

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROJETO NEOLIBERAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

SOME CONSIDERATIONS ABOUT THE NEOLIBERAL PROJECT IN HEALTH POLICY

MACIANA DE FREITAS E SOUZA¹

FRANCISCO VIEIRA DE SOUZA JUNIOR²

Resumo: No Brasil com o processo de redemocratização política, o Sistema Único de Saúde (SUS) representou um importante marco na trajetória histórica da proteção social no país. A crise do capital que tem se estendido ao longo das últimas décadas tem provocado diversas alterações na lógica econômica e política dos diversos países, afetando a organização do trabalho e a materialização das políticas sociais. O presente trabalho tem como objetivo compreender de que maneira a política de saúde se apresenta frente ao avanço neoliberal, utilizamos uma pesquisa bibliográfica e leis referentes à política de saúde, na qual é feito um diálogo com autores marxistas atuais. A partir das reflexões feitas, com a conjuntura neoliberal fica nítido a retirada de recursos e a privatização são visíveis no campo da saúde, pois são reflexos do projeto neoliberal potencializar a área econômica e o grande capital, em detrimento dos investimentos nas políticas sociais garantidas constitucionalmente.

Palavras-chave: Saúde, projeto neoliberal, crise do capital.

Abstract: In Brazil with the process of political re-democratization, the Universal Health System (SUS) represented an important milestone in the historical trajectory of social protection in the country. The crisis of capital that has extended over the past decades has caused several changes in the economic and political logic of the various countries, affecting the organization of work and effective of social policies as well, has reflected ne realization of policy of Health. The present work aims to understand how politic health presents itself in front of the neoliberal advance, we use a bibliographical research and laws regarding health policy, in which a dialogue is made with current Marxist authors. From the reflections made, with the neoliberal conjuncture is clear the withdrawal of resources and privatization are visible in the field of health, as they are reflections of the neoliberal project to potentiate the economic area and the great capital, to the detriment of the investments in the social policies guaranteed constitutionally.

Keywords: Health, Neoliberal Project, The capital crisis.

¹ Assistente social – graduada pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Pós-graduada em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pela Faculdade Vale do Jaguaribe. E-mail: macianafreitas@hotmail.com.

² Licenciado em Ciências Sociais pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Bacharel em Administração pela Universidade Potiguar. Graduando em Direito pela Unifacex. E-mail: souzajunior007@yahoo.com.br.

Introdução

No presente trabalho iremos examinar o percurso histórico da saúde, que é fortemente marcado por contradições. O caráter médico-curativo permeou essa política durante várias décadas, e na ditadura militar firma tal caráter, aliado à medicalização da vida social e intensa privatização. Nesse contexto, para que a saúde se configurasse como pública, universal e não-contributiva, foi preciso luta da classe trabalhadora, insatisfeita com o modelo médico-previdenciário que excluía grande parcela da população.

No final da década de 1970, a reivindicação da saúde como responsabilidade do Estado orienta a luta de inúmeros segmentos da sociedade, configurando o Movimento de Reforma Sanitária. Com muitas lutas e debates, a saúde, na Constituição Federal de 1988, passa a ser entendida como direito do cidadão e dever do Estado. Em 1990, é homologada a Lei nº 8.080, que implanta o Sistema Único de Saúde (SUS), além de estabelecer os princípios que conduzirá essa política de saúde.

A crise global do capital que repercute nos dias atuais teve seu impacto mais expressivo no final da década de 1970, com mudanças estruturais no processo de produção capitalista e no campo da reprodução social redimensionando as relações econômicas, sociais, políticas e culturais. A partir dos anos 1990, os governos brasileiros passaram a seguir as orientações neoliberais, esse processo vem conformando desmontes ao direito à saúde e a seu caráter universal, público, estatal e de qualidade bem como rebatimentos no bem-estar dos cidadãos e, de forma especial nos grupos mais vulneráveis.

Desse modo serão explicitados nesse texto os limites para efetivação do SUS, a partir do contexto neoliberal, bem como a importância da participação social na defesa da saúde como um direito. A partir dessas considerações, o presente artigo busca analisar a política de saúde sob o contexto neoliberal. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, para sistematizar as informações, adotaremos uma análise crítica. Assim, nos apoiaremos na teoria social crítica de base marxiana que se pauta numa abordagem histórica e dialética com base na totalidade social.

O artigo está dividido em duas sessões, além dessa introdução e das considerações finais. A primeira delas discute a construção histórica da saúde na realidade brasileira, na segunda parte são apresentadas as principais consequências para a saúde com a adesão dos governos a partir da década de 1990 aos princípios neoliberais. Por último, as considerações

fnais com uma síntese das informações apresentadas e a relevância desse tema na atualidade.

1. O percurso histórico da política de saúde no Brasil

Bravo (2006) menciona que no século XVIII a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal, ou seja, não existia uma política regulamentada com relação à saúde, as ações eram realizadas por associações como as Santas Casas de Misericórdias. Na década de 1920 houve tentativas de estender a saúde pública por todo país. Esse período coincide com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), por meio da Lei Eloy Chaves. Esse modelo de proteção social deixava de fora grande parte da população, isso porque as CAPs eram organizadas por empresas e financiadas pelos empregados e empregadores, cabendo ao Estado o papel de supervisor.

Inicialmente as CAPs foram destinadas aos ferroviários, posteriormente, as CAPs foram estendidas a outras categorias (marítimos e portuários) ligadas à infraestrutura dos serviços públicos. A partir da década de 1930, o estado começa a intervir na questão social através das políticas sociais. É necessário o entendimento de que a sociedade brasileira passava por mudanças econômicas, reflexo do processo de industrialização, da redefinição do papel do estado, assim como das reivindicações da classe trabalhadora por melhores condições de vida. Nesse processo Behring e Boschetti assinalam:

O fundamental, nesse contexto do final do século XIX e início do século XX, é compreender que nosso liberalismo a brasileira não comportava a questão dos direitos sociais, que foram incorporados sob pressão dos trabalhadores e com fortes dificuldades para sua implementação e garantia efetiva. Essa situação começa a se alterar nos anos 1920 e sofrerá mudanças substanciais a partir dos anos 1930 (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 81)

Nessa década foi formulada uma política de saúde de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. Bravo (2006) declara que a medicina previdenciária surgiu na década de 1930, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que tinha o objetivo de expandir para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla.

No período de 1945 a 1964 a saúde da população continuava preocupante, em decorrência do quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de

morbidade e mortalidade infantil. A formação das empresas médicas demonstra a estruturação do atendimento hospitalar de natureza privada, a partir dos anos 1950. Dessa forma, a corporação médica com interesses capitalistas pressionava o financiamento através do Estado, defendendo claramente a privatização.

Com a ascensão dos militares ao poder, em 1964, inicia-se um período marcado pela retirada das liberdades democráticas, na qual predominou a repressão aos setores da sociedade contrários ao regime posto. A repressão em conjunto com a assistência marcou a intervenção do Estado nesse período. Mota (2008) afirma:

Parametrado pelas exigências do processo de acumulação, pela contenção das formas de *rebelião* política das classes subalternas e pela necessidade de estabelecer uma *ordem consentida*, além de atender exigências do grande capital, o Estado militar-tecnocrático promove algumas mudanças no âmbito das políticas sociais, procurando *funcionalizar* essas demandas de acordo com o seu projeto político, por meio da *expansão seletiva* de alguns serviços sociais. Essa ampliação da cobertura dos programas sociais, em que se incluem as políticas de seguridade social, respondeu, preponderantemente, pela estratégia de *modernização autoritária* adotada pelos governos militares. (MOTA, 2008, p. 137)

Bravo (2006) destaca que no período pós-64 a medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. Ressalta, ainda, que a saúde pública teve um declínio nesse período, ocorrendo o crescimento da medicina previdenciária, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966. Enfatizou-se a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, com intensa articulação do Estado com os interesses do capital internacional, por meio de indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar, além da criação do complexo médico industrial.

É importante mencionar que em 1966, ocorreu a unificação dos IAPs, o que resultou na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Com a criação do INPS os empregados e empregadores foram retirados da gestão, restando-lhes apenas o papel de financiadores, enquanto o Estado centralizava a administração do sistema. Dessa forma, a saúde na ditadura militar foi caracterizada pela concepção médico-curativa, comandada pelo setor privado.

Essa estrutura impossibilitava à população que não contribuía de ter acesso à saúde, aprofundando ainda mais a desigualdade social existente. Diante da situação da saúde, que se apresentava altamente excludente, é criado o Movimento de Reforma Sanitária no final

da década de 1970, que reivindicava do Estado a garantia do direito à saúde, politizando essa questão na sociedade.

No final da década de 1970, a saúde representou uma forte bandeira de luta defendida por diversos setores da sociedade civil, dessa forma a população passou a questionar o modelo de saúde seletivo e de natureza contributiva. “A partir dos finais da década de 1970 começam a transparecer os sinais de esgotamento do projeto militar, em função dos impactos da economia internacional em crise, e também dos limites internos” (BARROS E BRITO, 2019, p. 73).

O Movimento de reforma sanitária desse modo tinha como objetivo a democratização da saúde, visando profundas reformulações no sistema de saúde brasileiro em direção à universalização do acesso à saúde. Este defendia os anseios da população acerca de uma política de saúde com responsabilidade do Estado, com vistas as liberdades democráticas. Nessa perspectiva, ao longo da década de 1980, diversos setores da sociedade, lutando coletivamente, apresentavam como principais propostas para a saúde:

[...] a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estatal e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2006, p. 96).

Um marco nesse debate foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançando visibilidade para incluir demandas na agenda governamental. Neste período, a saúde passa a ser vista de forma abrangente, pelas condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, lazer, trabalho, entre outros fatores condicionantes.

Assim, percebe-se o viés amplamente democrático da Reforma Sanitária, tanto na sua perspectiva de universalidade, como de participação social, além de conceber a saúde não apenas em seu caráter médico-curativo. O documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010) assim afirma acerca da Reforma Sanitária:

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os

princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado (CFESS, 2010, p. 19).

Deve-se ressaltar que para a mudança na concepção de saúde, que representava apenas mera ausência de doença, bem como para o seu acesso universal, houve intensas lutas de diversos segmentos da sociedade civil. Destaca-se o papel do Movimento de Reforma Sanitária, a partir do final da década de 1970, como resultado da insatisfação populacional acerca do modelo de saúde restrito e baseado na contribuição do trabalhador à previdência.

Com a Constituição Federal de 1988, a saúde passa a compor juntamente com a Assistência social e a previdência, o tripé da Seguridade Social. Dessa forma, a saúde, de acordo com a Constituição Cidadã, em seu art. 196: “É direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas 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”.

Após ampla correlação de forças e vários debates de projetos antagônicos, foi homologada a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que implanta o Sistema Único de Saúde (SUS). Como já visto, o SUS nasceu como uma proposta contra hegemônica ao modelo médico individual privado. É importante atentar para o fato de que essa Lei vem regulamentar o que a Constituição Federal de 1988 já garantia, ou seja, a saúde como um direito universal e igualitário, além de não-contributivo. Outro fato de extrema relevância trazida por essa Lei é a nova concepção de saúde, que não mais representa apenas a ausência de doença, como bem afirma o seu art. 3º:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1988)

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988, baseia-se no princípio da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. O SUS representou enorme ganho histórico para a população brasileira, atribuindo ao Estado à responsabilidade de garantir a saúde com acesso universal e igualitário. Esse sistema de saúde corresponde a um conjunto de ações voltadas para toda a população, composto por

serviços de saúde de caráter público e universal, organizados em conexões regionalizadas e hierarquizadas, atuando em todo o território brasileiro. Esse sistema possui também três princípios doutrinários, são eles: a universalização dos direitos; a integralidade das ações e a equidade.

Tal sistema possui como princípios: a universalidade (direito de todos, não devendo haver exclusão, por qualquer que seja o condicionante); a regionalização e hierarquização (redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas, União, Estado, municípios, territórios, na prestação dos serviços de saúde, além da tendência de municipalização da saúde); a resolubilidade; a descentralização (co-responsabilidade entre os entes federados), a participação dos cidadãos (controle social) e a complementaridade do setor privado.

Apesar das vantagens trazidas à população por esses princípios que norteiam o SUS, é preciso analisá-los criticamente, tentando estabelecer a materialidade destes na realidade dos serviços de saúde no país, pois ainda persiste uma grande lacuna entre o SUS constitucional e o que se esboça na sua concretização. A Lei nº 8.080/90 que regulamenta esse sistema de saúde, bem como seus princípios, são avançados na concepção dos direitos sociais, o que se torna contraditório a esse processo de conquista da saúde pública com responsabilidade estatal, a partir da década de 1990, é a redução de recursos para as políticas sociais públicas com a introdução do projeto neoliberal.

É importante destacar que, em consonância com a orientação dos organismos internacionais como o fundo monetário internacional e o Banco Mundial, o Estado tem promovido a redução dos direitos sociais, por outro lado, podemos notar o fortalecimento do grande capital e da área econômica, em uma clara subordinação da política social à política econômica. Desse modo, o processo de austeridade pode ser compreendido como “implementação de medidas que restringem a oferta de benefícios, bens e serviços públicos em razão de cortes de despesas e/ou da realização de reformas estruturais” (VIEIRA et al, 2018, p. 32). Como resultado do projeto neoliberal, há uma diminuição em termos de oferta e qualidade dos serviços de saúde para a população.

Destarte, com o neoliberalismo, processa-se um Estado viabilizador da expansão do grande capital em detrimento das garantias sociais, que passam a ser progressivamente colocadas como responsabilidade para a sociedade civil, pois esta é entendida como seio da solidariedade e propiciadora do bem-comum, concepção que o Estado aliado à classe

dominante determina como forma de se alcançar um consenso ativo da classe trabalhadora e atingir seus objetivos lucrativos. Nesse sentido, a redução do papel do Estado abre espaço para o mercado, a saúde passa a ser vista enquanto mercadoria e a partir disso podemos notar o aumento das desigualdades no acesso.

2. O avanço neoliberal na política de saúde

É interessante mencionar que a ideologia neoliberal e a política econômica adotada durante a década de 1990 no Brasil, iniciada no governo Collor e ampliada na gestão de Fernando Henrique, reforçou a subordinação do Estado em benefício do capital afetando as políticas sociais, sendo marcado por um contexto de privatizações. Nos governos seguintes de Luís Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, é importante considerar que houve uma redução expressiva da desigualdade social, com uma substancial melhora nos indicadores sociais e econômicos do país. Todavia, os fatores de continuidade da política neoliberal vistos nos anos 1990 permaneceram.

Assim, as políticas sociais no contexto de contrarreforma do Estado brasileiro, passam por amplo processo de privatização, como parte do receituário neoliberal de redução dos gastos sociais. Tal perspectiva está completamente imbricada às recomendações dos organismos internacionais, tais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), e o Banco Mundial. Sobre esse período, Mota et al (2008) ressalta que no neoliberalismo a saúde se expressa através do projeto privatista.

O discurso do reconhecimento da saúde como um direito social e a apreensão de sua garantia como um dever do Estado ultrapassa uma abordagem limitada e centrada em um discurso acrítico e normativo. Define ainda, de maneira radical que, enquanto direito, a pretensão do dever de cumpri-lo é do Estado, sendo reconhecido que a saúde não poder ser um bem ou serviço factível de troca no mercado. (MOTA et al., 2008, p. 223)

Apesar dos avanços estabelecidos “no marco regulatório das políticas sociais, é importante reconhecer que as ações e programas governamentais brasileiros ainda apresentam grandes dificuldades para impactar os indicadores sociais” (MONNERAT et al, 2014, p. 130). Neste sentido, o princípio da universalização das políticas sociais não é mantido, na medida em que os programas e serviços passam a ser focalizados e ganha espaço o processo de mercantilização da saúde.

Com relação à eleição de Luís Inácio Lula da Silva, pretendia-se que a saúde retornasse ao Projeto de Reforma Sanitária, no entanto o que se observou nas ações foi a continuação de uma política de saúde focalizada e sem financiamento efetivo. Constatou-se assim, que, no governo Lula, a articulação do projeto de saúde estava vinculada ao mercado, com o objetivo de garantir a “[...] conservação e modernização da ordem capitalista”. (MOTA, 2012, p. 23).

No governo Dilma Rousseff, embora a saúde apareça como prioridade, o governo destaca em seus dois mandatos a necessidade de estabelecer parcerias com o setor privado. O discurso é de defesa do acesso e melhoria da qualidade dos serviços, contudo os encaminhamentos inscrevem-se no processo de “ênfase nas políticas e programas focalizados, a parceria com o setor privado e a cooptação dos movimentos sociais” (BRAVO; MENEZES, 2014, p. 39).

Segundo Mendes (2015), o processo de expansão das Organizações Sociais da Saúde (OSS) favoreceu o setor privado em detrimento do sistema público, na prática observa-se uma série de dificuldades para a efetivação da universalidade inscrita na Constituição de 1988. Desse modo, fica nítido que os governos brasileiros neste período mobilizaram políticas que contribuíram para a participação privada no setor de saúde.

[...] de um lado, nas crescentes transferências dos recursos públicos às Organizações Sociais de Saúde (OSSs) – de gestão privada – e o aumento das renúncias fiscais decorrentes da dedução dos gastos com planos de saúde e símiles no imposto de renda e das concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais) e à indústria químico-farmacêutica, enfraquecendo a capacidade de arrecadação do Estado brasileiro e prejudicando o financiamento do Sistema Único de Saúde (MENDES, 2015, p. 69)

Dando continuidade aos parâmetros neoliberais na saúde, após o Golpe de Estado de 2016, que favoreceu a saída da presidenta Dilma Rousseff, Michel Temer na intenção de manter níveis econômicos satisfatórios, para mencionar alguns dos retrocessos, instituiu a Emenda Constitucional do Teto dos Gastos (EC nº 95/2016), que limita por 20 anos a ampliação dos gastos com a saúde, promoveu ainda a Revisão da Política Nacional de Atenção Básica (agosto de 2017) com mudanças na estratégia de organização da Atenção Básica. Como assinala Bravo et al.:

Uma dessas questões é a perda de recursos federais destinados ao SUS estimada em R\$ 654 bilhões de reais nesse período de 20 anos, em um cenário conservador (crescimento médio do PIB de 2% ao ano). Ao utilizar uma estimativa de crescimento maior (3% ao ano), a estimativa chega a R\$ 1 trilhão. Ou seja: ao comparar a regra da PEC com a atual, quanto mais a economia brasileira crescer nesse período, maior a perda de recursos para a Saúde. (BRAVO et al., 2018, p. 15)

Essa retirada e redução dos direitos sociais é acompanhada do fortalecimento do grande capital, apoiado pelo Estado, que prioriza a área econômica em detrimento das garantias sociais, que mesmo asseguradas constitucionalmente, não recebem a atenção devida por parte dos governos. As políticas sociais, em especial a saúde, passam por amplo processo de seletividade, focalização e privatização, com isso, fica cada vez mais difícil garantir o acesso aos serviços de saúde no Brasil de forma universal e integral.

Esse modelo de proteção social possui assim “caráter diverso e, muitas vezes, contrário ao sentido original, como é o caso da gestão pública segundo o marco legal original do SUS e as propostas de gestão de âmbito privado” (SOARES, 2010 *apud* SOARES, 2018, p. 26). Desse modo, com a crescente expansão das Organizações Sociais e o aumento da iniciativa privada na gestão dos serviços podemos assinalar que o Estado brasileiro tem atuado em favor do lucro ao invés de efetivar as garantias constitucionais. Nessa perspectiva, Mendes e Carnut (2018) afirmam que o campo da saúde pública tem apresentado:

[...] fragilidade financeira de seu financiamento, por meio de destinação insuficiente de recursos e do baixo volume de gastos com recursos públicos; de indefinição de fontes próprias para a saúde; de ausência de maior comprometimento do Estado brasileiro com alocação de recursos e com melhor distribuição de recursos no Orçamento da Seguridade Social [...] das elevadas transferências de recursos para o setor privado, com recursos direcionados às modalidades privatizantes de gestão (MENDES, CARNUT, 2018, p. 1112).

Vale destacar que, além da enorme retirada de recursos com a PEC 55, outra questão que põe enorme desafio para que o Sistema Único de Saúde (SUS) se firme é a privatização do setor, na contramão de um projeto de saúde coletivo voltado para toda a população. Nesse processo, consideramos de grande importância que propostas sejam construídas através dos conselhos e dos espaços de participação social. Nas palavras de Carneiro e Gambi:

Com efeito, apesar da perda de legitimidade do sistema representativo, do próprio esvaziamento do poder político, exercido pelo grande capital e por agentes externos, da grande desigualdade social existente e das crises econômicas que minam o debate democrático, a ampliação do processo da participação e do

diálogo social institucionalizado tem sido apresentada como possível solução para os limites da democracia representativa, como no caso dos conselhos econômicos e sociais criados em diversos países no período neoliberal. (CARNEIRO; GAMBI, 2018, p. 84)

É importante ressaltar que, no Brasil com a ascensão da extrema direita, resultado das eleições de 2018, a expectativa do Estado cumprir sua responsabilidade de investir e ampliar as políticas sociais se torna cada vez mais distante. As medidas propostas pelo governo em curso abrem totalmente as portas para os interesses do capital e do empresariado, o que significará retrocessos do ponto de vista social dificultando a concretização de serviços públicos de qualidade que possam atender as reais necessidades da população.

A partir disso, torna-se necessário que a sociedade ocupe os espaços de participação e controle social, como os conselhos e conferências, que são espaços essenciais para o monitoramento do exercício do poder público e da formulação de políticas públicas. Tal participação dos usuários na defesa dos princípios do SUS é de extrema importância para reafirmar a saúde como um direito social garantido constitucionalmente, lutando assim na contracorrente, com vistas à construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

De fato, o diálogo social se mostra essencial para tentar encontrar pensamentos inovadores, para além de políticas neoliberais como os ajustes fiscais, possibilitar a concertação social e motivar a participação dos cidadãos nas decisões políticas. Mais do que isso, faz-se necessária a rediscussão do aspecto moral da democracia, sem se centrar apenas em procedimentos. Para que isso ocorra, é importante a redução da desigualdade política e a garantia de sistemas sociais, com a inclusão da sociedade civil no processo de escolha das políticas públicas. (CARNEIRO; GAMBI, 2018, p. 85)

Como citado anteriormente, nessa quadra histórica consideramos os espaços de controle social como importantes espaços de resistência para a efetividade do direito à saúde. A busca para enfrentar os desafios atuais no campo da saúde são tarefas que só poderão ser cumpridas a partir da participação da população em espaços coletivos e através da organização política da classe trabalhadora.

Considerações finais

Diante do exposto nesse trabalho, é notório que para a saúde ser determinada enquanto política pública e de caráter universal, muitas lutas e debates ocorreram pelos diversos setores da sociedade civil, inconformados com a natureza excludente de acesso à

saúde. É apenas no final da década de 1990, que a cobertura ao acesso se constitui enquanto direito de todos e dever do Estado.

Com a Constituição Federal de 1988, a garantia do direito à saúde representou um significativo avanço normativo, contudo, a retirada de recursos e a privatização são visíveis no campo da proteção social com a introdução do projeto neoliberal na realidade brasileira. Observa-se, desse modo que as medidas adotadas pelos governos demonstram clara opção pelo projeto privatista.

É muito importante perceber que em termos de direitos, o Estado tem atuado à revelia do sentido da Constituição, com as ações em curso a tendência tem sido o desmonte do caráter público e universal da política de saúde. Cumpre destacar nesse contexto, as mudanças no orçamento a partir da Emenda Constitucional nº 95/2016.

Em síntese, consideramos que a política de saúde com o desenvolvimento do neoliberalismo, tem apresentado restrições tanto em sua base orçamentária para a execução dos programas e serviços, quanto as questões econômicas de reordenamento do capital tem repercutido nas formas de organização e participação da classe trabalhadora.

A partir das bases teóricas estudadas, frente à tendência de redução dos direitos, especialmente na área da saúde, que passa por restrições financeiras e avanço do mercado, cabe à população reivindicar dos governos a materialização dos princípios do SUS, insistindo na responsabilidade do Estado, no intuito de qualificar os serviços. Portanto, é imprescindível, reafirmar o nosso compromisso, enquanto classe trabalhadora, para que o Estado seja responsável em garantir o direito à saúde com vistas ao acesso universal e igualitário.

Referências

BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 19 abr. 2019.

_____. *Lei nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 1990.

BARROS, Bárbara Terezinha Sepúlveda; BRITO Ângela Ernestina Cardoso de. A política de saúde sob o governo Temer: aspectos ideológicos do acirramento do discurso privatista. *O Social em Questão*, a. XXII, n. 44, maio/ago. 2019. Disponível em:

<http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art3.pdf> Acesso em: 18 out. 2019

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. *Política social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2011

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete [et al] (orgs). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. A urgência do debate: as contrarreformas na política da saúde no governo Temer. *Argumentum*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 9-23, 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/viewFile/19139/13218>> Acesso em: 16 jun. 2019

CARNEIRO, André Pereira; GAMBI, Thiago Fontelas Rosado. Neoliberalismo, desigualdade e democracia: discussão fundamentada nos conselhos econômicos e sociais. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, v. 23, n. 74, abr. 2018. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/view/68697/71541>>. Acesso em: 27 jun. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde*. Brasília: CFESS, 2010.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete [et al] (orgs). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006

CORREIA, Maria Valéria Costa. Que controle social na política de Assistência Social. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 72, set. 2002.

MENDES, Aquilas. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 66-81, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00066.pdf>> Acesso em: 16 jun. 2019.

MENDES, Aquilas. CARNUT, Leonardo. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1105-1119, 2018. Disponível em; <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n4/1984-0470-sausoc-27-04-1105.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2019

MONNERAT, Giselle Laviás et al. (orgs.). *A intersetorialidade na agenda das políticas sociais*. Campinas: Papel Social, 2014.

MOTA, Ana Elizabete et al. (orgs). *Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional*. 3.ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

MOTA, Ana Elizabete. A Seguridade Social em tempo de crise. In: *Cultura da crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MOTA, Ana Elizabete (org.). *Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade*. São Paulo: Cortez, 2012.

SOARES, Raquel Cavalcante. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. *Argumentum*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 24-32, jan./abr. 2018.

VIEIRA, Fabíola Sulpino et al. *Políticas sociais e austeridade fiscal: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo*. Rio de Janeiro: CEBES, 2018.