

A POLÍTICA DE SAÚDE NA ATUALIDADE: desafios à consolidação do SUS

Jinadiene da Silva Soares Moraes¹

RESUMO: Este artigo tem como objetivo discutir a política pública de saúde na atualidade, a qual vem sendo fragilizada, cotidianamente, de diversas formas a fim de favorecer a implantação de uma política de cunho privatista como defende o neoliberalismo, introduzido no Brasil a partir da década de 1990. Para tanto foi realizada pesquisa bibliográfica que serve de base para o melhor desenvolvimento da discussão aqui proposta. Ao final da mesma verificou-se que o projeto neoliberal em curso tem dificuldade, imensamente, a implementação do Sistema Único de Saúde e propiciado a consolidação crescente da privatização da referida política em nosso país.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde, Sistema Único de Saúde, Neoliberalismo

ABSTRACT: This article aims to discuss current public health policy, which has been fragilized daily in various ways in order to favor the implementation of a policy of privatization as advocated by neoliberalism, introduced in Brazil from the decade of 1990. For this, a bibliographic research was carried out that serves as a basis for the best development of the discussion proposed here. At the end of the project, it was verified that the ongoing neoliberal project has had a major impact on the implementation of the Health Unic System and the consolidation of the privatization of the aforementioned policy in our country.

KEYWORDS: Health Policy, Health Unic System, Neoliberalism

INTRODUÇÃO

Para falar sobre a política de saúde na década atual é necessário entender que desde as primeiras medidas sanitárias até 1988 a saúde era vista como provisória e secundária, e que o atendimento prestado visava apenas à garantia da reprodução da classe trabalhadora, para a consolidação ainda maior do capitalismo no Brasil, inclusive, por meio do favorecimento do setor privado, especialmente beneficiado durante a ditadura militar brasileira.

Devido a esses acontecimentos, e indignados com a perspectiva reducionista e seletiva aplicada ao setor, um grupo de profissionais da área da saúde, sobretudo dentro das universidades, abraçou a bandeira da saúde coletiva, pública e preventiva e começou a se articular, discutir e elaborar uma proposta exequível, que pudesse melhorar aquele quadro.

Esse Movimento denunciava os efeitos do modelo econômico capitalista sobre a saúde da população e a irracionalidade do sistema de saúde então implantado. Porém, além de denúncias, o Movimento também apresentou alternativas para uma reforma sanitária, um projeto de mudança no sistema de saúde vigente.

As idéias da Reforma Sanitária começaram a ser introduzidas no âmbito do Legislativo e seus adeptos discutiram a proposta, preparando-se para travar, posteriormente, uma de

¹ Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió/AL. Professora da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. E-mail: jinadiene@hotmail.com



1 Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió/AL. Professora da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. E-mail: jinadiene@hotmail.com suas maiores batalhas: a busca da universalização do direito à saúde pública e de qualidade.

A proposta não foi aprovada naquela conjuntura, mas serviu de base para que os grupos organizados reivindicassem por melhoria nesse setor. Posteriormente o governo foi obrigado a, paulatinamente, adotá-la.

Com a abertura política em 1985, o Movimento de Reforma Sanitária, aliado a outros movimentos de esquerda da época, ascendeu, abrindo-se uma nova oportunidade para a discussão do projeto do Sistema Único de Saúde como alternativa ao sistema de saúde em vigor; foi legitimado em nível nacional na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Nesta Conferência houve uma ampla participação dos setores organizados da sociedade civil que, pela primeira vez, tinham uma presença efetiva, não existente nas conferências nacionais de saúde anteriores.

Segundo Rodriguez Neto (1994), houve a presença de cinco mil pessoas dentre dirigentes institucionais, técnicos, estudiosos, políticos, lideranças sindicais e populares, tendo sido debatida a questão saúde no país e aprovadas recomendações que passaram a fazer parte do projeto de Reforma Sanitária Brasileira, já legitimado pelos segmentos sociais identificados com os interesses do povo.

Várias questões que já haviam sido discutidas em conferências anteriores sem que as propostas de solução fossem implementadas, foram mais detalhadas a fim de ajustar definitivamente o seu cumprimento, além da proposição de novas formas para o fortalecimento do setor saúde e de resistência à política deteriorativa do governo.

Não há como ignorar o peso do Movimento de Reforma Sanitária nesse processo. Não para descaracterizar, nem para desvalorizar a Conferência, mas para mostrar que ela foi uma importante arena para os setores organizados e sua capacidade de articulação com setores populares multifacetadamente construídos.

Em 1988, o Movimento Nacional de Reforma Sanitária juntamente com os movimentos sociais, sindicatos e parlamentares pressionam a Assembleia Nacional Constituinte para inserir suas pretensões no texto constitucional: a legalização do SUS. Segundo Correia (1997, p.48):

Neste processo, houve uma árdua batalha entre setores progressistas e setores conservadores, até se garantir na Constituição Federal a saúde como direito de todos e dever do Estado, a descentralização com direção única em cada esfera do governo, o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, além dos pressupostos já contidos no SUDS: universalização, resolutividade, hierarquização, regionalização e participação [...].



Contudo, ao final dos anos 1990, embora tivesse legalmente um sistema de saúde protecionista e universalizante, o país depara-se com uma realidade que, nem de longe, se aproxima da pretendida. A introdução do projeto neoliberal, já consolidado em todo o mundo e que privilegia a redução das políticas sociais como mecanismo de estabilidade econômica, obrigando as demandas sociais a procurar a rede de serviços privados para serem atendidas, preterindo os serviços públicos que não são priorizados, pelo contrário, estão sendo sucateados e por isso não podem oferecer serviços básicos de boa qualidade.

Essa realidade provocou a saída de trabalhadores com maior poder aquisitivo dos serviços públicos de saúde, o que não trouxe nenhuma melhoria no que diz respeito ao acesso nem em relação à qualidade dos serviços ofertados para os que dependem deles, como poderá ser visto mais detalhadamente no item seguinte.

A MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE E O PROCESSO DE “UNIVERSALIZAÇÃO EXCLUDENTE”

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde é proclamada como direito, sendo uma das políticas componentes da Seguridade Social. As pessoas já não são mais obrigadas a contribuir para a Previdência Social — como era desde 1920. Para receber assistência à saúde, a nova Constituição considera que todos, sem exceção, devem ter acesso aos serviços de saúde — princípio da universalidade. Para Mendes (1994):

A eliminação da contribuição previdenciária como condição para o acesso aos serviços públicos de saúde provoca uma ruptura com o modelo corporativo do benefício como direito de quem paga por ele e viabiliza uma efetiva redistribuição de recursos, ainda que limitada ao interior da população assalariada.

Entretanto, essa conquista legal juntamente com o projeto neoliberal deram origem, no Brasil, a um processo que é contrário aos princípios contidos na Constituição Federal:

[...] a expansão da universalização do sistema de saúde vem sempre acompanhada de mecanismos de racionamento, especialmente, vai expulsando do subsistema público segmentos sociais de camadas médias e do operariado mais qualificado (MENDES, 1994, p.52-3).

Teóricos da área da saúde pública adjetivaram esse processo como “Universalização Excludente”. Para analisá-lo é necessário expor um importante aspecto que diz respeito ao Estado de Bem-Estar Social.

Ao contrário do que existiu nos países onde se implantou o Estado de Bem-Estar Social, no Brasil ocorreu o que foi denominado de Universalização Excludente, ou seja, ao mesmo tempo que foi garantido em lei o acesso universal à saúde, ocorreu um aumento da oferta e da demanda por planos privados, por cooperativas médicas etc.



Tal acontecimento se deu devido ao atendimento das exigências do projeto neoliberal de desresponsabilização do Estado e à abertura à iniciativa privada da oferta de serviços, que se iniciou através da precarização da política pública de saúde.

Mota (1995, p.146), analisando a situação da Seguridade Social na atualidade, afirma que

[...] o que parece estar no horizonte é um novo patamar de seletividade intraclasse, mediado pela ideologia neoliberal e tratado como uma necessidade provocada pela crise econômica. Aliás, esse é o argumento do grande capital, dos organismos financeiros internacionais e da burocracia estatal para realizar reformas no sistema de seguridade social brasileiro, na década de 90.

O encolhimento do Estado com relação aos gastos sociais tem como meta a estabilidade da moeda a custos altos para a classe trabalhadora, priorizando as leis de mercado. A crítica ao caso brasileiro é justamente porque, à medida que se criaram condições à chamada expansão dos serviços, em que se visava à inclusão das camadas populares (trabalhadores do setor informal e os não incorporados à produção) através da conquista, em âmbito legal, da universalização do direito à saúde, aconteceu a expulsão dos trabalhadores que têm melhores condições salariais do sistema de saúde pública, obrigados a comprar serviços no setor privado, ocorrendo a mercantilização da saúde. Retomou-se o modelo “médico assistencial privatista” dos governos ditatoriais, porque o Estado se tornou mínimo para os gastos sociais e forte para a economia de mercado (Mendes, 1994)².

Segundo Lesbaupin (1996, p.10), esta concepção parte do princípio de que o mercado tem de ser o único regulador da economia e de que o Estado deve deixar de intervir na economia (no sentido da distribuição de renda, da implementação de políticas sociais — saúde, educação, emprego, moradia).

A solidificação de uma política de cunho neoliberal contendo uma lógica privatista em relação aos serviços de saúde corresponde a uma política social de caráter residual, caracterizada pela sensível redução dos sistemas de serviços públicos, incluindo somente camadas das classes trabalhadoras em situação de risco. A idéia de Estado Mínimo é disseminada como a saída para a diminuição das funções estatais e permissão para as livres forças do mercado garantirem seu desenvolvimento, juntamente com a flexibilização dos direitos sociais.

A nova configuração geopolítica, imposta pelo programa neoliberal, reforça a impossibilidade de a Seguridade Social brasileira ter um padrão universal e público, por

² Conferir Ana Elizabete Mota (1995) e Eugênio Vilaça Mendes (1994) no que se refere às implicações na área da Seguridade Social.



basear-se em princípios como a descentralização, a focalização e a privatização, anteriormente discutidos.

Mendes (1994, p.52) confirma que, agravando mais a situação da Seguridade Social brasileira, “a ‘universalização excludente’ criou um espaço público de cidadania regulada³ e, dentro dele, passou a exercitar, crescentemente, a opção da focalização através da atenção primária seletiva” (grifos do autor).

Segundo Teixeira (1995, p.25), esse padrão de cidadania regulada não existe unicamente no Brasil, mas tem sido utilizado para descrever a situação latino-americana decorrente das peculiaridades de um processo de acumulação que, além de retardatário, é dependente dos organismos financeiros internacionais.

A sociedade brasileira já tão claramente segmentada criou meios para a manutenção e tradução desta segmentação dentro de um sistema legal e administrativamente unificado e universalizado, diferenciando o acesso e a qualidade da atenção.

Segundo Lechner,

o desafio colocado para uma ordem tão segmentada como a nossa é como chegar à modernidade com um contingente de quase um terço da população excluído dos níveis mínimos de integração, podendo ser considerada não apenas supérflua, mas como um grande peso para o Estado (*apud* TEIXEIRA, 1996, p.87).

Na atual conjuntura, as políticas públicas fornecem instrumentos eficientes na regulamentação e legitimação da “universalização excludente” por meio de um sistema de inclusão segmentada considerada como cidadania, através da abertura à iniciativa privada, à focalização e à seletividade.

Contudo, Mota (1995, p.144) esclarece que a adoção de tais medidas no Brasil não pode ser justificada da mesma forma que foi pelos países de capitalismo avançado.

Na realidade não se pode afirmar — como fazem os críticos do *Welfare State* — que os gastos com as políticas de saúde, previdência e assistência social, no Brasil, atingiram um ponto crítico em função do elevado grau de comprometimento dos recursos públicos no financiamento daquelas políticas. Tampouco se pode afirmar que houve um esgotamento do modelo de bem-estar, como vivenciado nos países desenvolvidos; por aqui não ocorreu, de fato, uma universalização do acesso aos serviços sociais, nem uma regulação estatal nos moldes das sociedades de capitalismo avançado.

Talvez seja por isso que, no Brasil, devido às exigências dos organismos financeiros internacionais e sem a consolidação dos direitos sociais e trabalhistas, a entrada do neoliberalismo tenha sido tão facilitada.

³ De acordo com Santos (1998, p.103), cidadania regulada é aquela cujas raízes se encontram não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional e que é definido por norma legal; seu desenvolvimento dar-se-ia através das extensões horizontais e verticais de privilégios.



O projeto neoliberal possui grande poder destrutivo, entretanto, sua introdução no Brasil poderia ter sido dificultada com uma contra-hegemonia, que poderia ser constituída através da estruturação e da ampliação da esfera pública.

Tal estruturação e ampliação da esfera pública poderia se dá pela participação da classe subalterna nos organismos da estrutura estatal. Contudo, a flexibilização das relações trabalhistas, a precarização da prestação dos serviços públicos e outras conseqüências da adoção do projeto neoliberal fragilizam os movimentos oriundos da classe subalterna e, conseqüentemente, as políticas sociais, dentre as quais, a política de saúde sofrem impactos negativos na sua efetivação, como será mostrado adiante.

AS IMPLICAÇÕES DO NEOLIBERALISMO À IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Nos anos 1990, os direitos sociais já conquistados passam por um processo de desregulamentação, e a política de saúde não encontra espaço para efetivar as conquistas preconizadas em lei, visto que, o Estado passa por uma contrarreforma, influenciado pela política de ajuste neoliberal e que, segundo Behring (2008), refere-se a um processo de articulação macroeconômica, iniciado na década de 1990, utilizado para desregulamentar a garantia das políticas sociais. Este processo de contrarreforma do Estado é, sobretudo, a possibilidade de avanço para o capital, fornecido em âmbito estatal.

As políticas sociais, e em particular, a política de saúde sofrem impactos determinantes a sua implementação a partir de três princípios orientadores do neoliberalismo: a descentralização, a privatização e a focalização.

A descentralização se utiliza da justificativa de que a eficácia dos gastos se daria mais facilmente quando o cidadão, maior interessado, pudesse definir como e onde alocar os recursos financeiros transferidos para estados e municípios, para colocar sob a responsabilidade dos munícipes a resolução de todos os problemas enfrentados na gestão, constituindo-se numa via de mão dupla. Isto porque, ao mesmo tempo que aproxima a gestão do cidadão, é utilizada como estratégia do governo para obrigar municípios e estados a assumirem grande parte dos gastos sociais sem o correspondente aumento dos recursos financeiros.

O princípio da focalização diz respeito à compensação da redução dos gastos públicos com o social através da adoção de uma política seletiva assistindo os grupos vulneráveis de forma a garantir a sobrevivência dessa camada social, sem sair do limiar de miserabilidade. Tal seleção não substitui, por exemplo, o salário, ocasionando o empobrecimento relativo da classe trabalhadora. A focalização visa apenas garantir a sobrevivência das classes mais pauperizadas, a fim de minimizar a agudização das refrações da questão social.



Em relação à focalização, Montaño (2001, p.21) afirma que esta

[...] constitui um processo de assistencialização da política social, ao transferir para esta última, características próprias da assistência e substituindo seu caráter preventivo pelo curativo/reparador desta, o caráter *ex-ante* da primeira pelo *ex-post* da segunda, o caráter universal da política social pela focalização própria da atividade assistencial, a perspectiva de longo prazo da primeira pelo imediatismo da segunda.

Um último princípio, que é a privatização, segundo Issuani citado por Draibe (1993, p.97), é apresentado pelos defensores do ideário neoliberal como resposta para aliviar a crise fiscal, racionalizar o uso dos recursos induzido pela gratuidade de certos serviços públicos e aumentar a progressividade do gasto público ao evitar que os setores mais poderosos se apropriem de benefícios não proporcionais à contribuição que realizam para seu financiamento.

A privatização das políticas sociais pode se dar pela venda de estabelecimentos públicos; pela diminuição na oferta e qualidade dos serviços; e pela transferência à sociedade civil da prestação de serviços públicos.

A diminuição gradativa da oferta e da qualidade dos serviços públicos levou à compra e venda de serviços pelas camadas da classe trabalhadora que supostamente podem pagar por eles, como, por exemplo, planos de saúde, planos de previdência privada e escolas particulares.

O repasse, pelo Estado, para as organizações não governamentais e outras entidades filantrópicas⁴, da responsabilidade da prestação dos serviços sociais à população carente levou ao crescimento do número de ONGs e outros, desestruturando qualquer indício de assistência social como política pública. O atendimento, conforme preceitua o princípio da focalização, é prestado de forma pontual e precária, desconstituindo qualquer caráter universal, o que significa descompromisso do Estado com as camadas da população que dispõem de recursos para comprar no mercado os bens e serviços de que necessitem, mesmo comprometendo outros aspectos de sua sobrevivência.

Estes princípios favorecem a possibilidade de o Estado transferir os recursos públicos adicionais aos prestadores de serviços privados, tendo como tendência retê-los nas camadas sociais com rendas elevadas e que possuem algum tipo de influência política (POSSAS, 1996, p.50).

As conseqüências de tais princípios são ainda mais trágicas nos países de capitalismo periférico, como é o caso do Brasil, onde não se estabeleceu, um patamar mais elevado de sobrevivência da classe trabalhadora.

⁴ Alguns autores, como Gohn (1998), Rico (1998) e Montaño (1999, 2001), discutem a entrada dessas instituições na prestação de serviços sociais, sob a denominação de Terceiro Setor.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de saúde no Brasil, depois de um percurso progressivo — da incipiência das campanhas emergenciais no início do século XX passou a ser direito de todos e dever do Estado, pelo menos no aspecto legal —, regrediu nas últimas décadas devido à adoção, pelo Estado, do projeto neoliberal.

A adoção do projeto neoliberal trouxe conseqüências gravíssimas para as políticas sociais no Brasil: a descentralização, a focalização e a privatização são os princípios orientadores para o governo realizar o que Lesbaupin, citado por Netto (2000), denomina de “*desmonte do social*”.

Particularmente na política de saúde é notória a sua mercantilização, com as empresas privadas prestando serviços às camadas da classe trabalhadora que podem pagar por eles. Em decorrência disso, críticos da área caracterizam esse processo como “*universalização excludente*”; para dizer de outra forma, esta política tende a fornecer meios e entidades para regulamentar e legitimar a segmentação social que já existe, utilizando, para isso, um sistema [dito] universalizante que inclui segregando na condição da cidadania (TEIXEIRA, 1996, p.69-91).

Enfim, deve-se ter claro, conforme afirma Saffiotti (2012, p.94) que “o SUS é o maior projeto de atendimento público do mundo e é a mais importante e avançada política de Saúde do Brasil. É pública, popular e democrática, aponta para a justiça social.” E, por isso mesmo, o Estado sempre buscará formas de fragilizar o Sistema Único de Saúde e de impor alternativas privatizantes aos cidadãos.

REFERÊNCIAS

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda dos direitos**. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

CORREIA, M. V. C. **O Controle Social sobre a Política de Saúde e seus Recursos**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 1997.

DRAIBE, S. M. **As Políticas Sociais e o Neoliberalismo**. Dossiê Liberalismo/Neoliberalismo. Revista USP. Coordenadoria de Comissão Social (CCS), n. 17, mar/abr/maio de 1993. p.86-101.



LECHNER In TEIXEIRA, S. F. Paradigmas da Reforma da Seguridade Social: liberal produtivista versus universal publicista. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996, p.69-91.

LESBAUPIN, I. Hegemonia Neoliberal, **Democracia em Declínio e Reação da Sociedade Civil**. In: LESBAUPIN, I; STEIL, C. A.; BOFF, C. Para entender a conjuntura atual. Petrópolis: Vozes, 1996. p.9-36.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário**: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

MONTAÑO, C. E. **Reforma do Estado e “Terceiro Setor”** In: AMARAL & TRINDADE (Orgs.). Serviço Social, Trabalho e Direitos Sociais. Maceió: EDUFAL, 2001. p. 15-45.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995. 248p.

NETTO, J. P. **FHC e a Política Social: um desastre para as massas trabalhadoras**. In: LESBAUPIN, I. O Desmonte da Nação: balanço do governo FHC. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 75-89.

POSSAS, C. A. **A Articulação Público-Privado e o Cuidado com a Saúde dos Pobres**: implicações das políticas de ajuste estrutural na América Latina. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.) **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 49-63.

RODRIGUEZ NETO, E. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas In: LACERDA, E. (et. all.) **Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS**: Textos técnicos para conselheiros municipais de saúde/NESP, 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. p. 07-17.

SAFFIOTTI, Alan, **Gestão em Saúde da Família, Políticas Públicas em Saúde**, 2012, São Paulo: Know How, 100p.

TEIXEIRA, S. F. **Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária**. 1995. p.25-44.