



## A POLÍTICA DE SAÚDE FRENTE AOS AJUSTES FISCAIS: avanços e retrocessos do SUS

Marianna Andrade Tomaz<sup>1</sup>

Lidiane Cavalcante Tiburtino<sup>2</sup>

**Resumo:** O presente artigo tem o intuito de fazer uma reflexão sobre a política de saúde, contextualizando o processo de Reforma Sanitária que permitiu a criação do SUS na Constituição de 1988, até os dias atuais, analisando o processo de ajuste fiscal efetivado pela ideologia neoliberal. Com destaque para os projetos de saúde em disputa e o financiamento desta política, buscando trazer algumas características dessa política no município de Campina Grande – PB.

**Palavras – Chaves:** Política de Saúde. Financiamento. Ajuste Fiscal.

### 1. Breve Contexto Histórico da Política de Saúde no Brasil

No Brasil, até o século XVIII a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal, com as transformações econômicas e políticas do século XIX surgiram algumas iniciativas como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas, no final do século a questão saúde começa a aparecer como reivindicação da classe trabalhadora. Mas é apenas no século XX, com a economia cafeeira, que a saúde emerge como questão social fruto do avanço da divisão do trabalho com a emergência do trabalho assalariado.

Na década de 1920, a saúde pública ganha um novo discurso do poder através, em 1922, da Reforma Carlos Chagas. E posteriormente, em 1923 com a Lei Eloi Chaves à criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) que possuíam um caráter de capitalização, e foi germe da previdência social.

Na década de 1930 à 1940, a saúde possuía um caráter nacional e estava organizada principalmente em dois subsetores: a saúde pública e a medicina

<sup>1</sup> Estudante de Graduação.Universidade Estadual da Paraíba(UFPB). [marianna.tomaz@gmail.com](mailto:marianna.tomaz@gmail.com)

<sup>2</sup> Estudante de Graduação.Universidade Estadual da Paraíba(UFPB)[lidiane1701@hotmail.com](mailto:lidiane1701@hotmail.com)



previdenciária. Na saúde pública centralizou-se na realização de condições necessárias mínimas, já a medicina previdenciária foi marcada pela criação dos Institutos Aposentadorias e Pensões (IAPs) que gradativamente, as CAPs, nesse contexto só tinham direito a saúde aqueles que tivessem sua profissão regulamentada.

Embora a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, e fins lucrativos tivesse montada a partir da década de 1950, e a situação da saúde pública não tivesse conseguido eliminar as doenças infecciosas e parasitárias, e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral, até 1964 a assistência médica previdenciária era basicamente fornecida pelos serviços dos institutos.

Com o golpe militar de 1964, os IAPs foram unificados no INPS (1966), nesse período a medicina previdenciária ganha ênfase em detrimento a saúde pública. Com essa unificação houve uma queda da qualidade dos serviços prestados, permitindo assim uma redefinição dos setores públicos e privados, ou seja, houve uma transferência da função provedora do Estado para iniciativa privada, estimulando o convênio-empresa e o empresariamento dos médicos como profissionais individualizados.

Na década de 80, com o processo de redemocratização do país, a saúde passa a ser interesse dos profissionais de saúde, do movimento sanitário e dos partidos políticos de oposição, o marco referencial para a discussão da saúde no Brasil foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e tiveram como eixo central a saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento setorial.

A promulgação da Constituição de 1988 representou a vitória do Movimento da Reforma Sanitária, com a promessa da afirmação e extensão dos direitos sociais frente à grave crise e ao agravamento das desigualdades sociais. Concebe a saúde enquanto política pública e parte constitutiva da Seguridade Social, ao lado da Previdência e da Assistência Social. Em 1990, são sancionadas pelo presidente as leis 8.080 e 8.142, que respectivamente, dispõe sobre as



condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; e a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde.

Porém, a partir da década de 1990 o conceito de saúde ganha outra conotação devido à ofensiva neoliberal, e que melhor abordaremos no tópico a seguir.

## **2. Os projetos de saúde em disputa (projeto privatista x projeto de Reforma Sanitária)**

A partir da década de 1990, assiste-se ao redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste neoliberal, ou seja, as políticas sociais adquirem um caráter focalizado, seletista e pontuais, vinculando ao mercado e a sociedade civil a responsabilidade que deveria ser do âmbito estatal.

É nesse contexto que os avanços da Constituição de 1988, passa a sofrer grande ataque por parte do capital. A reforma do Estado ou Contra-Reforma passa a ser uma estratégia do governo para desviar de suas funções básicas e ampliar sua presença no setor produtivo dessa forma o Plano Diretor pretendia esgotar com a estratégia estatizante e implementar uma política pública que tem como características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O Estado deixa de ser o responsável direto para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas.

Quando analisado as políticas sociais no âmbito brasileiro, percebe-se que desde do momento de fundação do SUS já contávamos com políticas que incluíam a atenção médica e hospitalar, salientando para o fato de que o Estado vinha expandindo o acesso dos trabalhadores registrados e de suas famílias mediante a criação de uma mistura singular entre o público e o privado



ressaltando o contexto do período militar onde houve uma grande expansão da rede privada, assim como analisado a base material que fundamenta a nascente SUS percebe-se o predomínio do estatal na atenção básica e de urgência e da iniciativa privada na atenção especializada e hospitalar. (OLIVEIRA; TEXEIRA; 1989 apud CAMPOS).

Segundo Campos (2009) nota-se que tal composição híbrida sustentou ao longo dos vinte anos, a constituição de sujeitos coletivos com discursos e práticas distintos o que vem a repercutir tanto numa conservação e reprodução da cultura liberal privatista com baixo grau de co-gestão ou mesmo de regulação dessas relações entre público e privado como também permite o avanço do movimento sanitário após os eventos de fundação do SUS. Salientando que grande parte dos ativistas do movimento da Reforma Sanitária, eram profissionais, pesquisadores, docentes, estudantes vinculados alguma daquela parte estatal do SUS.

É dentro desse contexto, que convivem em tensão dois projetos de saúde: o projeto de reforma sanitária, fortalecido pela Constituição de 1988, e o projeto de saúde privatista, que embora presente na ditadura, passa a ser hegemônica a partir da década de 1990.

O projeto de Reforma Sanitária tem como eixo o Estado Democrático de Direito, que vê a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, que visa à universalidade do acesso a saúde pautada no atendimento integral e a descentralização do financiamento, colocando o setor privado como complementar, trazendo a hegemonia do poder estatal frente aos atendimentos na área da saúde.

Contudo cabe-se destacar a evidência e persistência de diversos problemas na atual conjuntura que rebatem questões como financiamento, organização, infraestrutura e gestão. Fazendo com que nos deparemos com obstáculos que persistem desde o nascimento do SUS tais como: clientelismo político, fisiologismo e favoritismo; debilidade da base de sustentação política; formas obsoletas de gestão; falta de compromisso com os serviços públicos; deficiência



no suprimento de insumos como observamos na fala de PAIM (1990) e podemos observar também na fala do presidente do Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande- PB:

*“É importante destacarmos quem são as pessoas que estão ocupando os espaços de gestão das políticas de saúde, o que nota-se aqui na secretária de saúde de campina grande é uma falta de controle com relação aos serviços prestados tendo em vista a questão da informatização do trabalho, isso vem a favorecer a ingerência nas políticas reafirmadas pela falta de controle com relação aos serviços prestados abrindo espaço para o clientelismo político [...]”*

Tais premissas abrem espaço para o projeto privatista de saúde pautado na Política de Ajuste, que tem como principais tendências a contenção dos gastos com acionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central, e o papel do Estado volta-se para aqueles que não podem pagar abrindo mercado para aqueles que podem ter acesso ao mercado privado. Este projeto vem a ferir diretamente a lógica de uma universalização dos serviços como também a questão da participação popular que se mostra como uma inovação trazida pela SUS (lei 8.142/90) de recomendação do campo da democracia direta quais seja a gestão participativa e o controle social da sociedade civil sobre o Estado, efetivados na construção de espaços coletivos tais como conferências e conselhos.

Tal projeto privatista encontra respaldo na ideologia neoliberal, de Estado mínimo para o social e máximo para o capital, que não vem a tirar o Estado de cena, mas sim mudar sua agenda em favor de utilizar o poder político e fiscal dos Estados Nacionais para fortalecer os sistemas empresariais. Assim as políticas sociais, em destaque para a saúde, são polarizadas por um tipo de requisição do capital que subordina os direitos sociais à lógica orçamentária, a política social à política econômica subvertendo os preceitos constitucionais, a viabilização de direitos colocando não só as políticas de saúde como as demais pautadas conforme as regras de um livro caixa, do balanço entre crédito e déficit no cofre governamental fundamentando propostas contrárias ao SUS como as fundações



públicas de direito privado e o ressurgimento das organizações sociais.

### 3. Os impasses do financiamento da política de saúde

Os desafios com relação ao sistema de financiamento da saúde são notadamente de ordem estrutural atribuída a ideologia orçamentária dos governos neoliberais que aprovam mecanismos como a DRU (Desvinculação dos Recursos da União) vista a composição do superávit primário e o pagamento de juros e amortizações da dívida pública. Esse mecanismo vem permitindo também o descumprimento do Art. 55 que dispõe 30% do Orçamento da Seguridade Social para a Saúde.

Outro desafio apontado ao financiamento da saúde é quanto às fontes, que vem a contrariar os princípios da pluralidade do financiamento, apontando este como regressivo quando mostra-se quem paga a conta, ou seja, aumenta-se a carga tributária dos impostos indiretos que incidem sobre a produção e o consumo de bens e serviços, e isentando ou diminuindo os impostos diretos que incidem sobre o patrimônio e a renda.

Santos (2009) vem destacar a insuficiente força para continuidade ou extensão da reforma do Estado “SUS” à rede prestadora de serviços: o sub-financiamento, a pulverização dos parques repasses federais em dezenas de fragmentos, negociados um a um com os Estados e Municípios, o largo predomínio do pagamento dos serviços por produção e com valores abaixo dos custos operacionais, a desastrosa precarização da gestão dos trabalhadores de saúde incluindo o festival de terceirizações, tem sido desde 1990, os grandes indutores do perfil da oferta de serviços.

Nesse contexto vai haver um significativo crescimento do setor público municipal como empregador da força de trabalho no âmbito das políticas sociais, fruto do processo de descentralização político-administrativo. Esse processo vem demandando para a esfera municipal a expansão do mercado de trabalho. O



município passa a assumir a gestão da força de trabalho, sendo responsável direto pela contratação e gerenciamento das relações de trabalho no setor público.

O que vem se verificando no âmbito municipal é uma focalização da saúde na centralidade do programa saúde da família, sem alterá-lo significativamente, a formação dos profissionais visa à capacitação técnica para o atendimento nos Programas de Saúde da Família, estando na prática, totalmente desvinculada com necessárias melhorias nas condições de trabalho e de salário. Portando, os profissionais que trabalham no SUS, estão atuando em estrutura precária, alta demanda de atendimentos e salários baixos. O que poderemos perceber quando o presidente do Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande – PB diz:

*“Com relação à aplicação dos 15%, eu acho que eles aplicam mas aplicam muito em salário, na minha visão, executam a minoria dessa porcentagem na melhoria, a gente tem dificuldade em construção e melhoria das unidades, é muito precário a qualidade dos nossos serviços, a maioria dos prédios são alugados, temos aqui em Campina quatro unidades padrão, o resto é tudo alugado em casinhas pequenininhas [...]”.*

Então, podemos perceber que embora a Emenda Constitucional 29 tenha representando um grande avanço, pois definiu 10% para União, 12% para o Estado e 15% para o município para o financiamento da Saúde, ela ainda precisa enfrentar muitas barreiras até haver uma concretização dos princípios do SUS, já que o que se verifica é o gasto público com o pagamento de folha de salário, deixando de lado os gastos com a construção e o melhoramento das unidades de saúde.

#### **4. Considerações Finais**

Observa-se como principal empecilho para efetivação dos princípios do SUS - universalidade, - descentralização, hierarquização, integralidade, regionalização e participação social – a subordinação da política social à política macroeconômica de financeirização que vem a encolher os direitos sociais favorecendo a ampliação do espaço do mercado; o subfinanciamento e as



distorções nos gastos públicos influenciados pela lógica de mercado; a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde com a não concretização da universalidade como também os impasses com relação a gestão dos recursos e serviços de saúde.

Identificando que a política de saúde vem sofrendo os impactos da política macroeconômica gerando um não enfrentamento de questões centrais tais como a universalização das ações, o financiamento efetivo e a política de gestão do trabalho. O que apresenta é uma permanente tensão entre o ideário reformista e o projeto real em construção, assim como aspectos ideológicos e culturais em disputa como as propostas de redução do Estado, de individualização do risco e de focalização dos serviços de saúde.

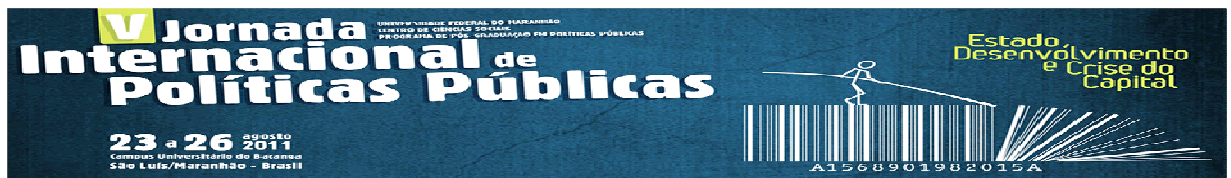
Portanto, vemos como um caminho para a efetivação dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde a organização social e um controle social feito através dos conselhos de saúde por seus gestores, devendo estes se manterem comprometidos com o que está posto na lei 8.142 e procurando enfrentar desafios que estão postos tais como publicidade das ações, formação para continuação dos trabalhos do conselho e lutar pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde, e fazer-se entender que este apesar de suas dificuldades de efetivação nos termos constitucionais, se põe como vitorioso e não podendo assim por-se por terra toda a luta democrática dos segmentos que colocaram o SUS na Constituição Federal de 1988.

## 5 Referências Bibliográficas

BRAVO, Maria Inês Souza. MATOS, Maurílio Castro de. ARAÚJO, Patrícia Simone Xavier de. (orgs.) **Capacitação para Conselheiros de Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. IN: MOTA, Ana Elizabete [ET AL] (orgs). Serviço Social e Saúde. 3º Ed. São Paulo: Cortez, 2008.





CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Modo de co-produção singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas.** IN: Saúde em debate. v. 33 nº 81. Rio de Janeiro, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira.** IN: Saúde em debate. v. 33 nº 81. Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos.** IN: Saúde em debate. v. 33 nº 81. Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção.** IN: Saúde em debate. v. 33 nº 81. Rio de Janeiro, 2009