



6º Encontro Internacional de Política Social
13º Encontro Nacional de Política Social
Tema: Duzentos anos depois: a atualidade de Karl
Marx para pensar a crise do capitalismo
Vitória (ES, Brasil), 4 a 7 de junho de 2018

Eixo: Análise, avaliação e financiamento das políticas públicas.

**OS DESAFIOS PARA CONSOLIDAÇÃO DO SUS DIANTE DA
PROGRAMÁTICA NEOLIBERAL**

Dalsiza Cláudia Macedo Coutinho¹
Leandro Bezerra de Sousa²

Resumo: Esse trabalho realiza uma discussão teórica que tem como elemento central o debate sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo é problematizar o reflexo das transformações no âmbito do Estado e das políticas sociais – ocorridas com o avanço do neoliberalismo – para a efetivação da política de saúde como direito universal e dever do Estado. Destaca-se o avanço de práticas privatistas na saúde e o retrocesso em relação à concepção de saúde como direito social, em que pesa o processo de mercantilização dos serviços e o desfinanciamento da saúde pública.

Palavras-chave: Política de saúde; SUS; Mercantilização da saúde.

**THE CHALLENGES FOR THE CONSOLIDATION OF SUS IN THE FACE OF
NEOLIBERAL PROGRAMMATIC**

Abstract: This paper presents a theoretical discussion that has as its central element the debate about the Unified Health System (SUS), whose objective is to problematize the reflection of the transformations in the scope of the State and of the social policies - occurred with the advance of neoliberalism - for the realization of health policy as a universal right and duty of the State. It is noteworthy the advance of privatization practices in health and the regression in relation to the conception of health as a social right, in which the process of commodification of services weighs down and the undfinancing of public health.

Keywords: Health policy; SUS; Mercantilization of health.

1 Introdução

Esse trabalho dedica-se a fazer uma discussão sobre a Política de saúde do Brasil, objetivando compreender como se configura e materializa a política em questão. Logo, não convém uma análise esvaziada de historicidade, por isso trazemos algumas considerações sobre o movimento da reforma sanitária – entendido como um movimento

¹ Especialista em Educação, Pobreza e Desigualdade Social (UFT). Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Tocantins (UFT). Cursando Especialização em Serviço Social e Política Social na Universidade Federal do Tocantins. E-mail: <dalsiza.coutinho@gmail.com>.

² Especialista em Educação, Pobreza e Desigualdade Social (UFT). Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Tocantins (UFT). Analista em Defesa Social – Quadro Efetivo dos Servidores do Sistema Penitenciário e Prisional do Tocantins. E-mail: <bezerrasousacultura9@gmail.com>.

social que em determinado cenário histórico, político, econômico e social encontrou espaços para ressignificar o campo da saúde pública – e posteriormente trazer algumas reflexões sobre a Política de Saúde Pública na contemporaneidade.

Os estudos de Bravo e Matos (2009 p. 26) indicam que, embora a consolidação da política de saúde só tenha acontecido no período de 1945 a 1964, a intervenção do Estado na saúde inicia na década de 1930, e que até a década de 1960 a saúde pública tinha como características os serviços de combate às endemias e as campanhas sanitárias.

De acordo com Bravo (2008, p. 89), as políticas sociais surgem no Brasil em decorrência da industrialização, da redefinição do estado e da luta da classe trabalhadora, com objetivo de responder às “questões sociais” e em particular as questões relacionadas à saúde.

A nova dinâmica de acumulação [...] sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação (BRAVO, 2008, p. 91).

O surgimento da medicina previdenciária, na década de 1930, originou a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), que atendiam apenas aos trabalhadores assalariados urbanos, portanto, não havia amplitude na prestação dos serviços, uma vez que este modelo previdenciário citado visava acumulação financeira em detrimento do atendimento da necessidade pelos serviços, que eram de carência de todos os trabalhadores (BRAVO, 2008; BRAVO; MATOS, 2009). As décadas seguintes, entre 1940 e 1960, foram marcadas por injeções financeiras pelo Estado na produção privada, período em que os serviços à população eram oferecidos basicamente pelos institutos.

Com a abertura da ditadura militar em 1964, episódio que significou uma grande derrota para os movimentos democráticos, a política de saúde pôde desenvolver-se até 1974 privilegiando o setor privado, cujas principais características eram “[...] a extensão da saúde previdenciária, ênfase em práticas curativas e burocráticas com diferenciação no atendimento à clientela” (BRAVO; MATOS, 2009, p. 27).

Durante a ditadura militar, instaurada no país após o golpe de abril, o Brasil tornou-se um cenário de lutas democráticas contra o regime. Em meio aos prélios, enfatiza-se a luta pela reforma sanitária, que resultou na criação de um sistema de saúde

público e universal.

Esse movimento reivindicava, principalmente, um Estado democrático de direito, cujas propostas para a saúde compreendiam a universalização de ações, qualidade nos serviços prestados, integralidade, equidade, descentralização, democratização de informações, transparência quanto ao uso dos recursos públicos e interdisciplinaridade (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010). Reivindicações estas que refletiram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988.

Compreende-se, portanto, a política de saúde pública no Brasil como reflexo de reivindicações históricas da classe trabalhadora, materializada no Sistema Único de Saúde como direito universal e dever do estado.

Consequente a criação do SUS, buscou-se discutir sobre sua construção, e apresentar pressupostos reflexivos acerca da configuração da política de saúde pós criação, que se estende até os dias atuais.

2 Política de Saúde no Brasil: um breve histórico

A reforma sanitária foi protagonizada por profissionais sanitaristas e estudantes, os quais questionavam naquele momento o modelo de saúde pública vigente no país, cujas reivindicações ganharam força nos anos 1970 e 1980. Esse movimento, aliado a outros movimentos sociais populares, se opôs ao regime ditatorial brasileiro, e militou em direção a um projeto que visava reformas no âmbito da saúde.

A luta pela reforma sanitária no país originou uma crítica social à saúde pública estruturada por aquele modelo social ditatorial. A crítica fundamentou-se na estruturação de um projeto de reforma, que visava à construção de um sistema público e democrático no atendimento às demandas da saúde (MASSON, 2007).

Segundo Bravo e Matos (2009, p. 27), com a instauração do golpe e da eminente derrota das forças democráticas, o Estado visava intervir na sociedade com ações que expressavam o binômio “repressão e assistência”, com objetivos explícitos de legitimar o regime ditatorial e diminuir os conflitos sociais. Nesse cenário, a política de saúde estava configurada a partir da ênfase em práticas curativas, diferenciação no atendimento, burocratização e cobertura previdenciária.

Havia, naquele momento, a prevalência de um modelo privado de assistência

à saúde. Na década de 1960 essa assistência era caracterizada por Menicucci (2007, p. 27) como uma assistência de cunho empresarial, o que favoreceu o surgimento de organizações e instituições de saúde vinculadas a empresas empregadoras. Essas instituições recebiam recursos públicos e exerciam influência política nas tomadas de decisão.

Bravo (2008) apresenta mais detalhadamente as características do modelo de atenção à saúde nas décadas de 1960 e 1970, que se expressavam

[...] pela extensão da cobertura da assistência para trabalhadores rurais, empregadas domésticas, trabalhadores autônomos; articulação estatal com o capital internacional via indústrias de medicamentos e equipamentos médicos; participação do estado para a organização de uma medicina voltada para interesses de mercado; atendimento diferenciado aos clientes e desenvolvimento da prática médica nos moldes da sociedade capitalista (BRAVO, 2008, p. 94).

Imprescindível lembrar que aquele momento histórico possuía configurações econômicas e políticas específicas, quanto a instauração da autocracia burguesa como um período repressivo de democracia limitada e restrito espaço de participação da população nas decisões políticas, além do avanço do capitalismo. São estas algumas características destacáveis para situar a assistência à saúde na então conjuntura social ditatorial.

Deste modo, a saúde se configurava predominantemente no país, até meados da década de 1970, com a existência de dois projetos para este espaço: o primeiro se caracterizava, pela privatização, segmentação e burocratização do acesso aos serviços, conforme supracitado. O segundo pela reforma sanitária, que era fundamentada com objetivos antagônicos a esses, cujas bandeiras de luta serão destacadas adiante.

Compreendemos a saúde como um bem que possui ligações diretas com o bem-estar social e econômico e, conseqüentemente, relação com a reprodução da sociedade. Neste sentido, a reforma sanitária poderia ser pensada como:

[...] parte integrante de reformas sociais, porque a mudança de um quadro de saúde dependia de mudanças sociais. Tratava-se de um apelo a uma ‘nova consciência sanitária’, um projeto de reforma social na saúde a partir da observação de relação entre economia e saúde, entre as condições de trabalho, renda e as condições de prevenção das doenças e recuperação da saúde nas diferentes classes sociais (MASSON, 2007, p. 55).

Masson (2007, p. 81) identifica ainda que a luta pela igualdade social esteve presente nos ideais da reforma sanitária, de modo que “[...] a relação entre saúde e

condições de vida esteve sempre na perspectiva de aumento da participação das classes trabalhadoras na apropriação dos bens sociais”.

Ressalta-se que as propostas da reforma foram levadas para a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), considerada um marco para a saúde no Brasil, e que para Bravo (2008) assume uma dimensão cujos debates envolvem a participação de entidades representativas da sociedade, onde a saúde sai de uma análise setorial para uma compreensão que envolve a sociedade como um todo, propondo não apenas o sistema único, mas também a reforma sanitária.

Todavia, o marco legal para a saúde pública no país se deu com a promulgação da Constituição Federal brasileira de 1988, visto que seu texto expressava a garantia de direitos sociais e universalização dos mesmos à população. Este instrumento normatizou a saúde, estabelecendo que se trata de um direito de todos e dever do Estado, cujos princípios giram em torno da universalização, equidade e integralidade no atendimento, gestando, portanto, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Conseqüentemente, as diretrizes deste Sistema Único de Saúde (SUS) se expressam por meio da descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços. Mais tarde, especificamente em 1990, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde – LOS (8080/90) despontam-se diretrizes para as condições de organização e funcionamento dos serviços de saúde segundo as diretrizes constitucionais. Deste modo, a saúde, amparada por normas legais, passa a atender um grande leque de reivindicações da luta pela reforma sanitária.

Inaugura-se, por diante, uma concepção ampliada de saúde, que abrange elementos, não apenas orgânicos e biológicos, mas sociais, culturais, econômicos e políticos. Com essa nova diretriz de ação, a política de saúde vai ser pautada pela intersetorialidade entre as políticas públicas como meio de efetivação do atendimento integral ao sujeito.

Ao longo da década de 1990, em contrapartida às disposições constitucionais, vivenciava-se o avanço do neoliberalismo por meio de um fenômeno denominado de “Contra-Reforma¹”, que resulta num retrocesso em relação aos direitos sociais

¹ 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, colocando em xeque o modelo econômico vigente. O seu plano diretor considera que há o 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. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo

conquistados, por caracterizar-se pela retração do Estado frente aos direitos da classe trabalhadora privilegiando interesses privados.

O estado, neste cenário, assume o papel de regulador e fiscalizador, deixando as ações relacionadas ao mercado e ao crescimento econômico nas mãos do capital privado. Em síntese, esse momento de avanço do capitalismo se configura pela minimização do Estado em relação aos direitos sociais, e como veremos adiante, esse novo cenário de desenvolvimento da sociedade acarretou mudanças significativas no campo da saúde.

3. A consolidação do SUS em tempos de neoliberalismo

No primeiro tópico foi realizada uma breve análise do processo de construção do SUS no Brasil, entendido como produto histórico de lutas sociais. Neste tópico, propõe-se a discussão sobre a consolidação do SUS enquanto dispositivo de concretização da política de saúde no país.

Partindo do pressuposto de que as políticas públicas e sociais assumem configurações diferenciadas a partir do direcionamento de cada governo político, buscamos traçar alguns elementos para compreensão desse processo de consolidação do SUS nas diferentes gestões governamentais a partir da década 1990. Realizamos, para tanto, uma reflexão teórica a partir dos estudos de Bravo e Menezes (2013), Correia (2005) e Matos (2014), os quais apontam o direcionamento que a política de saúde vem assumindo desde a criação do SUS.

Durante os governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), Dilma Rousseff (2011-2016) e Michel Temer (atual)¹, observa-se que o SUS passa por um conjunto de medidas desvirtuadoras da sua concepção original. Conforme afirma Matos:

[...] Esse sistema de saúde foi parcialmente implementado. Isso torna-se mais visível quando identificamos os avanços em relação a política de saúde legada

desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as ações que antes eram suas. O referido plano propôs como principal inovação a criação da esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas devem fazê-los obedecendo as leis do mercado. (BRESSER PEREIRA, 1995 *apud* BRAVO, 2008, p. 100).

¹ Utilizamos o nome dos presentes eleitos em cada período como uma forma de situar historicamente esse debate, no entanto essa discussão não é partidária ou voltada para os sujeitos em sua dimensão individual. É importante que o debate das políticas sociais, nesse caso a política de saúde, seja situado no rol das transformações econômicas, sociais e políticas ocorridas nesse estágio de avanço do neoliberalismo.

pela ditadura militar, bem como quando observamos que permanecem os limites nos quais o pensamento reformador não consegue se fazer real. Assim o SUS é uma estratégia inconclusa. É uma conquista diante do que existia antes, mas encontra-se a léguas de distância do que propõe o movimento sanitário (MATOS, 2014, p. 35).

Podemos afirmar que durante o governo FHC a política de saúde foi pautada na direção da contrarreforma do Estado, pois evidencia-se nesse período o desrespeito às instâncias de controle social, regulamentação dos planos privados de saúde, além da criação de agências como a de saúde complementar (ANS) e de vigilância sanitária (ANVISA) com autonomia orçamentária, mas sem concurso público para a ocupação dos cargos. Havendo também a proposta de transferência dos serviços ambulatoriais para organizações sociais que seriam contratadas pelo estado (MATOS, 2014).

Com a nomeação do ex-presidente Lula, presumiu-se que o Brasil teria um momento de enfrentamento às políticas de ajuste, com uma dimensão democrático-popular articulada a uma política social mais ousada, como também a expectativa de fortalecimento do projeto da reforma sanitária. Mas, o plano econômico do governo FHC foi mantido e o impacto nas políticas sociais resultou na focalização do acesso, em detrimento da lógica do direito e da seguridade social (BRAVO; MENEZES, 2013).

Durante o governo Lula, o argumento de que a mudança de gestão resultaria em resolução dos problemas sociais ganha fôlego. Houve, contraditoriamente, a proposta de criação das fundações públicas de direito privado em diferentes áreas consideradas de atividade estatal, e essa proposta avançou na área de saúde, cuja consequência foi a transformação de hospitais públicos em fundações de direito privado, e a justificativa girava em torno da necessidade de melhor gerenciamento, mais agilidade e menos burocracia.

Outra medida do governo neste espaço foi a instituição da medida provisória 530, que facultou ao poder executivo a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – empreendimento público de direito privado – com missão de reestruturar os hospitais universitários (MATOS, 2014).

O governo Dilma foi considerado, pelos adversários, como um apêndice do governo Lula. Mas, embora o partido fosse o mesmo (Partido dos Trabalhadores), a conjuntura era outra, o que gerava esperança de mudanças significativas em relação a política de saúde.

No entanto, a política macroeconômica permaneceu e as contrarreformas

respondiam aos princípios neoliberais. E Sopesando com Bravo e Menezes (2013), o governo Dilma não edificou o social mais que o governo anterior, ao contrário, as posições assumidas indicaram um governo privatista, que contribuía para a permanência/manutenção do atual modelo econômico. O que se observa são estratégias emergenciais de enfrentamento à pobreza, mas que não se configuravam em garantias universais além da mercantilização dos serviços sociais na área da saúde e da previdência.

Os registros de Bravo e Menezes (2013) destacam que no Governo Dilma houve negociações com planos privados de saúde, de empresas que atuam no mercado estrangeiro e que financiaram, por meio de doações, a campanha presidencial, o que ocasionou novas linhas de financiamento e expansão de mercado nacional a estas instituições. “Tal proposta consistiria na prática de universalizar o acesso à saúde por meio de planos e seguros privados e não mediante serviços públicos no âmbito do SUS [...]” (BRAVO; MENEZES, 2013, p. 38).

O que houve de fato, semelhantemente nos governos Lula e Dilma, foi uma disputa entre a reforma sanitária e o modelo privatista. Algumas propostas buscaram ascender a reforma sanitária, mas não houve pretensão política nem financiamento para viabilizá-las.

Em relação ao governo atual podemos destacar a aprovação do Projeto de Emenda Constitucional nº 55 (PEC 55), que prevê o teto para os gastos públicos durante 20 anos e pode trazer impactos desastrosos para a consolidação do SUS. Projeto que fortalecerá ainda mais o modelo privatista.

Com a aprovação em dezembro de 2016 passa a ser denominada Emenda Constitucional nº 95, a qual resultou em uma série de alterações na Constituição Federal referentes ao novo regime fiscal, entre as quais, mudança que estabelece limite de gastos para despesas primárias no âmbito da seguridade social.

De acordo com a Constituição Federal – mediante alterações incluídas pela Emenda Constitucional nº 95 – para a saúde e educação fica estabelecido um valor mínimo de investimento, mas, se tratando de um teto global, caso necessite de mais investimentos nessas duas áreas, outras políticas públicas deverão sofrer cortes.

O congelamento pela PEC 55 será feito sobre um dos valores mais baixos aplicados em saúde nos últimos anos, e diante do cenário atual de desfinanciamento na área da saúde, que já não consegue atender às demandas da população, ao congelar gastos por 20 anos pode resultar em um subfinanciamento crônico do qual não será possível sair

(CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

É certo que o PIB aumentará e as despesas primárias permanecerão congeladas, e isso provocará inviabilização de aumento nos recursos financeiros para despesas com saúde e educação. De acordo com o IBGE, em 20 anos, a população brasileira terá aumentado 9%, a população idosa será o dobro, e conseqüentemente as demandas pelos serviços de saúde também serão maiores, e mesmo assim os gastos com a saúde estarão congelados. A previsão é de que ao longo dos 20 anos deixarão de ser gastos R\$ 434 bilhões com a saúde, e o impacto será maior para o Piso da Atenção Básica variável, neste caso, para os medicamentos, exames complexos, cirurgias eletivas e vigilâncias sanitária, epidemiológica e saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

Matos (2014) ressalta que esses governos cumprem o conjunto de reformas estabelecidas pelo Banco Mundial “[...] contrarreforma da previdência, contrarreforma do servidor público, focalização da assistência, privatização do setor público”.

[...] todas as medidas não foram realizadas aleatoriamente, o seu conjunto integra o rol de orientações do Banco Mundial para países como o Brasil. Assim – após a estabilização da moeda, enxugamento do estado, quebra dos direitos trabalhistas, naturalização da desigualdade e como consequência política focalizada para os pobres –, o Banco Mundial propugna o fim da universalidade do acesso ao sistema de saúde (CORREIA, 2008, 2010 *apud* MATOS, 2014, p. 39).

As orientações do banco mundial para atuação das políticas sociais apontam as delimitações das funções do Estado através dos processos de “[...] delimitação, publicização, privatização, estímulo às instituições sociais, criação de agências reguladoras, quebra do caráter universalista das políticas sociais e estímulo à focalização e seletividade das mesmas” (CORREIA, 2005, p. 183).

Questão importante a ser pensada nesse cenário, está presente no crescimento dos serviços de atenção privada à saúde e até mesmo a privatização do SUS. E se já estamos em um momento de fortalecimento da lógica privada em detrimento dos serviços públicos, de terceirização dentro do SUS, de desfinanciamento, o caminho traçado a partir daqui terá terreno propício para a privatização da saúde, inclusive com apoio de parcela da sociedade, trata-se, portanto, de um retrocesso astronômico em relação aos direitos sociais.

Correia (2005) identifica que o existente processo de mercantilização da

saúde integra as propostas do Banco Mundial para países em desenvolvimento. Com o propósito de favorecimento do mercado, cabe às instituições públicas os serviços da atenção básica para a população mais pobre com maior risco de adoecimento, enquanto o setor privado se ocupa dos serviços de média e alta complexidade, que por sua vez, são as áreas mais rentáveis.

Outra tendência registrada pela autora, diz respeito à descentralização das ações e a participação da comunidade na política saúde, na direção de transferir as responsabilidades do estado para a sociedade civil. Ao contrário do que buscou o movimento sanitário, o protagonismo da sociedade civil, observado na atual configuração das políticas sociais, é de sua responsabilização pela oferta. "A estratégia é a busca de parcerias com a sociedade para que esta assuma os custos da crise, repassando assim a responsabilidade pela prestação de serviços sociais de competência do estado para ONGs, instituições filantrópicas e comunitárias (CORREIA, 2005, p. 126)".

Em um panorama geral, desde a década de 1990, há uma cultura de que no setor privado podem ser buscados os serviços de melhor qualidade, vemos isso frequentemente na área de saúde e educação. Enquanto a constituição federal considera o serviço de saúde privado como complementar, estes serviços vêm assumindo caráter suplementar, acompanhando da depreciação do serviço público. Não são raras as vezes em que a mídia apresenta o SUS como um sistema que não funciona, que não presta o atendimento necessário à população, relatando a falta de médicos, de medicamentos, de abandono de equipamentos, além do problema de filas de espera enormes para conseguir consulta.

Embora essa seja uma realidade, ela é passada pela mídia como forma de fomentar uma cultura de desvalorização do serviço público. Tal posicionamento reduz os problemas do SUS, principalmente sobre àquelas questões pontuais que colocam a saúde pública voltada para a ineficácia dos serviços públicos, mas abstém de reflexões importantes relacionadas as matérias políticas e econômicas, que ao longo das décadas, conforme vimos anteriormente, foram determinantes para a materialização do SUS (MATOS, 2014).

Importante ressaltar que a luta por um sistema de saúde na perspectiva de concretização de direitos não deve ser personificada a sujeitos políticos, nem se deve realizar uma crítica ao SUS que aponte apenas o ponto de vista da oferta de serviços. A luta dos sanitaristas no final do século passado se organizou contra toda uma estrutura de

privilégios do modelo privado de assistência à saúde, além de terem reivindicado um conjunto de reformas sociais, tendo em vista que a saúde perpassa por questões relacionadas à economia, trabalho, habitação, alimentação, saneamento básico, entre outras questões.

Na atualidade, o desafio está em retomar as bandeiras da reforma sanitária, considerando a atual conjuntura para construir enfrentamentos em defesa da saúde enquanto política social, opondo-se à mercantilização da saúde.

Atualmente, a Frente Nacional da Saúde vem afirmando este posicionamento supracitado como uma agenda de fortalecimento do SUS, ela tem utilizado algumas estratégias de luta no campo jurídico, no âmbito do parlamento, no conjunto da sociedade, no âmbito de formação e nos meios de comunicação. Essa luta retoma a motivação que sustentou o prélio pela reforma sanitária; o combate à privatização da saúde, e a oposição à prestação de serviços de saúde como fonte de lucro (BRAVO; MENEZES, 2013).

Nessa direção, a frente nacional contra a privatização da saúde, apontando algumas questões que dificultam a universalização do SUS público, estatal, gratuito e universal e de qualidade destacando algumas propostas para garantia do direito à saúde, em cinco eixos estruturantes: determinação social do processo saúde-doença no contexto mais amplo das desigualdades sociais; gestão e financiamento da rede pública estatal de serviço de saúde; modelo assistencial que garanta o acesso universal [...]; política de valorização do trabalhador da saúde e efetivação do controle social (BRAVO; MENEZES (2013, p. 43).

Essa frente busca articular a luta pela saúde como uma demanda das classes subalternas, como também, com o modelo societário que defende relações sociais sem dominação econômica, social e política. Conforme afirma Matos (2014, p. 43), “[...] é no coletivo que podemos lutar hoje pela saúde como um direito de acesso universal, prestados por serviços públicos e estatais. É uma luta hercúlea, porque é contra o capital. Mas é do resultado desse embate que está em jogo o futuro da classe trabalhadora”.

Conclusão

Podemos traçar um marco inicial da luta pela saúde pública no Brasil, mas não o seu fim, pois constatamos que a luta pela implementação dos ideais da reforma sanitária não esgotou, e nem atingiu seu objetivo final. Não se desconhece os avanços alcançados com o movimento sanitário, ao contrário, sabemos que o SUS representa uma

importante conquista para a classe trabalhadora do país, que lutou coletivamente para sua criação. Entretanto, não se pode deixar de ressaltar que neste cenário de ofensiva neoliberal aqueles princípios e diretrizes apresentados anteriormente, enquanto dispositivos legais, estão cada vez mais distantes de serem efetivados.

Doravante, o que se afirma é um momento de retrocesso com baixos investimentos, sucateamento dos serviços públicos, privatizações, perda de direitos dos trabalhadores e focalização no atendimento pelas políticas sociais. De fato, a predominância de um Estado subordinado aos interesses de mercado impossibilitou a materialização da política de saúde tal como pensada em décadas anteriores, e tem possibilitado o crescimento das empresas de saúde privadas. Passando a existir nesse contexto um paradoxo do ponto de vista da universalização da saúde, uma vez que o SUS é visto como um serviço para quem não pode pagar os planos de saúde privados, isso resulta numa tendência de fortalecimento da saúde como um nicho de mercado.

Percebemos que a reforma sanitária foi pensada em um determinado momento de desenvolvimento da sociedade, com configurações diferenciadas, isso há quase 30 anos, onde os determinantes sociais, políticos e econômicos atualmente encontrados para efetivação dessa reforma na saúde – a qual veio caminhando a passos curtos ao longo das décadas – não são os mesmos de outrora, exige-se portanto que novas estratégias e novas bandeiras de luta sejam levantadas para que se busque a concretização uma saúde pública de fato universal, com serviços de qualidade, que atendam integralmente os sujeitos usuários desta política.

Referências

BRAVO, M. I. de S.; MENEZES, J. S. B. de. A política de saúde na atual conjuntura: Algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. In: SILVA, Leticia Batista; RAMOS, Adriana (Orgs.). Serviço Social e saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. São Paulo: Papel Social, 2013.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês et al. (Orgs). **Saúde e Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortês; Rio de Janeiro; UERJ, 2009.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In. MOTA, Ana Elizabete, et al. (Orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 88-110.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação do assistente social na saúde**. Brasília (DF), 2010. Disponível em:

<http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf>. Acesso em: 19 maio 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Os efeitos da PEC 55 na Saúde / SUS**. Disponível em: <[http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/11/161107-Os-efeitos-da-PEC-55-na-S %C3%BAde_SenadoCDH_CNS_final.pdf](http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/11/161107-Os-efeitos-da-PEC-55-na-S%C3%BAde_SenadoCDH_CNS_final.pdf)> Acesso em: 23 mar. 2017.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **O Conselho Nacional de Saúde e os rumos da política de saúde brasileira: mecanismos de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais**. 2005. Tese (Doutorado Serviço Social)-Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Pernambuco, Recife, 2005. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9680>>. Acesso em: 8 ago. 2017

MASSON, Fátima de Maria. **Ideologia e prática na saúde: a questão da reforma sanitária**. 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social)-Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MATOS, M. C. de. No rastro dos acontecimentos: Política de Saúde no Brasil. In: DUARTE, José de Oliveira (Org.). **Política de saúde hoje: interfaces e desafios no trabalho dos assistentes sociais**. Campinas-SP: Papel social, 2014. P. 27-46.

MENICUCCI, Telma Maria Gonsalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.