

## **A POLÍTICA DE SAÚDE EM TEMPOS DE CONSOLIDAÇÃO NEOLIBERAL: entre a ressignificação e o desmonte dos direitos**

**Lidiany de Lima Cavalcante**

Universidade Federal do Amazonas/PPGSCA

[llidiany@yahoo.com.br](mailto:llidiany@yahoo.com.br)

**Ária Maria Mendes de Carvalho**

Universidade Federal do Amazonas/ PPGSS

[ariamariacarvalho@gmail.com](mailto:ariamariacarvalho@gmail.com)

---

### **RESUMO**

A construção da política de saúde como proposta de universalização de direitos, data a partir da Constituição Federal de 1988 na realidade brasileira. A partir daí, a saúde deixa de ser elencada através de políticas contributivas entrelaçadas com a previdência e permeia o viés da construção de um protagonismo que apresenta como base as propostas da Reforma Sanitária, a qual desenhou os pilares do Sistema Único de Saúde. Apesar do avanço, a proposta da universalização do direito à saúde, assumida através da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), atua na contracorrente do ideário neoliberal alicerçado no Brasil a partir dos anos de 1980. Com esse aporte, o estudo se propõe a analisar como a política de saúde se plasma em tempos de consolidação neoliberal e reflete-se frente ao mercado, haja vista que a saúde é uma das políticas com maior potencial para a focalização e consequente privatização. Os procedimentos metodológicos enfatizaram uma pesquisa exploratória de base analítica marxista, visto que o referido método elenca a compreensão da realidade pelos apontamentos de contrastes sociais que fomentam as expressões da Questão Social, oriundas de uma sociedade capitalista excludente. Evidenciou-se assim as análises sociais, econômicas e históricas da política de saúde entre os anos de 1970 do século XX até o início do século XXI. Diante desses ensejos, os resultados apontaram que há um real desmonte das políticas de saúde no que tange aos direitos assegurados, o que pode ser caracterizado pelos elementos que levaram a precarização dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde. Outro ponto relevante aponta-se no fato de que há também, a existência de um fenômeno que evidencia a ressignificação dos referidos direitos, a partir da construção de uma crise de políticas públicas, a qual a saúde também emerge e que traz a consequência da precarização e focalização. Tais contextos não evidenciam o completo desaparecimento da política, mas sim a sua ressignificação no que tange a construção de direitos não assegurados. Nesse ensejo, o Sistema Único de Saúde continua a garantir sua existência na realidade brasileira, mas reflete ao mesmo tempo as demandas de um mercado que coloca a saúde como plano secundário na questão pública, coisifica os sujeitos (usuários) de um serviço, e apresenta como estratégia a focalização e precarização, em um universo em que a dinâmica da realidade reclama lacunas históricas de inclusão pelos pilares da saúde pública, como mola propulsora da participação social e concretização de direitos.

**Palavras-chave – Política de Saúde, Neoliberalismo, Direitos**

### **ABSTRACT**

The construction of health policy as proposed universalization of rights date from the Constitution of 1988 in the Brazilian reality. Since then, health is no longer viewed through contributory pension policies intertwined with and permeates the construction of a role, which shows how the basis of the proposed Health Reform, which designed the pillars of the Health System bias. Despite progress, the proposal of the universal right to health, covered by the Organic Health Law (8080/90), acts on the grounded counter neoliberal ideas in Brazil from the 1980s With this contribution, the study proposes analyze how health policy is shaped in times of neoliberal consolidation and reflected against the market, given that health comes from the policy with the greatest potential for targeting and subsequent privatization. The methodological procedures emphasized exploratory research of Marxist analytical basis, since that method lists the understanding of reality by notes of social contrasts that encourage expressions of Social

Issues arising from an exclusionary capitalist society. It was evident then, the social, economic, cultural histories and analyzes of health policy in the 1970s of the twentieth century to the early twenty-first century. Given these opportunity, the results indicated that there is a real dismantling of health policies regarding the rights ensured, which can be characterized by the elements that lead to instability of the services offered at the Health System bias. The Contribute Another relevant point the fact that there is also the existence of a phenomenon that reflects the new meaning of those rights, from the building of a culture of public policy crisis, which also emerges health and that brings the consequence of insecurity and targeting. Such elements do not emphasize the complete disappearance of politics, but his reinterpretation regarding building rights uninsured. In this opportunity, the Health System continues to ensure its existence in the Brazilian reality, but at the same time reflects the demands of a market that puts the health plan as a secondary issue in public, reifies subjects (users) of a service, and presents a strategy of focusing and instability in the universe in which the dynamics of reality complains historical gaps include the pillars of public health, as a springboard for social participation and fulfillment of rights.

**Keywords – Healthcare, Neoliberalism, Political Rights.**

## INTRODUÇÃO

Historicamente, a Política de Saúde no Brasil nunca foi alvo de planejamento primário. Entre lutas e resistências, a saúde só entra efetivamente no cenário brasileiro a partir do século XX, já que antes o país ressoava apenas em movimentos campanhistas e de modalidades paliativas de atendimento à população.

Somente com o alicerce da Carta Magna de 1988, o cenário composto por ideais de universalização começam a trilhar caminhos de consolidação voltados para uma realidade em que a saúde se faz como direito de todos e dever do Estado. A situação parece mais confortável, mas o fantasma do neoliberalismo, ao adentrar no contexto brasileiro, assevera que a consolidação do Estado mínimo precisava ser feita.

Tal aporte ressalta a relevância desse estudo, que se propõe a analisar como a política de saúde se plasma em tempos de consolidação neoliberal e reflete-se frente ao mercado, o qual se faz em face ao capitalismo excludente em várias expressões da Questão Social.

Sabe-se que os ideais da Reforma Sanitária ponderados por Bravo (2008) asseguravam um modelo de saúde acessível e com propostas de atendimento integral a todos, entretanto o foco neoliberal canaliza para um entendimento diferenciado dos rumos relacionados às Políticas Públicas no país.

Para a consolidação da reflexão, os procedimentos metodológicos trazem a ênfase da análise marxista, haja vista que a compreensão da resignificação das Políticas Públicas pela apreensão de questões relacionadas ao eixo socioeconômico, se apresenta com determinantes, os quais são responsáveis pela configuração e desenho da saúde pública pelos moldes que se efetivam no início do século XXI.

A partir daí, a Lei 8.080/90 recebe significados diferenciados, sob o viés das possibilidades de privatização e focalização para a população mais vulnerável, que não pode recorrer ao mercado para a busca de um serviço completo de atendimento e acompanhamento da saúde.

Assim, o retrato da exclusão e do desmonte se efetiva frente ao cenário da Política de Saúde brasileira, o qual demanda a compreensão histórica, que será efetivada *a posteriori*, para se chegar até as reflexões que cercam e limitam a política de saúde no contexto contemporâneo.

## Retratos Históricos da Política de Saúde

Ao se pensar na história da saúde no Brasil, pondera-se uma demasiada quantidade de lacunas, visto que o contexto relegado à referida política esteve ancorado no plano secundário.

Antes do século XX, por exemplo, visualizávamos apenas estratégias paliativas e campanhistas, sem enfatizarem uma base interventiva efetiva no Brasil.

Já no século XX, assistiu-se as lutas dos trabalhadores, principalmente europeus e asiáticos, que no movimento operário que se fez no período de transição da economia agroexportadora para a urbano industrial, exerceu papel de protagonista nas conquistas pelos primeiros direitos trabalhistas.

Entre lutas e reivindicações, assistimos ao surgimento das CAP's (Caixas de Aposentadorias e Pensões), reconhecidas pela Lei Eloy Chaves em 1923 (COHN, 1996). A referida legislação ofereceu suporte para dar os primeiros passos na oficialização da previdência social no Brasil. A saúde surge então alicerçada na previdência, o que perfaz com que o direito à saúde, principalmente na modalidade curativa seja imbricada com a contribuição direta.

As caixas de aposentadorias e pensões eram financiadas pelas empresas e trabalhadores, o objetivo era diminuir as tensões sociais através prestação de assistência médica e aposentadoria com dignidade.

A posteriori, as CAP's foram substituídas pelos IAP's (Institutos de Aposentadorias e Pensões), onde se institucionalizou a demanda, com aporte de financiamento advindo dos empregados, empregadores e Estado. Formou-se então o tripé no que tange a organização dos serviços e ampliação das categorias participantes (BRAVO, 2008).

Durante a década de 1960 do século XX, a saúde despontou como problemática social de cunho mais evidente. Os atendimentos não acompanhavam o processo de urbanização e industrialização, mas a saúde curativa ainda era direcionada somente a quem podia financiá-la através da contribuição do seguro previdenciário. Os demais atores sociais dependiam de hospitais filantrópicos que dispusessem a realização do atendimento. Na supracitada década, verificamos ainda o processo de unificação dos IAP's e o surgimento do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), na busca de tecer diretrizes diferenciadas na seguridade social brasileira, contudo tratava-se de outro retrato da focalização apenas para os trabalhadores que contribuíam.

Bravo (2008) ressalta que:

Em face da 'questão social' no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões e conseguir legitimidade sobre o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2008 p. 93).

A década de 1970 foi marcada ainda pelo processo de uma crise do sistema capitalista. A reflexão da crise apresenta o fenômeno da reestruturação produtiva, que de acordo com Antunes (2010) fomentou o alicerce para a superação do modelo fordista e a ascensão do toyotismo, o qual preconiza a redução de pessoal e enxugamento das organizações e a exploração mais efetiva da mão de obra. Como consequência, verificou-se a redução do número de postos de trabalho, o elevado desemprego e o surgimento do profissional multifacetado, com demasiadas responsabilidades frente ao novo panorama que surgia.

O cenário socioeconômico atingiu diretamente a previdência social e conseqüentemente a saúde no Brasil. A redução de empregos fez emergir com maior evidência, uma categoria vulnerável: os desempregados.

Com a ausência do acesso à saúde pelos véus da medicina curativa, a classe que vive do trabalho amargou lacunas e problemáticas características relacionadas às políticas de saúde, onde a população sem acesso cresceu como demanda que reclamava ao Estado, providências para a inclusão das estratégias curativas na saúde pública, que até então era responsável pela prevenção.

Em paralela espacialidade temporal, surgia no Brasil da década de 1970 o movimento da Reforma Sanitária, o qual cresceu com a participação dos trabalhadores da saúde, profissionais que ultrapassaram a esfera corporativista para lutar e defender melhores condições de saúde na realidade brasileira.

Os debates ampliaram ideias e propostas de um processo que enfatizava a democratização da saúde no país, com acesso para todos os cidadãos, independente de contribuição.

Sobre isso Bravo (2008) ressalta que além da garantia do acesso, trabalhou-se a concepção de saúde como direito social, com uma estrutura alicerçada sobre o viés de um Sistema Unificado de Saúde, com ordenamentos consistentes, descentralização de decisões e repasse de recursos não mais oriundos do Ministério da Previdência Social, mas da Saúde, sendo direcionado às secretarias estaduais e municipais.

A Reforma Sanitária foi um processo que possibilitou não apenas a visibilidade de um direito, mas outras faces conforme a análise de Cohn (1992):

A reforma sanitária brasileira caracteriza-se por ter sido um movimento que, no interior do processo de uma transição democrática conservadora, teve como foco central o Estado e a conquista da presença de seus preceitos no aparato institucional. Nesse sentido, diversamente da experiência italiana, foi uma movimento de cima para baixo, que teve como suporte intelectual a construção de um saber militante calcado em grandes marcos teóricos, privilegiando as instituições e a organização do aparato institucional da saúde em detrimento do movimento real da sociedade. (COHN, 1992, p.72).

Outra característica relevante da proposta se fez através da desconstrução da saúde vista apenas como ausência de doença. O movimento da Reforma Sanitária pondera a saúde sobretudo pelos pilares das Ciências Sociais como contribuição, haja vista que se utiliza do referencial marxista para analisar as doenças com perspectivas de que determinantes tais como moradia, questões ambientais, qualidade de vida, condições de trabalho, entre outras, influenciam diretamente a construção patológica dos sujeitos sociais.

As propostas do movimento da Reforma Sanitária apontaram que a saúde ultrapassou os limites técnicos, para galgar uma dimensão política e estreitamento de vínculos com a recente democracia do país.

Em março de 1986, ocorreu a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, que teve na centralidade os seguintes temas:

- I. A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania;
- II. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde;
- III. Financiamento setorial.

Cerca de quatro mil e quinhentas pessoas participaram da referida conferência, sendo mil delegados. Tem-se então o foco da saúde de maneira plena, visto que: “a questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente ao Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.” (BRAVO, 2008 p. 96).

Em 1º de fevereiro de 1987, foi instalada a Assembleia Nacional Constituinte, composta por quinhentos e cinquenta e nove congressistas. Tratou-se de um avanço na direção da democracia.

Sobre a Conferência, Cavalcante (2012) enfatiza que a proposta da Reforma era constituir um Sistema de Saúde que pudesse simplesmente ‘virar a página’, vencer as barreiras e pensar a inserção integral dos sujeitos sociais em políticas de saúde.

Assim, a Constituição Federal de 1988 é um marco na sociedade brasileira, nela constam princípios, direitos e garantias fundamentais, ou seja, um conjunto de valores éticos considerados fundamentais para a vida nacional. (SIMÕES, 2008).

A atual Constituição foi considerada cidadã por Ulysses Guimarães, mesmo frente às controvérsias de cunho político, assegurou-se naquele processo diversas garantias constitucionais. Tinha-se o objetivo dar maior efetividade aos direitos fundamentais, embora a Carta Magna seja bastante enfática no que tange o reconhecimento dos direitos sociais. Assim como a normatização das ações sociais, sua efetivação não se verifica de maneira satisfatória,

haja vista que a diminuição dos recursos estatais para as políticas sociais são vistos cotidianamente.

No que se refere às conquistas na área da saúde, o texto constitucional se configurou como resultado de interesses econômicos, políticos e com a pressão popular.

Teixeira (1989, p. 50-51), cita os principais aspectos aprovados na nova Constituição referentes à questão da saúde:

- O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder públicos sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no Sistema de Saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados (TEIXEIRA, 1989, p. 50-51).

É correto afirmar que o texto foi inspirado pelo movimento sanitário, sem contudo dar conta de todas as demandas, principalmente quando estas se confrontavam com os interesses empresariais ou governamentais.

No tocante a mudança do arcabouço e das práticas institucionais, o objetivo principal era fortalecer o setor público e proporcionar a universalização do atendimento. Outro ponto abordado foi a redução da participação do setor na prestação de serviços a saúde.

Carvalho (2012) mostra que esse processo levou então a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, posteriormente, em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde), visto como passo mais avançado na reformulação administrativa no setor, porém sem grande impacto no que tange a melhoria das condições de saúde da população, afinal reconstruir o texto constitucional, mas não operacionalizá-lo resulta em uma equação ineficaz.

Além dos limites estruturais que envolvem um processo de tal ordem, as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaços na coalizão governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. O retrocesso político do governo da transição democrática repercute na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político. (BRAVO, 2008, p. 99).

Não se pode negar que a Constituição possibilitou que a saúde atingisse uma nova forma, foi estabelecida como direito universal, dever constitucional de todas as esferas de governo. Nesse contexto, o conceito de saúde foi ampliado e passou a firmar-se como Política Pública frente aos contextos sociais e econômicos, contudo os problemas também cresceram e se expandiram, elencados pelo fantasma do neoliberalismo, o qual fincou bases sólidas nas políticas brasileiras.

## **A Política de Saúde sob o Véu Neoliberal**

Apesar de a saúde ser elencada na Carta Magna de 1988 como direito de todos e dever do Estado, ocorre que o processo neoliberal adentrou na realidade brasileira, com a marcha que segue rumo ao Estado Mínimo, a descentralização de responsabilidades e, sobretudo o fenômeno da ‘solidariedade social’ no contexto da partilha e parceria no atendimento às expressões da Questão Social.

A partir daí, pondera-se então, de acordo com Bravo (2008), a consolidação do projeto de saúde voltada para o mercado.

As tendências para a privatização assolam o cotidiano de sobrevivência da política. O texto constitucional mostrou avanços, a Lei 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde e respaldou o mapa de diretrizes que a política precisava seguir.

A Lei 8.142 apontou entre outras coisas, o papel da sociedade civil através do controle social, mas não apenas de legislações se fez a política de saúde, mas também de desafios.

Bravo (2008) assinala que:

A Reforma do Estado ou Contrarreforma é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo. (...) O seu plano diretor considera que há um esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade (BRAVO, 2008, p. 100).

Com o posicionamento do Estado, assiste-se a afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, a qual traz consigo o processo de redução de direitos sociais, a precarização do trabalho, olvida-se a saúde, entre outros direitos e assevera o retraimento da máquina estatal em detrimento de um mercado favorecido pelo capitalismo excludente.

Serra (2001) chama a atenção para a caracterização da refilantropização da assistência, visto que o Estado demanda para a sociedade civil o que ficou acordado na Constituição Federal como dever estatal e direito da população brasileira.

Os anos de 1990 fomentam sobretudo a segurança da constituição do modelo neoliberal e o possível desmonte das políticas frente ao mercado que já não se apresenta como um fantasma, mas sim como uma realidade.

Boschetti (2009) reforça que a crise do capital realmente agrega tendências da contrarreforma na seguridade social como um todo, ocasionando um desmonte nas políticas, a partir de medidas de ajuste estrutural que foram adotadas.

Sobre esse momento, Mota (2008) também reflete que:

(...) foi necessário redefinir a seguridade social para adequá-la às novas necessidades do grande capital, razão maior da definição de um conjunto de prescrições – nomeadas de ajustes e reformas – particularmente nos países periféricos, como é o caso dos latino-americanos (embora não exclusivamente), cujos principais formuladores são os organismos financeiros internacionais (p. 41).

Frente aos posicionamentos, o que se percebe não é necessariamente um desmonte que acarretará o desaparecimento das políticas, incluindo nesse bojo a saúde, mas o que ocorre é uma contrarreforma do Estado que se apresenta em condições profundas de mudanças, o que casiona a ressignificação dessas políticas.

Nesse processo assistimos então as tendências para a privatização, a focalização nos atendimentos e intervenções, além dos escassos recursos, o que demanda a transferência para a sociedade civil, a responsabilidade da concretização da política e acompanhamento nos atendimentos.

Surge nesse bojo o papel das ONG's (Organizações não governamentais), que atuam diretamente nas lacunas do Estado, sob a coordenação da sociedade civil, mas que nem sempre oferece as condições e conhecimentos técnicos no que tange ao enfrentamento das expressões da Questão Social no que se refere a realidade das políticas de saúde, ao contrário, não apenas reforça a refilantropização como também mostra a transferência efetiva dos problemas para a sociedade civil.

Outro ponto relevante para análise diz respeito ao controle social na saúde, o qual é apontado na Lei 8.142/90. Tal temática tomou assento na discussão a partir do processo de redemocratização do país.

De acordo com Correia (2008), a área de saúde foi pioneira nesse processo, haja vista a participação da população através de profissionais, intelectuais e membros de movimentos, na luta pela democratização da saúde no Brasil.

O controle social ponderado a partir da perspectiva Gramsciana revela que o Estado consiste na sociedade política junto com a sociedade civil. Juntos chegam a um consenso através da abertura do aparelho do Estado para a participação da sociedade civil. Ressalta-se que tal processo não significa a participação efetiva, até mesmo pelo viés ideológico que a proposta representa. O que ocorre é uma regulação pautada pelo consenso que desencadeia na coerção social dos sujeitos inseridos no contexto da situação apresentada pelo aparelho do Estado.

Ressalta-se que essa visão acerca do controle social também perfaz a resignificação das políticas de saúde, visto que tal ocorrência apresenta-se como estratégia do modelo neoliberal para acirrar as relações e consolidar a configuração do Estado Mínimo e a mão invisível do Mercado, além do papel da sociedade civil.

A construção desse processo ideológico de participação não olvida o poder do Estado frente ao contexto da sociedade civil. As determinações socioeconômicas continuam a ditar regras, a fazer parte do contexto cotidiano. Sobre isso, Marx enfatizou que os homens constroem sua história, mas nem sempre a alicerçam da maneira que gostariam.

A análise marxista retrata que a história se efetiva, mas sua edificação depende dos fatores determinantes inscritos na sociedade, ou seja, as bases econômicas e sociais influenciam e se mostram como mecanismos determinantes para as expressões da Questão Social.

Correia (2008) assevera que “ *a sociedade civil não é homogênea, mas espaço de lutas de interesses contraditórios. As lutas não são da sociedade civil contra o Estado, as de setores que representam os interesses do capital e do trabalho.* ” (p. 116).

O que assistimos é um grande jogo de interesses que permeiam o sistema capitalista de modelo neoliberal. As lutas sociais emergem de interesses ideológicos que enfatizam o lucro e colocam as políticas públicas em lugares secundários. A sua inserção na Carta Magna de 1988 não significa necessariamente sua efetivação de maneira plena, mas garante a luta por direitos. Entretanto, conflitos maiores se travam no âmbito no crescimento da fatia que compete ao mercado.

Com a resignificação da política de saúde, abre-se espaço para a saúde privada (que é buscada pela classe média e alta no sentido de evitar a dependência de um setor que não atende as demandas), emergem então as agências reguladoras no sentido de mediar conflitos e estabelecer diretrizes para a intervenção e atuação do mercado.

Assegura-se ainda a construção da ideia de uma “cultura de crise nas políticas”, a qual reforça que: “perante a conjuntura de crise do capital em que a classe dominante, para o seu enfrentamento, tem buscado o ‘consentimento ativo’ das classes subalternas através da propagação da cultura política da crise.” (CORREIA, 2008 p. 117).

Essa cultura também é trabalhada por Mota (2008) que reflete a ideia de que o Estado, passa a ideologia de uma permanente crise das políticas, o que acaba por reforçar a transferência de responsabilidades para a sociedade civil. Diante desse contexto, a autora caracteriza o surgimento do ‘cidadão consumidor’, o qual constitui sua cidadania pela inserção no chão de fábrica; o ‘cidadão pobre’, que se insere pela participação em programas sociais e o ‘cidadão consumidor’, aquele que fala a linguagem do mercado e faz a mola propulsora do capital girar.

As assertivas envolvem também o cotidiano das políticas de saúde, as quais são sucateadas por segmentos populacionais, tais como a do idoso, mulheres, crianças, adolescentes, pessoas com deficiência etc.

A saída apontada pelo Estado Mínimo se faz pela sua resignificação e refilantropização, mas isso não assegura qualidade, eficiência, eficácia e nem mesmo a sobrevivência digna das políticas com suas bases de cunho universalista, no que tange a garantia de direitos. O que há é o

reforço os alicerces neoliberais que tira do sujeito social, o protagonismo que lhe seria devido frente à construção de uma sociedade democrática e concernente às transformações sociais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente o Brasil, a política de saúde não obteve lugar primário. Tal aporte se caracterizou pelas lacunas que advém desde a época da colônia, onde olvidava-se qualquer tipo de intervenção mais relevante. As primeiras iniciativas foram vistas a partir dos séculos XVIII e XIX, sobressaindo-se principalmente a medicina liberal. A atenção sobre as faces do Estado era elemento de nível secundário.

Somente no século XX a saúde emerge como política, apesar de aparecer como sombra da previdência social. Apesar do quadro, verificava-se o início de intervenções mais efetivas no âmbito das políticas públicas.

Mesmo com o caráter contributivo por meio das CAP's, a saúde alcança seus primeiros passos frente ao marasmo histórico que já tinha vivenciado por alguns séculos. Mesmo com a separação dos Ministérios de Saúde e Educação, a saúde não visualizou o protagonismo social necessário.

O movimento da Reforma Sanitária alicerça então uma proposta de mudança, vista dentro de uma análise marxista, a saúde deixa de significar apenas a ausência de doença e plasma determinações que constroem o viés patológico que se encontra nos sujeitos sociais.

Daí a emergência do SUS, construiu-se as primeiras bases sólidas de uma política pública, que apenas a partir da Constituição Federal de 1988 se vê com autonomia e propostas concernentes à realidade da saúde brasileira.

Relembrar essa história até Constituição Federal é admitir os avanços que tentam superar dívidas históricas, no entanto, são séculos que impedem que a universalização dos direitos se concretize de fato e de direito.

Aparentemente tudo se encaminhava para um processo de consolidação, entretanto, o modelo neoliberal, que até então era apenas um fantasma, não só se alicerça, mas, sobretudo se solidifica nos mares do capitalismo brasileiro e mundial.

Sobre isso enfatiza-se que:

O projeto de saúde articulado ao mercado, ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na política de ajuste, que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que tem acesso ao mercado (BRAVO, 2008, p. 101).

Dentre os problemas que podemos refletir, o Estado focaliza a política para os que encontram-se em situações de vulnerabilidade. Os demais atores devem buscar aportes no mercado para encontrar saídas para receber atendimento através de planos e seguros de saúde, já que o sistema público agoniza dia a dia.

Ressalta-se que o caráter focalizado oferece apenas o que considera como básico, mínimo para que as portas não se fechem para os que não tem condições de recorrer ao mercado na busca de alternativas de saúde.

Frente a isso, pondera-se que as políticas setoriais da saúde perdem espaço, do idoso à criança, todos são visualizados como desassistidos sociais conforme a análise de Sposati. Alguns autores ressaltam e sinalizam para o desmonte das políticas, suas tendências ao desaparecimento e à focalização.



Apesar do quadro negro feito pelo neoliberalismo, acreditamos como Mota (2008) em uma possível resignificação, ou seja, não haverá o desaparecimento completo, mas rumos diferenciados que se apontarão apenas no mínimo, sem configurar o básico para os cidadãos.

Durante séculos a saúde foi privilégio de determinada classe social. Como em todos os continentes do mundo, os interesses econômicos se sobrepuseram às necessidades sociais de uma coletividade. Vive-se em um círculo onde tudo se volta ao ponto de partida e o projeto preconizado pela reforma sanitária, já se tornou apenas uma ideologia, já que o projeto neoliberal apenas alimenta o que o mercado impulsiona pela mola propulsora do capitalismo, que cotidianamente condiciona e alimenta a exclusão e olvida as faces das expressões da Questão Social que permeiam a sociedade contemporânea.

## REFERÊNCIAS

- ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao Trabalho*: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho. 14ª. Ed. São Paulo: Cortez Editora, 2010.
- BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade Social na América Latina. In.: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine Rosseti (Org). *Política Social no Capitalismo*: tendências contemporâneas. 2ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- BRAVO, Maria Ines Souza. Política de Saúde no Brasil. In.: MOTA, Ana Elizabete (et al), (Org). *Serviço Social e Saúde*: formação e trabalho profissional. 3ª. Ed. São Paulo; Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.
- CARVALHO, Ária Maria M. A História das Políticas de Saúde no Brasil: 512 anos vivos na memória. In.: MORGA, Antônio Emílio (Org). *História da Saúde e da Doença*. 1ª. Ed. Itajaí: Casa Aberta, 2012. P. 183 – 198.
- CAVALCANTE, Lidiany de Lima. Louco ou Doente Mental: reflexões históricas sobre os invisíveis sociais. In.: MORGA, Antônio Emílio. (Org). *História da Saúde e da Doença*. 1ª. Ed. Itajaí: Casa Aberta, 2012. p. 45 – 60.
- CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. In.: MOTA, Ana Elizabete (et al), (Org). *Serviço Social e Saúde*: formação e trabalho profissional. 3ª. Ed. São Paulo; Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.
- COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. *Saúde no Brasil*: políticas e organizações de serviços. São Paulo: Cortez, 1996.
- COHN, Amélia. *Descentralização, Cidadania e Saúde*. São Paulo em Perspectiva. 6(4): 70-76. Outubro/Dezembro de 1992. P.72.
- GUIMARÃES, Raul Borges. *Geografia política, saúde pública e as lideranças locais*. Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. 1(1):18-36, dez 2005.
- MOTA, Ana Elizabete. *Cultura da Crise da Seguridade Social*: um estudo sobre as tendências da previdência e assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 2ª. Ed. São Paulo: Cortez Editora, 2008.
- MOTA, Ana Elizabete. Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In.: MOTA, Ana Elizabete (et al), (Org). *Serviço Social e Saúde*: formação e trabalho profissional. 3ª. Ed. São Paulo; Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

SERRA, Rose Mary de Souza. *Crise de Materialidade no Serviço Social: repercussões no mercado profissional*. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

SIMÕES, Carlos. *Curso de Direito do Serviço Social*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008 p.62.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira. *Os direitos (dos desassistidos) sociais*. 6º Ed. – São Paulo: Cortez, 2008.