

# Mercantilização da Política Pública de Saúde Brasileira

**Karima Omar Hamdan\* e Adriéli Volpato Craveiro\*\***

\* Assistente Social. Mestre em Geografia. Docente do curso de Serviço Social da Universidade Estadual do Paraná – UNESPAR, *Campus Paranavaí*.

\*\* Assistente Social do Ministério Público do Estado do Paraná. Doutoranda em Sociedade, Cultura e Fronteiras pela Unioeste. Docente do curso de Serviço Social da UNIAMÉRICA.

*karimamga@hotmail.com*

## Palavras-chave

Neoliberalismo  
Política de saúde  
Sistema Único de Saúde

## Resumo:

No atual contexto da sociedade brasileira, a discussão sobre a questão da saúde pública é relevante, uma vez que os seus atuais contornos acabam por incidir diretamente na vida da maioria da população usuária dos serviços ofertados pelo Estado. A partir desse pressuposto a finalidade deste artigo é analisar o processo de mercantilização da política pública de saúde brasileira, para isso, realizou-se uma pesquisa bibliográfica. Os resultados apontam que no atual cenário, a política de saúde sofre de forma direta os impactos oriundos da proposta neoliberal, acarretando em um desmantelamento dessa política, por meio do processo de mercantilização.

Artigo recebido em: 23.06.2015.

Aprovado para publicação em: 06.11.2015.

## INTRODUÇÃO

Ao estudarmos a saúde pública no Brasil, verificamos que em sua trajetória histórica os mecanismos que a regem são atrelados a interesses econômicos e essa realidade constitui a sua configuração. Assim, é fundamental abordarmos sobre o atual panorama que envolve a saúde pública, observando o processo de mercantilização.

A justificativa para a realização deste trabalho se deve ao fato de a saúde permear todos os aspectos da vida, e os rumos adotados na condução da mesma afetam a vida da maioria da população, que de seus serviços depende. Assim, o presente artigo realizou-se por meio de pesquisa bibliográfica, na qual procuramos analisar o processo de mercantilização da política pública de saúde brasileira, as informações aqui registradas são obtidas por meio de leituras realizadas em livros e artigos científicos que versam sobre a temática.

A discussão permeia a análise sobre a adoção da política neoliberal e sua interferência na política de saúde, uma vez que é notória a inflexão dos direitos sociais a partir de toda a reestruturação produtiva que atinge o mundo do trabalho, desde a década de 1970, quando o modelo de ajuste econômico neoliberal começa a ser adotado a princípio na Inglaterra e nos Estados Unidos, e posteriormente, mais precisamente na década de 1990, no Brasil, devido à exigência de mercados externos, políticas transnacionais compelem o Estado brasileiro a realizar cortes em políticas sociais, o resultado para a política de saúde é a sua constante e crescente mercantilização.

## 1. A SAÚDE COMO DIREITO E DEVER DO ESTADO: UMA BREVE DISCUSSÃO

Desde os anos de 1970 começa a discussão sobre a ampliação dos serviços e a importância de uma assistência médica de baixo custo para a população que não tinha condições de pagar pelos serviços privativos de assistência médica. A abertura desse debate nos espaços políticos e institucionais introduziu importantes mudanças no caráter das políticas sociais, no caso da saúde, houve uma impulsão no movimento anti-hegemônico da saúde nos anos de 1980, abrindo espaços políticos e institucionais para discutir os caminhos da Reforma Sanitária Brasileira. Destacamos que esse movimento sanitário tem sua origem histórica no Regime Militar (1964–1985), no período de intensas crises e reformas do modelo previdenciário.

Essas mudanças na saúde fazem parte da agenda da Assembleia Nacional Constituinte que trouxe em seu bojo propostas defendidas por alguns parlamentares engajados no Movimento da Reforma Sanitária, e estas propostas são anexadas a Constituição Federal de 1988, que passa a defender uma nova forma de organização da saúde, conforme está expresso nos artigos 196 a 200.

A saúde é direito de todos (...) 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 e recuperação (BRASIL, 1988, Art. 196).

Desta maneira a saúde passa a ser entendida não somente através do bem-estar físico, mas também de um conjunto que inclui o econômico e o social, qualquer cidadão brasileiro passa a ter o direito à saúde, que passa a ser responsabilidade do Estado.

A Constituição de 1988 também prevê a criação de um Sistema Único de Saúde, que deverá ser descentralizado, tendo seu comando vinculado em cada esfera do governo, propõe também a integralidade das ações, além da participação da comunidade. A saúde passa a ser integrada acompanhada de a Seguridade Social. Nossa Constituição representa um avanço, que foi resultado de uma ampla luta social que se legitimou, em termos jurídicos.

Entre 1989 e 1990, foi elaborada a lei 8080 e a lei 8.142, juntas intituladas: Lei Orgânica da Saúde, que disserta sobre como devem ser organizados e como devem funcionar os serviços de saúde, para que sejam asseguradas a promoção das mesmas.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (Artigo 2º e 3º da Lei 8080, de 19/09/1990).

Todos esses fatores permitiram que a Constituição de 1988, elencasse que o meio físico, ou seja, as condições geográficas, a alimentação, a habitação, entre outros, bem como o aspecto socioeconômico e cultural influenciam diretamente a saúde dos indivíduos. Essas condições foram importantes para a definição do SUS, que se caracteriza por propor uma nova maneira de organização política, que visa patrocinar as ações de saúde, conforme previstas na Constituição Federal de 1988, privilegiando ações que atuem no

preventivo e também no curativo, assim sendo, precisam ser encontradas formas que garantam a efetivação dos direitos assegurados legalmente.

Portanto os objetivos do SUS compreendem, a descentralização dos recursos, atuações de acordo com as necessidades de cada região, a hierarquização, além de se basear na participação da sociedade, para que o modelo proposto possa ser alcançado. Desta forma, as três esferas do governo (municipal, estadual e federal) deveriam ter autonomia, mas complementarem – se para alcançar eficiência na prestação dos serviços. Para atingir tais objetivos o SUS, baseia – se em alguns princípios, dos quais destacamos a universalidade, a equidade, a integralidade (CHIORO; SCAFF, 1999)

Ainda segundo os autores, Chioro e Scaff (1999), os princípios doutrinários que norteiam o SUS, se complementam para fornecer a integralidade nas ações de saúde. Quanto à organização os preceitos do Sistema Único de Saúde podem ser assim definidos: regionalização e hierarquização, a resolutividade, a descentralização, a participação dos cidadãos nas formulações das políticas de saúde, em todos os níveis de governo. Enfim a complementaridade do Setor Privado.

Segundo a Constituição Federal de 1988, quando o setor público precisa contratar serviços privados, devem ser respeitadas algumas normas, como: as entidades de cunho filantrópico têm que ser priorizadas, o contrato estabelecido tem que estar de acordo com as normas de direito público. A lógica dos serviços prestados pelo setor privado deve estar em consonância com os princípios básicos do SUS. Desta maneira, primeiro as ações devem dar-se no âmbito público e apenas ser complementadas, pelo setor privado, quando realmente houver necessidade.

Assim, vemos que a implementação da política de saúde, conforme estabelecido na Lei Orgânica da Saúde e na Constituição Federal depende de condicionantes socioeconômicos e políticos vigentes, em âmbito nacional e internacional, visto que não ocorrem em espaço social vazio. Portanto, é necessário interpretar o conteúdo do SUS, à luz da política de saúde adotada pelos governos do Brasil nos últimos anos.

## **2. O RECEITUÁRIO NEOLIBERAL PARA A SAÚDE PÚBLICA**

A partir das décadas de 1980 e 1990 a conjuntura nacional tem sido caracterizada por uma constante diminuição de investimentos por parte do Estado, nas políticas sociais, o mesmo tem-se tornado mínimo para o social, com o fortalecimento do neoliberalismo no Brasil. Segundo Nascimento (2007), ao mesmo tempo em que aumentavam os direitos conquistados na Constituição de 1988, a partir de meados de 1980 o Brasil passa a enfrentar discussões referentes a diminuição do papel do Estado nos segmentos econômicos e sociais.

Para Nascimento (2007), no início da década de 1990, os países em desenvolvimento começaram a sentir os efeitos da crise do petróleo. Os mesmos foram compelidos a revisar seus modelos de desenvolvimento econômico e social. O Brasil, obedecendo a pressões externas, de organismos como o Banco Mundial, começa a priorizar estratégias de ajustes estruturais, e como consequências: a abertura do mercado, além da diminuição das funções do Estado, para que seja superada a crise e haja uma retomada do crescimento. Isso acontece como estratégia utilizada pelos países centrais para que os países periféricos, como no caso, o Brasil, possa se inserir no mercado globalizado.

Nascimento (2007) esclarece que o Estado passa a não ser mais o responsável pelo crescimento econômico e pela prestação e produção de serviços. Essa proposta reduziria os gastos públicos e haveria redução em investimentos e ainda enxugamento da folha de pessoal, a partir de políticas de estímulo as privatizações e reformas estruturais, que previam a racionalização dos recursos fiscais.

---

Partindo das ideias relatadas é que nos reportamos a Bravo (2002), segundo a autora, a Reforma do Estado, decorre da crise do “Welfare State”. Bresser Pereira, ministro da fazenda no governo de FHC (Fernando Henrique Cardoso), defensor do ideário neoliberal afirma que a crise se situava no próprio Estado que precisava de uma reestruturação para tornar-se um estado forte, que pudesse garantir uma gerência eficiente capaz de promover o desenvolvimento. Para tanto, é necessário que as funções do Estado fossem limitadas, o que seria capaz de aumentar a governança<sup>1</sup> e a governabilidade<sup>2</sup>.

Desta maneira é entendido que a crise não é gerada pelo modelo econômico, mas sim pelo modelo do Estado, que modificando sua forma de administração seria capaz de resolver a crise, e isso seria alcançado na medida em que o Estado se desresponsabilizasse pelas políticas sociais.

O ajuste neoliberal desmonta a economia na década de 1990, e traz grandes mudanças em termos sociais, econômicos e trabalhistas. Essa adequação, as medidas neoliberais ocorreram através de transformações gestadas no modo de produção, centralizado na globalização econômica e tem como base a hegemonia do capital financeiro.

Esse período é permeado por uma série de medidas que visam consolidar o plano neoliberal, como as privatizações, que acabam repassando para o setor privado, setores rentáveis que antes eram de domínio público, usando para isso a alegação de que é necessário enxugar a máquina do Estado.

A cidade está ameaçada de privatização, o que vai ser um grande problema nas questões de saúde pública. Na nossa análise está faltando – a dos profissionais de saúde e nas dos geógrafos – uma análise prospectiva desse processo de privatização que vai agravar ainda mais questões de saúde pública: a privatização da água, dos esgotos, e tudo o mais que concerne à vida urbana. No mundo em que a cidade, tendo crescido de tamanho, tem empresas filiadas aos grandes bancos a solução para as questões urbanas, na medida em que são cegos para as questões humanitárias, os problemas vão se avolumar contra os que não podem pagar (SANTOS, 2003, p. 310).

A sociedade é convocada a assumir responsabilidades, que antes eram do Estado, emergindo daí uma refilantropização na sociedade, atingindo em cheio o mundo do trabalho, aumentando o exército industrial de reserva e conseqüentemente acumulando maior lucro aos grandes monopólios.

Esses impactos, como a precarização das condições trabalhistas, aumentam a parcela de excluídos das riquezas socialmente produzidas, o que é chamado por Robert Castel (1988), de desfiliação.

[...] tudo se passa como se nosso tipo de sociedade redescobrisse, com surpresa os inúteis para o mundo, que nele estão sem verdadeiramente lhe pertencer. Ocupam uma posição de supranumerários, não integrados e sem dúvida não integráveis [...] (CASTEL, 1998, p. 530).

Segundo Bravo e Pereira (2002), para dissertarmos sobre a saúde na década de 1990 no Brasil é necessário vislumbrar os antagonismos existentes entre a Reforma Sanitária da Constituição de 1988 e a investida neoliberal. Mesmo a saúde tendo sido assegurada, como direito universal e dever do Estado, conforme a Lei Orgânica de Saúde, Lei 8080, a implantação das medidas de ajustes estruturais de corte neoliberal, trouxeram retrocessos.

Na área da saúde, o neoliberalismo busca a redução do Estado. Os meios midiáticos fazem forte crítica à falência dos sistemas públicos de saúde, porém as condições da saúde pública brasileira são provocadas exatamente pela escassez de recursos financeiros.

---

Do ponto de vista ideológico, os neoliberais argumentam para a opinião pública que a crise é determinada pelo corporativismo e ineficiência do Estado e que, portanto, a saída se dará através da progressiva privatização, ficando o Estado responsável, quando muito, pelas ações básicas de saúde e as medidas de saúde pública. O restante deverá ser assumido, pela proposta neoliberal, pelo setor privado e controlado não mais pela sociedade, mas sim pelas regras de mercado.

A mercantilização dos serviços sociais – mesmo os essenciais como a saúde e a educação – também é vista como natural: as pessoas devem pagar pelos serviços para que estes sejam valorizados. E quanto às pessoas que não podem pagar? Cabe a elas comprovar sua pobreza, e só então o Estado deve intervir, prestando serviços focalizados aos comprovadamente pobres (SOARES, 2003, p. 54).

Temos na saúde o projeto de Reforma Sanitária, elaborado na década de 1980, que prevê o Sistema Único de Saúde (SUS), e em contrapartida o projeto privatista, que atende aos interesses lucrativos do capital.

A Reforma Sanitária prevê um Estado de direito, no qual o SUS assegura a universalidade ao acesso, a igualdade a todos, a descentralização das ações do governo federal em âmbito estadual e municipal, com um comando único em cada esfera do governo.

Prevê também a informação legível ao usuário, a integralidade das ações do SUS, unindo a saúde curativa e preventiva, prevê também a participação da comunidade em questões referentes à saúde, com a formação de conselhos deliberativos e paritários, com representantes do governo e da sociedade civil.

Já a política privatista da saúde, implementada pelo Estado nessa fase de ajustes estruturais procura estabelecer uma nova regulamentação que atenda as exigências do mercado capitalista, essas reformas neoliberais pregam a redução de gastos e a desresponsabilização do Estado. O papel do Estado é de somente assegurar o mínimo para os que não podem pagar os serviços e repassar para o privado aqueles que podem comprar os serviços de saúde. Segundo essa política neoliberal, o Estado precisa reduzir os gastos, para ser mais eficiente e acabar com o parasitismo, sendo regulado pelas leis do mercado.

Obedecendo a essa lógica, na década de 1990, o Brasil passa por quatro gestões do executivo. A partir da gestão de Fernando Collor de Mello (1990) tem-se o início do projeto neoliberal no país. No final de 1992, Itamar Franco assume o lugar de Collor que sofreu “impeachment”, no governo de Itamar Franco houve um intervalo no processo iniciado por Collor, de abertura as medidas neoliberais e foi colocado em prática o “plano real”, política monetária importantíssima para o Brasil. Em 1995, colhendo os frutos do governo de Itamar Franco, é eleito Fernando Henrique Cardoso.

Segundo Bravo e Pereira (2002), faz-se necessário salientar, houve alguns avanços nesse período como as leis 8.080/90 e 8.142/90 que juntamente formaram respectivamente a Lei Orgânica de Saúde. Porém houve demora da aprovação da mesma, devido a interesses antagônicos sobre a concepção de política de saúde.

Ressaltamos também nesse período a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), proposta do Movimento da Reforma Sanitária, além da promulgação da NOB/93 - Norma Operacional Básica que cria a municipalização da saúde, o que traz avanços no processo de descentralização da saúde, são definidos os mecanismos de financiamento das ações na área da saúde.

Para Bravo e Pereira (2002) cabe citar que apesar de alguns poucos avanços na área da saúde no governo Itamar Franco, não há nenhuma mudança significativa em seu governo, uma vez que a qualidade de vida da

população, não se alterou para melhor. O êxito do plano real abriu as portas para o governo de Fernando Henrique Cardoso, e é a partir de seu primeiro mandato (1995), que o projeto neoliberal vai se solidificando cada vez mais.

Conforme Bravo e Pereira (2002), para analisarmos a proposta da Reforma do Estado é necessário que seja verificado que foi realizada a partir de quatro setores: o núcleo estratégico, nesta parte estão o legislativo, judiciário, a presidência e a cúpula dos ministérios. No segundo núcleo, temos as ações exclusivas do Estado, que são: regulamentar, fiscalizar, regular, policiar, e definir as políticas. No terceiro núcleo encontramos os serviços sociais e científicos, não devem ser privatizados, mas também não devem ser de responsabilidade do Estado, que deverá repassá-los para Organizações Públicas não Governamentais (OPNES) ou para as Organizações Sociais (OS) e no quarto núcleo o setor de produção de bens e serviços, onde se enquadram empresas públicas que não realizam papéis importantes, dessa maneira devem ser privatizadas.

Para realização da nossa análise não nos deteremos em todos esses núcleos, apenas ressaltamos que as privatizações aconteceram em empresas públicas estratégicas para o desenvolvimento nacional, como as privatizações do sistema de telefonia, da Vale do Rio Doce e da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), pode-se perceber que empresas nacionais foram repassadas com valores baixos para o capital estrangeiro.

O que nos interessa nesta análise é o terceiro núcleo, aquele que não pode ser privatizado, mas que o Estado também não deve ser chamado a intervir, assim sendo, serviços de saúde, educação, pesquisa e meio ambiente devem ser modificados e transformados em OPNES – Organizações Públicas Não Estatais, ou seja, representações privadas, filantrópicas, que recebem subsídios do poder público. A saúde enquadra-se neste terceiro núcleo.

Bravo e Pereira (2002) citam o documento do Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE) – nº 13, de 1998, no qual o artigo de Bresser Pereira, incluso no documento, traz a proposta para a reforma da saúde, em especial para a saúde hospitalar e ambulatorial, que são consideradas segundo o documento os setores de maior custo do SUS. Nesta proposta foram mantidos os princípios de descentralização, que deverá ser realizada de forma mais rápida, com uma melhor definição das esferas participantes.

O sistema deverá ser integrado, hierarquizado e regionalizado, a partir de dois subsistemas, o primeiro denominado subsistemas de entrada e controle, sob responsabilidades das Unidades Básicas de Saúde e do então denominado Programa Saúde da Família (PSF), eles são os responsáveis pela integralidade nas ações e dos encaminhamentos dos casos que exigem maior grau de especialização, para a rede ambulatorial e hospitalar por meio de uma Autorização Hospitalar, que não seria mais distribuída pelo número de leitos, mas sim pelo número de habitantes. O segundo subsistema é o de referência ambulatorial e especializada, constituída por hospitais credenciados e pelas unidades de maior complexidade e especialização na rede ambulatorial.

Todas as mudanças na sociedade brasileira nos anos de 1990, acabaram aumentando situações de precariedade em relação ao trabalho, que atinge a maioria da população. Esse contexto faz emergir a necessidade de discutir a saúde, uma vez que as demandas estão sempre associadas a diversos fatores como: renda, moradia, alimentação, transporte, mercado de trabalho e lazer.

O objetivo em prol da melhoria da saúde dos brasileiros e da implementação de um sistema que contemple pelo menos a universalização da assistência em todos os níveis de atenção – com parâmetros definidos socialmente – exige que as políticas macroeconômicas articulem-

---

se de alguma maneira com as políticas sociais, sobretudo com as de saúde e educação. Em outras palavras, trata-se de eleger como prioridade nacional o combate à pobreza e principalmente à exclusão social, sem o que nenhuma política de saúde isolada (por melhor que ela seja) será capaz de enfrentar o conjunto das necessidades sociais básicas atuais (COHN; ELIAS, 2001, p. 57).

Segundo Cohn e Elias (2001), para compreender o sistema de saúde é necessário elucidar como ele está estruturado e quais são as mediações estabelecidas entre as instituições de saúde, o setor estatal e o setor privado. Desta maneira, passaremos a procurar entender a lógica do SUS. As instituições que fazem parte do mesmo podem ser divididas usando dois critérios: “(...) o grau de incorporação tecnologia material e o grau de capacitação dos recursos humanos de nível universitário” (COHN; ELIAS, 2001, p. 66).

Ainda segundo os autores, o Sistema de Saúde abrange os serviços públicos e os serviços privados de saúde, e suas modalidades de prestação podem ser assim descritas:

a) Serviços públicos por órgãos governamentais ou comprados de terceiros para atender as camadas de renda média e baixa, que são financiados por contribuições compulsórias à Previdência Social.

b) Prestação privada de serviços e seguro privado: é destinado aos grupos sociais de renda mais alta e também para parcela dos trabalhadores urbanos dos setores mais expressivos da economia (segundo o autor são eles: exportador, automobilístico, bens de capital, petróleo, telecomunicações, siderurgia, construção naval, entre outros), o que segundo Cohn e Elias (2001) “(...) responde atualmente pela cobertura de cerca de 25% da população em grande parte residente nas regiões Sul e Sudeste do País”.

Para Cohn e Elias (2001) o setor privado de saúde é subdividido em dois segmentos principais:

a) Segmento não lucrativo: as instituições filantrópicas, a maioria delas vinculadas ao SUS, através de contratos para prestação de serviços;

b) Segmento lucrativo: nesse setor encontramos os planos de saúde, com exceção de poucas redes hospitalares que não mantêm nenhum tipo de vínculo com o SUS.

Os autores ainda nos apontam que, como consequência dessa forma de organização do Sistema de Saúde, o acesso aos serviços torna-se segmentado e desigual na forma de atendimento, o que contraria os preceitos da Constituição de 1988.

O atendimento primário, que não dá lucro fica a cargo do SUS, o atendimento que exige média complexidade, e altamente rentável fica a cargo do setor privado, e o setor de alta complexidade, o que tem o custo mais elevado de todos os níveis de atenção, é de responsabilidade do SUS.

Segundo Campos (1997), a prática dos últimos governos no Brasil está atrelada as privatizações e a redução dos gastos por meio de medidas que fazem uma seleção de demandas, a redução do Estado segue uma orientação econômica de políticas transnacionais. Segundo o autor, essa é a principal contradição entre o projeto da Reforma Sanitária e do ideário neoliberal, o último por sua vez vem se tornando real empecilho para o desenvolvimento do SUS.

Cabe destacar, que na segunda metade da década de 1990 foi criada a Norma Operacional Básica (NOB-96), destinada a regular os planos de saúde, além dos preços dos medicamentos. Segundo Pereira (2002), a NOB-96, regulamenta a criação do então Programa Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o autor aponta que ambos possuem orientação focal, a atenção primária encontra-se desarticulada da secundária e terciária, além do que se pode notar uma articulação com as propostas do

---

MARE, de 1998, fica subliminar nos dois programas a existência de dois sistemas distintos: um SUS para a população de baixa renda e outro sistema privado para o cidadão consumidor.

Bahia, Santos e Gama (2000 apud Bravo, 2002) e Pereira (2002) afirmam que o debate em torno dos planos e seguros de saúde tiveram dois momentos distintos: o primeiro no início da década de 1990, este debate foi restrito aos meios de comunicação, a tônica da discussão era centrada em: como seria realizada a abertura para o capital estrangeiro no país para os seguros e planos de saúde de empresas estrangeiras? Na metade da década de 1990, a discussão se amplia para a mídia, e as entidades médicas e de defesa do consumidor começam a reivindicar a ampliação da cobertura e o controle dos preços praticados no país.

Este debate ocorreu para que os investidores internacionais pudessem ter livre acesso, além do que poderiam ser retirados obstáculos como pequenas empresas que comercializavam planos com coberturas restritas e preços menores do que os praticados pelas grandes empresas, além do que foram realizados combates a algumas cooperativas médicas.

Dessa maneira, o discurso era que as pequenas empresas significavam obstáculos ao crescimento econômico, portanto eram necessárias regras econômicas que administrassem a entrada de operadoras de planos de saúde no mercado, para superar o impasse. Mas, a nomeação de José Serra como Ministro da Saúde, desvia a regulamentação dessas normas, que estavam a cargo da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), que por sua vez era vinculada ao Ministério da Fazenda. Agora seria o Ministério da Saúde o responsável, nessa conjuntura, o mesmo torna-se um órgão forte, capaz de enfrentar a poderosa indústria farmacêutica, assim se consegue regulamentar os remédios genéricos, regulamentar os planos e seguros de saúde, além do que houve um apoio dos meios de comunicação e da opinião pública, para essas medidas.

Essas ações do Ministério da Saúde estendem-se do domínio da esfera dos órgãos públicos para o mercado e há também a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ambas possuem autonomia orçamentária e decisória, mas as criações das mesmas estão previstas no Plano Diretor da Reforma do Estado.

A elaboração desses órgãos demonstra um fortalecimento do Ministério da Saúde no que tange a atuação dos agentes privados a cerca da regulamentação dos planos de saúde e dos preços dos medicamentos. Bravo (2002) aponta que apesar disso, o Ministério da Saúde ainda não consegue melhoras significativas, nas condições da saúde da população. Ainda merece mais cuidado, pois a base social dos financiamentos dos planos e seguros de saúde continuam sendo altos, além do que não há uma disciplina das relações entre o setor público e privado (tanto o contratado como o autônomo).

O que é importante ressaltar é a contradição existente, de um lado a regulamentação do capital estrangeiro, mas, em contrapartida, do outro lado existe imbricada em toda essa situação uma concepção do cidadão consumidor, o que definitivamente rompe com os preceitos da Reforma Sanitária, onde temos assegurado a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Dessa maneira os autores concluem que as propostas do Ministério da Saúde, também em seu âmbito estão de certa forma em concordância com a contrarreforma do Estado.

Segundo Campos (1997), a conclusão possível é que atualmente no Brasil há uma sobreposição do ideário neoliberal sobre a saúde. O funcionamento do setor público vem apresentando características definidas pela hegemonia dominante e como resultado disso, o SUS está distante de defender os direitos da população.

É imprescindível segundo Campos (1997), que os recursos humanos utilizados na área da saúde sejam também “sujeitos do processo de mudança”. É preciso também que a opinião pública participe desse processo e que seja realizada uma educação que desperte a consciência ética e política dos cidadãos, ou seja, para haver uma transformação da sociedade é necessário um esforço coletivo das massas, que se encontra em sua maioria desarticuladas de movimentos.

Para Campos (1997), é necessário também que se leve em consideração as subjetividades e individualidades de cada paciente, em relação à doença, as dores, ao sofrimento, pois cada ser possui uma história que tem que ser levada em consideração, pois não trabalhar dessa maneira, só contribui para o aumento da burocratização, autoritarismo e incapacidade de lidar com as diferenças, além de interferir negativamente na capacidade de criação de soluções para os problemas que surgem no dia a dia.

O autor ainda reforça que para que o SUS seja efetivado é necessário que sejam compreendidas variações sociais e históricas, que culminem na adoção de um conceito de emancipação social, ou seja, é necessário que cada indivíduo disponha de condições materiais e subjetivas, que sejam satisfatórias para sua produção e reprodução, física, psíquica e emocional. Campos (1997) ainda ressalta que as situações sociais não têm como serem desvinculadas das práticas médicas e nem desconsideradas pelos serviços públicos de saúde, não somente por questões éticas e morais envolvidas, mas porque não compreender essas questões, diminui a eficácia das ações técnicas do SUS, o que repercute negativamente sobre a cura e também sobre a manutenção de ambientes saudáveis, por isso é necessário levar em consideração as condições concretas da vida. Trabalhar nessa perspectiva, com uma noção de totalidade, contribui para o despertar de uma cidadania plena, que se entende por todas as pessoas terem acesso a tudo concernente a vida, a liberdade, a felicidade. Não somente pelos direitos óbvios, esse acesso sem qualquer distinção ou pré-conceito.

Sobre a conquista dessa cidadania, Bravo (2002) pontua que na década de 1990, é perceptível a incorporação de lutas corporativas individuais e o retrocesso nas lutas coletivas. Como já mencionamos uma das propostas da contrarreforma na saúde, e que os trabalhadores sejam financiadores do capital, por meio de planos privados. Para a autora, o cidadão é dividido em cliente e consumidor. O cliente é objeto das políticas públicas e consumidor é aquele que adquire os serviços de saúde no mercado.

Bravo (2002) sugere que para que haja uma continuação das propostas realizadas pelo movimento da Reforma Sanitária é necessário que novamente haja uma luta coletiva, em que o cidadão seja aquele que participa com consciência de seus direitos e deveres. Para que haja uma democratização da saúde, é necessário que o controle social estenda-se, pois para ela somente o aprofundamento da democracia e a mobilização dos movimentos organizados podem fazer frente ao projeto neoliberal.

Segundo Nascimento (2007), em três décadas, o Brasil, transformou-se em urbano, cerca de 68% da população, afirma a autora, vive nas cidades. O número das cidades e regiões metropolitanas cresceu em todo o país. Esse processo desordenado de urbanização acabou afetando a desigualdade no acesso a bens e serviços. As cidades passam a necessitar então de uma lógica para enfrentamento dos problemas avolumados. As instâncias locais passam a responder pela distribuição dos recursos a serem responsáveis pelo engajamento da população nos processos decisórios.

Não há como negar que as propostas políticas e sociais, implementadas pelo projeto neoliberal flexibilizam o processo de produção. Mas, também é necessário mencionar que as cidades se tornaram locais privilegiados na busca de estratégias para superar as desigualdades sociais, através das Conferências e dos Conselhos gestores da Saúde, porém sabemos que existem muitas questões que interferem no bom funcionamento das referidas instâncias.

---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do levantamento histórico realizado sobre o SUS é possível pontuar que apesar do avanço da política de saúde pública ter se tornado um direito constitucional, ainda há muito o que avançar para que uma proposta de fato universal ocorra, desta forma pensar em um Sistema Único de Saúde que seja universal, não só no aspecto legal, mas, também no cotidiano da população é uma tarefa que requer um questionamento em torno da atual configuração política e econômica da sociedade brasileira.

Faz-se necessário também pontuar que as políticas reducionistas neoliberais em curso desde a década de 1990 em nosso país não se limitam aquela década e continuam em curso na atualidade, com a retirada cada vez mais acentuada do Estado no que tange a realização de políticas sociais, o resultado é uma dicotomia, como se houve um sistema fragmentado de saúde, os que podem pagar pelos serviços acabam por buscar a compra dos serviços no privado e aqueles que não tem condições financeiras de arcar com as custas de um plano privado de saúde acabam por ter como única alternativa o sistema de saúde pública, porém sinalizamos que o SUS é um financiado por meio de uma alta taxa tributária e que o mesmo em vez de excluir deveria ser cada vez mais inclusivo, tal qual defende a proposta constitucional.

Enfim, a defesa do SUS, enquanto política pública de direito é primordial, para combater as políticas focalizadas, sabemos que historicamente o Movimento da Reforma Sanitária foi pioneiro no processo da universalização da saúde pública, porém as lutas para a efetivação da saúde como disposta na Carta Magna ainda têm muito a avançar. Até o presente vivenciamos cotidianamente a sua mercantilização.

É fundamental um direcionamento político que vá além das práticas clientelistas tradicionais e que objetive romper com a proposta de um Estado reducionista para o social e que maximiza o capital. Nessa perspectiva, o processo de mercantilização da saúde pública precisa ser questionado, pois impacta de forma negativa na vida da população de forma geral.

## NOTAS

1. Conforme Gonçalves (2008), forma pela qual o governo exerce seu poder. Exercício do poder, controle, administração. Ou seja, é a maneira pela qual um país exerce seu poder na administração de recursos sociais e econômicos visando o desenvolvimento, implicando ainda a capacidade dos governos planejar, formular, implementar políticas ou cumprir funções.
2. Conforme Maciel (2004), refere-se a dimensão Estatal do poder. Diz respeito às “condições sistêmicas e institucionais sob as quais se dá o exercício do poder, tais como as características do sistema político, a forma de governo, as relações entre os Poderes, o sistema de intermediação de interesses.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p.
- BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei 8080. Brasília, 1990. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) acesso em 27/10/2013.
- BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (1995). **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília: Câmara da Reforma do Estado. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/publi\\_04/coleção/plondi.htm](http://www.planalto.gov.br/publi_04/coleção/plondi.htm)>. Acesso em: 25/04/2014.
- BRAVO, S. Maria Inês; PEREIRA, P. A. P (orgs). **Política Social e Democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.
- CAMPOS, W. S. Gastão. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. São Paulo; Hucitec, 1997.

- 
- CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**; Tradução de POLETI, D. Iraci – Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
- CHIORO, A.; SCAFF A., **A implantação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
- COHN, A.; ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 4. ed. São Paulo: Cortez: CEDEX. 2001.
- GONÇALVES, Alcindo. **O conceito de Governança**. 2008 Disponível em <<http://www.conpedi.org/manaus/arquivos/Anais/Alcindo%20Goncalves.pdf>>. Acesso em: 18/04/2014.
- MACIEL, Marco. **Reformas e governabilidade** / Marco Maciel. – Brasília: Senado Federal, 2004.
- NASCIMENTO, Vânia B. **SUS: pacto federativo e gestão pública**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- SANTOS, Milton. Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento. **Revista de Saúde Coletiva**, 1: 309-314, 2003.
- SOARES, T. Laura. **O desastre Social**. Rio de Janeiro: Record, 2003.
- TEIXEIRA, M. J. O. O Programa de Saúde da Família, o Serviço Social e o canto do rouxinol. In: BRAVO, M. I; PEREIRA, P. A. P. (Org.). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p. 235-254.

