



CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO E A SUBORDINAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE AOS IMPERATIVOS DO CAPITAL

Edinara Fernanda de Jesus Costa
Silvia Maria Silva França
Everton Melo da Silva

RESUMO: Este artigo versa sobre o debate da reforma e contrarreforma do Estado brasileiro a partir das apreensões de Bresser Pereira e Elaine Behring articulando aos impactos do processo de desmonte da Política de Saúde. Para alcançar essa propositura, buscamos compreender as particularidades de análise sobre o Estado brasileiro e da Política de Saúde em autores, principalmente, da tradição marxista, visto que essa perspectiva teórico-metodológica compreende a prioridade da realidade na vida em sociedade. A partir da pesquisa bibliográfica, entendemos que a universalidade e qualidade nos serviços prestado pela Política de Saúde no Brasil continua ainda inconclusas devido as investidas neoliberais.

Palavras-chave: Contrarreforma do Estado. Neoliberalismo. Política de Saúde.

ABSTRACT: This article deals with the debate on the reform and counterreformation of the Brazilian State based on the apprehensions of Bresser Pereira and Elaine Behring articulating to the impacts of the dismantling process of the Health Policy. In order to reach this proposition, we seek to understand the particularities of analysis about the Brazilian State and Health Policy in authors, especially the Marxist tradition, since this theoretical-methodological perspective understands the priority of reality in life in society. From the bibliographic research, we understand that the universality and quality in the services provided by the Health Policy in Brazil is still unfinished due to neoliberal efforts.

Keywords: Counter-Reformation of the State. Neoliberalism. Health Policy.

INTRODUÇÃO

O presente estudo é fruto de uma pesquisa bibliográfica de trabalho de conclusão de curso desenvolvida no âmbito do Departamento de Serviço Social/UFS e tem como objetivo central realizar uma reflexão acerca do processo de contrarreforma do Estado brasileiro sob a perspectiva do estudo de Behring (2003) e seus impactos na Política de Saúde do Brasil.

Historicamente, o setor de saúde no Brasil passa por mudanças determinantes, principalmente a partir da década de 1970 que culminam na implantação de um sistema descentralizado e municipalizado, por meio da implementação do Sistema Único de Saúde. Profissionais, gestores e movimentos sociais apresentaram a necessidade de superar o modelo assistencial (pautado na assistência médica individual privatista) por meio das forças do movimento de Reforma Sanitária. O processo de contrarreforma em andamento é pautado na lógica de abertura para o setor privado dentro do Estado, no que diz respeito a execução dos serviços públicos. Assim, o SUS, historicamente caracterizado como um sistema garantido universalmente aos brasileiros, vem sofrendo, ao longo da expansão neoliberal, rebatimentos e sucateamento em seus serviços, principalmente nos dias atuais. A partir disso, cabe-nos explanar de forma objetiva as consequências dessa contrarreforma na política de saúde brasileira por meio do contexto inconcluso do sistema universal de saúde implementado ao final da década de 1980.



A CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO

Para falarmos sobre o processo de contrarreforma do Estado brasileiro, utilizaremos a crítica feita por Behring (2003) à análise de Bresser Pereira sobre a “reforma do Estado”. A autora parte da tese das transformações no mundo do trabalho ocorridas pela implantação da reestruturação produtiva dos anos 1980, do processo de crise econômica, da democratização do país e da ofensiva neoliberal que culminaram no processo de contrarreforma do Estado.

Nos anos 1980, a primeira mudança ocorrida na esfera do trabalho, pontuada por Behring (2003), refere-se à implantação do toyotismo¹. Esse modelo trouxe consequências negativas para a classe trabalhadora, como por exemplo o agravamento do desemprego e a acentuação da precarização do trabalho. Todas as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, vão acarretar na desorganização política dos movimentos sociais e dos sindicatos que estavam lutando pelo processo de redemocratização do país e também pela implantação de direitos sociais na Constituição Federal (CF) de 1988.

A abertura do Estado ao adotar as medidas da lógica capitalista em curso voltadas para o mercado, seja pela desvalorização dos salários diretos e indiretos (flexibilidade), por empregos temporários, pela terceirização ou/e pelo não atendimento às políticas públicas, traz um período de insegurança a classe trabalhadora.

O processo de globalização advindo com a expansão da nova lógica capitalista, com a implantação de filiais de empresas multinacionais no Terceiro Mundo, trouxe sequelas para o Brasil, por exemplo: aumento do desemprego e da desigualdade social, fechamento de pequenas/médias empresas, quebra da indústria nacional, ampliação das importações e consequentemente da diminuição das exportações, bem como o endividamento por meio de empréstimos aos países centrais.

Com isso, inicia-se o processo de contrarreforma: os países do Terceiro Mundo, altamente endividados, serão colocados nas mãos do ajuste neoliberal com vistas a sua abertura comercial, privatizações das suas empresas estatais e a desvalorização das moedas nacionais. Ao Estado restou ir de encontro ao projeto neoliberal, passando a garantir as condições necessárias de produção da tecnologia de ponta, sendo essas as condições necessárias ao mundo do capital.

Esse processo faz com que as políticas sociais passem a ter um caráter centralizado, seletista, e de acesso burocratizado, como ocorre com a política de saúde que começou a ser um espaço de controle político baseado no repasse das responsabilidades

¹ Trata-se de um padrão baseado na produção em massa da microeletrônica com vistas ao grande consumo, e com um modelo de terceirização e subcontratação de mão de obra barata.



do Estado para a iniciativa privada através dos convênios com planos de saúde, hospitais e clínicas particulares.

Ao longo da formação sócio histórica brasileira, o Estado teve como principal função dominar politicamente a classe explorada, sendo de regra o mesmo pertencer a classe dominante. Ao incorporar a lógica neoliberal, o Estado inclui essa ideologia para orientar medidas voltadas para o mercado. A dinâmica neoliberal caracteriza-se como um projeto conservador voltado a rentabilidade do capital consolidando uma avalanche de retrocessos por onde passa. É por meio desse processo que se configura a contrarreforma do Estado no Brasil pós-Constituição, que será iniciada no governo Fernando Collor (1990-1992) e será prontamente direcionada pelos governos de Itamar Franco (1992-1994), Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), Luís Inácio Lula da Silva (2003-2011), Dilma Rousseff (2011-2016) e Michel Temer (2016-2017). Obviamente que cada um teve suas particularidades nos planos de governos, mas todos seguiram a agenda neoliberal.

Behring (2003) pontua como principais condições para o Estado brasileiro adotar tais medidas, a transição do Estado ditatorial para o Estado democrático e a objeção ao desmonte dos recursos existentes no seu mercado, principalmente pelo país estar totalmente endividado em virtude do reordenamento do capitalismo. No final dos anos 1980, nota-se uma expectativa voltada às primeiras eleições diretas pós ditadura, ao qual Behring (2003) chama de "renovação das esperanças".

O plano real foi construído com base em diversos planos de estabilização discutidos na reunião de Washington, que trouxeram medidas para possibilitar a reorganização econômica, por meio de negociações das dívidas antigas e prováveis renovações de empréstimos por parte do Fundo Monetário Internacional – FMI – e o Banco Mundial. O governo FHC procurou manter essas políticas antidemocráticas para proporcionar reformas “comandadas” pelo capital estrangeiro, com o objetivo de “equilibrar” as contas.

Os direitos sociais conquistados na implantação da CF/88, principalmente no que se referem às políticas que compõem a Seguridade Social, foram relativamente cortados e flexibilizados pelas medidas do Plano Real. Para Behring (2003, p. 163), isso se trata do “aspecto mais perverso da contrarreforma do Estado no Brasil.”

Para Bresser Pereira (1996), a CF/88 produz vantagens e desvaloriza o poder do Estado ao constituir-se de práticas “patrimonialistas e clientelistas”, além da dispersão do poder estatal para estados e municípios. Em contrapartida aos avanços da CF/88 no concernente aos investimentos nas políticas sociais, em especial na política de saúde, surge a ofensiva neoliberal que é contrária aos investimentos em políticas públicas. Assim, o Estado deixa de financiar a saúde pública para investir juntamente com o setor privado que acaba por focalizar os serviços.



O processo de privatização das estatais se tornou um negócio de lucros exorbitantes para o Estado brasileiro. Os setores privatizados obtiveram lucros acima do que colhiam por meio do acréscimo de “[...] preços e tarifas, demissões antes e depois das privatizações, dívidas ‘engolidas’ pelo Estado, compromissos dos fundos de pensão e aposentadoria também assumidos pelo governo, e [...] empréstimos a juros baixos comparados as taxas do país, etc.” (BEHRING, 2003, p. 200).

A única saída para superar a crise defendida pelos neoliberais vinha do corte de gastos através da flexibilização das relações de trabalho, da ausência do Estado na esfera da proteção social e na desarticulação dos trabalhadores por meio de projetos que incentivam a qualificação profissional como condição de contratação, sendo o desemprego justificado pela desqualificação dos sujeitos.

As medidas adotadas pelo Estado com a reforma não foram viáveis para o aumento do emprego e muito menos para gerar meios de retomar o desenvolvimento social e econômico no país. Verifica-se uma generalização do desemprego e a guinada dos trabalhadores para o emprego informal, caracterizando-se assim uma precarização das condições e relações de trabalho por meio das terceirizações e demissões.

Desse modo, compreendemos que o Plano Real foi direcionado exatamente para a implantação do capital estrangeiro em todas as esferas produtivas do país. Como consequência, verifica-se uma dívida externa triplicar do ano de 1994 ao ano de 1997. Ainda para facilitar a sua circulação, foram realizadas alterações nas leis que regulam o mercado interno, além da ruptura com as empresas estatais que realizavam a exploração de petróleo. Com o processo de privatização em grande escala das empresas estatais vê-se a implantação de “[...] uma contra reforma do Estado no Brasil, de natureza destrutiva e regressiva, antinacional, antipopular e antidemocrática [...]”. (BEHRING, 2003, p. 234).

Com base nesse contexto, a tendência foi o corte nos direitos sociais, “sob o argumento da crise fiscal, transformando as políticas sociais [...] em ações pontuais e compensatórias [...]” (BEHRING, 2003, p. 248). Vemos essa contrarreforma relacionada diretamente ao corte nos gastos da política de saúde, ao qual o Estado vê como uma ação necessária para tentar sair da crise fiscal que alastra o país.

Compreendemos que Bresser Pereira (1996) defende uma reforma do Estado brasileiro com vistas à liberalização comercial, às privatizações e ao ajuste fiscal. No entanto, Behring (2003) pontua uma contrarreforma aos governos adotarem “medidas estruturais regressivas sobre os trabalhadores”.

Deixamos claro, quanto a análise das duas perspectivas (Bresser Pereira/Behring), que realmente se trata de uma contrarreforma “necessária” a apenas a obtenção dos superlucros do capital internacional no processo de manutenção da taxa de lucro com a crise estrutural do capital. Esse processo de contrarreforma é um fator importante para



entendermos o processo de sucateamento dos serviços de saúde, que a partir das privatizações ocorridas em seu sistema, e da desresponsabilização por parte do Estado na garantia aos serviços de saúde pública, deixa de assistir a população usuária do serviço passando a responsabilidade bem como o financiamento para a iniciativa privada.

A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: percurso inconcluso para a universalização

O movimento de Reforma Sanitária foi um projeto que levou a participação de sujeitos da sociedade com objetivo de realizar um processo de reforma na política de saúde até então assistencialista/privatista que se caracterizava de maneira ineficaz ao não responder às principais necessidades da população no âmbito da saúde. Tinha por objetivo integrar a totalidade ao sistema de saúde público e foi considerada por seus atores como uma reforma nunca vista antes no setor da saúde, a qual deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) implantado no corpo da Constituição Federal brasileira em 1988.

Apesar de ser a principal reivindicação do movimento da Reforma Sanitária nos anos 1970, a criação do SUS não foi considerado como apenas um meio da população ter ingresso à saúde, mas também como uma via ao qual deu suporte às lutas do movimento sanitário para a melhoria das necessidades básicas da população, além de ser considerado como um meio de transformação crítica aos indivíduos que dela fizeram parte por intermédio da inserção de ideias socialistas e da teoria marxiana nos espaços de intervenção.

O movimento de Reforma Sanitária passou a incorporar o princípio da cidadania como um elemento importante, tornando visível e alcançável os direitos sociais (BRASIL, 2006), que mais à frente estariam previstos na CF/88. Os indivíduos tiveram atuação direta nos debates realizados sobre a política de saúde, contribuindo com sugestões de melhoria da saúde referente ao acesso e a democratização, como também tiveram participação direta na tomada das decisões na elaboração do texto da política que por seguinte também iria incorporar a Carta Magna.

Na década de 1980, com o processo de redemocratização do Brasil, tivemos a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, no ano de 1986, a qual teve intensa participação social representadas por entidades da sociedade civil. Bravo (2007, p. 96) salienta que “a questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se a sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária”. Foi um marco fundamental na consagração da saúde como direito de todos e como dever do Estado, que mais tarde seriam inclusos na CF/88 como princípios da saúde.

Uma das principais conquistas sociais foi a garantia dos direitos sociais assegurados ao tripé da Seguridade Social. Em seu texto constitucional, a CF/88 define Seguridade Social como “um conjunto integral de ações do Estado e da sociedade voltadas a assegurar os direitos a saúde, a previdência e a assistência social, incluindo também a



proteção ao trabalhador desempregado, via seguro-desemprego” (BOSCHETTI; SALVADOR, 2007, p.52). Outro marco importante pautado na CF/88 foi a abertura de espaço para a população participar das decisões políticas por meio do controle social, como maneira democrática de gerir os serviços de saúde.

Nesse contexto, surge a organização da sociedade civil na atuação da gestão das políticas públicas como novo conceito de controle social, participando ativamente das decisões tomadas pelos órgãos gestores por meio dos conselhos, tendo em vista, atender as demandas das classes subalternas. Trata-se de um controle social que propicia a participação da sociedade nas decisões, formulações, fiscalização e na execução de programas e projetos, que tenham por objetivo atender os interesses da coletividade. A saúde, por ter em seu arcabouço teórico os movimentos da Reforma Sanitária, é pioneira no processo de controle social por meio dos mecanismos de participação popular no processo de discussões acerca da “mudança no modelo ‘médico-assistencial privatista’ para um sistema nacional de saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade” (CORREIA, 2007, p. 111-112).

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) trouxe em seu corpo as seguintes diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; e implementação de distritos sanitários. Esse é um marco histórico no que se refere à saúde, iniciando o repasse de recursos pelo Governo Federal para os estados e municípios com o intuito de que os mesmos ampliassem suas redes de atendimento. Esse momento já anunciava o processo de municipalização que viria a ser criado com a implantação do SUS.

O processo de municipalização, compreende os municípios como encarregados de cuidar da saúde da população residente em seu território através da transferência das responsabilidades do Estado para os municípios, sendo crucial fazer o repasse dos recursos necessários para manter os serviços de saúde local.

Com a criação do SUS rompe-se a perspectiva de saúde apenas para os que contribuíam e assegura-se a perspectiva universal. Em suas diretrizes, o SUS compreende um sistema de saúde constituído por “formado por uma rede de serviços públicos e privados, descentralizada, com comando único em cada esfera de governo, regionalizada e hierarquizada, na qual o setor privado deve ter a participação complementar à do setor público” (TAVARES, 2009, p. 48).

Após a implantação do SUS, o sistema de atenção à saúde é dividido em redes às quais tem por objetivo prestar assistência necessária aos casos apresentados nos pontos de atendimento. Essas devem ser dispostas horizontalmente e verticalmente sendo assim definidas: Rede de Atenção Primária, Rede de Atenção Secundária, Rede de Atenção



Terciária. Para a manutenção dessas redes, as responsabilidades devem ser construídas pelas esferas municipal, regional e estadual.

No ano de 1993 foi criada a Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS/93), que buscou ampliar o compromisso da implantação do SUS, além de implantar estratégias na defesa da descentralização político-administrativa da saúde, bem como estabelecer o princípio da municipalização como tinha sido discutida pelas forças da Reforma Sanitária. A descentralização político-administrativa no concernente a saúde corresponde a lógica da localidade, dando autonomia aos municípios para manter os serviços de saúde próximo dos seus usuários, e dos problemas que eles venham a ter com a saúde de acordo com as necessidades de cada região.

Em 1996 a NOB-SUS/93 é editada, dando espaço a uma nova Norma Operacional Básica do SUS, a NOB-SUS/96, representando de forma mais clara, o processo de descentralização e aproximando a população do modelo mais recente de atenção à saúde. Isso ocorre com a aceleração das transferências dos recursos que saem da união para os estados e municípios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de todas as conquistas alcançadas com a CF/88, na década de 1990, o Estado passa por um processo de contrarreforma, evidenciado pelo surgimento do Neoliberalismo que se contrapõe aos avanços conquistados recentemente por meio da Constituição Federal colocando em cheque todos os direitos assegurados a população. Entre esses direitos, encontra-se afetado, o setor da saúde que passa por contrarreformas significantes que mudam sua estrutura inicial defendidas pelas forças da Reforma. A própria Constituição Federal impõe brechas de alocação a essas contrarreformas, quando descreve em seu texto que no setor da saúde a iniciativa privada deve ter participação complementar nos serviços prestados pelo SUS.

É evidente que na atualidade, a participação do setor privado não é complementar, como descrito no texto constitucional, pois os convênios têm se apropriado de grande parte do espaço público no SUS em detrimento de benefícios próprios. O investimento público tem se voltado a iniciativa privada de maneira a fragmentar a atuação do SUS que se encontra com baixo investimento para manutenção de seu funcionamento direcionando-o a lógica mercantil.

Desse modo, compreendemos que a proposta lançada pelos defensores da Reforma Sanitária tem sido desconstruída com o processo neoliberal que está tornando a política de saúde cada vez mais vinculada a atender aos imperativos do capital.



REFERÊNCIAS

BRASIL, Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998, Brasília – DF, 1998. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm>. Acesso em 30 de agosto de 2017

BRASIL, Lei nº 9.790 de 23 de março de 1999, Brasília – DF, 1998. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9790.htm>. Acesso em 30 de agosto de 2017

BRASIL, Lei complementar de nº 92/2007 de 29 de junho de 2007, Brasília – DF, 2007.

Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/597335.pdf>>. Acesso em 30 de agosto de 2017

BRASIL, Lei nº 12.550/11 de 15 de dezembro de 2011. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em 30 de agosto de 2017

BRASIL. Política Nacional de Assistência Social. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome. Brasília, 2004.

BRASIL. **A Construção do SUS**: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Ministério da Saúde. Brasília, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: Lutas sociais e práticas profissionais. 2ª ed – Cortez: São Paulo, 2007.

BOSCHETTI; SALVADOR. Ivanete; Evilásio. O financiamento da Seguridade Social no Brasil no período de 1999 a 2004: Quem paga a conta? In: **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional, 2ª ed – Cortez: São Paulo, 2007.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na saúde. In: **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional, 2ª ed – Cortez: São Paulo, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira**: Contribuição para a compreensão e crítica. 1ª ed – Edufba/Editora FioCruz: Salvador/Rio de Janeiro, 2008.

TAVARES, Maria Cecília. **A inserção do Assistente Social no Programa Saúde da Família em Aracaju**: os tempos de um movimento. Tese de doutorado em Serviço Social. São Paulo, 2009.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra Reforma**: Desestruturação do Estado e Perda de Direitos. 2ª edição. São Paulo: Editora Cortez, 2003.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Crise Econômica e Reforma do Estado no Brasil**: Para uma nova interpretação da América Latina. 1ª edição. São Paulo: Editora 34, 1996.