



## NEOLIBERALISMO E SEUS REFLEXOS NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Glaucya Núbia Barros dos Santos  
Mestranda em Serviço Social - UFAL

**Resumo:** Este estudo teve como objetivo descrever o cenário da história da política de saúde no Brasil em tempos neoliberais, identificando as consequências que esse processo de transformação política no país ocasionou e caracterizando a relação entre universalidade e a focalização na saúde na década de 1990. Com base em diferentes autores, o que se evidencia é uma trajetória marcada por embates sociais e políticos, na qual o projeto de reforma sanitária e o projeto de saúde privatista entram em disputa, a focalização de serviços na saúde é direcionada ao atendimento básico, que deve ser universalizado, contrariando o que preconiza o modelo assistencial de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Palavras-chave:** Política de Saúde. Neoliberalismo. Universalidade. Focalização.

**Abstract:** This study aimed to describe the scenario of health policy history in Brazil in neoliberal times, identifying the consequences that this process of political transformation in the country and led to characterizing the relationship between universality and focus on health in the 1990s. Based in different authors, what is evident is a path marked by social and political clashes, in which the health reform bill and privatizing health project come into dispute, the focus of services in health is directed to primary care, which should be universalized, contrary to what advocates care model of health of the Unified Health System (SUS).

**Keywords:** Health policy. Neoliberalism. Universality. Focus.

### INTRODUÇÃO

O tratamento da temática da saúde pública brasileira requer uma análise mais detalhada dos seus desdobramentos ao longo da história brasileira no âmbito das políticas sociais. Observa-se que a política de saúde no Brasil tem seu processo de desenvolvimento articulado a determinações sócio-históricas configuradas no Sistema de Seguridade Social após a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), com base na universalização dos direitos sociais. Desde então, seu percurso tem sido objeto de investigação e é abordado em diversos trabalhos científicos.

Um aspecto da saúde pública a ser analisado neste artigo é a maneira como essa política foi inserida no Brasil, destacando seus principais atores políticos e a forma como as leis emergiram para assegurar sua efetivação. Outro ponto, não menos importante que o primeiro, é o processo de desmonte a que o Sistema Único de Saúde vem sendo submetido desde os anos noventa até aos tempos modernos, fomentado pelo neoliberalismo, que tem como pressuposto a lógica do capital, mediante mecanismos de privatização, sucateamento e universalização excludente.

Assiste-se à implementação de um novo sistema de saúde com políticas cada vez mais focalizadas, ferindo, dessa forma, os princípios constitucionais, que se orienta pela universalização dos direitos.



## A EMERGÊNCIA DO SUS A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

A Constituição Federal Brasileira (CF/1988) reconfigurou o sistema político-administrativo no país para atender às exigências de um modelo mais articulado aos preceitos da democracia burguesa e que transcendesse o regime militar-empresarial de 1964. É nesse contexto que se inaugura o modelo de assistência à saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os aspectos que antecederam e conduziram a constituição desse novo modelo estão ligados ao contexto de redemocratização do país, de elevada resistência à ditadura militar e forte pressão popular.

O modelo de saúde vigente no período da ditadura militar-empresarial (1964-1984) tinha suas ações voltadas ao âmbito federal, com responsabilidades divididas, conforme Vianna (*apud* GOMES, 2011, p. 2), entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). O primeiro era responsável pelas ações preventivas de saúde, enquanto o segundo ficava responsável pelas ações curativas de diagnósticos, tratamento e reabilitação.

Apesar desse contexto de forte tendência repressiva, abriu-se o caminho necessário para o desencadeamento do movimento mais importante de reivindicações na saúde, a Reforma Sanitária. Este Movimento teve na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), em 1986, uma das bases que nortearam seu objetivo fundamental: a reforma da saúde pública no Brasil, por meio da afirmação do direito universal à saúde.

A VIII CNS foi de fundamental importância para discutir o cenário em que se encontrava a saúde no Brasil. Contou com a participação de diversos segmentos da sociedade, entre eles, partidos políticos, dirigentes sindicais, profissionais da saúde, parlamentares e representantes da população. Abriu espaço para questionamentos sobre a intervenção do Estado na saúde e, com isso, o tema saúde assumiu dimensão e proporção maiores do que apenas a proposta de um sistema único. Tratava-se de uma Reforma Sanitária.

Segundo Mendes, a Reforma Sanitária define-se como

[...] um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob a regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema. (MENDES *apud* GOMES 1995, p. 42).

Incorporando grande parte das reivindicações do movimento de Reforma Sanitária, dois anos depois é promulgada a Constituição Federal (1988). A partir daí a esfera estatal deveria exercer juridicamente suas funções na saúde através de serviços e ações,



buscando exercer suas funções de “Estado democrático” e portadora de uma política de proteção social ampliada. Para Baptista (2009, p. 836), o Estado reconheceu a saúde como direito social de cidadania e a inscreveu no rol de um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade voltado para assegurar a nova ordem social, cujos objetivos precípuos são o bem-estar e a justiça sociais.

A CF/1988 significou um grande avanço no campo das políticas sociais no cenário brasileiro. Com ela, inaugura-se um novo sistema de proteção social, e as políticas de saúde, assistência e previdência passam a integrar o Sistema de Seguridade Social, tornando-se públicas e de responsabilidade do Estado. A partir daí a saúde no Brasil assume uma dimensão política e deixa de ser de interesse apenas dos técnicos.

A nova Constituição possui caráter inovador, pois diferentemente das constituições anteriores, apresenta características desenvolvimentistas no processo político e social no país. Ao longo dos anos, a Carta Magna vem tendo suas regras institucionais aperfeiçoadas e já passou por diversas emendas; infelizmente, a maioria das inovações tem servido muito mais para atender às demandas do mercado do que propriamente para adequar-se às exigências postas por uma realidade perpassada pela desigualdade social.

Segundo Teixeira (*apud* BRAVO, 2007, p. 10-11), os principais aspectos aprovados na nova Constituição foram:

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

O Sistema de Seguridade Social foi regulamentado com a Constituição Federal de 1988; sua principal finalidade é a universalização dos direitos sociais. É considerado como resultado histórico de lutas trabalhistas, porquanto o Estado reconhece o atendimento de necessidades reivindicadas pela classe dos trabalhadores que se baseiam em melhores condições de trabalho e de vida. Mesmo sendo fruto dessas lutas, ela se torna mais uma forma de investimento do capital, no sentido de moldá-la aos seus interesses.

No plano da proteção social, o conceito de Seguridade Social no Brasil é implantado a partir da CF/1988, sendo composto por três pilares: Saúde, Previdência e Assistência Social. A Saúde deve ter um caráter universal, sendo direito de todos e dever do Estado; a



Previdência é um direito mediante contribuição; e a Assistência Social é tão só direcionada àqueles que dela necessitarem, como, por exemplo, a assistência ao idoso, criança, adolescentes, menores infratores, entre outros.

Como resposta ao regime autoritário e ao caos em que se encontrava o sistema público de saúde, a partir de uma árdua mobilização ocorrida em diversos países da América Latina nas décadas de 1970 e 1980, o conceito de saúde passa por mudanças, resultando num processo de embates teóricos e políticos. No Brasil, no contexto de redemocratização do país, em meio ao movimento de Reforma Sanitária, constata-se na VIII Conferência Nacional de Saúde o amadurecimento em torno desse debate, configurando o chamado conceito ampliado de saúde. Mais tarde, transforma-se em texto constitucional, o que representa uma grande conquista social.

De um ponto de vista mais abrangente, a saúde é fruto da condição de vida em que o indivíduo se encontra, levando em consideração moradia, alimentação, educação, lazer, renda e também o acesso aos serviços de saúde e outras condições que permitem o desenvolvimento individual e coletivo, sendo assim produto da organização social, capaz de produzir enormes desigualdades no que se diz respeito aos níveis de vida. Conforme Gomes (2011, p. 3), trata-se de um conceito ampliado de saúde, o qual vê a saúde não apenas como ausência de doenças, mas como resultante de todo um contexto sanitário, social, político, cultural e econômico.

Após um longo processo de conflitos e acordos, a construção do SUS se orientou conforme os preceitos constitucionais da universalidade, equidade, integralidade, participação social e descentralização. Com a universalidade o cidadão passa a ter direitos de acesso a todos os serviços públicos de saúde, sem nenhum tipo de discriminação, seja de cor, renda, raça, sexo ou qualquer forma que difira um indivíduo de outro, conforme afirma a Constituição Federal de 1988 em seu art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8.080, sancionada em 19 de setembro de 1990, regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional. Esta lei dispõe sobre as condições necessárias para a *promoção, proteção e recuperação da saúde*, organizando também o funcionamento do SUS. A execução desses serviços e ações pode ser efetivada de maneira isolada ou conjunta, eventual ou permanente, podendo ser efetivada por pessoas físicas ou jurídicas, pela iniciativa privada ou pelo poder público.

Gomes (2011, p. 4) esclarece que esta lei foi criada para

[...] delinear os objetivos e as atribuições; os princípios e as diretrizes; a organização, a direção e a gestão do SUS; as competências e as atribuições entre as três esferas do governo: federal, estadual e municipal; o papel dos serviços privados de assistência a saúde; a política de recursos humanos; e o financiamento, o planejamento e o orçamento na política de saúde.



De acordo com o art. 2º da Lei nº 8.080/1990, a saúde é um direito fundamental de todos e cabe ao Estado propor as condições necessárias à sua execução, visando à redução dos riscos de doenças. Isto não exclui o dever da família, das pessoas, das empresas e da sociedade de garantir a saúde também.

A Lei nº 8.080/1990 em seu art. 4º determina também a responsabilidade da gestão do SUS, que se divide em três órgãos: no âmbito federal, através do Ministério da Saúde; no estadual, pela Secretaria Estadual de Saúde; e no âmbito municipal, por meio da Secretaria Municipal de Saúde. O SUS é financiado mediante impostos e contribuições; de acordo com esta lei, os recursos serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

Existem elementos determinantes que estão interligados à saúde, como: *alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais*, entre outros. A saúde da população depende de fatores externos a ela; o que a define são as ações e o atendimento na cura, o tratamento ou a prevenção de alguma doença. Também será levado em conta o seu convívio na sociedade e suas condições de vida.

Pessoas que não têm uma boa alimentação, que vivem em situação precária de moradia e de trabalho e que não têm acesso a alguns serviços essenciais estão mais propensas aos riscos de adquirir certas doenças. Consoante o art. 3º da Lei nº 8.080/1990, os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. Dessa forma, a política de saúde deve garantir para as pessoas não apenas condições de bem-estar físico, mas também mentais e sociais.

Em 28 de dezembro de 1990 foi promulgada a Lei Complementar nº 8.142, que integra a LOS e dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. De acordo com esta lei, o SUS contará com a participação de instâncias colegiadas através dos Conselhos e Conferências de Saúde, sem interferência nas funções do Poder Legislativo.

A década de 1990 foi um período que trouxe mudanças bastante significativas na política de saúde, sendo uma delas direcionada ao processo de descentralização. Como instrumentos de regulação nesse intenso processo, foram criadas as Normas Operacionais Básicas do SUS, respectivamente a NOB SUS 01/91, a 01/93 e a 01/96. Levcovitz (2001, p. 273) ressalta que as NOBs tratam eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, das relações entre gestores e dos critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios.



## OS ANOS NOVENTA E A RELAÇÃO ENTRE UNIVERSALIDADE VERSUS FOCALIZAÇÃO

Os anos noventa foram um período marcado por mudanças no Brasil, decorrentes da política de ajuste neoliberal, mudanças essas voltadas principalmente para as leis que regulam as relações de trabalho. A ideia de Seguridade Social regulamentada no texto constitucional é claramente desmontada, tornando a seguridade em previdência; já a previdência é configurada segundo a noção de seguro, sendo ela também contrária aos princípios relacionados à Reforma Sanitária.

A saúde se acha expressa num projeto de saúde privatista, ou articulado ao mercado (VIANA, p. 6, 2011), e contrário ao Projeto de Reforma Sanitária garantido constitucionalmente. Esse projeto privatista tem como aspectos: a contenção dos gastos com a racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização (GOMES *apud* VIANA, 2011, p. 6). Em meio a esse processo de transformação política e econômica, o Estado isenta-se da responsabilidade diretamente relacionada à promoção dos aspectos efetivos da Seguridade Social e começa a transferir essa responsabilidade para os próprios trabalhadores, mediante a constituição de um sistema social completamente amoldado à lógica do mercado.

A hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação (BRAVO, 2007, p. 14). Na política de saúde vinculada à lógica mercantilista, observa-se a desconstrução de tudo aquilo que foi proposto na sua construção na década de oitenta. A fragmentação da realidade e o individualismo fazem parte dos preceitos que baseiam o projeto privatista, contrariando as bases do caráter universal e coletivo asseguradas na Constituição.

A partir da segunda metade dos anos 1990 abrem-se novas discussões a respeito do tema da reforma do Estado – período do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) –, com base em orientações do Banco Mundial (BM). Os serviços são direcionados ao atendimento de necessidades sociais básicas e devem ser “universalizados” abstratamente. Em outras palavras, o que está sendo proposto é universalizar apenas a cobertura da atenção básica, contrariando o que preconiza o modelo assistencial de saúde do SUS.

O Programa de Saúde da Família (PSF) é um bom exemplo de política focalizada desse governo, que mais tarde será ampliado pelo governo Lula, como estratégia de reorganização de atenção básica. O governo de Lula da Silva deu continuidade à política macroeconômica do governo FHC, mantendo políticas sociais fragmentadas e subordinadas à lógica econômica que interessa ao processo de reprodução ampliada do capital. É nesse



contexto que se constata uma contradição referente ao princípio de universalidade estabelecido na Constituição brasileira. Nela se assegura como dever do Estado proporcionar para todos os serviços e bens públicos, como habitação, saúde, educação, saneamento básico etc., a fim de contribuir para o bem-estar social.

A ideia de focalização na política de saúde está diretamente relacionada com a imensa demanda social existente na população e com falta de recursos para atender a toda a população, fazendo com que o Estado direcione suas ações de forma prioritária à camada mais pobre da população. Bravo (2007, p. 19) assevera que a questão de desfinanciamento é mais séria, pois está articulada à necessidade de contenção de gastos sociais do governo para constituir um superávit primário fundamental a fim de pagar a dívida pública. Este é o aspecto determinante que fundamenta a manutenção da política focal, de precarização e terceirização dos recursos humanos.

Seguindo essa linha de raciocínio, a maior parte do financiamento da saúde é direcionada para promover e manter as políticas focalizadas, e não para legitimar os princípios defendidos constitucionalmente. Gasta-se uma enormidade de recursos, porém eles são mal empregados, uma vez que os resultados obtidos diferem do proposto pelo Sistema Único de Saúde.

## **CONCLUSÃO**

Ao analisar a trajetória da política de saúde no Brasil dos anos 1990 até os dias hodiernos, nota-se que houve alguns avanços significativos, porém as propostas do Movimento de Reforma Sanitária contidas na Constituição Federal de 1988 não foram cumpridas efetivamente. O que se nota é uma disputa entre o projeto de saúde privatista e o projeto do Movimento Sanitário.

A política de saúde brasileira obteve várias conquistas mediante intensas mobilizações na década de oitenta, resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), norteado pelo ideário da Reforma Sanitária. O SUS está perdendo cada vez mais a sua identidade para a lógica neoliberal, pois as contrarreformas que ocorreram na década de 1990 e que ainda são percebidas fortemente nos dias atuais, atingiram fortemente o seu princípio universal, com mecanismos de privatização, com a lógica do mercado e um processo de “universalização excludente”. Isso ocorre porque o Estado se põe a serviço do mercado, transferindo o fundo público para o segmento privado. Com a proposta do Plano Diretor, o Estado passa apenas a financiar e coordenar as políticas públicas, e suas funções são executadas pelas esferas nãoestatais.

A política de saúde brasileira é caracterizada pelo seu caráter universal. A partir do momento que o Estado usa como estratégia a focalização para formular e implementar



políticas de saúde, dando ênfase à atenção básica de saúde, passa-se a rejeitar a proposta de universalidade como uma regra principal. Isso acontece porque os recursos que são utilizados não são suficientes para atender a todas as áreas da população; o Estado prioriza então apenas uma camada da sociedade, no caso a mais vulnerável, ferindo os preceitos de universalidade que, em teoria, deveriam direcionar essas ações, sem nenhum critério de distinção. O que se evidencia são recursos ofertados e mal empregados.

## REFERÊNCIAS

BAPTISTA. TWF *et al.* Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 14(3). 2009.

Brasil. Lei nº8.080 – [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)–Acesso em: 3/11/2016.

Brasil. Lei nº8.142 – [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)–Acesso em: 3/11/2016.

Brasil. Constituição Federal de 1988 – [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)–Acesso em:3/11/2016

BRAVO. Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. **Revista Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 2007.

GOMES. Gleiciane Viana. Breve apreciação sobre a política de saúde no Brasil no contexto da contrarreforma do estado. **Jornada Internacional de Políticas Públicas**, 2011.

LEVCOVITZ. Eduardo. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 6(2). 2001.

MENDES. Áquilas. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Revista Economia e Sociedade** v. 21, n. 2 (45), p. 345-362, 2012.

MENICUCCI. Telma Maria Gonçalves. A Política de Saúde no Governo Lula. **Revista Saúde e Sociedade**, v.20, n.2.

MENICUCCI. Telma Maria Gonçalves. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. **Revista Saúde e Sociedade**, V.15, n.2. 2006.





SALVADOR. Evilasio. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo, **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 104. 2010.

VIANA. Ana Lúzia D'Ávila *et al.*. Política de Saúde e Equidade. **Revista São Paulo em Perspectiva**, 17(1). 2003.

VIEIRA. Fabiola Sulpino. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Revista Saúde Pública** 42(2):365-9. 2008.