliberações foram a base para a institucionalização do SUS pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2007).

Essa conferência teve como temática “saúde como direito”, e o movimento sanitário apresentou propostas bastante progressistas para o período para serem levadas para votação na assembleia constituinte. Uma das propostas

tinha como finalidade garantir à população brasileira o acesso igualitário e universal aos serviços de saúde.

[...] Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor de saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se costuma chamar de reforma sanitária (BRASIL, 1986).

Ficou estabelecida durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde a ideia de definição de saúde como direito de cidadania e intervenção do Estado com a criação de um Sistema Único de Saúde.

Dentre as proposições aprovadas nessa conferência e que foram encaminhadas para votação na assembleia constituinte, uma delas, disposta no relatório final da 8ª CNS diz o seguinte:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (BRASIL, 1986).

Em 1987 ocorreu a criação do Sistema Descentralizado de Saúde (SUDS)

Enquanto se aprofundavam as discussões sobre o financiamento e a operacionalização para a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), em julho de 1987, criou-se o SUDS, cujos princípios básicos eram, também: a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária (BRASIL, 2011).

Em 1988 O SUS foi institucionalizado pela Constituição Federal, com disposições acerca da Seguridade Social nos artigos 194 e 195 e, sobre a saúde, nos artigos 196 a 200.

Em 1990 foi a vez da criação das Leis Orgânicas da Saúde que regulamentam o SUS: Lei nº 8.080/1990, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços e dá outras providências; e a Lei nº 8.142, que estabelece os mecanismos de participação de comunidade, dispõe das transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

1.5. O Surgimento do SUS e suas Bases Legais

A criação do Sistema Único de Saúde foi resultado de lutas e bandeiras levantadas pelo movimento sanitário e por grupos que lutavam pela redemocratização do país.

A seção que trata da saúde na Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/1990 e nº 8.112/1990) constituem os dispositivos legais que, respectivamente, institucionalizam e regulamentam o SUS.

Além desses elementos, existem diversas outras normas, decretos, portarias, medidas provisórias que atualizam, revisam ou alteram aspectos funcionais e organizacionais desse sistema, tais como as Normas Operacionais Básicas (NOB): NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96. Entretanto, a estrutura formal do SUS está nos três supracitados elementos.

O texto da constituição na seção da saúde, expressa de modo claro a importância em criar um modelo de sistema de saúde que está preocupado em atender as demandas e necessidades sanitárias da população, como também demonstra esse aspecto de redemocratização do país, que saía de um momento de autoritarismo e repressão, e de construção de um Estado de Bem Estar Social, tal qual como preza a CF de 88.

A definição de SUS é encontrada no artigo 198 da Constituição Federal que diz o seguinte: “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...]”. Esse é, portanto, o conceito de SUS.

Apesar de o SUS ser criado e conceituado na Constituição de 88, ele somente será regulamentado em 19 de setembro de 1990 com a promulgação da Lei 8.080/1990.

1.5.1. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 – Da Saúde (artigo 196 ao 200)

O texto constitucional que trata da saúde inicia no artigo 196 dizendo que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988)

São três as diretrizes do Sistema Único de Saúde definidas no artigo 198:

- I – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – Atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – Participação de comunidade. (Brasil, 1988)

Ainda no artigo 198 em seu parágrafo segundo o texto fala sobre o financiamento do SUS, que será realizado por meio de recursos provenientes da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios, além de outras fontes. Essas fontes não são especificadas, pois podem ser as mais diversas, uma vez que o Sistema Único de Saúde pode receber doações.

De acordo com o parágrafo 1º do art. 199 as instituições privadas poderão participar do SUS, desde que de forma complementar. Já o parágrafo 2º, veda a destinação de recursos públicos para instituições privadas com fins lucrativos e o parágrafo 3º veda a participação direta ou indireta do capital estrangeiro na assistência à saúde do Brasil, salvo em casos previstos em lei, que podem ser, por exemplo, situações de calamidade pública.

O art. 200 da referida constituição dispõe das competências do SUS e de outras atribuições:

- Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:
- I - Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
 - II - Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
 - III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

- IV - Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (Brasil, 1988).

É por meio dessa abrangência de atuação do SUS, estendida a diversos tipos de serviços que fica marcada a sua universalidade: por meio de ações e serviços que são destinados a todos – brasileiros e estrangeiros, residentes e não residentes –, independente de contribuição.

1.5.2. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Regulamenta as Ações e Serviços de Saúde

A lei nº 8.080/90 foi criada para regulamentar o SUS, criado na Constituição Federal de 1988, e dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. “Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.” (BRASIL, 1990).

De acordo com essa Lei, são objetivos do Sistema Único de Saúde:

- Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:
- I - A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
 - II - A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
 - III - A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (Brasil, 1990)

Sendo assim, baseado no que diz o artigo 5º da referida lei, podemos classificar as áreas de atuação do SUS em três e defini-las como:

- Prevenção das doenças e proteção da saúde por meio de ações pontuais voltadas para atenuar os riscos e a exposição da população à diversos tipos de doenças;
- Promoção da saúde, com a execução de atividades que possam atuar sobre os determinantes sociais do processo saúde doença, que podem ser: alimentação, moradia, saneamento básico, transporte, etc;
- Recuperação da saúde, com ações que evitem que pessoas doentes cheguem a falecer ou reduzam as sequelas da doença. Essa terceira área de atuação age especificamente sobre o dano, e envolve desde o diagnóstico até o tratamento.

No artigo 6º essa lei também estabelece outras diversas atribuições do SUS, dentre elas: a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, formulação da política e participação na produção de medicamentos, equipamentos e imunobiológicos; a participação na formulação e execução de ações de saneamento básico e da política de sangue e hemoderivados, entre outros.

Em seu artigo 7º a Lei 8.080/90 dispõe dos princípios do SUS, que são comumente divididos em princípios doutrinários e organizativos. Foram definidos como princípios doutrinários:

- Universalidade: o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais;
- Equidade: é um princípio de justiça social, que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais e específicas das pessoas a serem assistidas, ou seja, tratar desigual os desiguais;
- Integralidade: significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde serem ofertadas de modo completo e procurar atender a todas as suas necessidades.

Dos princípios doutrinários derivam alguns princípios organizativos, que são:

- Descentralização: a rede de serviços de saúde é descentralizada com direção única em cada esfera de governo (União, Estados e Municípios).

Foi consolidada por meio da municipalização da saúde, onde os municípios também se tornaram gestores administrativos e financeiros do SUS;

- Hierarquização: entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (primária, secundária e terciária).

No momento de publicação da Lei 8.080/90, o então presidente Fernando Collor de Mello, estabeleceu uma série de vetos que atingiram alguns pontos essenciais, inclusive no que diz respeito a participação popular. Diante disso, houve uma grande retaliação da sociedade civil organizada, que resultou na elaboração e promulgação da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

1.5.3. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Dispõe sobre as Formas de Participação Popular

A lei 8.142/90 estabelece o formato de participação popular no Sistema Único de Saúde e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde

Já em seu artigo 1º a supracitada lei estabelece os dois principais mecanismos de participação de comunidade na gestão do SUS:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - A Conferência de Saúde; e

II - O Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990).

De acordo com a Lei nº 8.142/90 em seu art. 4º a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e nas Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais seguimentos. Isto quer dizer que 50% dos representantes nos conselhos ou nas conferências devem ser usuários do SUS. Essa definição tem por objetivo garantir que a população, muitas vezes afastada dos processos de gestão das políticas de saúde, não esteja subordinada as decisões dos gestores e profissionais da saúde.

Após analisar e compreender o processo histórico que culminou na criação do sistema de saúde que é hoje vigente no Brasil, passaremos à tratar no capítulo posterior do projeto que tem o intuito de desarticular toda as ações, serviços e direitos adquiridos pela população com o passar dos anos, por meio de lutas reivindicações e resistência.

CAPÍTULO 2

Após traçar o histórico das políticas de saúde no Brasil, entender a organização popular e profissional por meio do movimento de reforma sanitária que culminou na criação do Sistema Único de Saúde existente no Brasil e conhecer aspectos importantes dos dispositivos legais que o criam e regulamentam, iremos abordar sobre como o projeto neoliberal têm ido de encontro ao que está previsto na Constituição Federal de 88 e nas Leis regulamentadoras do SUS.

No presente capítulo, trataremos do surgimento do neoliberalismo no Brasil e quais são as suas propostas para a saúde pública; da mercantilização da saúde por meio do processo de privatização e terceirização dos serviços para a rede privada; e, conseqüentemente, como esse processo têm se efetuado por meio de desmonte de direitos conquistados pela população no âmbito das políticas de saúde.

1. A GÊNESE DO NEOLIBERALISMO NO BRASIL

O liberalismo pode ser compreendido como uma corrente de pensamento que abarca diversas ideologias. Esse conjunto de ideias foi desenvolvido para responder e dar continuidade ao sistema capitalista, contudo tem como principal característica a conservação das liberdades individuais nos âmbitos políticos e econômicos. Têm ênfase no mercado privado, mas aceitando a participação do Estado na sua administração. Fundamentado pela ideia de livre mercado, o liberalismo acredita que o mercado por si mesmo aplicaria suas regras de funcionamento e conseqüentemente, defende a ideia de Estado mínimo.

De acordo com Adam Smith, considerado o pai do liberalismo, a liberdade individual, sem a necessidade de o Estado intervir, abriria um caminho para a livre competição de mercado o que geraria um melhor equilíbrio social e mais apropriado ao interesse coletivo.

(...) os interesses e os sentimentos privados dos indivíduos os induzem a converter seu capital para as aplicações que, em casos ordinários,

são as mais vantajosas para a sociedade (...). Sem qualquer intervenção da lei, os interesses e os sentimentos privados das pessoas naturalmente as levam a dividir e distribuir o capital de cada sociedade entre todas as diversas aplicações nela efetuadas, na medida do possível, na proporção mais condizente com o interesse de toda a sociedade. (SMITH, 1983).

O neoliberalismo tem semelhanças com o liberalismo no aspecto de proteger o mercado e garantir que o Estado não seja o único contratante. Também é contra as leis de regulamentação da economia e defende o livre mercado. Apesar de ter suas bases parecidas com a do liberalismo, trata da influência na economia de modo diferente, incentivando a aplicação de novas tecnologias e especialmente, a abertura do mercado.

A década de 70 teve um destaque para o crescimento da reação burguesa diante da crise do capital. Essa crise gerou o aumento da superprodução e a queda da taxa de lucros, que nos anos posteriores acarretou em impactos relevantes para as políticas sociais, como consequência das alterações no modo de intervenção estatal.

Segundo Harvey (2013) a reestruturação estatal e das relações internacionais pós segunda guerra mundial, tinham como objetivo evitar que as condições que ameaçaram o capitalismo depois dos anos 1930, retornassem. O caminho adotado para evitar esse retorno, foi uma combinação de Estado, mercado e sociedade, com uma nova roupagem.

O projeto neoliberal pode assim ser definido como:

[...] um projeto utópico de realizar um plano teórico de reorganização do capitalismo internacional ou como um projeto político de restabelecimento das condições da acumulação do capital e de restauração do poder das elites econômicas". (Harvey, 2013).

A tentativa de superar a crise gerou mudanças econômicas, políticas e sociais, que se alocaram de modo especial em três movimentos, que Behring e Boschetti (2008) definiram como: reestruturação produtiva, mundialização do capital e de ajuste estrutural do Estado.

O Movimento de reestruturação produtiva cresceu com os avanços tecnológicos e as novas formas de produção. Anteriormente, no período chamado keynesiano, o modo de produção fordista tinha como característica um trabalho rígido, organizado em linhas de montagem, produção massiva e

organização vertical. O período supracitado também era caracterizado por oferecer melhores salários, condições mais estáveis e proteção social aos trabalhadores. Entretanto, nos anos posteriores, com o advento do modo de produção toyotista, caracterizado por uma linha produção flexibilizada e automatizada, uma tecnologia mais avançada, e uma maior fragilidade nos contratos de trabalho, aconteceu o inverso do período anterior.

A mundialização do capital ocorreu com traços de liberalização do capital e desregulamentação das finanças, e com isso, houve um redirecionamento para os investidores, provocando uma tentativa de altos ganhos em um curto espaço de tempo.

[...] uma reformulação das estratégias empresariais e dos países no âmbito do mercado mundial de mercadorias e capital, que implica uma redivisão social internacional do trabalho (...) combinada ao processo de financeirização. (BEHRING e BOSCHETTI, 2008).

Concomitantemente aos processos anteriores, de reestruturação produtiva e mundialização financeira, as propostas neoliberais de reajuste, representadas por redução dos investimentos do Estado na esfera pública e aumento da carga tributária, principalmente à classe trabalhadora, são concretizadas.

A partir de então, um novo modo de produção e de gerir as políticas econômicas é instalado, bem como um novo modelo de relação entre Estado e sociedade civil.

Sob o neoliberalismo, reforma-se o Estado tanto dos países que se haviam organizado em moldes socialistas como os que sempre estiveram organizados em moldes capitalistas. Realizam-se a desregulamentação das atividades econômicas pelo Estado, a privatização das empresas produtivas estatais, a privatização das organizações e instituições governamentais relativas à habitação, aos transportes, à educação, à saúde e à previdência. (IANNI, 1998).

Essas mudanças na organização social e econômica no Brasil foram vistas tardiamente, a partir da década de 1990 e prolongam seus efeitos até os dias atuais. A burguesia, por meio de seu grande interesse em superar a crise e aumentar os lucros, não observou as consequências desse novo modo de

produção, sendo assim, a condição da classe trabalhadora ficou cada vez mais precária, acentuando as desigualdades sociais já existentes.

Por meio do grande avanço da tecnologia, houve a substituição do trabalho humano pelas máquinas de forma torrencial, contribuindo para o aumento do número de desempregados, que não foram assistidos por nenhuma política que lhes desse suporte nesse período de transição, do contrário, o Estado estava passando a intervir cada vez menos nas políticas sociais.

Com o aumento do desemprego e a mínima intervenção estatal, verificou-se o surgimento de novas expressões da questão social. Houve crescimento da pobreza, aumento da violência urbana, adoecimento mental e físico.

Pode-se perceber então que a relação entre intervenção do Estado e a situação da população torna-se desproporcional: no período em que se acentua o desemprego e a desigualdade social, a intervenção estatal nas políticas sociais passa a ser mínima. Há nesse período uma forte negligência do Estado, que passa a atuar nas expressões da questão social de forma focalizada, imediatista e seletiva, restringindo o acesso às políticas aos que se encontravam em situação de extrema pobreza. A terceirização dos serviços públicos para a iniciativa privada e o processo de privatizações, integrando a mercantilização da política de saúde pública, começa a ter maior proporção, tal qual prevê o projeto neoliberal.

2. O PROJETO NEOLIBERAL DE MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE

A década de 90 conformou legalmente a saúde pública e com a participação social assegurada por meio do controle social previsto na Lei 8.142/90. Entretanto, concomitantemente, ocorre a tentativa de implementar um processo de universalidade excludente, privatizado e mercantilizado da saúde, que decorre das mudanças econômicas e sanitárias em nível mundial e que, por meio do capital financeiro internacional, especialmente o Banco Mundial, influencia fortemente o Brasil.

Dentro dessa conjuntura, a política de saúde no Brasil, estava sendo disputada entre dois projetos extremos. De um lado, o projeto de setores

progressistas da sociedade e integrantes do processo de reforma sanitária, que defendem os princípios do SUS e do outro o projeto neoliberal, que corrobora com as reformas sugeridas pelo Banco Mundial.

O projeto do capital foi fortemente apoiado pela iniciativa privada, donos de hospitais e cooperativas, indústrias farmacêuticas e de equipamentos nacionais e internacionais, com aliados no governo. Esse projeto conseguiu influenciar a política de saúde e está apoiado no projeto neoliberal de assistência privatista, tal qual ocorreu no governo ditatorial.

As propostas neoliberais iam de encontro ao que estava proposto no SUS, e sendo assim, ficavam inseridas num contexto de desmonte da saúde pública para abertura do mercado. Entretanto, embora ocorresse essa ameaça sobre a universalidade e gratuidade do Sistema Único de Saúde, setores da sociedade se organizavam na defesa da saúde pública apoiados na ideia de participação social por meio das Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde e nos Conselhos de Saúde presente nas três esferas de governo: União, Estados e Municípios.

Por força da luta dos setores progressistas da sociedade, foi instituído na Carta Magna e nas Leis Orgânicas da Saúde projetos legais que abarcaram reformas que favorecem a classe trabalhadora. Porém, a efetivação do que está previsto nesses aparatos legais, tem sido cada vez mais difícil de ser executada, pois o projeto do capital para a saúde pública com influência do Banco Mundial, é expresso por meio de contrarreformas que operam no sentido regressivo de retirada de direitos conquistados pela população.

As reformas propostas e implantadas após meados da década de 90, eram apoiadas na limitação de intervenção estatal e requisitaram que a política de saúde no Brasil rompesse com o caráter universal do SUS, que ficava responsável apenas para atender à população mais empobrecida e que de nenhum modo poderia pagar pelos serviços ofertados na esfera privada. Desse modo, o modelo de saúde pública implementado tinha como foco apenas a oferta da atenção primária, e negligenciava os serviços de média e alta complexidade.

Durante esse período, também houve uma grande flexibilização da gestão de saúde, que tinha sempre como norte a relação entre custo e benefício; estímulo ao crescimento da rede privada de saúde; uma forte tendência à

privatização e terceirização dos serviços de saúde, com o repasse de dinheiro público para a iniciativa privada e com o advento das Organizações Sociais (OSs); e a transferência de responsabilização da gestão de saúde da esfera pública para agências e organizações particulares.

[...] o modelo das organizações sociais foi instituído no ordenamento jurídico brasileiro por meio da Lei 9.637, de 15 de maio de 1998, que concebeu o Programa Nacional de Publicização.

Assim, criou-se a oportunidade para que pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, em parceria com o Estado, prestem serviços públicos à sociedade num regime distinto da concessão ou permissão, porquanto o elo que vincula as organizações sociais e o Poder Público é o contrato de gestão, avença pela qual se viabiliza a administração por objetivos, onde prepondera os resultados alcançados ante os típicos controles formais que se verificam no regime jurídico de direito público.

Em seus vinte e cinco artigos, a Lei 9.637/98 dispõe sobre a qualificação das entidades civis sem fins lucrativos como organizações sociais, estabelece normas sobre o conselho de administração, contrato de gestão, sua execução e fiscalização, fomento às atividades sociais, desqualificação, participação popular, cessão de servidores públicos e dá outras providências. (Neto, 2002).

Segundo Behring, nos anos da década de 90 foi iniciada a contrarreforma do Estado e deram sequência de forma marcante as propostas neoliberais nas políticas sociais do Brasil por meio de uma série de medidas de desmonte e regressão das conquistas democráticas: planos econômicos que beneficiavam o pagamento da dívida externa, privatização de empresas estatais com incentivos e subsidiadas pelo Estado, redução no investimento dos setores sociais, redirecionamento das políticas sociais para atendimento focalizado, seletivo e descentralizado, que constitui o ideário neoliberal. Todo esse cenário estava sendo construído como uma forma de reorganizar o Estado e enquadrá-lo aos interesses do grande capital.

Esse processo de reorganização Estatal no Brasil, gerou a hipertrofia do Estado, ou seja, ele deixa de cumprir as suas reais funções administrativas e executivas, reduz o seu papel político e participativo, com o objetivo de favorecer à classe burguesa.

2.1. A Saúde Pública Brasileira de Collor à FHC

De acordo com Behring e Boscheti, a contrarreforma de Estado, foi gerada por fatores estruturais e conjunturais, e ganhou força durante os governos de Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso (FHC).

Com essa conjuntura de reestruturação estatal e implantação de um novo modelo de economia no Brasil, o Sistema Único de Saúde, que havia sido recentemente constituído e regulamentado, já estava sendo inserido em um cenário de desmontes e era impactado diretamente pelo projeto neoliberal que pretendia reorganizar as políticas sociais.

No que se refere à saúde pública, ela foi associada a lógica de aumento de produção própria do sistema capitalista, favorecendo assim, as empresas de iniciativa privada. Desse modo, surge então o projeto de privatização, que tem como objetivo fundamental mercantilizar os serviços de saúde, ou seja, vinculando a saúde pública ao mercado, transferindo a responsabilidade estatal de gestão e efetivação das políticas para as recém criadas Organizações Sociais.

Após a eleição de Collor para presidente, o país pôde presenciar um redirecionamento das funções estatais, influenciado pelo projeto neoliberal e pelo capital estrangeiro. O governo de Fernando Collor teve como característica a redução no investimento para os setores sociais, especialmente para a saúde, numa tentativa de sabotar a implantação do SUS.

O Governo Collor de Mello, foi o último país da América Latina a aderir e implementar o projeto político-econômico neoliberal, sistematizado doutrinariamente em 1989, de forma inequívoca, pelo chamado Consenso de Washington. (Filgueiras, 2003).

Com o crescimento da ofensiva neoliberal, que foi acentuada no governo supracitado, o modelo sanitário construído na década de 80 após a movimentação sanitária e promulgação da Carta Magna de 88, estava sendo desconstruído. A saúde pública passou a ser alvo de diversos ataques, tais como a mercantilização de seus serviços, por meio da primazia para as parcerias com as empresas privadas e a transferência dos serviços para o terceiro setor. A filantropia voltou a aparecer com mais ênfase com o objetivo de redução de custos. Nesse sentido, o conceito de que a saúde é um direito de todos, tal qual

prevê a Constituição Federal, voltava a ser substituída pela ideia de caridade e ajuda.

Apesar do contexto de desmonte, em 1992 houve a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), dando lugar ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), que configurou um avanço para a política de saúde e para a Seguridade Social.

Nesse período, também houve a promulgação da Norma Operacional Básica de 1993 (NOB 01/93), que foi criada para regulamentar a descentralização da gestão dos serviços de saúde nos três níveis de governo.

Art. 1º - Aprovar a Norma Operacional Básica - SUS 01/93, constantes do anexo único desta portaria, que regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e diretrizes para os investimentos no setor. (Brasil, 1993).

Após o governo de Itamar Franco, que assumiu o cargo de presidente após a renúncia de Collor durante seu processo de *impeachment*, iniciou-se o governo de Fernando Henrique Cardoso, que deu continuidade ao processo de privatizações e outros ajustes fiscais no país. Entretanto, o modelo neoliberal de governar, era ainda mais expressivo durante essa gestão.

2.2. A Gestão da Saúde Pública no Brasil Durante o Mandato do Partido dos Trabalhadores (De Lula à Dilma Rousseff)

A chegada do Partido dos Trabalhadores – PT, ao poder máximo do governo federal, de acordo com Behring, veio cercada de discussões, contradições e dilemas desde as campanhas eleitorais, pois, conforme afirmam os especialistas políticos, apesar caminhar para um Estado Social e optar por uma gestão de governo que beneficiava os mais pobres, apresentavam propostas de contrarreforma e ajustes, do mesmo modo que havia acontecido nas estratégias dos governos neoliberais anteriores.

O primeiro mandato do presidente Lula, foi marcado por medidas que causaram decepções no eixo populacional que lutava contra a hegemonia

burguesa no país. Em 2002, durante as eleições, o PT divulgou a “carta ao povo brasileiro”, que garantia segurança jurídica para as multinacionais e a proteção do tripé: metas de inflação, câmbio flutuante e superávit primário com altas taxas de juros. Seguindo essa ideia, os quatro primeiros anos de Governo Lula tiveram como prioridade as políticas neoliberais, arrocho fiscal, atuação mínima do Estado nas políticas públicas e sociais e pontos estratégicos dominados por representantes do capital internacional, tal como a presidência do Banco Central, Ministério da Fazenda e o Tesouro Nacional.

No segundo mandato, que foi de 2007 até 2010, o Governo do Presidente Luiz Inácio foi marcado por um novo modelo de desenvolvimentismo, que vinha atrelado ao Programa de aceleração do Crescimento (PAC). Esse programa incentivou a execução de várias obras com concessão de capital industrial e financeiro através do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), desse modo criava-se uma política econômica baseada no capitalismo que não oferecia riscos para as empresas, pois era financiada pelo fundo público brasileiro.

Apesar das contradições existentes durante os treze anos de governo do PT e do financiamento ao projeto neoliberal, os investimentos em políticas públicas e a criação de programas voltados para a saúde foram consideráveis e um apresentaram um grande avanço no Sistema Único de Saúde.

Foi criado pelo Presidente Lula em 2004 o Brasil Sorridente, programa que contava com equipes de odontologia trabalhando na Estratégia Saúde da Família de diversos municípios.

Foram criadas também durante o governo Lula as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), com o objetivo de suprir a carência de se ter um serviço intermediário entre os serviços de baixa complexidade nos postos de saúde e alta complexidade nas emergências e grandes hospitais.

Os governos Lula e Dilma também tiveram a preocupação com a ampliação de subsídios para medicamentos. Foi criada a Farmácia Popular, que consistia em uma rede gratuita de distribuição de medicamentos para as doenças crônicas mais comuns entre os brasileiros.

Podemos citar o ‘Mais Médicos’, um dos programas mais importantes na história do SUS.

O Programa Mais Médicos foi introduzido no Brasil em julho de 2013, como parte de uma série de medidas para combater as desigualdades de acesso à atenção básica resolutive. O programa foi estruturado em três eixos de ação. O primeiro é o investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, particularmente nas unidades básicas de saúde. O segundo é a ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência médica no país. O terceiro, intitulado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), é o de provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis. (Oliveira et al, 2015).

É importante ressaltar que, apesar dos avanços existentes nesse governo, eles não foram suficientes para acompanhar as demandas das populações marginalizadas e que se encontravam em situação de vulnerabilidade social e econômica.

O projeto de avanços no campo da saúde proposto pelo governo do Partido dos Trabalhadores, foi colocado em risco por meio do golpe midiático, jurídico e parlamentar, que teve como consequência o afastamento de Dilma Rousseff do cargo de presidente da república. Após o *impeachment* da presidente, assumiu em seu lugar o vice Michel Temer, dando início à uma série de desmontes sociais.

2.3. O Projeto de Desmonte da Saúde Pública de Michel Temer à Jair Bolsonaro

Em 2016 Michel Temer chega ao poder após a saída de Dilma Rousseff e da falência e da inabilidade do Partido dos Trabalhadores e do projeto lulista de manter uma boa articulação com grupos que até então eram aliados.

O governo de Temer retoma o projeto político ultra neoliberal em favor de novas possibilidades de acumulação, do grande capital, e da classe dominante do Brasil. Assim, são criadas novas medidas de restrição de direitos sociais com impactos diretos na saúde e no SUS.

Dentre as ações que foram criadas no governo Temer para garantir a expansão do neoliberalismo no Brasil, podemos citar o projeto de reforma trabalhista, da previdência social e do novo regime fiscal, que congela os gastos

públicos por vinte anos. Nesse sentido, a camada populacional mais afetada por tais “reformas”, seria mais uma vez, a classe trabalhadora.

Durante esse processo de desmonte social, houve um apoio dos grandes aparelhos midiáticos brasileiros, que buscavam legitimar tais mudanças, objetivando convencer a população da necessidade de adesão a tal projeto. O discurso de que o Brasil estava em crise, e que as reformas se mostravam necessárias para a manutenção e crescimento da economia do país, era uma forma de justificar a retirada de direitos que estava sendo proposta e implementada pelo presidente Michel Temer.

Tratando-se especificamente da saúde, as propostas apresentadas consistiam basicamente em uma negação do SUS. Ganhava força a institucionalização dos planos populares e privados de saúde, enquanto era implantado um projeto de privatização desmedida, reduzindo as obrigações estatais no âmbito da prestação de serviços e transferindo essa responsabilidade para o mercado. Para legitimar tais ações, crescia o discurso privatista, que afirma a inabilidade do SUS em gerenciar as políticas de saúde, ao passo que mostrava um mercado pronto para solucionar esse problema.

Esse conceito de inoperabilidade do SUS, nasce justamente por meio da ideia: sucatear para privatizar. Onde a gestão governamental deixa de investir recursos nos setores públicos para que estes se apresentem para a população como ineficazes e ineficientes, e a adesão ao projeto privatista seja ainda maior e amplamente justificada.

As propostas lançadas por Michel Temer eram corroboradas por Ricardo Barros, nomeado ministro da saúde pelo presidente. O ministro entendia como fundamental a implantação da saúde privada e saía em defesa dos planos de saúde, destacando durante suas falas a impossibilidade de manutenção do SUS de acordo com o que está previsto na constituição.

Vamos ter que repactuar, como aconteceu na Grécia, que cortou as aposentadorias, e em outros países que tiveram que repactuar as obrigações do Estado porque ele não tinha mais capacidade de sustentá-las [...]. Nós não vamos conseguir sustentar o nível de direitos que a Constituição determina [...]. Não estamos em um nível de desenvolvimento econômico que nos permita garantir esses direitos por conta do Estado (FOLHA DE SÃO PAULO, 2016).

A organização do governo Temer com o mercado empresarial de saúde, também pode ser vista no modo como foi recebido o 'Coalizão Saúde Brasil', que consistia em "uma agenda para transformar o sistema de saúde". O documento foi elaborado em 2017 pelo Instituto Coalizão Brasil, composto por representantes da área, com o objetivo de construir um novo sistema de saúde para o Brasil. Nesse documento estão compiladas ideias de que os setores público e privado precisam criar uma rede integrada para prestação de saúde, entretanto, que nessa integração seja mais relevante a participação da iniciativa privada, apresentando uma nova forma de gestão da saúde.

Em 2018, com a Eleição de Jair Bolsonaro, a situação do sistema de saúde no Brasil, é cada vez mais colocada em xeque.

O desmonte do SUS é um processo de longo prazo, mas que se tornou mais intenso com o governo Bolsonaro. Para além do SUS, o que ocorre no governo em vigência são políticas voltadas à precarização das condições de vida e saúde da população, ou seja, políticas para a morte. (Weiller, 2019).

A situação de compressão orçamentária na área da saúde brasileira nos dias atuais, teve início, principalmente, durante o processo de disputas políticas que o Brasil tem vivido nos últimos anos. As primeiras medidas contra a saúde na contemporaneidade foram dadas por meio de Michel Temer, que plantou o golpe de Estado em 2016 e seguem sendo mantidas por Bolsonaro desde seu primeiro dia de Mandato.

A estrutura do Ministério da Saúde foi alterada, sendo subdividido em duas secretarias: a de Atenção Primária à Saúde e a de Tecnologia da Informação – departamento de saúde digital. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa foi extinta e suas atribuições foram repassadas para um departamento vinculado à Secretaria Executiva.

No primeiro mês de mandato, o governo do presidente Bolsonaro, representado pelo então ministro da saúde Henrique Mandetta, afirmou no Conselho Nacional de Saúde (CNS) que era necessário combater os grandes gastos e a corrupção no sistema de saúde indígena e anunciou uma proposta de municipalização das ações relativas aos povos indígenas, transferindo sua responsabilidade institucional para os municípios.

Em relação à política de saúde mental, é importante destacar a divulgação de um documento que gerou preocupação em setores da sociedade que fazem parte da luta anti - manicomial. A Nota Técnica nº 11/2019 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas trazia em seu conteúdo a redução da relevância dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps); o fortalecimento das 'Comunidades Terapêuticas', que já foram alvo de críticas por não oferecerem resultados efetivos e tratamento humanizado; liberação da compra de aparelhos de eletro choque, fortalecendo o aspecto manicomial e indo de encontro a tudo aquilo que havia sido proposto no processo de reforma psiquiátrica³.

Dentre as diversas medidas de desmonte da saúde pública propostas por Bolsonaro, podemos citar a desestruturação de um dos maiores programas de saúde realizados no Brasil, o chamado Mais Médicos.

Após a Posse de Jair Bolsonaro, esse programa foi substituído pelo programa Médicos pelo Brasil, que tem como objetivo recuperar a hegemonia da categoria dos médicos, erradicação da participação popular, privatização na assistência e na gestão do programa, bem como a flexibilização das formas de contratação de profissionais. O programa se apresenta como mais uma forma de transferência de fundo público⁴ para o setor privado, e mercantilização da saúde pública por meio das propostas privatizantes. As medidas de reestruturação desse programa são pautadas pelos ideais de modernização, avanço e desenvolvimento a serviço apenas da expansão do capital. Entretanto, o que de fato aconteceu foi o desmonte do programa, com a saída dos médicos Cubanos, após uma série de acusações do presidente, e da impossibilidade de permanência dos médicos brasileiros.

Em relação à Emenda Constitucional - EC 95, implementada no governo de Michel Temer, que prometia congelar os gastos públicos em despesas

³ A reforma psiquiátrica foi um movimento dos trabalhadores de saúde mental por uma sociedade sem manicômios. Tinha como objetivo a desospitalização e a inserção do doente mental na sociedade.

⁴ O fundo público envolve toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia, além do próprio orçamento, as empresas estatais, a política monetária comandada pelo Banco Central para socorrer as instituições financeiras etc. A expressão mais visível do fundo público é o orçamento estatal. No Brasil, os recursos do orçamento do Estado são expressos na Lei Orçamentária Anual (LOA) aprovada pelo Congresso Nacional. (Salvador, 2010).

básicas como saúde e educação, foi mantida no governo Bolsonaro. Entretanto, o que era uma promessa de congelamento, se apresenta como queda nos recursos de saúde.

De acordo com Francisco Funcia, pesquisador de economia da saúde e consultor do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a EC 95 não preserva os recursos da saúde, ou seja, não congela. Ele diz que a medida não leva em consideração que as necessidades de saúde da população crescem e significa não realocar a célula do crescimento da receita para atender estas necessidades crescentes de saúde da população.

Em vez de crescer o gasto público federal per capita em saúde, tem-se retirado investimentos, considerando que a população está crescendo e que a população está envelhecendo e, portanto, existe uma curva crescente dos custos de saúde associados ao envelhecimento. (Francisco Funcia, 2020).

Ele ainda ressalta que a Emenda tem causado ainda mais sucateamento ao SUS.

Nessa perspectiva de redução gastos públicos e de retirada do Estado na economia e na redistribuição de renda, que é disso que se trata as políticas sociais universais cumprem esse papel. Você aumenta o gasto privado das famílias e acelera o movimento de privatização simultaneamente a uma queda do gasto público e simultaneamente a uma piora do quadro epidemiológico. Então você vê claramente que o bem-estar social das famílias e dos trabalhadores piorou, você pode verificar isso quando você olha o aumento da pobreza e o próprio aumento da desigualdade. (Francisco Funcia, 2020).

Por meio da redução de gastos em setores essenciais para a sociedade, que a situação desigual da classe trabalhadora vai sendo cada vez mais acentuada. O Estado deixa de cumprir seu papel como garantidor de serviços integrais, agindo de forma imediatista e focalizada para acelerar o movimento de privatização. É nesse cenário que as expressões da questão social vão tendo novos desdobramentos.

2.4. Os Impactos do Projeto Neoliberal e do Covid-19 para a Saúde Pública Brasileira

Como já é sabido, os governos neoliberais ao longo dos anos têm sucateado a saúde pública com o objetivo de terceirizar e privatizar os serviços garantindo lucros para as grandes empresas privadas.

Era de se esperar que o governo do atual presidente, Jair Messias Bolsonaro, não fosse diferente dos anteriores e continuidade, com ainda mais ênfase, ao processo de desmonte do SUS. Contudo, durante o atual governo houve ainda uma agravante: a pandemia causada pela covid – 19.

O novo corona vírus (covid – 19), deu seus primeiros sinais ainda no ano de 2019, quando no dia 31 de dezembro, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China, o que na verdade já se tratava da manifestação do vírus. A crise sanitária decorrente da doença ganhou escala global e imediatamente os países começaram a desenvolver estratégias de controle e combate à covid. Entretanto, o mesmo não ocorreu no Brasil, que foi omisso e desinteressado em minimizar as consequências do vírus.

Marcado pelo negacionismo e pelas propostas de cura ineficazes e sem comprovações científicas, o governo Bolsonaro agravou a situação da pandemia no Brasil, provocou um colapso dos hospitais públicos e particulares e conseqüentemente a morte de milhares de brasileiros.

De acordo com os dados obtidos durante as investigações da CPI da covid, processo investigativo para apurar os esquemas de corrupção e crimes de responsabilidade ocorridos durante a pandemia, ficou constatado que o presidente Jair Bolsonaro recusou ofertas formais para compra de vacinas onze vezes, sendo sete dessas negativas dadas ao Instituto Butantam, referente à Corona Vac; três ofertas para a compra de setenta milhões de doses da vacina Pfizer por metade do preço pago pela Europa e Estados Unidos, foram negadas; e ainda duas vezes em que Jair Bolsonaro negou a participação no consórcio para a compra da Covaxi Facility.

Bolsonaro iniciou banalizando os efeitos do vírus comparando-o à “uma gripezinha”; banalizou a morte de milhares de brasileiros e ironizou a pergunta de um jornalista em relação ao número crescente de mortos por covid, “eu não sou coveiro”; mostrou sua ineficiência diante do número de mortes “E daí, quer que eu faça o que?”, “O Brasil está quebrado, eu não consigo fazer nada”; negou

a ciência, atrasou e recusou a compra de vacinas “se tomar vacina e virar jacaré, eu não tenho nada a ver com isso”.

Um estudo feito pelo IEPS (Instituto de Estudos para Políticas de Saúde), com base no PLOA (Projeto de Lei Orçamentária), aponta que os recursos previstos para o Ministério da Saúde em 2022 são os menores desde 2012. Os gastos com a área estagnaram nos últimos 10 anos, e os valores propostos para podem prejudicar diretamente a capacidade de investimentos da Saúde, além de serem insuficientes para manter os serviços da Atenção Primária, considerada a principal porta de entrada para o SUS.

Em valores reais, a proposta orçamentária do Ministério da Saúde cresceu 1% – R\$ 1,4 bilhões – em relação à de 2021, alcançando uma dotação de R\$ 147,4 bilhões. Tal variação inclui os recursos destinados ao combate à pandemia em 2022, aproximadamente R\$ 7,1 bilhões. Quando desconsideramos esses gastos, identificamos um valor substancialmente menor à proposta de orçamento de todos os anos entre 2012 e 2021, cerca de R\$ 140 bilhões. (IEPS, 2021).

Figura 1

Os recursos para saúde não evoluíram significativamente desde 2012

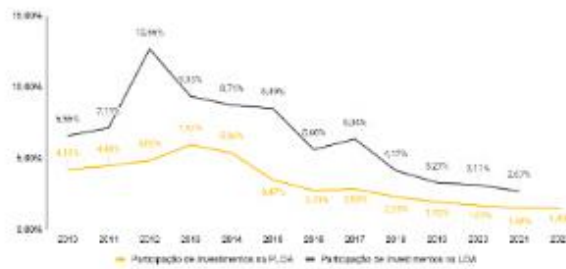


Fonte: SIAFI.

[...] O valor real total do PLOA 2022 é similar ao de 2012, e 5% menor que o de 2019. Ainda assim, a proposta marcou uma interrupção na queda contínua do montante proposto pelo Ministério desde 2018. (IEPS, 2021).

Figura 2

Participação dos investimentos cai ano a ano, e depende das emendas parlamentares



Fonte: SIAF.

Figura 3

A menor participação da saúde na proposta orçamentária dos últimos anos



Fonte: SIAF.

[...] Entretanto, em termos proporcionais, a Saúde apresentou a menor participação na proposta orçamentária total do Governo Federal dos últimos 10 anos, 3,19%. (IEPS, 2021).

Diante desses dados, ao analisar as falas do presidente, as inúmeras trocas de ministros da saúde durante uma pandemia, a omissão e ineficiência da sua gestão para minimizar os impactos da covid 19, e ainda os baixos investimentos em saúde pública, que o governo Bolsonaro não tem interesse ou preocupação com a saúde da população.

A falta de priorização do sistema sanitário diante de uma situação de pandemia, onde são necessárias medidas em caráter de urgência, Bolsonaro demonstrou sua inércia, seu desinteresse em investir recursos na saúde, na promoção de medidas de combate ao vírus e na compra de vacinas, ainda que isso custasse a vida de milhares de brasileiros.

Pode-se constatar que, mais grave que o governo de seu antecessor, Michel Temer, o governo de Jair Bolsonaro não mantém apenas uma política de sucateamento do SUS para favorecer o grande capital, como também uma política de morte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o estudo desse trabalho podemos perceber que a criação de um sistema de saúde minimamente preocupado em atender às necessidades da população, passou por diversas alterações e entraves.

Após sair da inexistência de um modelo de atenção à saúde, e passar por pequenos ajustes, que aos poucos foram criando um modelo capaz de suprir, ainda que de forma parcial, as demandas relacionadas à saúde presentes no país de acordo com cada período societário, chegamos à constituição do modelo de gestão da saúde que possuímos hoje, marcado pela criação do Sistema Único de Saúde e expresso na Constituição Federal, que tem o objetivo de ampliar e universalizar o acesso aos serviços de saúde.

Entretanto, conforme foi visto, o modelo de gestão neoliberal tem ao longo dos anos se dedicado a desconstruir tudo aquilo que está proposto nas bases legais que institucionalizam e regulamentam o SUS. Tendo ainda mais ênfase a partir da década de 90, com o início do governo de Fernando Collor de Mello, as políticas neoliberais têm cada vez mais mercantilizado a saúde pública por meio de concessões a empresas privadas e transferência da responsabilidade do Estado para instituições que visam a obtenção de lucros.

Durante o governo do partido dos trabalhadores, que tinha como característica a valorização de classes mais subalternas da sociedade, houve pequenos avanços para a saúde pública, ao contrário do que havia acontecido nos governos anteriores. No entanto, tais avanços não foram capazes de atender as demandas da população, pois ainda continuavam inseridos num contexto neoliberal de desmonte e mercantilização da saúde.

Por meio do governo de Michel Temer e atualmente com a presidência de Jair Bolsonaro, o conceito ultra neoliberal tem sido cada vez mais presente, através de reformas que retiram direitos da população, retorno de ideais conservadores, reaparecimento com maior força da saúde como forma de filantropia e aparecimento como maior força do discurso que valoriza as instituições privadas como mais capacitadas para assumir a responsabilidade pela atenção à saúde pública.

Portanto, é preciso que a sociedade civil esteja organizada e atenta às formas de desestruturação de um direito que é tão caro para a população. É

necessário que o povo brasileiro esteja pronto para cobrar e lutar, por aquilo que é que foi constituído e garantido através de anos de movimentação social.

REFERÊNCIAS

BARROS, M. E. D. **O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde**. In: Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1994.

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2009 (Biblioteca Básica de Serviço Social, v.2.)

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

BRASIL. **Lei nº 2.743, de 6 de março de 1956**. Cria o Departamento Nacional de Endemias Rurais no Ministério da Saúde e dá outras providências. Rio de Janeiro. 6 de março de 1956.

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais e de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica – SUS 01/1991**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica – SUS 01/1993**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica – SUS 01/1996**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. 1986.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016**. Brasília (DF), 2016a.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo, Cortez: 1996.

BRAVO, M. I. S. Prefácio. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas: Papel Social, 2013.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. **A saúde nos governos Temer e Bolsonaro**: o SUS totalmente submetido ao mercado. Anais CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16. Brasília, 2019.

CMO, Fonseca. **Saúde no governo Vargas (1930-1945)**: dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

COALIZÃO SAÚDE BRASIL. **Coalizão Saúde Brasil**: uma agenda para transformar o sistema de saúde. São Paulo: Coalizão Saúde Brasil, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Grupo de trabalho Serviço Social na saúde. Brasília, 2009.

CORREIA, Maria Valéria Costa (Org.). **Política de Saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado**: desmonte do SUS público, estatal e universal. Maceió: Edufal, 2018.

CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos (Orgs.). **Reforma Sanitária e Contrarreforma da Saúde**: interesses do capital em curso. Maceió: EDUFAL, 2015.

CORREIA, M.V.C.; SANTOS, V. M.; SILVA, J.J. L.; **Política de Saúde e desmonte do SUS no Governo Temer**. Ser Social v. 23, n. 48. Brasília. 2021.

Direitos Humanos no Brasil 2019. **Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos**. Org. Daniela Stefano e Maria Luiza Mendonça. Outras Expressões, 1. Ed. São Paulo. 2019.

Edler, Flavio Coelho. **Saúde e Higiene Pública na Ordem Colonial e Joanina**. O Arquivo Nacional e a História Luso-brasileira. Disponível em: <http://www.historiacolonial.arquivonacional.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5120&Itemid=372>. Acesso em: 27 mai. 2021.

FALEIROS, Vicente P. **A Política Social do Estado Capitalista**. São Paulo: Cortez Editora, 1980.

Faria, M., Nobre, V., Tasca, R. e A. Aguillar. (2021). **A Proposta de Orçamento para Saúde em 2022**. Nota Técnica n. 23. IEPS: São Paulo.

Filgueiras, Luiz. **O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico**. En publicación: Neoliberalismo y sectores dominantes. Tendencias globales y experiencias nacionales. Basualdo, Eduardo M.; Arceo, Enrique. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires. Agosto 2006. ISBN: 987-1183-56-9 Disponível em: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/basua/C05Filgueiras.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2021.

Gil, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

Guidini, Cristiane. **Abordagem histórica da evolução do sistema de saúde brasileiro: conquistas e desafios**. Centro de Educação Superior do Norte do RS. Rio Grande do Sul. 2012.

Harvey, David. **Os Limites do Capital**. Boitempo. São Paulo. 2013.

Hirdes, Alice **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. Scielo Brasil. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>>. Acesso em: 28 mar. 2022.

IANNI, Octavio. **Nação: província da sociedade global?** In: *Território: globalização e fragmentação*[S.l: s.n.], 1998.

Ministério da Saúde. **NOTA TÉCNICA Nº 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Brasília. 2019.

Ministério da Saúde. **Resolução n. 407, de 12 de Setembro de 2008. Dispõe sobre as atribuições do Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/regimento.htm>. Acesso em: 13 mar. 2021.

Ministério da Saúde. **Resolução n. 407, de 12 de Setembro de 2008. Dispõe sobre as atribuições do Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/regimento.htm>. Acesso em: 13 mar. 2021.

NETTO, José Paulo. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal**. São Paulo: Cortez, 1993.

Oliva, Gabriela. **251 Mil Mortes por Covid: Relembre as falas de Bolsonaro sobre a Pandemia**. Poder 360, 2021. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/1-ano-de-covid-no-brasil/251-mil-mortes-por-covid-relembre-as-falas-de-bolsonaro-sobre-a-pandemia/>>. Acesso em: 17 set. 2021.

Oliveira, Felipe Proença de. Et al. **Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional**. Scielo Brasil. Botucatu, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/KjzqwvYhM4NRvdDCyRJVkD/?lang=pt>>. Acesso em: 16 set. 2021.

Paiva, Carlos Henrique Assunção. Teixeira, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. Scielo Brasil. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 16 mar. 2021.

Poder 360. **Governo Bolsonaro recusou vacina a 50% do valor pago por EUA e Europa.** Poder 360. Junho, 2021. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/governo/governo-bolsonaro-recusou-vacina-a-50-do-valor-pago-por-eua-e-europa/>>. Acesso em: 17 set. 2021.

Poder 360. **Recursos previstos para a Saúde em 2022 são os menores desde 2012.** Poder 360, 2021. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/brasil/recursos-previstos-para-a-saude-em-2022-sao-os-menores-desde-2012/>>. Acesso em 03 dez. 2021.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil:** uma pequena revisão. 2006.

Salvador, Evilasio. **Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 104, p. 605-631, out./dez. 2010.

SCHREIBER, Mariana. **Rejeição de 70 milhões de doses da Pfizer por gestão Bolsonaro será novo foco da CPI da Covid.** BBC News Brasil. Brasília, 2001. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57018138>>. Acesso em: 10 jan. 2022.

SILVA NETO, Belarmino José da. **Organizações sociais: a viabilidade jurídica de uma nova forma de gestão compartilhada.** Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 7, n. 59, 1 out. 2002. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/3254>. Acesso em: 22 nov. 2022.

SILVA, Edna Maurício da; BIZERRA, Fernando de Araújo. **Complementariedade invertida no SUS:** o apoio do Estado brasileiro ao setor privado de saúde. II seminário nacional de Serviço Social, trabalho e políticas sociais. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2017.

Silveira, Antônio Carlos e Pimenta Junior, Fabiano. **A inserção institucional do controle da doença de Chagas.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [online]. 2011, v. 44, suppl, pp. 19-24. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0037-86822011000800004>>. Acesso em: 28 mar. 2022.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na Política de Saúde e o SUS hoje:** impactos e demandas ao serviço social. 2010. 209p. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, 2010.

Souza, Marina Duarte de. **Orçamento da Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por conta da Emenda do Teto de Gastos.** Brasil de Fato. São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2020/02/21/orcamento-da-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-conta-da-emenda-do-teto-de-gastos>>. Acesso em: 13 jan. 2021.

RIBEIRO, Paulo Silvino. **O início das políticas públicas para a saúde no Brasil: da República Velha à Era Vargas.** Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilestola.uol.com.br/sociologia/o-inicio-das-politicas-publicas-para-saude-no-brasil-republica.htm>. Acesso em: 27 mai. 2021.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil.** Brasília: Ipea, 2016.

Weiller, José Alexandre Buso. **O Desmonte do SUS em Tempos de Bolsonaro.** DIREITOS HUMANOS NO BRASIL 2019: Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos/ Organização: Daniela Stefano e Maria Luiza Mendonça. - - 1.ed. – São Paulo: Outras Expressões, 2019.

Westin, Ricardo. **Primeira lei da Previdência, de 1923, permitia aposentadoria aos 50 anos.** Agência Senado. 2019. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/primeira-lei-da-previdencia-de-1923-permitia-aposentadoria-aos-50-anos>. Acesso em: 14 jan. 2021.