

Artigos temas livres / Free thematic articles

SER Social

DESIGUALDADE, MUNDIALIZAÇÃO
E POLÍTICAS SOCIAIS CONTEMPORÂNEAS

Brasília, v. 22, n. 47, julho a dezembro de 2020

As contradições do direito à saúde no capitalismo: apontamentos da realidade brasileira

Contradictions of right to health in capitalism: highlighting
brazilian reality

Las contradicciones del derecho a la salud en el capitalismo:
apuntes de la realidad brasileña

Iana Vasconcelos Moreira Rosado¹

Gleidiane Almeida de Freitas²

Resumo: Este artigo objetiva analisar as determinações sociais da saúde inerentes ao modelo societário capitalista, bem como os rebatimentos da contrarreforma do Estado na política de saúde na realidade brasileira. Desse modo, realizamos uma revisão literária a partir da perspectiva crítico-

1 Assistente Social; doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); professora adjunta da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). E-mail: ianavasconcelos@bol.com.br.

2 Graduação em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). E-mail: gleidianealmeidaass@gmail.com.

dialética, a qual nos permitiu apreender a saúde inserida como espaço de contradição, conflitos e interesses disputado pelo setor privado, atrelado à lógica lucrativa do capital, o que acaba corroborando para sua focalização, fragmentação e não efetivação da universalidade. Na contemporaneidade, a saúde vem sendo pactuada na concepção mercadológica, passando a constituir um mecanismo de contradição e, principalmente, de negação de direitos, contrariando o fato de estar ancorada ao princípio universal, participativo e descentralizado. Ao fim da leitura, pode-se apreender que a atuação do Estado capitalista pautado no neoliberalismo vem impulsionando desmonte dos direitos arduamente conquistados pela classe trabalhadora, com reflexos nefastos na política de saúde.

Palavras-chave: saúde; direitos sociais; Sistema Único de Saúde; determinações sociais.

Abstract: This article has the goal to analyze the social determinations about health inherent to a capitalist social model, just as refutations of counter-reform of the State of health politics in Brazilian reality. Thus, we can make a review from a critical perspective which let us apprehend health as a space of contradictions, conflicts and interests, contested by private sector, related to the profitable logic of currency, this helps on focus, fragmentation and absence of universality. In contemporary times, health has been made to fit in a marketing conception, it then becomes part of a contradictory mechanism and, specially, of rights denial, against the fact that it is tangled to the universal principle, participative and uncentered. As the Reading ends, we can understand that the capitalist State's acting in neoliberalism is boosting the disassemblment of rights hardly conquered by working class, with nefarious reflexes in health politics.

Keywords: health; social rights; Unified Health System; social determinations.

Resumen: Este artículo objetiva analizar las determinaciones sociales de la salud inherentes al modelo de la sociedad capitalista, así como los rebatimientos de la contrarreforma del Estado en la política de salud en la realidad brasileña. De este modo, realizamos una revisión literaria, desde la perspectiva crítico-dialéctica, la cual nos permitió aprehender la salud insertada como espacio de contradicción, conflictos e intereses, disputado por el sector privado, atado a la lógica lucrativa del capital, lo que termina corroborando para su focalización, fragmentación y no efectividad de la universalidad. En la contemporaneidad, la salud viene siendo pactada en la concepción mercadológica, pasando a constituir un mecanismo de contradicción y, principalmente, de negación de derechos, contrariando con el hecho de estar anclada al principio universal, participativo y descentralizado. Al final de la lectura, se puede aprehender que la actuación del Estado capitalista pautado en el neoliberalismo viene impulsando

desmonte de los derechos arduamente conquistados por la clase trabajadora, con reflejos nefastos en la política de salud.

Palabras clave: salud; derechos sociales; Sistema Único de Salud; determinaciones sociales.

Introdução

Analisar as contradições do direito à saúde, imerso em um modelo societário assentado na lógica do capital, perpassa pela compreensão de dois aspectos que consideramos fundamentais e que pretendemos, ainda que sucintamente, evidenciar neste artigo: as determinações sociais da saúde e as incongruências que permeiam a efetivação do direito à saúde na sociedade capitalista. Com esse intento, sem desconsiderar a trajetória de construção do direito à saúde no Brasil, enfatizaremos o contexto histórico a partir da reforma sanitária que impulsionou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

É importante rememorar, porém, que nem sempre esta política social teve o caráter universal, descentralizado e participativo, conforme estabelecido constitucionalmente a partir de 1988. O percurso da construção do direito à saúde expressa a correlação de forças sociais na disputa entre os antagônicos interesses de classe. Destarte, a construção da política de saúde é fortemente marcada pela perspectiva previdenciária (sob o prisma do seguro), assistencialista, privatista e filantrópica, com ênfase na assistência médica individual e na lógica do mercado.

Dessa maneira, durante longos anos, persistiu um modelo de política de saúde no qual só tinham acesso aos serviços públicos nesta área os contribuintes da previdência social.³ Desse modo, no período que antecede o SUS, os ricos tinham acesso à assistência de saúde por meio do pagamento direto pelos serviços; os segurados⁴ da previdência social eram assistidos pelo Instituto Nacional de Assis-

3 Havia restritas ações voltadas para a coletividade, de caráter campanhista e higienista.

4 Tal condição abrange os assalariados com carteira assinada, os quais contribuem compulsoriamente para a previdência social; os trabalhadores sem vínculo empregatício inscritos na previdência social como contribuintes individuais, os que não têm renda, mas optam por pagar contribuição (segurado facultativo), além de algumas categorias

tência Médica da Previdência Social (Inamps); e aos demais, restava recorrer a algumas iniciativas filantrópicas, ficando muitas vezes em situação de abandono.

A década de 1980 se configurou como um período de grande efervescência popular e de alargamento dos direitos sociais, civis e políticos no panorama brasileiro, ocorrendo, nesse cenário, a participação de vários setores populares e movimentos sociais protagonizados por diversos segmentos da classe trabalhadora que deflagraram processos de lutas para conquistar um Estado democrático, que garantisse os direitos à população, em contraposição ao sistema implementado pela ditadura militar (1964-1985).

Nesse contexto de ascensão dos movimentos sociais, podemos mencionar a grande visibilidade do campo da saúde, associada à intensa atuação do movimento de reforma sanitária, o qual tinha uma perspectiva político-emancipatória contrária ao golpe civil-militar inserido no cenário brasileiro. Esse movimento defendia o direito de todo cidadão ter uma saúde pública, universal e participativa para o estabelecimento de uma sociabilidade mais democrática e igualitária. (SOARES, 2014).

Esse projeto democrático, congregado na proposta de reforma sanitária, incorpora a concepção ampliada de saúde, atribuindo sentido e visibilidade às suas determinações sociais. Portanto, analisar a efetividade do direito à saúde exige pensar para além do acesso aos serviços de saúde propriamente ditos, enfatizando as determinações inerentes às relações sociais capitalistas, marcadas pela desigualdade e pela alienação, adversas a uma vida saudável.

Nessa perspectiva, este artigo objetiva analisar as determinações sociais da saúde inerentes ao modelo societário capitalista, bem como os rebatimentos da contrarreforma do Estado na política de saúde, na realidade brasileira. Desse modo, mediante revisão da literatura respaldada na perspectiva crítico-dialética, enfatizaremos os influxos das contradições da forma capitalista de organização

(trabalhadores rurais e pescadores artesanais) que foram incluídas como segurados especiais, independente de pagamento de contribuição.

social na efetivação do direito à saúde, no que tange à (in)salubridade das condições de vida e trabalho, bem como à intervenção estatal via política de saúde.

As contradições do direito à saúde na sociedade do capital

Analisar o direito à saúde e suas contradições na sociedade capitalista contemporânea nos leva a refletir, preliminarmente, acerca da incompatibilidade entre os interesses e as estratégias capitalistas (mobilizadas inclusive por meio do aparato estatal, como é o caso das políticas sociais) e a plena efetivação dos direitos sociais. Aliás, esses direitos se assentam em um processo contraditório, pois, embora signifiquem conquistas importantes para prover as condições necessárias à sobrevivência da classe trabalhadora, são forjados na perspectiva de atenuar os conflitos e permitir minimamente a reprodução da força de trabalho necessária à continuidade do capital. Nesse sentido, Boito Jr. (2007, p. 257) ressalta:

No modo de produção capitalista, a igualdade de direitos civis, políticos e sociais coexiste com a desigualdade de classes. Por isso, essa igualdade é, na verdade, formal. A desigualdade de classes nega a igualdade proclamada no plano dos direitos, bloqueia e contamina o igualitarismo jurídico, e, ademais, esse igualitarismo, isto é, a cidadania, pode ocultar dos trabalhadores a exploração e a dominação de classes que os vitimam.

No que tange particularmente ao direito à saúde, importa evidenciar as implicações das relações sociais capitalistas nas condições de saúde-adoecimento humano. Vale ressaltar que o reconhecimento das determinações sociais associada à ideia de saúde como direito universal e dever do Estado, amplamente disseminada no Brasil a partir de meados da década de 1980, impulsiona a reforma sanitária e a incorporação desse ideário no âmbito da política de saúde, como reflexo das lutas e conquistas da classe trabalhadora. Nessa perspectiva, em sentido adverso às concepções e práticas biologicistas, mas sem negligenciar a condição biológica inerente às condições de saúde, o Sistema Único de Saúde, conforme expresso na Lei 8.080/1990,

alicerça-se na compreensão de que a saúde resulta, dentre outros fatores, das condições de alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais.

Vale ressaltar que a compreensão dos influxos das condições de vida e trabalho na saúde-adoecimento humano exige contemplar os processos que os geram. Conforme Albuquerque e Silva:

A vida humana é determinada socialmente em todas as suas dimensões, inclusive a da saúde. Compreender a determinação social da saúde, portanto, não consiste em compreender apenas que a saúde depende do acesso aos objetos humanos, mas que as possibilidades de realização do humano, e o acesso aos produtos necessários para tal, dependem do grau de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção estabelecidas em cada formação social. (2014, p. 962).

Importa salientar que o modelo societário capitalista, ao delimitar a propriedade dos meios de produção exclusivamente a uma das classes sociais – enquanto os segmentos trabalhadores detêm somente sua força de trabalho e, consecutivamente, necessitam vendê-la como forma de garantir sua sobrevivência – gera profunda desigualdade social e implica na negação de condições de vida saudáveis, notadamente para a parcela expropriada. Então, as condições de inserção (ou não) dos trabalhadores no mundo do trabalho determinam o quão desgastante pode ser sua atividade laboral, bem como suas possibilidades de acesso aos bens e serviços socialmente produzidos, necessários à sua reprodução.

Por conseguinte, se submerso nas relações sociais capitalistas, o desenvolvimento das forças produtivas não significa necessariamente melhoria das condições de vida dos indivíduos, especialmente para os pertencentes à classe trabalhadora. Por outro lado, conforme enfatizam Albuquerque e Silva (2014), os proprietários⁵ dos meios

5 “Porém, esses mesmos indivíduos, estando, também, submetidos a relações sociais alienadas, como ocorre no capitalismo, encontram-se em condições de subdesenvolvimento das potencialidades obtidas pelo gênero humano”. (MÉSZÁROS, 2009, apud ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 962).

de produção têm probabilidades imensamente maiores de usufruírem dos produtos produzidos pela humanidade e, assim, vivenciarem condições mais saudáveis.

Finalmente, em uma sociedade de classes, em um mesmo momento histórico, o modo de viver, adoecer e morrer das diferentes classes e estratos de classe é bastante diverso. Em uma sociedade como a brasileira, por exemplo, já se sabe do que mais adoecem e morrem os médicos, os bancários, os banqueiros, os pedreiros, os engenheiros, os estivadores, os trabalhadores de telemarketing, os desempregados, entre outros. Têm uma expectativa de vida bastante diversa e adoecem e morrem por causas bastante distintas devido ao modo como se inserem no mundo da produção e no consumo. (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 961-962).

Consoante essa concepção, o SUS deve reconhecer a totalidade das necessidades de saúde da população. De tal modo, a partir da Constituição Federal de 1988, a saúde é inserida no tripé da seguridade social, de acordo com os arts. 196 a 200, instituindo-a como direito de todo cidadão, que deve ter garantido o acesso aos serviços por meio de um Sistema Único de Saúde universal, integral, regional e hierárquico, disponibilizando, assim, as ações de promoção, prevenção e de recuperação da saúde para toda a população.

A partir disso, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (LOS) de nº 8.080, em 19 de setembro de 1990, que teve a finalidade de regulamentar a política de saúde em consonância com os artigos mencionados da CF de 1988. De acordo com a respectiva Lei:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990).

É inegável, portanto, que a constituição do SUS representa uma importante conquista da classe trabalhadora, ao instituir um modelo

de política de saúde pautado na universalidade do acesso, o que significa uma ruptura com a lógica excludente, até então existente. Nessa perspectiva, as necessidades de saúde devem pautar o acesso aos serviços de saúde e não o pagamento de uma determinada contribuição social, a capacidade de pagamento direto ou qualquer outra condição social ou característica individual.

Outro avanço alcançado foi a integralidade da assistência em contraposição ao caráter curativista e medicalizante, de forma que o SUS deve garantir desde o atendimento ambulatorial aos procedimentos mais complexos, devendo acobertar a assistência em caso de adoecimento, bem como comprometer-se, sobretudo, com a prevenção de doenças e com a promoção da saúde.

Além disso, a criação do SUS incorpora a participação social, de forma que a população deva participar das decisões relativas a planejamento, monitoramento e fiscalização do SUS, por meio de instâncias de controle social materializadas nos conselhos e conferências, em conformidade com a Lei 8.142/1990.

Diante do exposto, podemos depreender que os princípios e as diretrizes do SUS se chocam com o modelo de sociabilidade capitalista, marcado pela mercantilização das diversas dimensões da vida social, na qual o capital busca explorar tudo o que tenha potencial lucrativo, inclusive as necessidades sociais. Aliás, na perspectiva do capital, a saúde, pela sua importância para a vida humana, torna-se um campo altamente lucrativo e visado pelas empresas nacionais (e também pelo capital estrangeiro). Afinal, se alguém estiver doente, torna-se muito propenso a pagar o que tem e o que conseguir emprestado ou doado para ter acesso ao diagnóstico e ao tratamento necessários ao restabelecimento da saúde. Isso também explica o fato de ser tão persistente o modelo curativo e medicalizante, assim como ajuda a elucidar o motivo pelo qual a parte dos serviços mais visada pelo empresariado da saúde tem sido a de média e a de alta complexidade, vislumbradas como mais propícias a proporcionar lucro.

O modelo de política de saúde universal, integral e com participação social vai se chocar também com a prática clientelista e patrimonialista inerente à formação sócio-histórica brasileira, sob a qual

o acesso aos serviços de saúde esteve marcado pela sua utilização como “moeda” de troca por votos e apoios político-partidários, utilizado para favorecer a ascensão e/ou a permanência de determinado grupo político. Dessa maneira, desde as discussões que culminaram na sua incorporação legal durante o processo constituinte que gestou a CF de 1988 e ao longo da sua implantação, o SUS esteve marcado por ataques e desafios à sua efetivação.

Ante o exposto, salientamos que, por estar alicerçada na exploração de uma classe sobre a outra, calcada em valores como o individualismo e a competitividade, o modelo societário capitalista, em seus fundamentos, tende a ser nefasto para a saúde. Igualmente, colide com a ideia de universalização dos direitos sociais, inclusive em termos da responsabilidade estatal, pelo acesso à assistência de saúde pública, gratuita e de qualidade. Por conseguinte, a materialização do SUS, conforme o projeto de reforma sanitária requer a ampliação da responsabilidade do Estado (capitalista) e a ruptura com o modelo centrado na doença e na medicalização e que atribui prioridade ao mercado.

Crise e reestruturação do capital: reflexos nos direitos e políticas sociais

De acordo com Netto e Braz (2007), houve uma mudança de estágio do sistema capitalista monopolista para o capitalismo contemporâneo no cenário internacional, devido a uma intensiva crise na transição dos anos 1960 a 1970. Essa crise interrompeu o período dos “anos dourados”, concernente à fase de grande elevação das taxas de lucros que resultaram em intensos processos produtivos atrelados ao sistema fordista-taylorista e à intervenção do plano keynesiano na economia.

Dessa maneira, o período de acumulação do capitalismo monopolista baseado no keynesianismo/fordismo começou a dar sinais de esgotamento, em virtude do declínio das taxas de lucros, vinculado ao enfraquecimento do modelo de produção e consumo em massa. Esse processo resultou no aumento do desemprego estrutural, como também na ocorrência da crise do Estado de bem-estar social ante a hipertrofia no escopo da máquina estatal. Com isso,

foram buscadas alternativas para que o capitalismo se reerguesse, por meio de um novo padrão de acumulação que materializasse a produção, a centralização e a concentração de capitais, alavancando as taxas de lucros, mediante maior exploração da força de trabalho de maneira flexibilizada.

Assim, o capitalismo iniciou um processo de reorganização, por meio da reestruturação produtiva,⁶ atrelado ao sistema político e ideológico burguês. Desse modo, a reestruturação produtiva está associada ao advento do ideário neoliberal e suas concepções acerca da intensificação nos processos de privatização nas políticas sociais, a qual acaba corroborando para a desregulamentação dos direitos sociais, tendo em vista que o Estado está pactuado com essa ideologia para realizar o enxugamento da esfera pública, transferindo suas responsabilidades para a iniciativa privada, sob a alegação de buscar o equilíbrio nas contas públicas.

Segundo Antunes (1998), o processo de inovação tecnológica, introduzido ao modelo de acumulação flexível erigido na reestruturação produtiva, reafirma a intensificação dos processos de produtividade, ocasionando a ampliação da exploração em relação ao aumento dos processos flexibilizados acarretados pelas subcontratações e terceirizações que corroboram para a precarização e a fragmentação do trabalho. Outra inovação da reestruturação produtiva está articulada à polivalência do trabalhador, exigindo que este realize várias atividades, ao mesmo tempo, e incorporando a nova tendência do mercado em exigir uma qualificação ou treinamentos para a melhoria da produtividade e, conseqüentemente, para a elevação de lucros.

De acordo com Anderson (1995, p. 9), para o neoliberalismo, a ampliação da proteção social seria “uma ameaça letal à liberdade, não somente econômica, mas também política”. Segundo a lógica neoliberal, seria necessário tecer algumas estratégias para a expan-

6 A reestruturação produtiva no capitalismo contemporâneo consiste na propulsão de um sistema de produção flexível, variado e vinculado à demanda, diferenciando-se do sistema de produção anterior, relacionado à produção e consumo em massa. (NETTO; BRAZ, 2007).

são dessa ideologia nos variados países da Europa e, principalmente, em países periféricos.

O ideário neoliberal, congregado no Estado brasileiro, tem a justificativa de realizar uma revisão na organização e no escopo da máquina estatal, alegando ser necessário promover algumas reformas para possibilitar certa estabilidade econômica do Estado. Incentiva-se, assim, o alargamento da iniciativa privada e as desregulamentações em direitos que atingem as políticas públicas e afetam, principalmente, a classe trabalhadora que mais necessita utilizar os bens e serviços públicos. (SILVA; ALMEIDA; ANDRADE, 2017).

É necessário ressaltar que, a partir desta reestruturação capitalista, ocorreram intensas modificações societárias, que são ancoradas na ofensiva neoliberal, a qual atingiu a esfera do trabalho e também o campo da proteção social com a redução da esfera pública. De acordo com Netto e Braz (2007), essa diminuição não está associada ao tamanho do Estado em si, mas às suas “funções coesivas”, ao que se refere aos bens e serviços públicos. Nesse contexto, foi incorporada, pela esfera estatal, a política mínima relativa ao social e máxima para o capital, corroborando para o aprofundamento da questão social no país.

Assim, o que vem ocorrendo nas políticas sociais do Estado brasileiro é a forte participação da iniciativa privada, inclusive com a presença das organizações sociais no setor público. De acordo com Sousa (2014), o Estado mínimo acaba investindo no âmbito privado sob o argumento de que a estrutura pública estaria esgotada, isto é, seria insuficiente para comportar a quantidade da população. Esses mecanismos neoliberais acabam sendo efetivados nas diversas políticas sociais, incluindo as políticas que, constitucionalmente, compõem a Seguridade Social (Assistência Social, Previdência Social e Saúde).

Os impactos regressivos da contrarreforma do Estado no Sistema Único de Saúde

A implementação do SUS no cenário brasileiro, gestada a partir da década de 1990, deu-se em meio a uma conjuntura marcada pela ofensiva neoliberal que se instalava no país, afetando fortemente a área da saúde. Como afirma Sousa:

Com a reforma sanitária e a aprovação da Constituição Federal de 1988, a universalidade ganha duas dimensões: uma ampla, que é legal, de garantia de saúde para todas as pessoas sem distinção; e uma restrita, que é a real, a qual se reflete na negação desse direito, seja por falta de vagas no atendimento em função da crescente demanda, seja pela falta de estrutura, de recursos e de profissionais habilitados e que se veem obrigados a recorrer ao mercado, contribuindo com a ampliação do setor privado. (2014, p. 228).

Destarte, esse processo de contrarreforma de cunho neoliberal tensiona a efetivação do SUS desde o processo inicial de sua implementação. É importante destacar que o neoliberalismo no Brasil foi inaugurado na gestão presidencial de Fernando Collor de Mello, ocorrendo de maneira mais sistemática a partir de meados dos anos 1990, período no qual foi fortemente incorporado pelo governo de Fernando Henrique Cardoso, que encampou o Plano Diretor da Reforma do Estado (1995), implantado pelo então Ministério da Administração Federal e de Reforma do Estado (Mare).

Nesse sentido, Bravo (2009) enfatiza a coexistência de dois projetos de saúde e o embate entre eles, ao longo dos anos 1980 e 1990: o da reforma sanitária e o privatista. Tais projetos continuam em disputa. Porém, a partir dos anos 2000, emerge também um projeto de “Reforma Sanitária Flexibilizada” ou do “SUS possível”.

Esse projeto do *SUS possível* é pautado por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de uma política de rebaixamento da proposta inicial do Projeto da Reforma Sanitária, mesmo que isso envolva concessões que contrariam os interesses dos trabalhadores e o pleno

usufruto do direito à saúde. Este projeto se consolida nos governos petistas. (BRAVO, 2013, apud BRAVO, PELAEZ, PINHEIRO, 2018, p. 10).

Esse projeto trata os problemas do SUS de forma restrita ao âmbito administrativo/gerencial e de gestão. Trata-se de promover a flexibilização dos princípios propostos na reforma sanitária, justificando as parcerias público-privadas, proporcionando condições favoráveis ao usufruto do fundo público pela lógica privada, estando, por conseguinte, conectado com o projeto privatista (SOARES, 2014). Então, as medidas dissonantes com a perspectiva da reforma sanitária mantêm traços de continuidade nos governos de Lula da Silva e de Dilma Rousseff.

Na contemporaneidade, os processos de privatização ocorrem por meio de uma modernização, ou seja, de uma nova roupagem, a começar pelas novas modalidades de gestão articuladas como: Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesses Públicos (Oscips), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPS) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) e também outras parcerias do setor privado que promovem o alargamento da lógica mercadológica, a qual se contrapõe às concepções, aos princípios e às diretrizes do SUS. (BRAVO; CORREIA, 2012).

Os processos de privatização na esfera pública estão crescendo desenfreadamente no cenário brasileiro. Segundo Correia (2000, p. 43):

O caráter complementar do setor privado em relação à rede pública não prejudicou em nenhum sentido os interesses privados em jogo na política de saúde: atualmente, cerca de 70% dos serviços de saúde prestados pelo Estado são produzidos pelo setor privado. Este último fica responsável pela assistência médica individual (consultas e procedimentos médicos de maior complexidade tecnológica e mais caros), rentáveis e lucrativos, e o setor público, pelas ações de saúde coletiva (vacinação em massa, controle de moléstias transmissíveis etc.).

Dessa maneira, constatamos os múltiplos interesses mercantis do grande capital para a acumulação e a obtenção do lucro, no tocante à abertura, ao alargamento do segmento privado e, principalmente,

ao apoderamento de recursos que deveriam ser encaminhados para o investimento da esfera pública, uma vez que estes acabam sendo alocados para a esfera privada, corroborando, assim, com o desmonte e a desestruturação do Sistema Único de Saúde.

Vale salientar que esse processo de desmonte do SUS vem ocorrendo, de forma aprofundada, a partir do governo Michel Temer, que assumiu a Presidência após o *impeachment* de Dilma viabilizado mediante golpe jurídico-parlamentar perpetrado em 2016.

Face à crise crônica de superacumulação do capital e a recessão econômica que se agudiza entre 2015-2016, o que vislumbramos no período pós-golpe é a celeridade do ajuste fiscal, acompanhado de uma bruta deterioração das condições de vida e trabalho. O recuo civilizatório observado – expresso nos índices alarmantes de desemprego, o retorno do Brasil ao mapa da fome e uma crise sanitária – sinaliza para a ruptura com o “pacto social” inscrito na Constituição de 1988. Em detrimento dos direitos sociais e qualquer concessão aos “de baixo” aplica-se um programa de devastação social, justificável numa tônica conservadora e de intensa criminalização da pobreza. (SOUZA; SOARES, 2019, p. 13).

Para ilustrar os retrocessos ocorridos, podemos citar a primeira proposta do mandato interino de Temer na Presidência do Brasil, conhecido pelo documento “Uma Ponte para o Futuro”, da Fundação Ulisses Guimarães (2015), ligada ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Esse documento contempla um conjunto de reformas estruturais no contexto brasileiro, que diminui os gastos com as políticas públicas, sob o pretexto de solucionar a crise fiscal e o pagamento da dívida pública para o equilíbrio do orçamento público.

De acordo com os dados sistematizados pela Auditoria Cidadã da Dívida, em 2018, o Orçamento Geral da União previa a soma de 3,527 trilhões de reais, sendo que o executado (pago) totalizou 2,621 trilhões, dos quais 40,66% foram destinados aos juros e amortizações da dívida, correspondendo a R\$ 1,065 trilhão; ao passo que 3,26% foi destinado à Assistência Social; 24,48% à Previdência Social e 4,09% à Saúde. A destinação deste montante

para pagamento de juros e amortizações da dívida é viabilizada pelo mecanismo da Desvinculação da Receita da União (DRU) e evidencia a prioridade do governo brasileiro no que tange às políticas macroeconômica em detrimento das políticas sociais e outras áreas de prestação de serviços públicos à população.

Ademais, percebemos as contradições na política de saúde em relação à gestão administrativa, pois parcela importante dos recursos públicos é alocada para a rede privada, a qual fornece serviços, instalações e equipamentos utilizados principalmente no âmbito da média e da alta complexidade, contribuindo para o fortalecimento da mercantilização da saúde, como também para a persistência do modelo hospitalocêntrico e curativo. Assim sendo, vem ocorrendo a desvinculação do público para ser injetado nos grandes nichos do mercado financeiro, com o incremento das novas gestões da iniciativa privada, a qual acaba monitorando as ações públicas, com o intuito de intensificar o modelo privatista e desconfigurar o direito à saúde pública, universal, igualitária e participativa, conquistado pela classe trabalhadora, estabelecido pela Constituição Cidadã de 1988 e normatizado em seguida pelas Leis 8.080/1990 e 8.142/1990.

Como podemos observar, o discurso da austeridade está relacionado aos processos de cortes no âmbito da esfera pública e expressa a ofensiva neoliberal de enxugar os gastos públicos nas políticas sociais e priorizar os serviços e as ações da iniciativa privada, sob a alegação de ser condição necessária para a manutenção do equilíbrio das contas públicas. A Emenda Constitucional (EC) 55, aprovada pelo Senado, em 13/12/2016, é um dos produtos da política de austeridade encampada no período mais recente.

Esse ajuste fiscal impõe o congelamento dos gastos públicos por 20 anos, em relação às despesas primárias, como Saúde, Assistência Social, Previdência Social, Educação, dentre outras, o que acarretará aumento do desemprego, criminalização da pobreza e sucateamento nas respectivas políticas sociais, refletindo-se rigorosamente entre as populações mais vulneráveis desse país e corroborando com o alargamento das desigualdades socioeconômicas (FRANCO, 2018). Ao discutirem o financiamento do SUS, os participantes da 16ª Confe-

rência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília no período de 4 a 7 de agosto de 2019, expressaram posicionamento contrário a esta medida de austeridade. A este respeito, Guimarães (2019, p. 24) explicita:

O objetivo final, em todos os casos, é revogar a medida que, segundo cálculos da comissão de financiamento do Conselho Nacional de Saúde, fez o SUS perder R\$ 12,3 bilhões em valores atuais entre 2016 e 2019, sendo R\$ 4,4 bilhões apenas este ano. As propostas aprovadas nos municípios, estados e referendadas na etapa nacional, mostram um desejo de mudança em todo o modelo de financiamento do SUS, reivindicando, principalmente, a ampliação da participação da União. Mas refletem também a clareza de que, num sistema subfinanciado desde a origem, a EC 95 pode funcionar como uma pá de cal.

Outrossim, a continuidade deste processo de contrarreforma do Estado vem sendo avidamente encampada durante o mandato presidencial de Jair Bolsonaro. No período inicial deste governo, podemos acompanhar seu discurso conservador, o favoritismo na realização de “reformas” estruturais do Estado, o que amplia o espaço para a privatização, focalização e precarização no que corresponde a diminuição de recursos orçamentários nas políticas sociais. Neste primeiro semestre de sua gestão, além do anúncio de cortes nos recursos da educação que ameaçam inclusive a pesquisa científica, fundamental na área da saúde, foram adotadas diretrizes registradas em nota técnica nº 11/2019, emitida pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, as quais representam um regresso na reforma psiquiátrica, enfatizando o modelo assistencial centrado na internação e fortalecimento das comunidades terapêuticas. Além disso, podemos mencionar medidas que ameaçam a saúde, tais como a autorização do uso de agrotóxicos e o decreto que amplia a possibilidade da posse de armas de fogo e seu deslocamento. De acordo com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), essa última medida poderá ocasionar o aumento da violência, bem como atingir o estado de saúde (físico e mental), principalmente da população que convive diariamente com as disparidades socioeconômicas.

A Saúde constitui um dos campos de maior investimento tecnológico do mundo, o que acaba abrindo inúmeras possibilidades para o mercado privado no que concerne à abertura das grandes indústrias ou empresas de medicamentos, equipamentos de saúde, redes de hospitais ou clínicas particulares, farmácias, planos privados de saúde, ocorrendo também as novas modalidades de gestão, associadas às parcerias das empresas públicas de caráter privado com o processo de privatização (SOARES, 2014). Nesse sentido, a saúde se tornou uma das políticas sociais mais ambicionadas pelo capitalismo financeiro atualmente, constituindo um espaço lucrativo para movimentar o processo de acumulação e aquisição do lucro internacional.

De acordo com Sousa (2014), os organismos internacionais, tais como Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), alegam que o sistema de saúde (universal) não “comporta a totalidade da população”, pois acaba sobrecarregando economicamente a esfera estatal, propondo, assim, a expansão da austeridade em diminuição do público.

Na análise de Behring (2003), a contrarreforma serve para justificar os verdadeiros ajustamentos no escopo da máquina pública, no que se refere aos cortes nos gastos públicos em nome da estabilidade econômica do país, resultando, assim, no sucateamento do âmbito público para o favorecimento da iniciativa privada.

Mesmo submetido a esses ataques impulsionados pela ofensiva burguesa sobre o fundo público, o SUS persiste e tem desenvolvido experiências exitosas em áreas como transplantes, HIV/AIDS, imunização e combate ao câncer. Contudo, apesar dos avanços, a desigualdade do acesso persiste como um problema recorrente no SUS. A rede de serviços (públicos e privados) de saúde se ampliou, de maneira que o total de estabelecimentos que compõem a rede assistencial passou de 21.532, em 1981, para 129.544, em 2017, (VIACAVA et al., 2018). Porém, particularmente no tocante ao SUS, esta expansão esteve permeada, destacadamente, por grande ampliação do setor privado, notadamente no âmbito da média à alta complexidade e se deu de forma insuficiente, pois tais serviços não são capazes de atender à totalidade das demandas de saúde dos usuários, sobretudo em uma

conjuntura na qual as necessidades de saúde se tornam mais complexas, com a ampliação da violência, dos acidentes de trânsito, dos casos de dependência química, dos problemas psíquicos, inclusive alimentados pelo modelo de sociedade vigente, em que proliferam a desigualdade social, a competitividade, o individualismo, as exigências e precariedades do mundo do trabalho, entre tantas outras situações que influenciam o processo saúde-adoecimento humano.

Portanto, o SUS permanece em construção e permeado por tensões impostas pelos que apostam na mercantilização da saúde. Fica evidente, por conseguinte, que a minimização da atuação estatal na área social atende aos interesses do capital, pois, na medida em que são implementadas políticas sociais básicas e precárias, eleva-se a busca das pessoas pelo atendimento de suas necessidades via mercado. Nesse sentido, essa é uma das formas pelas quais o Estado tem exercido sua funcionalidade por meio da reprodução do capitalismo, favorecendo o crescimento e a maximização do capital.

Considerações finais

O SUS estrutura-se na contracorrente da trajetória da política de saúde brasileira, historicamente perpassada por uma lógica fragmentada, curativa, hospitalocêntrica e fortemente cooptada pelos interesses privados. No processo de construção do SUS, importa destacar a relevância das lutas sociais, particularmente o movimento de reforma sanitária, ao impulsionarem a politização e o amplo debate que influenciou na construção de uma redefinição na arquitetura dos direitos no país.

Contudo, o processo de efetivação do SUS é tensionado pela implementação do receituário neoliberal, que traz impactos na política de saúde no tocante à intensificação do processo de mercantilização, precarização, focalização no acesso aos serviços e também no que se refere a condições precárias de trabalho.

Portanto, a efetivação do SUS se dá na contracorrente dos ideários e práticas intrínsecas ao projeto societário ora hegemônico e a conquista dos direitos representa algo a ser continuamente construído por meio das lutas sociais. Ainda que a realidade na qual esta-

mos inseridos, nos marcos da sociedade capitalista, cerceie a plena efetivação dos direitos sociais, a luta pela ampliação de tais direitos é fundamental para possibilitar melhores condições de vida para os trabalhadores, embora isto não suprima nem mesmo minimize a necessidade de contraposição ao próprio capitalismo, no horizonte da sua superação. Nessa perspectiva, a defesa do Sistema Único de Saúde, pautada nos princípios da reforma sanitária, é fundamental nestes tempos de recrudescimento das forças comprometidas com a perpetuação do capital.

Referências

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Nota contra o Decreto 9.685, que flexibiliza a posse de armas de fogo e munições no Brasil.** Rio de Janeiro, 21 de janeiro de 2019. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/01/Nota-abrasco-contras-armas-1.pdf>>. Acesso em: 27/06/19.

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de; SILVA, Marcelo José de Souza e. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 953-965, out.-dez./2014.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTIL, Pablo. (Org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas iniciais e o Estado democrático.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, p. 09-23, 1995.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?:** ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Unicamp, 1998.

AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA. **O rombo das contas públicas está no sistema da dívida, e não na Previdência Social.** Disponível em: <<https://auditoriacidadadada.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Folheto-2019-O-ROMBO-DAS-CONTAS-PU%CC%81BLICAS.pdf>>. Acesso em: 06/11/2019.

BEHRING, Elaine Rossetti. Contrarreforma do Estado, seguridade Social e o lugar da filantropia. **Serviço Social e Sociedade**, n. 73, 2003, p.101-117.

BOITO JUNIOR, Armando. Estado, política e classes sociais: ensaios teóricos e históricos. São Paulo: Unesp, 2007.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 10/06/2019.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais e de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 10/06/2019.

BRASIL. **Proposta de Emenda Constituição, nº 55, de 2016. PEC do Teto dos Gastos Públicos**. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/127337>>. Acesso em: 10/11/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n. 11/2019**, de 04 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pbf>>. Acesso em: 06/11/2019.

BRAVO, Maria Inês. Política de saúde no Brasil. In: Mota, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, p. 88-110, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social e Sociedade**, n. 109, p. 126-150, jan-mar./2012.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan.-abr./2018.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

FRANCO, Julia Helena. Austeridade mata: cortes nos investimentos ameaçam saúde dos brasileiros e sobrevivência do SUS. **Radis**, n. 185, p. 02-35, fev./2018.

FUNDAÇÃO ULISSES GUIMARÃES. Uma ponte para o futuro. (out. 2015). Disponível em: <<https://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf>>. Acesso em: 10/11/2018.

GUIMARÃES, Cátia. **Oitava em dobro?** Conferências de saúde no túnel do tempo. Poli: saúde, educação, trabalho. Ano XII, nº 66. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/poli66.pdf>>. Acesso em: 6/11/2019.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007, p. 211-239. (Biblioteca básica de serviço social; v. 1).

SILVA, Sheyla Suely de Souza; ALMEIDA, Larissa Martins; ANDRADE, Sayonara Santos. Neoliberalismos e contrarreformas das políticas sociais. In: SILVA, Alessandra Ximenes; NÓBREGA, Mônica Barros; MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro. (Orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e Serviço Social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017, p. 53-73.

SOARES, Raquel Cavalcante. Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social nos anos 2000. In: MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Angela (Orgs.). **Serviço Social brasileiro nos anos 2000: cenários, pelepas e desafios**. Recife: UFPE, dados, 2014, p. 201-223.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Katálysis**, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul-dez./2014.

SOUZA, Giselle Souza; SOARES, Morena Gomes Marques. Contrarreformas e recuo civilizatório: um breve balanço do governo Temer. **Ser Social**, v. 21, n. 44, jan.-jun./2019.

VIACAVA, Francisco et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n° 6. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601751&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 6/11/2019.