



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Política Social e Serviço Social.

Sub-Eixo: Ênfase em Concepção.

POLÍTICA DE SAÚDE E CONTRARREFORMA DO ESTADO

Dalsiza Cláudia Macedo Coutinho¹

Resumo: Este debate sobre a política de saúde pública no Brasil tem o objetivo de evidenciar a trajetória de construção do SUS e os rumos dessa política diante do avanço neoliberal. Portanto, diante da subserviência do Estado ao capital, observa-se a concorrência entre dois projetos para a saúde: o da saúde pública enquanto dever do Estado e o da saúde por meio dos planos privados e da terceirização.

Palavras-chave: Política de saúde; SUS; Contrarreforma do Estado.

HEALTH POLICY AND STATE COUNTERREFORMATION

Abstract: This debate on public health policy in Brazil aims to highlight the path of construction of the SUS and the direction of this policy in the face of neoliberal progress. Therefore, in view of the state's subservience to capital, there is competition between two projects for health: public health as a duty of the State and health through private plans and outsourcing.

Keywords: Health policy; SUS; Counter-Reformation of the State.

INTRODUÇÃO

Este trabalho traz uma discussão sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, como conquista da organização coletiva de trabalhadores e sanitaristas em defesa da reforma sanitária e criação de um modelo de saúde público e universal. Traz também o debate sobre a materialização do SUS diante do avanço do capitalismo e das medidas regressivas do governo neoliberal em relação aos direitos sociais.

Após a Constituição Federal de 1988, a saúde foi uma das políticas sociais que mais avançou no Brasil, no entanto ainda está longe de alcançar os objetivos reivindicados na luta pela reforma sanitária, ao contrário, vem perdendo espaço para a iniciativa privada, diante da privatização, terceirização, criação das Organizações Sociais e das fundações e empresas públicas, formas que o Estado tem buscado de transferir os recursos e a gestão dos serviços de saúde e de avançar no sentido de ampliação do mercado e do capital.

¹ Profissional de Serviço Social, Unidade Prisional de Morrinhos-GO, Email: dalsiza.coutinho@gmail.com.

Nessa direção, buscou-se entender os reflexos dessas medidas neoliberais, de enxugamento do financiamento estatal na área social e a forma como isso implica na construção e consolidação do SUS desde a sua criação.

CONSTRUÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO SUS NO BRASIL

No Brasil, a intervenção estatal frente às demandas de saúde, teve início na década de 1920, período de criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), particularmente em 1923, com a Lei Elói Chaves. Eram instituídos, individualmente, para cada categoria profissional, para atender aos trabalhadores assalariados urbanos, nas demandas por aposentadoria, pensões, assistência médica, habitação e que contavam com participação do Estado. Em 1930 o Estado também passa a desenvolver ações de combate a endemias por meio de campanhas de vacinação. Para Fleury (1994), esse foi um importante avanço no trato da “questão social” por parte do Estado, no entanto, esse modelo de intervenção, se caracterizava como uma estrutura fragmentada, burocrática e excludente, uma vez que não atendia todos os trabalhadores e estava condicionado ao mercado de trabalho formal.

A unificação dos IAPs em 1967, resultou na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com o qual se estendeu a assistência médica a trabalhadores rurais, empregados domésticos e autônomos. Bravo (2010) sinaliza, nesse período, o privilegiamento e a expansão do setor privado na área de saúde, uma vez que as ações de combate a endemias e campanhas sanitárias ficam sob responsabilidade do Estado, mas o atendimento médico individual ficou sob a égide do setor privado, havendo a prevalência de um modelo privado de assistência à saúde.

Na década de 1960, essa assistência é caracterizada como uma assistência de cunho empresarial, o que favoreceu o surgimento de organizações e instituições vinculadas a empresas empregadoras, essas instituições recebiam recursos públicos e exerciam, ainda, influência política nas tomadas de decisão. Predominantemente essas instituições se desenvolveram no modelo previdenciário, incluindo apenas os trabalhadores urbanos assalariados (MENICUCCI, 2007).

A política de saúde, conseqüentemente, desenvolveu-se, até 1974, com base no privilegiamento do setor privado, cujas principais características eram: extensão da saúde previdenciária, ênfase em práticas curativas e burocráticas com diferenciação no atendimento à clientela (BRAVO E MATOS, 2009).

Segundo os estudos de Bravo e Matos (2009, p. 27), com a instauração do regime militar em 1964, imposto por um golpe e a eminente derrota das forças democráticas, o Estado visa intervir na sociedade com ações que expressam o binômio “repressão e assistência”, com objetivos de legitimar o regime ditatorial e diminuir os

conflitos sociais. Nesse cenário, a política de saúde está configurada a partir da ênfase em práticas curativas, diferenciação no atendimento, burocratização e cobertura previdenciária.

A partir da década de 1970 começa a existir a reivindicação por um segundo projeto de saúde pública. Se por um lado o modelo privatista se caracteriza pela segmentação e burocratização do acesso aos serviços, por outro lado, o projeto da reforma sanitária emerge fundamentado com objetivos antagônicos ao que estava vigente.

Movimento liderado pelas vanguardas intelectuais de esquerda, pertencentes à classe dominada, juntamente com sanitaristas, fizeram emergir uma crítica social da saúde pública na sociedade capitalista, essa crítica se fundamentou enquanto movimento social, por meio de um projeto de reforma na saúde que visava à construção de um sistema público e democrático. (MASSON, 2007).

Menicucci (2007) destaca dois fatores que contribuíram significativamente para a emergência dessa luta em prol da reforma sanitária. Um deles é a conjuntura política caracterizada pelo processo de democratização do país que permitiu a participação de atores com propostas transformadoras dentro da arena política, com força para influenciar nos momentos de tomada de decisão. O outro fator é a crise política da saúde, agravada pela incapacidade de financiamento do modelo assistencial que existia e que passou a exigir altos custos, porém pouca efetividade, isso resultou em insatisfação por parte dos usuários e dos trabalhadores da saúde.

Para Bravo (2010), um dos desafios da reforma sanitária foi a articulação orgânica entre os diversos seguimentos sociais de forma a efetivar a participação da sociedade na política de saúde. Outras questões se relacionaram com a mobilização dos trabalhadores, a superação do individualismo e do corporativismo, almejando a participação de várias categorias profissionais. A compreensão da autora infere que “a reforma sanitária se insere no quadro mais geral da luta de classes no país e só pode ser efetivada em um estado democrático”. (BRAVO, 2010, p. 28-29).

As principais propostas desse movimento, pontuadas nos estudos de Bravo (2008), indicam que a luta pela reforma na saúde almejava universalização do acesso, reestruturação do setor com a ênfase para a saúde individual e coletiva, descentralização, e participação democrática nos mecanismos de gestão.

O aspecto fundamental contido na reforma sanitária foi a defesa do fortalecimento do setor público e a democratização/universalização do acesso e do poder de decisão nas políticas públicas. Este debate decerto não é novo. Em síntese, não é novo porque suas respostas visam intervir na vida social, via disputas pelos bens materiais e não materiais, via mudanças práticas e valores sociais, principalmente porque tendem a surgir nos períodos de agudização das contradições de classe. (MASSON, 2007, p. 57).

As propostas da reforma foram levadas para a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), marco para a saúde no Brasil. O que, para Bravo (2008), assume uma dimensão de debates que envolvem a participação de entidades representativas da sociedade e a saúde sai de uma análise setorial para uma compreensão coletiva, propondo não apenas um sistema único, mas a reforma sanitária.

Após essa longa trajetória do movimento sanitário, o marco legal para a saúde no país foi com a promulgação da Constituição Federal de 1988, momento em que a saúde passa a ser um direito de todos e dever do estado, cujos princípios se fundamentam na universalização, equidade e integralidade no atendimento. E as diretrizes do Sistema Único de Saúde se expressam por meio da descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços.

Em 1990, a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8080/90 apresenta diretrizes para as condições de organização e funcionamento dos serviços de saúde segundo as diretrizes constitucionais. A saúde, nos termos da Lei, vem atender um grande leque de reivindicações da luta pela reforma sanitária.

Inaugura-se uma concepção ampliada de saúde que abrange elementos, não apenas orgânicos e biológicos, mas sociais, culturais, econômicos e políticos. Com essa nova diretriz de ação, a política de saúde vai ser pautada pela intersectorialidade entre as políticas públicas como meio de efetivação do atendimento integral ao sujeito.

Após a criação do SUS, tem-se a discussão entre as propostas da reforma sanitária e a implementação da política de saúde. Menicucci (2007) destaca a existência de divergências partidárias – pois a academia, que exerceu grande influência no movimento, se distancia da prática política e os conselhos profissionais assumem os espaços da categoria profissional, antes ocupados pelos sindicatos, e passam a tratar de questões mais pragmáticas relacionadas ao exercício da profissão – e de um baixo grau de envolvimento dos usuários e distanciamento do movimento médico. Soma-se a isso, a contradição existente entre um sistema igualitário de saúde inserido em uma sociedade marcada pela segmentação e diferenciação, inclusive na execução dessa própria política.

Ao longo da década de 1990, na contramão das disposições constitucionais, vivencia-se o avanço do neoliberalismo. A contrarreforma caracteriza-se pela retração do Estado diante dos interesses privados, assumindo o papel de regulador e fiscalizador, deixando as ações relacionadas ao mercado e ao crescimento econômico nas mãos do capital privado. Em síntese, esse momento do avanço do capitalismo, se configura pela mínima participação do estado na economia e, como veremos adiante, esse novo cenário de desenvolvimento da sociedade acarretou mudanças no campo da saúde.

Como afirma Behring (2008), diante do ideário neoliberal para a política social, prevalecem a privatização, focalização e a descentralização, que se torna um mero repasse

de responsabilidades para os entes federativos ou para instituições privadas e membros da sociedade civil. Ainda segundo a autora, na política de saúde, não foi possível assegurar os princípios da universalização, da integralidade e da equidade. Os serviços de saúde não conseguem atender todas as demandas e a maior parte da população brasileira não pode pagar pelo serviço privado. Os baixos investimentos fazem do SUS um sistema pobre para os pobres.

Rodrigues (2014) afirma que essa frágil base de sustentação do sistema público de saúde está associada às circunstâncias históricas: existência de um dos maiores setores privados de saúde em todo o mundo e que não foi alterado com a criação do SUS, tornando o setor privado um poderoso competidor do SUS, seja por recursos financeiros e humanos, seja pela ausência de prestígio do SUS em meio a população.

A municipalização é outra circunstância histórica que dificulta a implementação do SUS, tendo em vista que o SUS não funciona efetivamente como um sistema regionalizado e integrado. Essa opção por municipalizar os Serviços está associada a características do sistema político-eleitoral, cujas origens remetem à centralização local do poder público por parte de grandes proprietários de terra (RODRIGUES, 2014).

A reforma sanitária resultou na ampliação da atuação do estado na área de saúde e na democratização do acesso, por outro lado, deixou espaços para a existência e continuidade das formas privadas de atenção à saúde. Embora tenhamos avanços na área, essa política pública tem encontrado grandes dificuldades para sua efetivação.

O que procuro ressaltar é que os fatores adversos cobraram um preço muito alto, impondo limites e desafios ainda hoje não superados e que colocam nosso sistema público em risco claro, se não de sobrevivência, pelo menos de fortalecimento cada vez maior do caráter residual, isto é, de estar voltado apenas para os setores mais pobres da população. Tais desafios têm a ver com uma frágil base de sustentação social, com uma competição desigual com o setor privado ou “suplementar” e com sua fragmentação política em milhares de governos municipais, cuja maioria não tem capacidade ou interesse para organizar uma rede de serviços de saúde condizente com as diretrizes e princípios do SUS (RODRIGUES, 2014, p. 44).

Vimos que a partir da década de 1990 é instaurado o paradoxo entre o SUS legal, conquistado constitucionalmente e o SUS real, situado no contexto da crise contemporânea do capital. Para entender esse cenário, Correia (2007) indica a necessidade de situar o papel que o Estado, a sociedade civil e os organismos financeiros internacionais assumem na definição das políticas estatais.

O Estado tem se colocado, cada vez mais, a serviço dos interesses do capital, exigindo o protagonismo da sociedade civil nas respostas à questão social, colocando-a “como desdobramento do processo de reestruturação capitalista e do seu corolário, o neoliberalismo” (CORREIA, 2007, p. 15). A desresponsabilização do Estado repassa para a sociedade civil, através de parcerias e princípios de ajuda mútua, solidarismo e voluntariado,

a tarefa de responder às manifestações da desigualdade social (CORREIA, 2007). Bravo e Correia (2012) analisam que na proposta de contrarreforma, a sociedade é convocada a atuar como parceira do Estado, justificada pela necessidade de soluções inovadoras, as empresas, sindicatos, famílias e grupos comunitários são responsabilizados pelos custos e pelas soluções no enfrentamento à questão social, com a estratégia de que essas parcerias assumam diretamente os custos da crise.

Organismos financeiros internacionais recomendam reformas no sentido de racionalização de gastos com a área social e fortalecimento da lógica privada na oferta dos serviços à população.

A partir da contrarreforma do Estado proposta pelo Banco Mundial as políticas sociais tendem: à focalização, em que os gastos sociais são dirigidos aos setores de extrema pobreza; à descentralização da gestão da esfera federal para estados e municípios sem a contrapartida de recursos necessários a esse processo, e com a participação na esfera local de organizações não governamentais, filantrópicas, comunitárias e de empresas privadas; à privatização, com o deslocamento de prestação de bens e serviços públicos para o setor privado que é regido pelo mercado (CORREIA, 2007, p. 16).

Em documento publicado pelo Banco Mundial (BM) em novembro de 2017, o qual analisa a eficiência do gasto público no Brasil, são apresentados os seguintes indicadores:

O Sistema Único de Saúde (SUS) garante o acesso dos mais pobres à saúde. No quintil mais pobre, 60% dependem do SUS para atendimento primário, e mais de 90%, para atendimentos mais complexos. Mais da metade de todas as despesas públicas com saúde beneficiam os 40% mais pobres da distribuição de renda, e somente 23% cabem aos dois quintis mais ricos. Todavia, os brasileiros mais ricos beneficiam-se de maneira desproporcional da dedução das despesas com seguros privados de saúde de suas declarações de renda (IRPF), o que constitui um subsídio para as despesas de saúde privada. Somente 11% das isenções do IRPF beneficiam os 40% mais pobres da população, e somente 27% beneficiam os 60% mais pobres. Como resultado, ao considerar as isenções tributárias, os gastos públicos com saúde são menos progressivos, pois 33% dos benefícios cabem aos dois quintis mais ricos da população, e 46%, aos 40% mais pobres (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 118).

A partir desses dados, o BM (2017) estabelece algumas medidas que, segundo ele, podem ser aplicadas para melhorar a prestação de serviços aliada à redução dos custos:

- Racionalização da rede de prestação de serviços, que exigiria a redução do número de hospitais de pequeno porte. Também seria necessário um modelo de gestão mais eficiente, tendo como referência a gestão hospitalar realizada pelas Organizações Sociais.

- Aumentar a produtividade dos profissionais de saúde por meio da remuneração vinculada à qualidade e ao desempenho e adotar um processo de produção mais intensivo com profissionais de enfermagem do que com médicos, uma vez que os enfermeiros poderiam realizar atendimentos básicos. Tendo em vista que a remuneração dos médicos é relativamente alta, “se os procedimentos mais rotineiros (consulta, prescrição de medicamentos e exames) fossem realizados por profissionais de saúde de nível mais baixo, seria possível melhorar a qualidade e a eficiência dos atendimentos” com custos menores (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 118).

- Reforçar e expandir a cobertura da atenção primária a fim de reduzir o número de hospitalizações e reduzir gastos. Além disso, seria preciso melhorar a interação do SUS com o setor privado para evitar a duplicidade de serviços e a competição entre ambos.

- Redução dos gastos tributários com a saúde, os quais, segundo o BM, são altamente regressivos e não há nenhuma justificativa para que o governo pague pelo atendimento de saúde dos grupos mais ricos da população.

Concorda-se que os gastos públicos no Brasil devem ser melhores aplicados, entretanto na direção de ampliação dos investimentos e dos serviços para melhor atender às demandas da população. Ao contrário da análise realizada no documento, que se direciona pela lógica de mercado. Por isso o incentivo na ampliação da atenção básica e racionalização de gastos com os outros níveis de atenção, a fim de favorecer a iniciativa privada. O Banco não problematiza a desigualdade no acesso à saúde com o intuito de pensar meios de fortalecimento da equidade e da universalidade, ao contrário, essas proposições também sugerem a redução do SUS para atender apenas os seguimentos mais pobres da população.

A área da saúde é uma área de grande interesse do capital, ou seja, dos grupos privados de saúde, indústrias farmacêuticas e de equipamentos nacionais e internacionais. A interferência do BM é no sentido de fortalecer o mercado da saúde [...]. O Banco Mundial, desde 1975, já apresentava as primeiras diretrizes para uma reforma nas políticas de saúde aos países por ele subsidiados, reafirmadas nos documentos posteriores, tais como: a quebra da universalidade do atendimento à saúde, a priorização da atenção básica, a utilização da mão-de-obra desqualificada para os procedimentos de atenção à saúde e simplificação dos mesmos, a seletividade e focalização da atenção aos mais pobres (CORREIA, 2007, p. 17).

A tendência das medidas adotadas pelo governo contra a crise, incorporam-se às determinações do Banco Mundial, atendendo às exigências dos organismos internacionais, não só para a política de saúde, mas para outras áreas da política social. O SUS vivencia um processo de repasse de gestão para outras modalidades – Empresas públicas, Organizações Sociais, terceirização – mediante transferência de recursos públicos,

em que o Estado deixa de executar diretamente os serviços, e a privatização acontece, exatamente, no repasse dos recursos para setores não exclusivos do Estado.

Inclusive, orientações como essas do Banco Mundial, adotadas pelo Brasil na década de 1990, colocaram o país “[...] diante de uma contrarreforma de natureza destrutiva e regressiva, antinacional, antipopular e antidemocrática” (BEHRING, 2008, p. 234). E ao contrário do que foi anunciado, não houve redução na dívida pública e a qualidade dos serviços não aumentou e ainda levou à desestabilização do real em decorrência das privatizações.

Na área de saúde, vivencia-se também, a expansão dos hospitais e dos planos de saúde privados, bem como o aumento da procura da população por esses serviços, diante da morosidade, burocracia e perda de credibilidade do SUS para atender à população.

Outro elemento que fragiliza essa política é a insuficiência na cobertura do atendimento. A descentralização e municipalização, que deveria ter como objetivo melhorar a oferta de serviços e ampliar a participação da população, possibilitou a criação de equipamentos de saúde nos municípios, mas não garantiu investimentos (em recursos materiais, humanos e financeiros) suficientes para que esses equipamentos pudessem atender às demandas de saúde do território.

Os gargalos do SUS aparecem como justificativa para o fortalecimento do setor privado que expande cada vez mais, ao mesmo tempo em que os investimentos do Estado na política social diminuem com as medidas de contenção de gastos. Em que “a questão do financiamento é a mais séria, pois está diretamente articulada ao gasto social do governo e é a determinante para a manutenção da política focal, de precarização e terceirização dos recursos” (BRAVO, 2009, p. 5).

CONCLUSÃO

É notória a disputa entre dois projetos de saúde: público e privado, herança histórica de fortalecimento da iniciativa privada na área de saúde, a qual desdobra uma concorrência entre esses dois segmentos e resulta em um sistema desigual e excludente de acesso à saúde para ricos e pobres.

A descentralização e municipalização do SUS, por meio da regionalização, indica uma expansão da atenção básica nos municípios brasileiros, mas não necessariamente indica a existência de recursos materiais e humanos para o atendimento à população, diante disso, a realidade de muitos municípios é a ausência de profissionais, de materiais e equipamentos. Além disso, a concentração dos serviços de média e alta complexidade, apenas em municípios de maior porte acarretam a superlotação desses

hospitais e as longas filas de espera para realização de exames, cirurgias e outros procedimentos. Nesse contexto, a justificativa usada pelo Banco Mundial para reduzir o número de hospitais e o número de profissionais, racionalizar os custos e evitar a dualidade entre serviços públicos e privados, vai de encontro às demandas da população e agudiza a desigualdade social.

O desinvestimento e o sucateamento das políticas sociais fortalecem ainda mais a iniciativa privada, ao passo que a consolidação do SUS distancia-se da reforma sanitária. Portanto, permanece como desafio a organização da sociedade em defesa do SUS, buscando a democratização, universalização do acesso, participação da população, integralidade do atendimento, descentralização como forma de aproximar os serviços de saúde às demandas da população e organizar a oferta de ações e serviços a partir das demandas do território.

REFERÊNCIAS

BANCO MUNDIAL. **Um ajuste justo**: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Volume I. Grupo Banco Mundial. 2017

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do estado e perda de direitos. 2 ed. 2008, São Paulo. Cortez.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In. MOTA, Ana Elizabete, et al. (orgs). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. 3º ed. São Paulo. Cortez, 2008. p. 88-110.

_____, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal**. In.: XIX Seminário Latino-Americano de Escolas de Serviço Social. O trabalho social na situação da América Latina: desafios para a formação e ação conjunta profissional. Santiago de Guayaquil Universidade Católica. Guayaquil, Equador. 04-08 outubro, 2009.

_____, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 3º ed. São Paulo. Cortez, 2010.

_____, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n109/a08n109.pdf>>. Acesso em: 20/07/2018

_____, Maria Inês Souza & MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: Maria Inês Bravo et al. (orgs). **Saúde e Serviço Social**. 4º ed. – São Paulo : Cortês; Rio de Janeiro; UERJ, 2009.

CORREIA, Maria Valéria Costa. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o banco mundial e as tendências da contrarreforma na política de saúde

brasileira. **Temporalis**, Brasília, v. 13, p. 11-38, 2007. Disponível em: <<http://files.adrianonascimento.webnode.com.br>> Acesso em: 08/07/2018.

FLEURY, Sônia. A montagem do padrão de seguridade social na América Latina: cooptação e regulação. In: **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 252 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/jm5wd/pdf/fleury-9788575412428-07.pdf>> Acesso em: 03/07/2018.

MASSON, Fátima de Maria. **Ideologia e prática na saúde: a questão da reforma sanitária**. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. UFRJ/CFCH, 2007.

MENICUCCI, Telma Maria Gonsalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2007.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Os desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil: uma abordagem histórica. **Revista História, Ciências, Saúde**. v. 21, nº 1, Jan. Mar. Rio de Janeiro, 2014. p. 37-59. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00037.pdf>> Acesso em: 10/07/2018.