



Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Ciências Humanas – IH

Departamento de Serviço Social – SER

Ana Luisa Soares Couto

**Ideologia Neoliberal e Política Social: a
construção da resistência do SUS**

Brasília, julho de 2009

Ana Luisa Soares Couto

**Ideologia Neoliberal e Política Social: a
construção da resistência do SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso
de graduação apresentado ao
Departamento de Serviço Social da
Universidade de Brasília, sob
orientação do Prof^o. Mário Ângelo
Silva.

Brasília, Julho de 2009

Ana Luisa Soares Couto

**Ideologia Neoliberal e Política Social: a
construção da resistência do SUS**

Banca Examinadora

Prof^o. Mário Ângelo Silva
Orientador
Universidade de Brasília - UnB

Prof^a. Patrícia Cristina Pinheiro
Examinadora
Universidade de Brasília - UnB

Prof^a. Wânia Maria do Espírito Santo Carvalho
Examinadora
Universidade de Brasília - UnB

Brasília, julho de 2009

Para minha família: Evanir e João Luiz

AGRADECIMENTOS

À Potyara Amazoneida Pereira, orientadora do meu Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso, pela valiosa contribuição, sem a qual esse trabalho não seria possível. Ao professor Mário Ângelo Silva, orientador deste TCC, por ter aceitado me orientar prontamente e pelo incentivo. À Camila Potyara pela convivência e atenção; e por compartilhar seus conhecimentos e sua sabedoria. Aos demais professores do Departamento de Serviço Social que de alguma forma contribuíram para o meu amadurecimento acadêmico.

Aos colegas da turma do segundo semestre de 2005, em especial às queridas amigas Izabel Fernandes, Júnia Maria Junqueira e Natália Corrêa que compartilharam comigo tantas alegrias, descobertas e aprendizado; por estarem presente nos momentos mais difíceis e pelo carinho e amizade que jamais esquecerei. Aos amigos de coração que não puderam estar sempre por perto, mas que torceram por mim e vibraram com mais essa conquista.

Ao meu irmão João Luiz pelo companheirismo e amizade; pelas visitas sempre tão divertidas; por tornar a minha caminhada mais leve e feliz. À minha mãe e melhor amiga, Evanir Soares da Fonseca por ter sido durante toda a graduação o meu porto seguro; pelo apoio e incentivo; por ser fonte de inspiração; e por ter despertado em mim a vontade de lutar pela mudança da realidade social e a não aceitar injustiças.

RESUMO

O presente trabalho contempla o neoliberalismo como modelo sócio-econômico adotado no Brasil a partir do Governo Collor, suas influências sobre as políticas sociais nacionais, mais especificamente a política de saúde e suas implicações sobre o direito social à saúde de qualidade. O objeto de interesse deste estudo é: a relação entre alguns aspectos da prática da política social de cunho neoliberal no Brasil, a partir da década de 1990, e as tentativas orquestradas de retração dos direitos sociais no contexto nacional, tomando como foco os direitos preconizados pelo Sistema Único de Saúde – SUS - como política social universal, concebida e implementada no período em que a ofensiva neoliberal iniciou sua disseminação no Brasil. Ciente da relevância da problemática em questão e da importância de se fomentar o aprofundamento do debate em torno das implicações da ofensiva neoliberal sobre as políticas e direitos sociais no país. O presente estudo pretende contribuir para a reflexão em torno de alguns fatos históricos que demonstram tais implicações. Apesar de se tratar de um tema extremamente atual e recorrentemente discutido, alguns aspectos precisam ser mais bem trabalhados como, por exemplo, o surgimento e implementação do SUS enquanto Política Social universal na contramão das primeiras investidas neoliberais em grande escala no país. Assim, esse estudo representa uma tentativa de sistematizar questões e análises produzidas por autores dedicados ao assunto, desde a década de 1990, quando ganhou força o projeto de democratização da saúde instituído pelo Sistema Único de Saúde, e por outro lado, se expressam as forças neoliberais no cenário político brasileiro. A pesquisa bibliográfica e revisão da literatura específica possibilitaram responder as indagações formuladas no projeto de pesquisa. Em que pese as investidas neoliberais, setores progressistas do governo e segmentos da sociedade civil organizada tem assegurado a consolidação dos princípios da universalidade, equidade, integralidade e controle social por meio de normas técnicas e jurídicas além da participação de vários setores nos Conselhos e Conferências de Saúde, e em outras instâncias sócio-jurídicas.

Palavras Chave: Neoliberalismo, Políticas Sociais, Direitos Sociais e SUS

ABSTRACT

This contemplates the neoliberalism as socio-economic model adopted in Brazil from the Collor government, their influence on national social policies, more specifically the health policy and its implications on the social right to health quality. The object of interest of this study is: the relationship between the practice of neoliberal social policy in Brazil from the 1990s, and the orchestrated attempts to retraction of social rights in the national context, taking as a focus the Unified Health System - SUS - as a universal social policy, which was conceived in the period in which the neoliberal offensive began spreading in Brazil. Aware of the relevance of the issue in question and the importance of promoting the deepening of the debate around the implications of the neoliberal attack on the social policies and rights in the country, it is this necessary research. This study aims to contribute to thinking about some historical facts that demonstrate such implications. Although this is a very current topic and recurrently discussed some aspects need to be further worked, such as the development and implementation of the SUS as a universal social policy in the contra hand of the first neoliberal investment in large scale in the country. Thus, this study represents an attempt to systematize issues and analysis produced by authors dedicated to the subject since the 1990s, gained strength when the project of democratization of health established by the Unified Health System, and on the other hand, when the forces of neoliberalism were expressed in the political scenario in Brazil.

Key Words: Neoliberalism, Social Policies, Social Rights and SUS

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

Art. – Artigo

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensão

CEAM – Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CF – Constituição Federal

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

COFINS – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

CPMF – Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EC – Emenda Constitucional

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FAT – Fundo de Apoio ao Trabalhador

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FINSOCIAL – Fundo de Investimento Social

FMI – Fundo Monetário Internacional

IH – Instituto de Ciências Humanas

IAPs – Institutos de Aposentadoria Pensão

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LGBTT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transgêneros

LOS – Lei Orgânica da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

NEPPOS – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Política Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

p. – Página

PAISC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PASEP - Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

PIASS – Plano de Interiorização das Ações em Saúde e Saneamento

PIS – Programa de Integração Social

PSF – Programa de Saúde da Família

SER – Departamento de Serviço Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UnB – Universidade de Brasília

SUMÁRIO

Introdução.....	02
Metodologia.....	04
Eixo e Categorias Analíticas	
1. Neoliberalismo.....	06
2. Política Social.....	11
3. Direitos Sociais.....	15
4. Saúde.....	17
Capítulo 1 – A Saúde Pública no Brasil.....	18
1.1 - O Sistema Único de Saúde - SUS.....	25
Capítulo 2 – O Neoliberalismo no Contexto Brasileiro.....	29
2.1 - Implicações do Neoliberalismo sobre o SUS e o Direito à Saúde.....	33
Considerações Finais.....	39
Referências Bibliográficas.....	44

INTRODUÇÃO

O presente trabalho constitui o produto final da disciplina “Trabalho de Conclusão de Curso” (TCC) cursada no Departamento de Serviço Social no primeiro semestre de 2009. Tendo o objetivo de fomentar a pesquisa em Serviço Social, o referido TCC, além de uma exigência curricular, é um momento de síntese e expressão da totalidade da formação profissional.

O presente trabalho está diretamente relacionado ao Plano de Trabalho desta aluna vinculado à pesquisa matriz intitulada “Projetos Alternativos às Políticas Sociais Neoliberais” que, entre 2004-2007, foi coordenada pela professora Potyara Amazoneida Pereira Pereira, com financiamento do CNPq. Tal pesquisa foi realizada no Núcleo de Estudo e Pesquisa em Política Social – NEPPOS, do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares - CEAM, da Universidade de Brasília, no qual a autora deste projeto esteve inserida, participando como Bolsista de Iniciação Científica.

O tema deste estudo contempla o neoliberalismo como modelo sócio-econômico adotado no Brasil a partir do Governo Collor, suas influências sobre as políticas sociais nacionais, mais especificamente a política de saúde e suas implicações sobre o direito social à saúde de qualidade. Esse tema não tem sido suficientemente discutido, apesar de o neoliberalismo ser uma referência recorrente nas análises contemporâneas sobre a situação sócio-econômica do país. Por isso, o **objeto** de interesse deste estudo é: a relação entre alguns aspectos da prática da política social de cunho neoliberal no Brasil, a partir da década de 1990, e as tentativas orquestradas de retração dos direitos sociais no contexto nacional, tomando como foco os direitos preconizados pelo Sistema Único de Saúde – SUS - como política social universal, concebida e implementada no período em que a ofensiva neoliberal iniciou sua disseminação no Brasil.

Ciente da relevância da problemática em questão e da importância de se fomentar o aprofundamento do debate em torno das implicações da ofensiva neoliberal sobre as políticas e direitos sociais no país, considera-se esta pesquisa necessária. O presente estudo pretende contribuir para a reflexão em torno de alguns fatos históricos que demonstram tais implicações. Além disso, a escolha do presente tema deve-se ao interesse intelectual e político da autora deste projeto, ao longo do período de graduação, em compreender os mecanismos de subtração de direitos sociais, mais especificamente do direito à saúde pública de qualidade no Brasil a partir do início dos anos 1990, no processo de construção do SUS. Apesar de se tratar de um tema

extremamente atual e recorrentemente discutido alguns aspectos precisam ser mais bem trabalhados como, por exemplo, o surgimento e implementação do SUS enquanto Política Social universal na contramão das primeiras investidas neoliberais em grande escala no país.

Assim, esse estudo representa uma tentativa de sistematizar questões e análises produzidas por autores dedicados ao assunto, desde a década de 1990, quando ganhou força o projeto de democratização da saúde instituído pelo Sistema Único de Saúde, e por outro lado, se expressam as forças neoliberais no cenário político brasileiro.

O **objetivo geral** pode ser assim definido: destacar fatos e análises produzidos nesse período que revelam as tentativas de ofensivas neoliberais contra a concretização, de fato, das políticas de saúde, preconizadas pelo SUS, desde seu surgimento até nossos dias.

Os **objetivos específicos** consistem em identificar, sistematizar e interpretar fatos históricos no processo de consolidação do SUS, que revelam estratégias de resistência às investidas neoliberais de subtração de direitos; identificar e alinhar autores dedicados ao tema para melhor compreender as referidas investidas e as estratégias adotadas para sua superação, no sentido da garantia do direito à saúde de qualidade. Com base em leituras prévias e conhecimentos empíricos sobre o tema, as indagações formuladas para orientar o estudo proposto são: Em que medida as investidas caracterizadas como neoliberais representam retrocesso político e administrativo das políticas sociais, especialmente no campo da saúde?; Como se expressam as forças de resistência contra tais investidas?

METODOLOGIA

A metodologia aqui utilizada considerou o objeto de estudo de acordo com pontos definidos por Minayo (2000). Primeiro, que o objeto das Ciências Sociais é histórico; segundo, que existe identidade entre sujeito e objeto da investigação; terceiro, que toda ciência é intrínseca e extrinsecamente ideológica e, por último, que o objeto de uma ciência social é essencialmente qualitativo, sem, contudo prescindir de dados quantitativos e empíricos em suas análises.

Quanto à historicidade do objeto, foi considerado neste trabalho o constante dinamismo e o potencial do objeto para ser transformado. Mynayo (2000) afirma que o objeto em ciência social possui consciência histórica; assim, ele se desenvolve em um processo histórico e dinâmico que o remete às relações concretas da realidade. Quanto à identidade entre sujeito e objeto da pesquisa social, pode-se afirmar que aquilo que é pesquisado e o próprio pesquisador “*têm um substrato comum que os torna imbricados*” (Minayo, 2000). A participação da autora no processo de pesquisa explica-se pela experiência e pela autonomia das escolhas conceituais e metodológicas engendradas.

A pesquisa social, quanto à sua qualidade ideológica, difunde idéias, interesses e visões de mundo historicamente construídas, dominantes ou não. Quanto ao caráter qualitativo do objeto de estudo, conforme Lênin (apud Minayo, 2000), a realidade social é mais rica do qualquer teoria ou qualquer idéia que o pensador possa ter sobre ela, já que uma idéia tende a dividir, fragmentar e diferenciar os momentos e os objetos apresentados pela realidade. As categorias analisadas trazem uma carga ideológica, histórica, política e cultural que não pode estar contida apenas num dado numérico, ultrapassando a análise quantitativa.

O método dialético, com o qual o materialismo histórico-estrutural se identifica, foi o caminho que orientou as análises do tema aqui proposto, pois trata de forma equiparada aspectos históricos, envolvendo as ações dos sujeitos e, estruturais, preexistentes ou independentes das ações humanas, do tema estudado. Leva também em consideração tanto a dimensão qualitativa quanto a quantitativa, dialeticamente relacionadas, do objeto de estudo, compreendendo assim, suas determinações fundamentais, contradições, heterogeneidade e complexidade.

A técnica de pesquisa predominantemente utilizada caracteriza-se, segundo Marconni;Lakatos (2007), como pesquisa bibliográfica ou em fontes secundárias, a qual

abrangeu parte da bibliografia tornada pública e disponível, referente ao tema de estudo. Para Manzo (1973, apud Marconni;Lakatos, 2007) tal técnica oferece meios para definir problemáticas existentes, já conhecidas, como também explorar novas áreas e dimensões destas questões.

Privilegiando a reflexão crítica do referido objeto - a relação entre a prática da política social neoliberal no Brasil, a partir da década de 1990, e as tentativas orquestradas de retração dos direitos sociais no contexto nacional, tomando como foco o Sistema Único de Saúde – SUS, esta pesquisa assumiu um modelo de investigação predominantemente teórica, valendo-se de material bibliográfico disponível em diferentes fontes documentais produzido por autores de interesse para o estudo. As fontes de informação utilizadas consistiram em referências bibliográficas específicas do tema como livros, periódicos, jornais, revistas de divulgação cultural e científica.

Sem pretender esgotar a totalidade de títulos específicos, a pesquisa bibliográfica foi realizada em acervos de bibliotecas públicas e pela internet, sob orientação da Professora Coordenadora do projeto de pesquisa mencionado anteriormente; e complementada e atualizada por indicações, do orientador desse trabalho, de autores e títulos considerados relevantes, nesse primeiro semestre de 2009. Teve caráter exploratório e foi centrada nos seguintes assuntos: neoliberalismo, políticas sociais, direitos sociais, políticas de saúde e SUS.

A revisão bibliográfica seguiu um roteiro pré estabelecido de análise interpretatória dos conteúdos selecionados nas obras pesquisadas na perspectiva crítica das categorias de análise expressadas a seguir.

No primeiro capítulo a autora discorre sobre o processo histórico de construção e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), além de suas principais características e princípios desse modelo de atenção à saúde. O segundo capítulo contempla o neoliberalismo e suas implicações sobre a política e o direito à saúde no Brasil. Em seguida nas considerações finais a autora ressalta os mecanismos de resistência às investidas neoliberais na tentativa de subtração do direito à saúde de qualidade.

EIXO E CATEGORIAS ANALÍTICAS

1. Neoliberalismo

O neoliberalismo, ou novo liberalismo, surgiu logo após a II Guerra Mundial baseado em idéias liberais do século anterior. Segundo Perry Anderson (1995), foi um fato distinto ao liberalismo clássico. Entretanto, o neoliberalismo não pode ser simplesmente entendido como um fenômeno recente ou um modelo de governo hegemônico no capitalismo atual. Por isso, a definição adotada neste trabalho dá espaço à reflexão da formação histórica do neoliberalismo no panorama mundial desde suas raízes no segundo pós-guerra e trazendo o foco de análise para o surgimento do neoliberalismo no Brasil e suas especificidades. Como uma doutrina econômica, política e ideológica, o neoliberalismo é, de fato, um pensamento que defende a ausência ou intervenção mínima do Estado na economia.

De acordo com Perry Anderson (1995), o neoliberalismo foi uma reação teórica e política ao Estado intervencionista e de bem estar, tendo suas origens em 1947 na reunião de Monte Pélerin na Suíça. Seu principal impulsionador foi Friedrich Von Hayek que escreveu a primeira obra neoliberal mais marcante, em 1944, intitulada “O Caminho da Servidão”.

Hayek (1977) e os defensores do neoliberalismo acreditam que se um indivíduo depende do Estado para satisfazer suas necessidades de alimentação, por exemplo, tem a sua liberdade reduzida. Em outras palavras, o indivíduo sendo alimentado pelo Estado, estando numa relação de dependência, não se revolta contra este e jamais reivindica sua liberdade, o que também contraria o princípio liberal da competitividade, pelo qual, idealmente, o indivíduo se esforçaria mais para sobreviver e alcançar o sucesso na disputa por melhores espaços, principalmente no mercado de trabalho.

Além disso, o Estado de Bem-Estar é perdulário (Hayek, 1977), de acordo com a doutrina neoliberal. Condenando os custos do bem-estar social aos cofres públicos, o neoliberalismo também culpa o beneficiário da proteção social do Estado, afirmando que o pobre é oneroso ao governo, pois se acomoda na dependência e não procura sustentar-se sozinho por outros meios. É como se o Estado de Bem-Estar como todo seu aparato de proteção social, contribuísse para o aumento da pobreza, ou como se a situação da pobreza fosse a mais cômoda e agradável ao indivíduo.

O primeiro país a implementar o neoliberalismo foi o Chile, na ditadura de Pinochet na década de 1970, experiência que interessou aos governos Thatcher, na Inglaterra, e Reagan nos Estados Unidos, que incorporaram o projeto neoliberal na década seguinte – 1980 (Anderson, 1995). A partir daí deu-se então, a inauguração da era neoliberal no mundo.

A expressão ideológica do neoliberalismo tomou força no final do século XX, impulsionada pelas manifestações do liberalismo anteriores, desde o século XVII, coincidindo com a consolidação da dominação econômica da classe burguesa. Os pressupostos liberais partem da compreensão de que o homem é um ser individual e tem certos direitos inalienáveis, principalmente no que se refere à liberdade individual e ao direito de propriedade que é indissociável do direito de liberdade.

Assim, a aceitação dos direitos pelos neoliberais restringe-se aos chamados direitos de primeira geração, ou direitos individuais, baseados na primazia da liberdade individual. Quanto à igualdade referenciada nos direitos sociais, os neoliberais a vêem como utopia e consideram aceitáveis, e até naturais, as desigualdades entre os homens. Sendo necessário que exista a desigualdade, a pobreza e o desemprego para haver maior competitividade entre as pessoas e redução dos salários, o que, em última instância, favorece o lucro dos grandes capitalistas.

A liberdade então defendida se estende ao mercado, daí a denominação “livre mercado”, empregada pelos neoliberais ao defenderem o chamado “laissez-faire” das leis mercantis, levando-os a recusar a intervenção estatal por acreditarem na existência de uma “mão invisível” que regula o mercado, como se fosse um passo de mágica. Daí parte a crítica de muitos autores, como Teixeira (1996), Pereira (2002) e Anderson (1995), ao pensamento econômico liberal, que apresenta inconsistência por superestimar a produção de valores de troca, para a extração da mais-valia e a acumulação de riquezas, isentando-se da satisfação das necessidades humanas.

Para os (neo)liberais, as saídas para a satisfação das necessidades humanas encontram-se apenas no mercado, que se abre aos esforços empreendedores de indivíduos isoladamente, dependendo das habilidades e capacidades individuais desenvolvidas por cada um. Por esta razão os críticos do neoliberalismo sustentam que o individualismo, o egoísmo e a culpabilização das pessoas por seu “fracasso” na satisfação de suas necessidades, foram tendências acirradas pela ofensiva neoliberal.

Quanto à forma histórica original do liberalismo, Teixeira (1996) afirma que o nascimento do liberalismo se remete a um corpo de formulações que defendem o Estado

em sua função constitucional e jurídica, ou seja, estabelecendo um conjunto de leis que permitam a coexistência da liberdade de um com os outros. Para Teixeira (1996), contra o abuso do poder estatal, quer na esfera da administração da sociedade, quer na esfera da economia, todos os teóricos liberais defendiam um governo limitado, um Estado de direito que não se intrometesse nas questões econômicas e sociais de sua nação. Mas este modelo de gestão só ganha espaço, na prática, a partir de meados do século XIX, quando se inicia a fase liberal do capitalismo que se estende até a Crise de 1929.

A saída para a Crise de 1929, conforme Teixeira (1996) foi o capitalismo regulado pelo Estado, pautado no “modelo social-democrático de desenvolvimento” que vigorou entre as décadas de 1940 (pós-guerra) e 1970, com a vigência do Estado de Bem-Estar Social, ou Welfare State, sustentado pelas idéias de Keynes. Mas no início dos anos de 1970 ocorreu uma grande crise econômica, já mencionada anteriormente, que abalou o Estado de Bem-Estar, aumentando as taxas de inflação e diminuindo os índices de crescimento. Com isso as condições se mostraram favoráveis à propagação do ideário neoliberal.

Em consonância com Anderson (1995), Teixeira (1996) reconhece que a reestruturação produtiva trazida pelo neoliberalismo como resposta à crise mencionada, provocou significativa mudança nas relações de trabalho, inclusive no gerenciamento da força de trabalho. Além disso, foi o neoliberalismo que impulsionou a entrada do capital financeiro em cena.

O favorecimento do capital financeiro pelo neoliberalismo se pauta na valorização máxima em curto prazo, independente de suas conseqüências negativas em vários campos como no mercado de trabalho ou nas relações sociais. Para Chesnais (1996) esse regime cobra o seu preço de várias maneiras saindo de cena nos momentos de crise. O autor aponta ainda três principais características ou fragilidades deste regime: 1) a falta de um compromisso social, promovendo exclusão e marginalização, já que sua viabilidade está no crescimento econômico através da desigualdade; 2) a dificuldade de internalização integradora, fazendo com que o abismo entre o centro e a periferia se alargue cada vez mais; 3) a grande vertigem do regime financeirizado, que pressupõe a existência de um sistema em que os Estados Unidos são o centro único e, o dólar, a moeda internacional inigualável.

Independente da denominação ou forma que assuma (neoliberal, imperialista, financeiro, concorrencial), a lógica inerente ao capital traz prejuízos à sociedade. Chesnais (1996) e Mézaros (2002) apresentam pensamentos convergentes ao tratar da

lógica do capital e sua produção destrutível, em que a destruição da natureza é justificada pela produção de mercadorias para o bem-estar humano. Estes autores falam também de uma crise endêmica, crônica e permanente, fazendo emergir o espectro da destruição global da humanidade.

Pereira (2005 e 2002), ao analisar o neoliberalismo, considera que as promessas de resolver a questão do crescimento econômico, distribuir melhor bens e serviços via mercado, promover por meio de políticas sociais auto-sustentadas o empoderamento individual e a melhoria dos níveis de bem-estar da maioria da população foram falaciosas. A autora afirma que a doutrina neoliberal aprofundou as desigualdades sociais, desmantelou grande parte dos direitos sociais consolidados, além de reabrir tensões e violências que estão na origem da velha questão social, destacando o retrocesso das conquistas sociais e políticas de parcela considerável da população.

As políticas sociais do Estado neoliberal servem de instrumentos para o capital. Assim, ocorre um tipo de privatização das políticas sociais, já que a responsabilidade pela prestação dessas políticas é transferida para a esfera privada: o voluntariado.

“A privatização no campo das políticas sociais públicas compõe um movimento de transferências patrimoniais, além de expressar o processo mais profundo da supercapitalização” (Behring, 1998 apud Boschetti; Behring, 2008, p.159). Essa privatização pode ser mercantil baseada na terceirização dos serviços para a esfera privada lucrativa, e na transferência de responsabilidades estatais para esse setor e a não mercantil. Tais orientações transferem as responsabilidades para a sociedade, sob a justificativa do voluntariado, da solidariedade e cooperação. Isso explica segundo Boschetti e Behring (2008) o retorno à família e às organizações sem fins lucrativos – o chamado terceiro setor – como agentes do bem estar em substituição às políticas públicas.

Segundo Pereira (2003), o Estado se mostrou ineficaz em suas tentativas de erradicar a pobreza, incentivando assim, a expansão do voluntariado e a terceirização de serviços e ações públicas estatais. A ideologia neoliberal desincentiva o exercício da cidadania social por meio de ações voluntárias e das privatizações, formuladas pela lógica capitalista. As políticas sociais públicas passam a ser focalizadas na extrema pobreza, utilizando critérios de seleção rigorosos e estigmatizantes de beneficiários. A focalização das políticas públicas é captada por seus beneficiários como incapacidade e punição (o que alguns autores chamam de culpabilização da pobreza), já que, de acordo com o ideário neoliberal, desempregados, pobres, idosos se mostram incompetentes na

condução de suas vidas e incapazes de prover seu sustento e de sua família não se adaptando à ordem social.

No Brasil, o receituário neoliberal foi implementado inicialmente durante o governo Collor e posteriormente nos dois mandatos consecutivos de Fernando Henrique Cardoso, prosseguindo no atual governo Lula (Antunes, 2004).

2. Política Social

Para Arendt, 1998 (apud Pereira, 2005), a política é uma relação entre diferentes em sociedades internamente diferenciadas onde homens e mulheres se organizam para atingir objetivos comuns. E surge com a intenção de dissipar conflitos entre interesses antagônicos, ou ainda como forma de consenso entre indivíduos e grupos. Por esta razão ela é tida como uma arena de conflitos de interesses.

Para Nogueira (2001, apud Pereira, 2005), por ser conflituosa (e contraditória), que a política permite a formação de contra-poderes instituídos em busca de ganhos para a comunidade e de ampliação da cidadania e da democracia. A ampliação da cidadania permite, por sua vez, a valorização da dimensão social como um espaço que se situa *“entre o econômico e o político, se contrapõe à lógica do mercado e impõe o Estado obrigações positivas, no sentido de atender necessidades sociais”* (Castel, 1998 apud Pereira, 2005, p.3).

A política em seu sentido clássico, compreendida nos termos de Pereira (2005) é empregada para designar desde o processo eleitoral de competição por cargos e negociação de interesses até partido, voto, eleição e governo. Esse sentido é o que os pensadores da língua inglesa usam para definir “politics”. Já no que compreende as ações ou não ações sociais do Estado, isto é a implementação (ou não) de ações governamentais específicas em setores como educação, saúde, meio ambiente, redução da pobreza e educação, geralmente demandadas pela sociedade, visando o atendimento de necessidades sociais é o significado que os mesmos autores usam para “policy”.

“A política social é uma espécie do gênero política pública” (Pereira, 2005, p.3). Partindo do significado de público, originado do latim *res publica*, isto é, coisa de todos, e por isso, constitui algo que compromete tanto o Estado quanto a sociedades. A política pública constitui *“um marco ou linha de orientação para a ação ou não ação pública sob a responsabilidade de uma autoridade estatal sob o controle democrático da sociedade”* (Pereira, 2005, p.3). As ações de uma política social devem convergir para a satisfação das necessidades humanas que não se restringem às dimensões biológicas de mera sobrevivência, objetivando a concretização dos direitos sociais – direitos esses que são tão legítimos quanto os outros, direitos civis e políticos.

Para o presente estudo, a política social ou “policy” reflete as ações do Estado e da sociedade executadas para concretizar direitos sociais de interesse público, isto é, de todos, e para distribuir bens socialmente produzidos. A política social pública deve ser

acessada por todos os membros da comunidade e de forma gratuita, segundo Pereira (2005), acesso este que não pode ser baseado na lógica do mercado.

Dito isto, é importante ressaltar as características da política social brasileira a partir da década de 1990, quando se abre um momento de inovação, delineadas na tensão entre as conquistas constitucionais asseguradas pelo forte movimento social da redemocratização e a contra-reforma neoliberal. Até então as políticas sociais mantinham um caráter compensatório, seletivo, fragmentado, setorizado e subsumido à crise econômica, herança do longo regime autoritário implantado no país em 1964.

O processo de redemocratização, apesar da crise econômica, tinha um forte conteúdo reformista, no sentido de desenhar na Constituição políticas orientadas pelos princípios da universalização, responsabilidade pública e gestão democrática.

Constituiu-se nesse período uma Articulação Nacional de Entidades pela Mobilização Popular na Constituinte, reunindo movimentos sociais, personalidades e partidos políticos com compromissos democráticos que participaram dos grupos de trabalho (Behring; Boschetti, 2008, p.144)

Daí decorre, por exemplo, a introdução do conceito de seguridade social, articulando as políticas de previdência, assistência social e saúde, e dos direitos a elas vinculados: a ampliação da cobertura previdenciária aos trabalhadores rurais no valor de um salário mínimo e do Benefício de Prestação Continuada (BPC) para idosos e pessoas com deficiências; o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, são alguns exemplos. Advém também desse processo uma série de inovações democratizantes, tais como: o novo estatuto dos municípios como entes federativos autônomos, os conselhos paritários de políticas e direitos e a instituição de um ciclo orçamentário que passa a comportar um orçamento da seguridade social.

“O processo de luta, a participação dos sujeitos políticos, profissionais e de usuários, e que foram decisivos para a formatação legal dos direitos sociais no Brasil” (Behring; Boschetti, 2008, p.144).

Bravo (1996 apud Behring; Boschetti, 2008) reflete sobre esse processo na saúde, pensada na Constituição com grande influência da reforma sanitária que já vinha se organizando desde fins dos anos 1970, como movimento social e como luta institucional, o que consolida na VII Conferência Nacional de Saúde em 1986, com sua proposição do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) e do conceito de saúde integral, relacionada às condições de vida e trabalho da população.

“A luta da saúde foi árdua, deparando-se com fortes interesses econômicos do setor privado” (idem, p.145), a exemplo da Federação Brasileira dos Hospitais e da indústria farmacêutica, que conseguiram lamentavelmente assegurar sua participação no SUS, com acesso, portanto, aos recursos públicos.

Nesse período também teve destaque a intervenção de outros movimentos sociais em defesa, por exemplo, dos direitos de crianças e adolescentes, o que se desdobrou posteriormente no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, que implicou um forte reordenamento institucional voltado para a atenção a esse seguimento.

Apesar dos avanços, foram também inscritas no texto constitucional, produto de uma correlação de forças desfavorável, orientações que deram sustentação ao “conservantismo” no campo da política social.

As condições políticas e econômicas da década de 1990 em diante, *“implicaram um giro conservador para o neoliberalismo e dificultaram em muito a implementação real dos princípios orientadores democráticos das políticas e direitos sociais”* (Bravo, 2000 apud Behring; Boschetti, 2008, p.145).

“O desenvolvimento das políticas sociais esteve imbuído historicamente de um forte espírito reformista” (Behring; Boschetti, 2008, p.148). Contudo, ao longo dos anos 1990, em tempos de estagnação, reação burguesa e neoliberalismo o que se observa é um ambiente contra-reformista. Houve o desmonte e a destruição, numa espécie de reformatação do Estado brasileiro para a adaptação à lógica do capital. Isto não significou a uma ausência de políticas sociais, mas suas formulações foram capturadas por uma lógica de adaptação que decorre o *“trinômio do neoliberalismo para as políticas sociais: privatização, focalização/seletividade e descentralização”* (Draibe, 1993 apud Behring; Boschetti, 2008, p.155)

Assim, a tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos sociais sob o principal argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias direcionadas para as expressões mais perversas da questão social e os piores efeitos da crise econômica. Permanecendo, mais uma vez, uma forte defasagem entre direito e realidade (Salama; Valier, 1997 apud Behring; Boschetti, 2008).

Observa-se, então, *“uma restrição do acesso universal a bens de consumo coletivo e aos direitos sociais, mas uma articulação entre assistencialismo focalizado e*

mercado livre, voltado para o cidadão consumidor” (Mota, 1995 apud Behring; Boschetti, 2008, p.159).

No governo Lula podemos destacar os esforços dos gestores e da sociedade civil organizada de implementar ações e medidas intersetoriais, que acabam fortalecendo as políticas sociais e públicas no enquadramento da Seguridade Social. Observa-se a partir de planos e programas implementados nessa última década, o esforço de setores governamentais e não governamentais de promover e garantir os princípios fundamentais do SUS, como universalidade, integralidade e equidade no acesso a bens e serviços de saúde. Podemos citar como exemplo os programas de atenção à saúde da mulher, da criança, dos idosos, da população negra, da pessoa com deficiência e do público LGBTTT.

Por outro lado, é forte na arena política o lobby dos setores da medicina/saúde privada no Congresso e nas Assembleias legislativas dos estados, municípios e do Distrito Federal. São insuficientes os recursos financeiros para a saúde, que se reflete na qualidade da atenção à saúde e no sucateamento das unidades e serviços da rede pública de saúde.

Os direitos sociais por possuírem relação estreita com o princípio da igualdade, da equidade e da justiça social e conseqüentemente com as políticas sociais serão definidos na próxima categoria.

3. Direitos Sociais

O significado dos direitos sociais pressupõe a compreensão dos diferentes tipos de direitos. Os direitos individuais, como os direitos de propriedade, tradicionalmente defendidos pelos neoliberais, assumiram um conceito negativo: o cidadão tinha plena liberdade, ou seja, era livre de perseguição, censura e coerção. A categoria “direito”, nos dias atuais vem adquirindo um sentido reivindicatório, tornando-se um conceito positivo: educação, saúde, aposentadoria etc.

A bibliografia existente sobre os direitos do homem consagrou uma categorização dos direitos fundamentais em uma ordem cronológica de surgimento e reconhecimento, levando em consideração as circunstâncias históricas que os determinaram.

Pisón (1998) faz uma distinção entre as três gerações de direitos. Desta forma, os direitos civis e políticos são os de primeira geração, seguidos dos direitos sociais, de segunda geração e, por fim, dos direitos difusos de terceira geração. Com esta divisão, Pisón (1998) reconhece os direitos individuais, os primeiros positivados na história como aqueles baseados no princípio liberdade, especialmente da liberdade negativa. Esses direitos surgiram gradativamente na medida em que os seres humanos se organizaram em sociedade e julgaram necessário que algumas prerrogativas e exigências relacionadas com a vida e a liberdade individual fossem garantidas juridicamente, como proteção contra a ingerência de seus pares ou do Estado. Os direitos sociais, ou de segunda geração foram fundados no princípio da igualdade e os direitos difusos, ou de terceira geração baseados na fraternidade e solidariedade.

Nas palavras de Pisón:

puede decirse que el fundamento de los derechos sociales no es sólo una determinada concepción de la igualdad material, es decir, del disfrute de ciertas condiciones de vida que satisfagan nuestras necesidades básicas, sino que ésta aparece como un presupuesto del ejercicio de la libertad individual – de los derechos civiles y políticos y como expresión de la solidaridad entre seres humanos, justificación, a su vez, de los derechos de la tercera generación (Pisón, 1998, p.73).

A respeito dos direitos, a principal discussão realizada se dá no sentido de definir o agente interventor ou ente que irá regulá-los e implementá-los. Assim, não basta compreender a origem dos direitos, mas principalmente, de quem deve ser exigida a responsabilidade por prestar ou intervir em favor deles, em especial os direitos sociais.

Como já mencionado a política pública, trata-se de uma estratégia de ação (ou não ação) pensada, planejada e avaliada, guiada por uma racionalidade coletiva e não individual, na qual, tanto o Estado como a sociedade desempenham papel ativo. Por conseguinte política pública, e por sua vez política social, *“implica sempre e simultaneamente, intervenção do Estado e participação da sociedade, seja por meio de demandas, suportes, apoios e do controle democrático”* (Pereira, 2005, p.6).

As políticas sociais visam concretizar direitos sociais conquistados pela sociedade e previstos nas leis. Ou, nos termos de Pereira (2005), os direitos declarados e garantidos nas leis só têm aplicabilidade por meio das políticas públicas, as quais, por sua vez, operacionalizam-se por meio de programas, projetos e serviços.

Assim, os direitos sociais não prescindem de decidida intervenção, ação estatal, exigindo para sua realização vontade política e um imperativo legal que os implemente, daí a necessidade imperiosa das políticas sociais.

O direito à saúde passou a ser reconhecido enquanto direito social com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Em seu artigo 6º dispõe que *“são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”*. A Constituição de 88 preconiza que a garantia dos direitos sociais e por sua vez o direito à saúde é responsabilidade do Estado.

Tal direito vai de encontro à definição paradigmática do conceito político de saúde na Constituição Federal, qual seja: *“saúde é direito de todos e dever do Estado”* (Brasil, Constituição Federal, 1988, art.196) e permeia os princípios doutrinários e organizacionais do SUS.

4. Saúde

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças.

Segundo Scliar (2007), por muito tempo não houve um conceito universalmente aceito do que é saúde. Para tal seria necessário um consenso entre as nações, possível de obter somente num organismo internacional. A Liga das Nações, surgida após o término da Primeira Guerra, não conseguiu esse objetivo: foi necessário haver uma Segunda Guerra e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), para que isto acontecesse.

O conceito da OMS, divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948, implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, diz que: saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade. Tal conceito foi ainda reforçado na Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde realizada na cidade Alma-Ata (no atual Cazaquistão), em 1978.

Baseado no conceito da OMS, a 8ª Conferência Nacional de Saúde apresenta um conceito de saúde que sintetiza grande parte do ideário do Movimento Sanitário Brasileiro:

a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e o acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social e econômica da sociedade (Pustai, 2004, p.70).

A Constituição Federal de 1988, no artigo 196, não deixa claro um conceito de saúde, mas diz que: “*A saúde 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 a promoção, proteção e recuperação*” (Brasil, CF 1988, art.196). Este é o princípio que norteia o SUS, Sistema Único de Saúde.

Para efeito deste trabalho será considerado o conceito de saúde da OMS, da 8ª Conferência e a concepção presente na Carta Magna brasileira.

CAPÍTULO 1

A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

O acesso à saúde no Brasil desde a sua origem esteve marcado pela inserção da população no mercado formal de trabalho. Neste sentido coexistiram três modelos de assistência à saúde: um preventivo e coletivo, de vacinação contra as endemias; a medicina filantrópica destinada aos pobres e a assistência médica previdenciária que concedia benefícios a assalariados urbanos.

Segundo Cohn (1991), a dicotomia prestação de serviços de saúde inicia-se com as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) criadas em 1923 para atender categorias específicas de trabalhadores, como os ferroviários, os marítimos e estivadores. Além dos benefícios previdenciários, as CAPs ofereciam, mediante prévia contribuição, assistência médica e distribuição de medicamentos. No entanto, havia grandes diferenças entre planos e benefícios entre as Caixas, pois inexistiam regras comuns de funcionamento técnico e administrativo.

Este modelo de assistência que sobreviveu até os anos 80 era baseado na idéia de acesso à saúde a partir do modelo contributivo. A população fora do mercado formal de trabalho era em sua maioria excluída e carente e a assistência médica disponível para este segmento era filantrópica, oferecida por setores hospitalares mantidos com recursos privados e comunitários. Um exemplo desse modelo de assistência à saúde eram as Santas Casas de Misericórdia.

Em substituição a esse sistema fragmentário, foram fundados na década de 1930 os Institutos Aposentadoria e Pensão (IAPs), que congregavam o conjunto de trabalhadores da mesma categoria ou setor de atividade. É importante considerar que o sistema previdenciário após a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), fortaleceu o setor privado, cuja lógica de favorecimento de assistência médica do setor privado prevaleceu até o final da década de 1980.

Em 1949, durante o segundo governo Vargas, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência. A importância histórica desse evento “*decorre de três características inovadoras da iniciativa: o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público; o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência*” (Mercadante, 2002, p.231).

A evolução da assistência médica no Brasil se dava de forma segmentada e restrita aos contribuintes urbanos da previdência social. Foi na década de 1960, após a instauração do regime militar, que a saúde começou a se desvincular da previdência, passando a ser responsabilidade do Ministério da Saúde que só foi criado em 1953, com uma estrutura de caráter extremamente frágil, cabendo-lhe a menor fração do orçamento do antigo Ministério da Educação e Saúde, ou seja, um terço do imposto sobre a Educação e Saúde. A partir da década de 1960, o centro da economia migra do pólo rural para o urbano-industrial. Surge então, uma grande massa de assalariados, e com eles, a necessidade de um atendimento médico previdenciário, ou nas palavras de Pustai “*a medicina da força de trabalho, e uma forma específica de controle social, levada a efeito de forma autoritária*” (Pustai, 2004, p.69).

O modelo que se seguiu, em um país ditatorial, pós 1964, tinha como principais características a centralização político-administrativa e a tomada de decisões a cargo da tecnoburocracia do governo central, com exclusão da cidadania, baseado em um modelo assistencial dicotômico entre ações curativas e preventivas, de acesso não universal e com financiamento privilegiado para a expansão de serviços privados. Esse modelo ficou conhecido como médico-assistencial privatista e foi hegemônico até o fim dos anos 70.

Por outro lado, o modelo de desenvolvimento econômico adotado no regime autoritário era altamente concentrador de renda e excludente, fato que acabou provocando certo questionamento de sua força legitimadora. A necessidade de mudança verificada a partir do fim da década de 1970 vai se acelerando na década de 80, embalada pelo aprofundamento da crise econômica e pela instalação definitiva do processo de redemocratização. Com efeito, nos anos 80, a retomada das lutas por melhores condições de vida e a redemocratização do país permitiram uma maior organização da sociedade como um todo, favorecendo os segmentos populares.

De parte dos profissionais da saúde e setores progressistas da sociedade, surgiu o Movimento Sanitário que originou posteriormente na chamada Reforma Sanitária. Esse movimento realizava denúncias a partir de estudos realizados a respeito de saúde e sociedade, onde analisavam os efeitos nocivos do modelo econômico sobre as condições de saúde da população. Apresentou ainda, propostas de transformação do sistema de saúde vigente.

A reforma sanitária agregou diferentes setores da sociedade interessado em melhorar a atenção à saúde no país, formando uma frente composta por políticos de

esquerda, lideranças sindicais, movimentos populares, dirigentes institucionais, técnicos, pesquisadores e profissionais da saúde. A difusão desse ideário – que foi acompanhada de realizações programáticas como o Plano de Interiorização das Ações em Saúde e Saneamento (Piass) – teve como um dos principais propagadores o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), criado em 1976.

O Movimento Sanitarista culminou com a convocação e realização da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, para discutir uma nova proposta de estrutura e política de saúde para o país. Segundo Bravo (apud Pereira, 2002), a VIII Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de 4.500 pessoas, dentre quais mil delegados. Ainda de acordo com Bravo, o evento marcou a inflexão nas tendências do debate na área, pois relacionou saúde à sociedade, ampliando as dimensões de seus foros específicos e de seus limites setoriais.

O relatório final da Conferência contendo as principais reivindicações e bandeiras defendidas pelo movimento da Reforma Sanitária – entre elas: concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado; acesso universal e igualitário às ações e serviços; relevância pública da política; regulamentação, fiscalização e controle pelo Estado; integração das ações compondo um sistema único de atendimento; descentralização das decisões e ações para estados e municípios com comando único; atendimento integral com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade - foi entregue à Assembléia Constituinte.

Vale ressaltar que a consignação dessas bandeiras deu-se através de tensões e conflitos de interesses. *“Dois grupos de forças antagônicas passaram a confrontar-se na Assembléia Constituinte: os grupos privados empresariais prestadores de serviços ou ligados à indústria farmacêutica, de um lado, e os adeptos da reforma Sanitária, de outro lado”* (Bravo apud Pereira, 2002, p.40), Apesar dos embates e da forte pressão privatista o Movimento Sanitarista conseguiu grande parte de suas reivindicações e bandeiras defendidas atendidas.

A Constituição Federal de 1988, daí resultante incorporou um conceito amplo de saúde voltado para a promoção de uma transformação radical no sistema de saúde brasileiro. A saúde integrou então o chamado “tripé” da Seguridade Social – juntamente com a Previdência e a Assistência Social – enquanto um conjunto de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade civil destinadas a assegurar direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (art. 194). Na Carta Magna a saúde passou a

ser tratada como direito social (art.6), reafirmando os princípios da Organização Mundial da Saúde – OMS, os quais estabelece que saúde não é somente ausência de doenças, porém, um completo bem estar físico, mental e social.

A Constituição prevê a organização da Seguridade Social com base nos seguintes objetivos (Parágrafo único do art.194 e seus respectivos incisos) que se vinculam, com algumas diferenciações, às três políticas:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III- seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV- irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento;
- VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (Brasil, Constituição Federal, 1988).

Nos termos da Constituição, o art. 196 dispõe que: *“a saúde 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”* (Brasil, Constituição Federal, 1988).

Em seu art. 198, a Constituição apresenta as diretrizes, sob as quais o SUS será organizado:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade. (Brasil, Constituição Federal, 1988).

Ainda sobre o SUS a CF 1988 dispõe, no art. 200 que: ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (Brasil, Constituição Federal, 1988).

No que diz respeito ao financiamento do Sistema Único de Saúde a CF 1988 dispõe em seu artigo 198, § 1º que: o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. O financiamento da Seguridade Social por sua vez, está disposto no art. 195 (com algumas alterações posteriores da Emenda Constitucional nº20 de 1998):

A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:

a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;

b) a receita ou o faturamento;

c) o lucro;

II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201;

III - sobre a receita de concursos de prognósticos.

IV - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar (Brasil, Constituição Federal, 1988).

No entanto, a Constituição não previa nenhum recurso vinculado à saúde, nem os percentuais de repasse do governo federal, dos estados e municípios. Isso só foi mudado com a aprovação da Emenda Constitucional nº29 em 2000. A EC 29/2000

promoveu a vinculação de recursos para a saúde nos orçamentos das três esferas de governo, assegurando um patamar mínimo de recursos da União, estados e municípios. Estados e municípios teriam que repassar, a partir da aprovação da Emenda, 7% das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais para a área da saúde. Esse percentual deveria crescer gradualmente até atingir 12% para estados e 15% dos municípios até 2004.

Essas disposições constitucionais, fruto de mobilização e influência de parcelas representativas da sociedade, que “*queriam tornar o país contemporâneo dos modernos Estados de Bem Estar*” (Pereira, 2002, p. 43), não eram auto-aplicáveis. A sua aplicação dependia de regulamentação por leis ordinárias, elaboradas para este fim, nas quais estariam consignados os desdobramentos e interpretações do conteúdo da Constituição.

O Sistema Único de Saúde –SUS- previsto na CF 1988 só foi regulamentado dois anos depois da sua promulgação através da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 - que define as atribuições de cada esfera de governo no que diz respeito à gestão e competências - e da Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 - que complementa a primeira e estabelece as formas de participação comunitária e formas de transferências de recursos entre as esferas de governo.

Para operacionalizar o esse sistema, ao mesmo tempo unificado, descentralizado, equânime e participativo o governo federal por meio do Ministério da Saúde editou uma série de Normas Operacionais Básicas (NOB). A primeira foi criada em 1991 (NOB-SUS nº1/91), porém “*não conseguiu romper com o hábito de encarar os gestores estaduais e municipais como meros prestadores de serviços*” (Cunha, 2000 apud Pereira, 2002, p.43).

Posteriormente foi editada a NOB/93 que resultou, segundo Arretche (2000, apud Pereira, 2002), de um intenso processo de negociações entre governo e representantes do movimento sanitário insatisfeitos com a demora da implementação do SUS. Foram criadas Comissões Tripartites e Bipartites de gestores, até hoje existentes, com o objetivo de implementar o processo de gestão descentralizada do SUS e iniciou-se à sistemática de repasse direto – de fundo para fundo – dos recursos financeiros da esfera federal para a municipal e ao exercício da autonomia dos Municípios como gestores de suas políticas.

Em 1996, outra NOB foi criada e está em vigência até hoje. Nela estão previstas duas as condições de gestão descentralizada: a gestão plena do sistema de saúde e a gestão plena da atenção básica. Com isso, pretendeu-se melhor definir as condições de

habilitação dos Municípios em duas áreas gestão, dividindo-se conseqüentemente o SUS em duas partes: uma de referência, para os que podem pagar pelos serviços de saúde e outra básica para os que não podem pagar.

1.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar. Foram definidos como princípios doutrinários do SUS:

- **UNIVERSALIDADE** – é a garantia de que todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais devem ter acesso às ações e serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema de saúde, assegurado por uma rede hierarquizada de serviços e com tecnologia apropriada para cada nível. Não há mais discriminação entre população urbana e rural ou entre contribuintes e não contribuintes.

Para autores como Pustai (2004), o acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional é uma bandeira de luta de vários movimentos sociais, nos quais essa reivindicação passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania. Tendo em vista que esse direito conquistado vem sendo freqüentemente desrespeitado, com dificuldades da maior parte da população ao acesso às ações e serviços, principalmente os de média e alta complexidade.

- **EQUIDADE** - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades diferentes. A prioridade deve ser dada a quem tem mais necessidades. O objetivo da equidade é diminuir desigualdades.
- **INTEGRALIDADE** – é um princípio que têm duas dimensões: a primeira significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, atendimento curativo e a reabilitação; a segunda: pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Destes derivaram alguns princípios organizativos:

- **HIERARQUIZAÇÃO e REGIONALIZAÇÃO** – os serviços de saúde precisam estar organizados em níveis de complexidade crescente, com tecnologia adequada para cada nível, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de perfis epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida, potencializando assim a resolutividade. É fundamental a integração adequada entre esses níveis do sistema, de modo que haja fluxos de referência e contra-referência.

Apesar das dificuldades enfrentadas pode-se afirmar que ao nível da atenção primária o SUS apresentou progressos significativos no setor público, mas enfrenta problemas graves com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência a nível secundário e terciário. Estes setores não se interessam em integrar o modelo atualmente vigente em virtude da baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados, o que vem inviabilizando a proposta de hierarquização dos serviços.

- **DESENCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA ADMINISTRATIVA** – entendida como a redistribuição de poder, repassando competências e instâncias decisórias para esferas mais próximas à população. Consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS. Isto significa que é preciso dotar o município de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para fazer valer o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único. Cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Assim, a autoridade sanitária do SUS é exercida na União pelo ministro da saúde, nos estados pelos secretários estaduais de saúde e nos municípios pelos secretários ou chefes de departamentos de saúde. Eles são também conhecidos como gestores do sistema de saúde.
- **PARTICIPAÇÃO POPULAR** - ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que têm como função formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde. Os Conselhos de Saúde, que devem existir nos três níveis

de governo, são órgãos deliberativos, de caráter permanente, compostos com a representatividade de toda a sociedade. Sua composição deve ser paritária, com metade de seus membros representando os usuários e a outra metade, o conjunto composto por governo, trabalhadores da saúde e prestadores privados. Os conselhos devem ser criados por lei do respectivo âmbito de governo, onde serão definidas a composição do colegiado e outras normas de seu funcionamento. As Conferências de Saúde são fóruns com representação de vários segmentos sociais que se reúnem para propor diretrizes, avaliar a situação da saúde e ajudar na definição da política de saúde. Devem ser realizadas em todos os níveis de governo.

Para que essa participação seja efetiva, é necessário que os atores sociais estejam devidamente instrumentalizados para intervir no processo, de forma a indicar um modelo de saúde mais adequado para as necessidades da população, e para criar uma nova consciência sanitária de acordo com as diretrizes e princípios do SUS.

Os objetivos e as atribuições do SUS previstos na Lei 8.080 de 1990 foram assim definidos:

- identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- formular as políticas de saúde;
- fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistências e das atividades preventiva;
- executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica ;
- executar ações visando a saúde do trabalhador;
- participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde;
- realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar;
- participar das ações direcionadas ao meio ambiente;
- formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- controle e fiscalização de serviços , produtos e substâncias de interesse para

a saúde;

- fiscalização e a inspeção de alimentos , água e bebidas para consumo humano;
- participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde;
- formulação e execução da política de sangue e de seus derivados; (Brasil, Constituição Federal, 1988).

O cenário econômico mundial transnacionalizado, com a conseqüente exigência de flexibilização das garantias sociais que o capital financeiro vem impondo traz repercussões estruturais pondo em risco a implementação dos princípios e diretrizes do SUS. A lógica da ordem neoliberal é adotar políticas restritivas, setoriais e focalizadas, enxugar e reduzir os gastos estatais, gerar superávit primário e desregular as relações trabalhistas, com vistas ao aumento dos lucros e dos investimentos.

CAPÍTULO 2

O NEOLIBERALISMO NO CONTEXTO BRASILEIRO

O Brasil, onde este trabalho esteve centrado, abriu suas fronteiras ao neoliberalismo na década de 1990. Assim como o México e a Argentina, o Brasil é um país que não está no centro do sistema capitalista, mas que, por seu grande parque industrial e produtivo, tem importância estratégica em sua vinculação ao centro do capital mundial.

Como afirma Ricardo Antunes (2004) o projeto neoliberal desertificou política e socialmente o país desde que foi implantado pelo governo do ex-presidente da República Fernando Collor de Melo, no início da década de 1990. Collor trouxe uma lógica privatista ao país, em vigência até os dias atuais. Por ter sofrido impeachment em momento de união e organização de diversos setores da sociedade, o então presidente não conseguiu completar o desenvolvimento do projeto neoliberal no país. Sob o pretexto de combater a inflação, adotou medidas radicais como estas: promoveu a abertura do mercado brasileiro à exportação e importação e reduziu a intervenção estatal em quase todos os setores, em especial no setor econômico e social. Porém, estas medidas não contiveram a alta da inflação nem avançaram no processo de desenvolvimento do país.

A inauguração da década pelo Governo Collor, segundo Noronha (2005) dará tom à contra-reforma sanitária.

Tem início então um novo movimento de políticas contraditórias: de um lado, discursa-se sobre os méritos da descentralização e do “controle social” e de outro, impõe-se um arrocho de recursos que reduzirá todo o esforço de incremento de gastos em saúde de meados dos anos 80. Noronha ainda afirma que

a descentralização e a delegação de atribuições à esfera municipal corresponderá uma diminuição das transferências de recursos da seguridade social para a saúde, que culminará quando o Ministério da Saúde expedir uma Norma Operacional Básica disciplinando as formas de gestão do Sistema Único de Saúde ao nível dos municípios ao mesmo tempo em que o Ministro da Previdência Social, Antonio Brito, recusasse a destinar recursos das contribuições sociais para o financiamento das ações de saúde” (Noronha, 2005, p.5).

Em um mesmo sentido desintegrador, saúde, previdência e assistência social buscarão caminhos próprios. A criação, com o nome cínico, do Fundo Social de Emergência subtrairá ainda mais recursos de estados e municípios, diminuindo a

capacidade de gerenciar políticas públicas a nível local, reduzindo drasticamente os ganhos proporcionados pela Constituição de 1988. O subfinanciamento do setor, durante a década de 90, terá como resultado indireto o crescimento dos planos e seguros de saúde.

A população barrou Collor pelo impeachment, mas não conseguiu barrar o projeto neoliberal. Em seguida ao seu afastamento, sucedendo o vice-presidente de Collor, Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso – FHC – deu continuidade ao que Collor havia começado, desenvolvendo, nas palavras de Antunes (2004), o programa neoliberal.

FHC na gestão do país adotou uma política macroeconômica excessivamente monetarista que teve na vulnerabilidade social extrema, no desemprego e no endividamento interno as maiores conseqüências. O governo FHC trabalhou pela estabilidade da moeda – moeda forte – a altos custos sociais e dificilmente reversíveis, promovendo entre outras coisas desemprego recorde e aumento do subemprego.

De fato o governo FHC implantou um projeto econômico e político que facilitou, principalmente, o aprofundamento da doutrina neoliberal e abriu espaço para que esta consolidasse sua hegemonia no país. Segundo Antunes (2004), com um plano de estabilização da monetária – o Plano Real – o governo conseguiu diminuir os índices inflacionários, mas recompôs o “projeto burguês”, desregulamentando a economia, efetivando a contra-reforma do Estado e privatizando parte substancial das atribuições públicas. Em acordo com o Fundo Monetário Internacional – FMI – FHC implantou também, o programa de ajuste fiscal, cumprindo as suas condições, entre outras, o pagamento da dívida externa.

O papel do FMI na atual conjuntura capitalista é promover ajustes estruturais, reformas na economia e combater o déficit público, adequando o neoliberalismo em que implanta para alcançar uma organização econômica e social coerente entre as nações capitalistas. O FMI encontrou condições políticas favoráveis à implementação de seu modelo hegemônico no Brasil a partir da década de 1990, em especial no governo FHC.

FHC promoveu a hegemonia do capital financeiro, alcançou a estabilidade monetária e, de acordo com Sader (2003), política e ideologicamente a operação foi um sucesso, culminando na reeleição de Cardoso, só que social e economicamente houve um desastre, identificado pela perda de poder aquisitivo, renda e direitos da população mais pobre e da classe média. O Estado se endividou – Sader (2003) calcula que o endividamento público passou de 54 bilhões em 1994 para 550 bilhões em 200 –, foi

pressionado pelas altas taxas de juros, pela entrada do capital especulativo e ainda privatizou grande parte de suas empresas públicas.

O capital financeiro dominou a conjuntura política no país. Com FHC, o Brasil, como Estado, passou a viver em função do pagamento dos juros da dívida externa, conforme bem analisado por Sader (2003) que denomina tal fato de “financeirização do Estado brasileiro”.

Entre as transformações sociais e econômicas advindas da transferência dos recursos para o setor financeiro figura a expropriação dos direitos dos trabalhadores, em especial o direito ao trabalho formal, o desmonte de direitos sociais como o direito à educação e a saúde, o sucateamento dos serviços públicos e no bojo disso tudo a mercantilização das políticas sociais.

Outra dimensão das transformações desastrosas do governo FHC é a criação do programa Comunidade Solidária, impulsionado pela esposa de FHC, a primeira-dama Ruth Cardoso. O Comunidade Solidária foi institucionalizado entre as políticas sociais governamentais de combate à pobreza e à fome, com o intuito de desresponsabilizar o Estado de ações sociais e transferir esta responsabilidade para a sociedade civil, por meio de campanhas de incentivo ao voluntariado em nome da solidariedade e cidadania. O governo dava o nome de parceria às ações desenvolvidas pela sociedade civil no campo da educação, saúde, alimentação, geração de renda, saneamento e habitação.

A eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2002 (sendo reeleito em 2006), gerou uma expectativa positiva na maioria da população por ele levantar bandeiras de esquerda desde a sua militância no sindicalismo e suas primeiras candidaturas – a primeira em 1989, derrotado por Collor, em 1994 e 1998 derrotado por FHC -, defendendo teses de conteúdo socialista e antes identificado até com os ideais comunistas.

Segundo Sader (2003), a maior preocupação dos organismos internacionais com a vitória de Lula foi saber se seu governo terminaria o trabalho começado por FHC e continuaria com as “reformas”, mesmo tendo sido eleito contra o modelo neoliberal. Porém Lula, iniciando sua gestão em janeiro de 2003, buscou desde o início conseguir a aprovação e confiança dos mercados e dos organismos internacionais, para ganhar credibilidade e apoio de grupos hegemônicos nacionais e internacionais. Sua gestão tem sido considerada por muitos autores, entre eles Boito Jr (2003), de continuidade da estabilidade do Governo anterior, e uma balança comercial crescentemente superavitária.

O governo Lula manteve a herança neoliberal da gestão FHC, principalmente no que diz respeito à economia: abertura comercial; desregulamentação financeira;

privatizações, ajuste fiscal e pagamento da dívida externa; redução dos direitos trabalhistas e desregulamentação do mercado de trabalho. Além disso, Lula não repôs as perdas dos trabalhadores relativas aos governos anteriores. Seu governo não só deu continuidade às medidas econômicas neoliberais como tomou uma série de iniciativas nesta direção, como as reformas da previdência e tributária.

Tais fatos levam a crer em uma mudança de orientação dos políticos, do governo e seus membros e do próprio Partido dos Trabalhadores, direcionando sua política em benefício da burguesia nacional e internacional. O Governo Lula manteve a orientação do projeto neoliberal, adotando uma política econômica que prejudicou o mundo produtivo, beneficiou os capitais financeiros, seguindo como Collor e FHC, os ditames do Fundo Monetário Internacional.

No que diz respeito à política nacional de saúde do governo Lula, de acordo com Marques (2005) um dos principais conflitos:

cristaliza-se na luta por recursos entre os diferentes ramos da Seguridade e/ou na tentativa recorrente da equipe econômica em reduzir sua despesa ou em alterar a definição do que se entende por ações e serviços de saúde pública. Mesmo depois da aprovação da Emenda Constitucional 29/2000, os objetivos expressos na política econômica do governo Lula obstaculizam sua implementação, colocando recorrentemente em choque os princípios fundadores tanto da Seguridade como do SUS (Marques, 2005, p.1).

Os “constrangimentos” macroeconômicos transformaram o Brasil, segundo a Organização Mundial de Saúde, em um dos países com menores índices de investimento público no setor saúde no continente americano, uma flagrante contradição para um sistema público de caráter universal.

2.1 IMPLICAÇÕES DO NEOLIBERALISMO SOBRE O SUS E O DIREITO À SAÚDE

Para efeito deste trabalho o que interessa, é apontar as implicações do domínio neoliberal sobre a política de saúde e o direito à saúde pública de qualidade. Para isso reportaremos-nos às tentativas intencionadas da retração do direito a saúde, a desresponsabilização do Estado em relação a esse segmento, a focalização, o desmonte do SUS e a privatização da saúde.

É inegável que a Constituição de 1988 introduziu significativos avanços no ordenamento legal brasileiro, ampliando direitos e corrigindo iniquidades. Para Pereira (2002), tais avanços tiveram particular relevância no âmbito da Seguridade Social e conseqüentemente para a saúde. Sob a égide dos princípios de incondicionalidade e da universalidade. *“Tais princípios na saúde, expressariam um significado diferenciador em relação aos períodos anteriores, pois visariam o acesso igualitário e sem contrapartida de todos os bens e serviços de saúde disponíveis”* (Pereira, 2002, p.33).

A ausência de auto-aplicação de vários dispositivos constitucionais, dentre eles os referentes à Seguridade Social e por sua vez à saúde, abriu um espaço “político-decisório” de novas mobilizações e embates, locus de tensões não resolvidas na Assembléia Constituinte. Os principais avanços por isso, os mais polêmicos, contidos na CF 1988, *“foram tratados de forma genérica e remetidos à legislação complementar ou ordinária para sua efetivação”* (Reale apud Pereira, 2002, p.37).

Para Pereira:

Esta foi a estratégia encontrada pela maioria dos legisladores constituintes para adiar definições políticas cujos impasses poderiam comprometer o andamento do processo de redemocratização no país, mas também, abriu brechas para que o poder constituído, especialmente o Executivo Federal, se eximisse de responsabilidades quanto a efetivação do sistema de Seguridade Social (Pereira, 2002, p.37).

O processo de regulamentação das políticas componentes da Seguridade Social constitui uma nova etapa de conflitos de interesses e fator de desagregação, em um momento em que o país já estava sob o domínio do ideário neoliberal. O que contribui para que tais políticas, inclusive a política pública de saúde tivessem seu reconhecimento público dificultado. A saúde, a previdência e assistência social foram, naquele momento (e continuam sendo até hoje, como veremos adiante), bombardeadas

por críticas sob o principal argumento de que se tornaria o país ingovernável, devido aos gastos excessivos que elas imporiam aos cofres públicos.

Os embates, os conflitos de interesse, as críticas e o ataque neoliberal ao SUS começaram antes mesmo de sua promulgação pela constituição e sua regulamentação pela Lei 8.080/1990 e continuaram até os dias de hoje. *“Os defensores do modelo médico-assistencial privado que tem no mercado o seu principal agente regulador, e na rentabilidade econômica a sua meta própria”* (Bravo apud Pereira 2002, p.40) e que defendem ainda a ingerência mínima do Estado na economia e na sociedade e, conseqüentemente, da mercantilização de bens públicos como a saúde.

Em contraposição, os adeptos da Reforma Sanitária, de seu ideário, de suas lutas e conquistas que defendiam e defendem a instituição de uma política pública social deliberada e radical de descentralização, mediada pelo SUS, visando a transferência de capacidades decisórias do governo central para estados e principalmente para os municípios, com o *“propósito deliberado e contínuo de promover mudanças que garantissem não apenas um atendimento igualitário, mas igualdade com equidade nesse atendimento”* (Pereira, 2002, p.41).

A Constituição previa a regulamentação da saúde para 1989, mas devido aos conflitos de interesses e à falta de vontade política mencionados, isso só aconteceu em 1990 por meio das Leis 8.080 e 8.142. Segundo autores como Bravo, Matos e Fagnani (apud Pereira, 2002) a promulgação de uma segunda lei complementar para regulamentar o SUS deve-se ao fato de a primeira ter sofrido vetos presidenciais (Collor), em vinte e cinco itens, especialmente nas partes referentes ao financiamento e ao controle democrático da política.

Essa situação se agrava com o domínio cada vez maior do ideário neoliberal no Brasil, com orientações centradas na lógica do mercado, na competitividade privada e no equilíbrio macroeconômico em detrimento da satisfação das necessidades humanas. Fica evidente que os princípios da incondicionalidade e da universalidade viram-se profundamente afetados, já que lhes retiraram as condições materiais e políticas de realização. Tendência que ainda persiste no país, quase 20 anos depois,

Foi nesse cenário adverso, contra a conjunção de obstáculos estruturais e conjunturais que a Lei Orgânica da Saúde (LOS) procurou afirmar e aprofundar os preceitos constitucionais a ela pertinentes.

Para autores como Pereira (2002), os desafios impostos à estruturação do SUS fazem parte de um movimento amplo, contrário a ampliação dos direitos sociais no país

desde a fase da Assembléia Nacional Constituinte, denominado de contra-reforma conservadora ou contra-reforma neoliberal. Para Fagnani (1997, apud Pereira, 2002) tal contra-reforma iniciou-se no período que compreendia a transição democrática, entre 1987 e 1990.

Um dos principais sinais do fortalecimento do movimento contra-reformista, de acordo com Pereira (2002), nos rumos das políticas sociais foi a primazia dada pelo governo a determinados procedimentos, nos quais destaco: o “privilegiamento” do assistencialismo e do clientelismo nas ações estatais; o esvaziamento das propostas e estratégias reformistas, seja pela lentidão do governo central, seja pelo descumprimento da Constituição; o desmonte orçamentário na área social, sob o pretexto de ajustamento do Orçamento da União às mudanças instituídas pela CF 1988; a relutância governamental em efetuar as reformas determinadas na Carta Magna, por considerá-las fatores de ingovernabilidade.

Com efeito, já no início dos anos 1990, o SUS sofreu um considerável “desfalque” nas suas receitas ao ter grande parte delas usada indevidamente. Pereira (2002) indica três importantes desvios das fontes de financiamento do Sistema: o pagamento de encargos previdenciários; a retenção dos repasses das contribuições sociais que financiavam o SUS (Finsocial, contribuição sobre o lucro, PIS-Pasep) que financiavam o SUS pelo Tesouro Nacional.

O bloco da área econômica, formado por técnicos e dirigentes do Ministério da Fazenda, era (e ainda é) um dos principais responsáveis por esses “desfalques” e por expressivos cortes nos recursos federais destinado à saúde. Entre 1987 e 1992, houve uma queda de 40% em termos reais dos gastos federais na área; de 1988 a 1993, ocorreu uma diminuição de US\$ 80 para US\$ 40, no gasto federal per capita, sem compensação pela elevação dos gastos estaduais e municipais (Pereira, 2002).

A questão do financiamento do SUS tem suma importância e ocupa lugar estratégico na operacionalização do Sistema, na efetivação das ações e serviços e na concretização do direito à saúde pública de qualidade.

Embora não estivesse previsto nenhuma vinculação de recursos para a saúde do OSS, as disposições transitórias da Constituição fixaram em 30% da receita de contribuições da Seguridade Social o financiamento das ações e serviços de saúde. O art. 55, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias estabelecia que “até que seja aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), 30%, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor saúde”

(CF, 1988). Essas contribuições sociais tinham origem nas seguintes fontes: Cofins (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social); folha de salários, incidente sobre empresas e trabalhadores; lucro líquido das empresas; Pis-Pasep; e concursos de prognósticos.

Segundo Pereira (2002), isso propiciou recursos certos e regulares para a saúde até a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (LOS – 8.112) em 1990, a qual não definia quantias para a área. A partir de então os recursos federais começaram a ficar escassos e a saúde passou a depender de uma série de fontes de financiamento não convencionais, como empréstimos concedidos pelo Fundo de Apoio ao Trabalhador (Médice, 1996 apud Pereira, 2002).

A criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) em 1996 foi uma estratégia isolada de sobrevivência liderada pelo ex-ministro Adib Jatene, com o propósito de instituir uma fonte vinculada de recursos à saúde. Essa contribuição adicional foi aprovada sem maior envolvimento do governo federal e muito menos da população. Contudo, como a maioria dos recursos advindos das contribuições sociais e destinados ao financiamento da Seguridade Social, os recursos arrecadados foram desvirtuados, ou seja, desviados para outras finalidades como, por exemplo, o pagamento dos juros da dívida externa. A CPMF foi extinta em 2007, quando o Congresso rejeitou a prorrogação da contribuição até 2011.

Se fossem cumpridas as disposições anteriores, a totalidade das despesas da União com a Previdência Social, Saúde e Assistência Social teriam sido custeadas, sem nenhum déficit, pelas receitas das contribuições sociais. Em 2004, o superávit foi de 53,1 bilhões de reais. O orçamento de 2004 para o Ministério da Saúde deveria atingir 59,1 bilhões e não os R\$ 33,3 bilhões executados, se tomássemos apenas 25% da arrecadação em 2004 das contribuições sociais que foi de R\$ 236,4 bilhões. E não é demasiado recordar que, no mesmo exercício, foi gasta com encargos da dívida a espantosa quantia de R\$ 145,9 bilhões (Noronha, 2005).

Uma das principais conseqüências desses acontecimentos é a expansão da iniciativa privada, especialmente daquela guiada pela lógica mercadológica. Esse segmento privado lucrativo vem, nos últimos, anos, apresentando grande versatilidade de ações, entre elas a de oferta de vários tipos de planos de saúde com preços diferenciados segundo as condições de acomodação hospitalares e da abrangência da cobertura de procedimentos e das patologias. E tudo isso sem uma eficiente regulamentação e controle público.

Nos termos da lei, a Constituição dispõe no art.199 que: a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. *“Podendo as instituições privadas participar de forma complementar ao SUS mediante contrato de direito público ou convenio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fim lucrativos”* (Brasil, Constituição Federal, 1988). No entanto, a Carta Constitucional não previa formas de controle e regulação. Somente em 1998, o Ministério da Saúde iniciou um processo de discussões com o objetivo de criar uma estrutura adequada e uma legislação específica e consistente, para a regulação da assistência privada complementar ao SUS. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, foi instituído com a publicação da Lei 9.961 em 2000 e segundo Mercadante (2002), representou a inserção definitiva da autoridade ministerial na regulamentação do mercado de medicina suplementar.

No entanto, o SUS continua sendo minado pela forte tendência neoliberal da privatização através da ampliação dos esquemas privados que sugam os recursos públicos, dos planos de saúde, das transferências de responsabilidades para o chamado terceiro setor; da terceirização das gestões dos equipamentos de saúde (como hospitais) e dos serviços. Assim o setor privado de saúde, tido como complementar ao SUS, segue com poucas alterações na sua lógica de mercado, operando seja como prestador de serviços remunerados pelo poder público, seja como provedor de planos e seguros de saúde aos setores médios da população, com frágil regulação do Estado. Reafirmando a saúde como direito pelo lado das vias de acesso ao consumo dos serviços, e não pelo lado do seu estatuto de direito de cidadania.

Se por um lado o SUS de fato gerou avanços na cobertura sanitária da população, com efeitos de interiorização de prestações sociais, por outro, existem motivos para concordar com a tese de que o segmento de provedores que mais se beneficiou nos últimos anos foi o dos planos de saúde (Pereira, 1996 apud Gerschman; Santos, 2006).

Hoje em dia, *“o sistema de saúde brasileiro encontra-se fraturado em dois”* (Noronha, 2005, p.35). De um lado, para ricos, com a assistência médica predominantemente privada, com regras de concorrência predatórias, sem nenhum programa de qualidade associado e com quebra de cobertura nas doenças crônicas e na velhice, que só conseguirão algum grau de regulação com uma ação mais enérgica da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Outro sistema para os pobres, o SUS – Sistema Único de Saúde, ainda fragmentado, múltiplo, descentralizado com escassa

coordenação e articulação, sub-remunerado, com ênfase nas prestações médico-assistenciais com baixa definição de prioridades, orientado pela oferta de serviços, com grandes dificuldades de acesso e grande heterogeneidade em sua qualidade.

Com algumas exceções, o sistema público de saúde do Brasil segue a tendência histórica de assistir preponderantemente a população pobre, estando marcado por longas filas, emergências lotadas, mau atendimento e pouca cidadania, apesar das ilhas de excelências e experiências de gestões localizadas dignas de nota: o setor de transplantes e hemodiálise, realizados quase que exclusivamente pelo SUS, além do tratamento do câncer, da AIDS e a vacinação.

Assim

Uma das expressivas incoerências do SUS, que contradiz seus princípios universalizantes, é o fato de não ter conseguido romper com a histórica divisão entre saúde pública, gratuita e gerida primordialmente pelo Estado, e assistência médica individual, eminentemente privada e liberal (Bahia, 2005 apud Pires; Demo, 2006, p.66).

O neoliberalismo que não reconhece os direitos sociais, dentre eles o direito a saúde pública de qualidade, vem conseguindo atingir muitos de seus objetivos, criando sociedades marcadamente mais desiguais. Imputando ao Sistema Único de Saúde a fragmentação de suas ações e serviços, que por sua vez apresentam baixa qualidade; dificultando o acesso universal e integrado a toda população; descaracterizando a participação popular e o controle democrático, entre outros. Essas implicações trazem profundos impactos para a noção de cidadania proposta pela Constituição Federal de 1988 e dificulta enormemente a concretização de um direito conquistado e constitucionalizado: o direito a saúde pública de qualidade.

Como expressões de resistência às referidas implicações, configuram os Planos e Programas implementados, principalmente no segundo governo Lula, considerados estratégicos para a garantia dos direitos sociais, à saúde e Direitos Humanos, visando a universalidade, integralidade e equidade de acesso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a Constituição Federal de 1988 as mudanças formais verificadas no âmbito da proteção à saúde no Brasil dizem respeito aos esforços de implantação de uma democracia extensiva caracterizada pela ampliação do direito de todos ao acesso incondicional e inegociável a bens e serviços de saúde. Além dos esforços de estabelecimento de um novo compromisso entre instâncias política e econômica em prol da qualidade de atendimento das necessidades da população.

Contudo, desde a concepção desse novo padrão de proteção à saúde houve uma ferrenha confrontação de interesses que reforçou a velha polarização entre a lógica da rentabilidade econômica e da satisfação de necessidades humanas. A mudança formal, proposta pela CF 1988, que sugeria uma revisão radical na legislação, nas instituições e práticas sociais, encontrou não só resistências mas contra-ofensivas poderosas, muitas vezes apoiadas pelo governo central. A Constituição da República, que deveria ser a fonte de recomendações políticas incontestáveis, viu-se desde sua promulgação, desacreditada e desrespeitada por governantes.

Evidenciando a prevalência de uma contra-reforma conservadora, iniciada antes mesmo da criação do SUS, expressada pela falta de vontade política; a falta de recursos decorrente da má utilização dos recursos destinados a área; excessiva permeabilidade da política às ingerências privatistas; a falta de efetiva regulamentação das atividades exploradas pela iniciativa privada.

Nesse sentido, o Estado brasileiro hegemonicamente dominado pelo neoliberalismo, vem focalizando seletivamente políticas públicas, de baixa qualidade, para pobres, e subsidiando e/ou pouco regulando o setor privado, dando condições para que a saúde seja transformada em mercadoria.

Apesar das dificuldades inerentes ao quadro de desigualdade e das restrições impostas pelo lado da economia não há dúvidas que a implantação do SUS foi acompanhada de melhora das condições de saúde do povo brasileiro, muito embora seja sabido que essas condições são resultado de múltiplos fatores, vários deles independentes do sistema de saúde em vigor. Noronha e col. (2005 apud Marques; Mendes), ao analisarem as informações disponíveis no banco de dados do Ministério da Saúde (Datusus), destacaram uma série de indicadores dessa melhora.

Entre eles destacam-se:

a) queda da mortalidade geral de 6,26 para 5,6, por mil habitantes, entre 1980 e 2002; b) queda da mortalidade infantil de 45,3 para 25,1 por mil nascidos vivos, entre 1990 e 2002. Essa diminuição parece estar relacionada ao aumento da cobertura do saneamento básico, do abastecimento de água, dos serviços de saúde, dos programas de saúde materno-infantil, das campanhas de vacinação e dos programas de aleitamento materno e reidratação oral. c) mudança no perfil da mortalidade por causas. Em 1980, entre as cinco primeiras causas definidas de óbito estavam: doenças do aparelho circulatório, causas externas, doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Em 2000, as doenças infecciosas e parasitárias, diretamente relacionadas ao abastecimento de água, ao tratamento de esgoto sanitário e à disposição do lixo, deixaram de integrar as cinco primeiras causas. É importante ainda mencionar o aumento da cobertura do Programa da Saúde da Família (PSF) e, no outro extremo de complexidade, a excelência reconhecida internacionalmente do Programa de DST/AIDS (Marques; Mendes, 2007, p.48).

No setor saúde, o Programa Nacional de DST/AIDS, reconhecido internacionalmente pela qualidade da assistência prestada aos portadores do HIV, *“pode ser considerado um dos que melhor tem sido controlado pela sociedade civil, até porque a epidemia da AIDS não escolhe classe social, contaminando pobre e rico, anônimos e famosos”* (Demo; Pires 2006, p.68). O Brasil adota a política de distribuição da medicação anti-retroviral, desde 1996, via SUS, para todas as pessoas acometidas pela doença. Uma das características principais desse programa é sua fundamentação na indissociabilidade das ações de prevenção e assistência.

Outro avanço digno de ser mencionado foi a implementação da Política Nacional dos Medicamentos Genéricos, instituída pela Lei nº 9.787 de 1999. O medicamento genérico é igual ou comparável ao de referência em quantidade de princípio ativo, concentração, fórmula farmacêutica, modo de administração e qualidade. O “genérico” possui um custo menor por não precisar de investimento em pesquisa para seu desenvolvimento (já que é produzido após expiração ou renúncia da patente e de direitos de exclusividade), nem de publicidade para a marca (já que não tem nome comercial).

É importante ainda mencionar o aumento da cobertura do Programa da Saúde da Família (PSF). O PSF foi criado em 1994, mas somente a partir de 1998 consolidou-se como política prioritária do Ministério da Saúde. Entre 1998 e 2004, a proporção da população brasileira coberta pelo PSF passou de 6,58% para 40,0%. O grau de cobertura variou entre as regiões do país e entre os municípios. Em relação aos municípios, em 1998 apenas 9,41% da população que residia em municípios com menos de 20 mil habitantes (80% dos municípios brasileiros) estava coberta pelo PSF. Contudo, ao longo

dos anos acelerou-se essa cobertura e, em 2004, ela já atingia 65,29%. Levando em conta a renda *per capita* média das famílias, verifica-se que, em 2004, os municípios mais pobres, com renda *per capita* média inferior ao salário mínimo, apresentavam cobertura de 58,49% e os com renda *per capita* média mais alta, igual ou maior que dois salários mínimos, a cobertura era de 24,89% (Marques; Mendes, 2007).

Em relação ao impacto do PSF, dois exemplos divulgados pelo Ministério da Saúde merecem ser citados. No que se refere à proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas diz o MS: “*a variação média anual desse indicador revela que quanto mais elevada a faixa de cobertura do PSF do grupo de municípios, maior a queda na proporção de óbitos infantis por causa mal definidas*” (idem, 2007, p.49). Em relação à taxa de mortalidade infantil, nos municípios com IDH baixo, a redução foi tanto maior quanto mais elevada foi a cobertura do PSF.

Um outro ponto a se destacar é que a concepção de controle democrático da Constituição de 1988 e o início da experiência dos conselhos de políticas públicas e de defesa de direitos no Brasil foram grandes inovações políticas institucionais nos formatos das políticas públicas brasileiras, entre elas a política de saúde, nas quais se vislumbra uma perspectiva nítida de reforma num país em que a democracia sempre foi mais exceção que regra.

Segundo Silva, Jaccoud e Beghin (2005) e Behring; Boschetti (2008), essa perspectiva de participação envolveu três sentidos:

- a) a participação social promove transparência na deliberação e visibilidade das ações, democratizando o sistema decisório;
- b) a participação social permite maior expressão e visibilidade das demandas sociais, provocando um avanço na promoção da igualdade e da equidade nas políticas públicas;
- c) a sociedade, por meio de inúmeros movimentos e formas de associativismo, permeia as ações estatais na defesa e alargamento de direitos, demanda ações e é capaz de executá-las no interesse público (idem, p.178).

Os conselhos e conferências nacionais, estaduais e municipais de saúde se tornam processo instituinte de luta pelo direito à saúde de qualidade e pelas condições de implementação efetiva do SUS.

A política descentralizadora na área da saúde contou, no Brasil, com “uma forte indução estratégica de centro, através da formulação e implementação de instrumentos reguladores próprios” (Viana; Lima; Oliveira, 2002, p. 499) – as Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 1991/93 e 96 – e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001. As NOBs, todavia, não expressam meramente estratégias indutivas ou

constrangedoras da descentralização; ao contrário, configuram outros espaços de negociação e de pactuação de interesses na área da saúde, originando novos ordenamentos, além da emergência e do fortalecimento de novos atores, através da incorporação de inúmeros centros de poder na arena decisória da política.

Outro aspecto que merece destaque é a concepção de equidade, que representa um avanço em relação à discussão da igualdade, porque é preciso que haja um mínimo de condição de igualdade para que se possa começar a discutir a equidade. *“Igualdade é o princípio segundo o qual todos os homens são submetidos à lei e gozam dos mesmos direitos e obrigações”* (Souza, 2007, p.766); a equidade seria o *“respeito à igualdade de direito de cada um, que independe da lei positiva, mas de um sentimento do que se considera justo, tendo em vista as causas e as intenções”* (idem). Com isso, o entendimento de que a equidade, mais do que tratar todos iguais, teria um valor de justiça, ou seja, de se buscar dar mais a quem precisa mais. Neste sentido, é preciso ter clara a noção de direito de igualdade antes de discutir equidade, porque também equidade não significa retirar direitos, mas respeitar o direito de que todos são iguais e buscar dar mais prioridade àquele que mais precisa. Com esta compreensão, a equidade em saúde implica em prover a cada um a atenção, as ações de saúde segundo suas necessidades.

Alguns segmentos da população, no entanto, por muito tempo estiveram excluídos do acesso às ações e serviços de saúde. Ou ainda, não tinha suas necessidades mais específicas atendidas pelas políticas saúde. Com a Constituição de 1988, o SUS, a preconização da equidade enquanto um dos princípios que rege essa política, a luta incessante dos movimentos sociais essa situação começou a ser mudada. Nos últimos anos, esses segmentos, antes excluídos passaram a ganhar atenção dos governos, por meio de medidas afirmativas que objetivam garantir efetivamente o direito a saúde pública de qualidade tendo em vista o atendimento de suas necessidades. Podemos destacar a população negra, o segmento de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transgêneros (LGBTT), as mulheres e crianças, a juventude, os idosos e pessoa com deficiência. Todos esses segmentos já estão incluídos ou estão em processo de ser incluídos em políticas e programas de saúde do Ministério da Saúde. Exemplos são: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, entre outros.

O movimento social da saúde se mantém articulado e bem estruturado, mobilizando sua reação às ofensivas neoliberais. Com um posicionamento firme pela defesa do direito à saúde de qualidade, cuja conquista e concretização ainda é um processo inacabado.

Sem dúvida, tem registrado avanços nessas duas últimas décadas, numa trajetória dialética das forças sociais e no embate entre os segmentos que defendem interesses privatistas e os segmentos defensores do direito a saúde pública de qualidade e da responsabilidade do estado na efetivação de políticas que materializam esse direito

A saúde tem se mostrado como a mais inclusiva das políticas sociais promovidas pelo Estado brasileiro, mesmo que ainda não exista uma total satisfação no que diz respeito à qualidade do sistema. É graças ao SUS que milhões de cidadãos podem contar com um mínimo de amparo e atenção à sua saúde. Ainda que o sistema que temos hoje se distancie daquele preconizado pela Constituição de 1988, sua existência é essencial num país com tão grandes disparidades regionais e desigualdades sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON, Perry. Balanço do Neoliberalismo. In: SADER & GENTILI. Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ANTUNES, Ricardo. A desertificação neoliberal no Brasil (Collor, FHC e Lula). Campinas: Autores Associados, 2004.

AROUCA, S. Democracia é saúde In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. Política social: fundamentos e história. 5ªed. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca básica de serviço social; volume 2)

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. Rev.Esc.Enf.USP, v.30, nº.3, p.380-98, dez, 1996.

BOITO Jr, Armando. A hegemonia neoliberal no Governo Lula. Revista Crítica Marxista nº 17. São Paulo: Editora Revan, 2003.

BRASIL, Constituição Federal de 1988.

BRASIL. Emenda Constitucional n.º 29. Diário Oficial da União, Brasília, 14 set. 2000, n. 178-E.

BRASIL. Lei n. 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as Condições para Promoção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1, p. 018055.

BRASIL. Lei n. 8.142, 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área e saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 1990. Seção 1, p. 025694.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CHESNAIS, François. A Mundialização do Capital. São Paulo: Xamã Editora, 1996. Tradução de Silvana Finzi Foá.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. In: Ciência & Saúde Coletiva, v.6, nº2, p.319-328, 2001.

DUARTE, Júlio César Pacheco. Estado, políticas sociais e cidadania no ideário neoliberal – uma interlocução com Roberto Campos. Dissertação de mestrado. Brasília: UnB, 1997.

FINKELMAN, Jacobo (Org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. O Sistema Único de Saúde como Desdobramento das Políticas de Saúde do Século XX. In: Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 21, nº 61, junho/2006.

HAYEK, Friedrich, A. V. O Caminho da Servidão. 2ª Ed. São Paulo: Globo, 1977. Tradução de Leonel Vallandro.

LIMA, Nísia Trindade (org.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Organizado por Nísia Trindade Lima, Sílvia Gerchman e Flávio Coelho Edler. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MESZAROS, Itsvan. Para além do capital: rumo a uma teoria da transição. São Paulo: Boitempo, 2002.

MARCONNI, Marina; LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos de Metodologia Científica. 6ªed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. SUS e Seguridade Social: em busca do Elo Perdido. In: Saúde e Sociedade v.14, n.2, p.39-49, maio-ago 2005.

_____ Democracia, Saúde Pública e Universalidade: o difícil caminhar. In: Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.3, p.35-51, 2007.

MYNAIO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde, 7ª Ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

NORONHA, José Carvalho de. Os Rumos do Estado Brasileiro e o SUS: a Seguridade Social como Política Pública da Sociedade e Estado. Saúde e Sociedade v.14, n.2, p.31-38, maio-ago 2005.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2002.

_____A saúde no sistema de seguridade social brasileiro. In: Ser Social nº10.

Programa de Pós-graduação em Política Social. Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. Janeiro a Junho de 2002.

_____Alternativas Socialistas às Políticas Sociais Neoliberais. In: Ser Social nº13.

Programa de Pós-graduação em Política Social. Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. Julho a Dezembro de 2003.

_____ A Política Social no contexto da política pública, da cidadania e da relação entre Estado e Sociedade. Curso de Especialização a Distância: Política Social e Desenvolvimento Urbano. Brasília, 2005.

PISÓN, José Martinez. Políticas de bienestar: um estudio sobre los derechos sociales. Madrid: Tecnos, 1998.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia; DEMO, Pedro. Políticas de Saúde e Crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. In: Saúde e Sociedade v.15, n.2, p.56-71, maio-ago 2006

PUSTAI, Odalci José. O Sistema de Saúde no Brasil. In: DUNCAN, Bruce B. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004)

SADER, Emir. A vingança da história. São Paulo: Boitempo Editorial, 2003.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. In: PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva nº17. Rio de Janeiro, 2007.

TEIXEIRA, Francisco J. S.; OLIVEIRA, Manfredo Araújo de. O neoliberalismo em debate. In: Neoliberalismo e Reestruturação Produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1996, cap. V, p. 195-252.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; OLIVEIRA, Roberta Gondim. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. In: Ciência & Saúde Coletiva, 7(3):493-507, 2002.