

BREVE APRECIÇÃO SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL NO CONTEXTO DA CONTRA-REFORMA DO ESTADO

Gleiciane Viana Gomes¹

RESUMO

Este artigo objetiva analisar, em linhas gerais, a política de saúde no Brasil no contexto da Contra-reforma do Estado. Para tanto, realizou-se uma pesquisa bibliográfica e documental do tema. Na Constituição Federal de 1988, inaugura-se um novo conceito de saúde, passando esta a ser direito de todos e dever do Estado. Contudo, na década de 1990, o país começa a adotar ajustes nas políticas sociais, seguindo à lógica neoliberal. Portanto, o que se percebe é que a atual configuração da política de saúde é expressa pelo confronto entre uma política que se diz universalizante e uma que prega a sua mercantilização.

Palavras-Chave: Política de Saúde, Contra-Reforma do Estado, Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

This article intend to analyse, in general lines, the health policy in Brazil in the context of the Opposition reform of the government. For this, realized a bibliography research and documental of the theme. In the Federal Constitution of 1988, inaugurated a new concept of health, passing this to be right of all and obligation of the government. Although, in the decade of 1990, the country start to adopt agreements in the social policies, following the neoliberal logic. Therefore, what perceive is that at this moment configuration of the health policy is express by the confrontation between a policy said universal and your privatization.

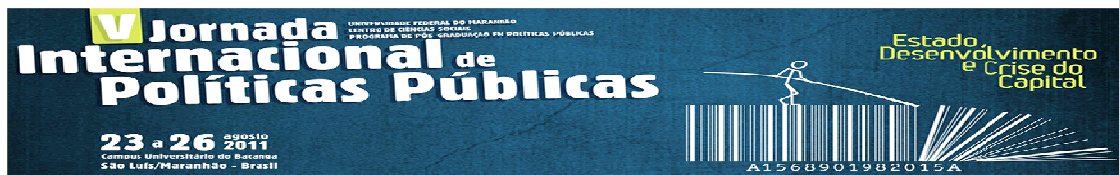
Keywords: Health Policy, Opposition Reform of the Government, Unique System

1. INTRODUÇÃO

Este artigo pretende focar a configuração atual da Política de Saúde no Brasil, indo até os antecedentes do SUS, na década de 1970, no contexto da Ditadura Militar (1964-1985). Período este em que a sociedade, em momento de autoritarismo político e social, busca lutar pela democratização política brasileira, havendo na saúde o surgimento do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Na Constituição Federal de 1988, foi estabelecida a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual despontava pautado nos princípios básicos da Reforma Sanitária, a dizer: equidade,

¹ Estudante de Graduação. Universidade Estadual do Ceará (UECE). gleicigomes@hotmail.com



universalidade, integralidade e participação social. É nesta Carta Magna que se estabelece no país pela primeira vez o conceito ampliado de saúde. No entanto, na década de 1990 há a contra-reforma do Estado nas políticas sociais, devido aos ajustes neoliberais, tendo como principais características: privatização, descentralização e focalização dessas políticas, percebendo aí o contexto de retrocesso das conquistas sociais no país.

Portanto, a atual configuração da saúde no país é protagonizada pelo confronto entre o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto de Saúde Privatista ou Articulado ao Mercado, que é vinculado à proposta neoliberal.

2. OS ANTECEDENTES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Na década de 1970, no contexto da Ditadura Militar (1964-1985), o modelo de saúde hegemônico era centrado nas ações de âmbito federal, onde o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), junto com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) dividiam a responsabilidade nas ações na área da saúde, ao ficar o primeiro responsável pelas ações preventivas de saúde, enquanto o segundo ficava responsável pelas ações curativas de diagnósticos, tratamento e reabilitação, consoante Viana (2000).

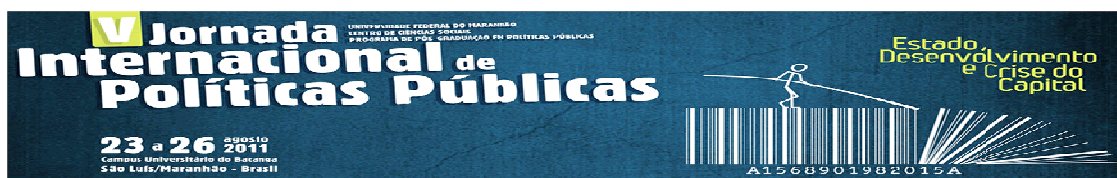
Também nesta década, conforme Paim (2009) o que se percebia quanto ao sistema de saúde brasileiro é que este era semelhante ao sistema norte-americano, sendo um sistema excludente, pois apenas os trabalhadores pertencentes ao mercado formal de trabalho podiam fazer parte da clientela dos serviços de saúde. Estes serviços eram prestados por uma multiplicidade de instituições e organizações – estatais e privadas. Este era um modelo médico-assistencial privatista que privilegiava a cura da doença ao invés da promoção e prevenção da saúde.

Com base tanto no que foi exposto como na conjuntura em que vivia o país, marcada pela crise econômica e pelo processo de redemocratização política, gesta-se o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, também conhecido como Movimento Sanitário ou Movimento pela Democratização da Saúde.

Essa crise econômica rebateu também para os serviços de saúde, posto que o Governo Federal diminuiu os recursos para o Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). Este fundo foi até o ano de 1990 a principal fonte de recursos dos programas federais de saúde, correspondendo a 90% do total das verbas.

Por conseguinte, o Movimento Sanitário Brasileiro fará o questionamento à intervenção estatal na saúde, este movimento se iniciou na década de 1970, mas foi apenas na década de 1980, mais precisamente em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que teve avanços significativos, pois foi aí que se levantou a bandeira da Reforma Sanitária.

Mendes (1995) conceitua a Reforma Sanitária como:



“um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema” (MENDES,1995:42)

3. A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: O SUS

A Constituição Federal de 1988 então irá inaugurar o conceito de Seguridade Social no Brasil, tendo por base o tripé composto pela: Saúde, Previdência e Assistência Social. A Saúde, nesta Carta Magna, passa a ser direito de todos e dever do Estado, já a Previdência Social é para quem a contribui e a Assistência Social para quem dela necessitar.

Na Saúde também se inaugura um novo conceito – o conceito ampliado de saúde, o qual vê a saúde não apenas como ausência de doenças, enfocando seu aspecto biológico, mas como resultante de todo um contexto sanitário, social, político, cultural e econômico.

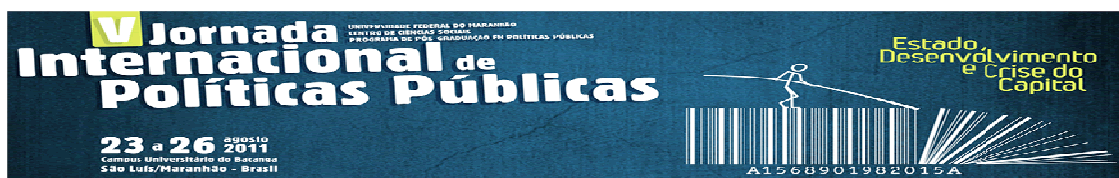
Conforme Bravo (2007), a Constituição Federal de 1988 é a mais progressiva e nela à Saúde coube cinco artigos (Art. 196-200), que determinam que esta é um direito de todos e dever do Estado, e estatuem a integração dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único.

Portanto, na Constituição de 1988, foi estabelecida a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual despontava pautado nos princípios básicos da Reforma Sanitária, a dizer: a equidade, a universalidade, a integralidade e a participação social.

Outras mudanças ocorridas com a Constituição Federal de 1988 foram a descentralização, onde União, Estado e Município passaram a ter funções específicas e autônomas para lidar com a promoção e prevenção à saúde; e a diminuição da responsabilidade dos Governos na busca pelo bem-estar da população.

A hierarquização das ações de saúde e distribuição dos serviços passam a se dar através dos três níveis de atenção: básica, média e de alta complexidade. A atenção básica – equivale aos postos de saúde – é o conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Os serviços de média e alta complexidade são os serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, sendo mencionados através da sigla MAC (média e alta complexidade), consoante Paim (2009). O nível de média complexidade - equivale às micro-regiões, as quais fazem



atendimentos de pequeno porte. Abrange tratamento ambulatorial e pequenos hospitais, que incorporam funções de nível primário e acrescenta as de tratamento especializado.

O nível de alta complexidade – equivale as macro-regiões, as quais fazem atendimentos de grande porte. A alta complexidade envolve um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde.

4. LEIS ORGÂNICAS 8080/90 E 8142/90

A Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 – *dispõe sobre as condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde*, organizando o funcionamento do SUS, através de delinear os objetivos e as atribuições; os princípios e as diretrizes; a organização, a direção e a gestão do SUS; as competências e as atribuições entre as três esferas do governo: Federal, Estadual e Municipal; o papel dos serviços privados de assistência a saúde; a política de recursos humanos; e o financiamento, o planejamento e o orçamento na política de saúde.

Por sua vez, a Lei Orgânica da Saúde – Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990 – *dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)*, sancionando as seguintes instâncias colegiadas: Conferência e Conselho de Saúde; bem como explicita sobre a transferência dos recursos destinados à saúde.

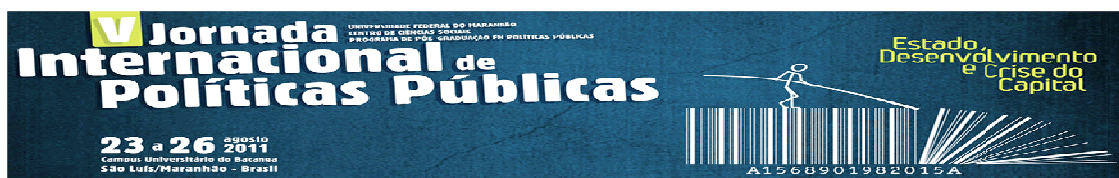
A Lei Orgânica 8080/90 teve vários vetos do então presidente em exercício – Fernando Collor de Melo, por conseguinte, no mesmo ano, foi sancionada outra lei orgânica da saúde – a Lei Orgânica 8142/90, complementar a primeira, visto às lacunas que esta se apresentou depois desses vetos, consoante Paim (2009). Já se percebe aí, por meio desses vetos, os ajustes na Política de Saúde, baseados na lógica neoliberal.

4.1 A gestão e o financiamento do SUS

Consoante lei orgânica 8080/90, a responsabilidade pela gestão do SUS se dá pelos seguintes órgãos: Ministério da Saúde no âmbito federal, Secretaria Estadual de Saúde no âmbito estadual e Secretaria Municipal de Saúde no âmbito dos municípios .

O financiamento do SUS provém dos seguintes tributos: impostos e contribuições. Consoante Emenda Constitucional nº29/2000 *os gastos da União devem ser iguais ao do ano anterior, corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados deverão garantir 12% de suas receitas para o financiamento à saúde. Já os municípios precisam aplicar pelo menos 15% de suas receitas.*

Conforme Lei 8080/90 *os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde – SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização*



dos respectivos Conselhos de Saúde. Os Conselhos de Saúde juntamente com a Conferência de Saúde são instâncias colegiadas do SUS, sendo regulamentados através da Lei 8142/90.

As três esferas do governo: União, Estado e Município devem contar com a regulamentação dos seus Conselhos de Saúde, pois para o repasse dos recursos destinados à saúde, eles são um dos pré-requisitos legais, junto com: Fundo de saúde, Plano de saúde, Relatório de gestão, contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

5. A CONTRA-REFORMA DO ESTADO NA SAÚDE

Na década de 1990, foi implementado, pelo Presidente Fernando Collor de Melo, a Política Neoliberal, que é contrária aos princípios da Reforma Sanitária (como já expresso anteriormente). Na saúde, a retórica neoliberal é expressa através do Projeto de Saúde Privatista ou articulado ao mercado. Portanto, hoje há um confronto entre o Projeto de Reforma Sanitária, garantido constitucionalmente e o Projeto de Saúde Privatista.

O Projeto de Reforma Sanitária tem como aspectos principais: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria na qualidade dos serviços com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações (BRAVO apud VIANNA, 2001). Já o Projeto Privatista na saúde tem como aspectos: contenção dos gastos com racionalização da oferta, descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e focalização (VIANNA, 2001).

O neoliberalismo prega uma política de saúde que passa a minimizar o dever do Estado, este passa a focalizar suas ações, dando prioridade a atuação para o setor mais pobre, onde os outros (que ainda podem pagar) ficam à mercê do setor privado, submetendo-se ao seu pagamento pelo acesso à saúde. Oliveira (2003) denomina isso de universalização excludente:

(...) Essa universalização, portanto, não significou a inclusão de todos os segmentos sociais de poder aquisitivo melhor, que passaram a comprar no mercado, serviços antes prestados pelo Estado. Mesmo a parcela mais pobre da população que busca os serviços do SUS muitas vezes não é atendida, ou o é de forma precária. (OLIVEIRA, 2003: 24).

Por sua vez, Costa (2003) complementa ao expor que a privatização dos serviços dessa natureza, segue a lógica que comporta três condições básicas, a dizer: a mercantilização do serviço; a garantia de demanda; o estabelecimento de critérios dados de segregação.

Lessa (2003) afirma que o usuário prioritário, portanto são os excluídos do acesso à saúde de forma integral (o sem remédio, sem-comida, sem teto, sem-exames complementares).



Outro aspecto relevante a ser destacado é a desvinculação de verbas das políticas sociais para o pagamento de juros da dívida pública. Em 1994, entra em vigor a adoção de mecanismos de desvinculação entre receitas e despesas, por conseguinte, os governos passaram a utilizar até 20% do total de impostos conforme suas conveniências políticas (FILGUEIRA, 2007). Esse mecanismo, “na época [1994, foi] chamado de Fundo Social de Emergência (FSE), mais tarde foi rebatizado como Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e hoje é conhecido como Desvinculação de Receitas da União (DRU)”, de acordo com Filgueira (2007:159).

Na política de saúde, a CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira) – hoje extinta – foi criada com o intuito de subsidiar o financiamento do SUS, no entanto entre 1997 – 2006, 18% do total de arrecadação foram desviados para o pagamento de juros da dívida pública. Equivale dizer que 33,5 bilhões de reais deixaram de ser investidos no SUS para ser investido na política macroeconômica, com vistas a conseguir superávit primário, conforme Filgueira (2007).

Consoante Paim (2009), o maior problema do SUS atualmente é o seu financiamento e não corrupção nem gestão. O referido autor, analisando os dados, percebeu que “mais da metade dos gastos em saúde no Brasil são financiados pelas famílias e empresas, com medicamentos, consultas, exames, óculos e planos de saúde” (PAIM, 2009: 100). E para um país com sistema de saúde de caráter universal, seria o Estado que maior financiaria os gastos, totalizando, no mínimo, 60%.

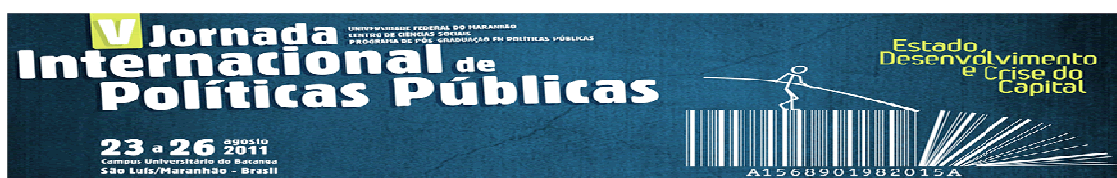
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atual configuração da Política de Saúde no Brasil é protagonizada pelo confronto entre o Projeto de Reforma Sanitária, por meio do SUS e o Projeto de Saúde Privatista. Um é oposto ao outro, e mesmo legalmente constitucionalizado, o Projeto de Reforma Sanitária está perdendo espaço para o Projeto de Saúde Privatista, tendo como principal ideologia, a Política Neoliberal.

O sistema de saúde brasileiro ainda não conseguiu se soltar das amarras que o prendem de uma política excludente, precária e que está centrada no modelo médico-hegemônico. Esta é uma característica da própria sociedade brasileira, que se reproduz nas políticas sociais, especificamente na política de saúde.

Um dos motivos da precarização da política de saúde é devido a não articulação com outras políticas sociais, privando o usuário como sujeito inserido em um contexto sócio-histórico e cultural, exigindo a aniquilação desse sujeito como apenas um portador de doença, enfocando um modelo de caráter curativo e individual.

Nas unidades básicas, na rede ambulatorial e hospitalar especializada houve um aumento da demanda, em contrapartida à diminuição/racionalização dos serviços, por conseguinte nem todos que procuram por esses serviços conseguem atendimento satisfatório. E também ainda se tem



enraizado que só o hospital é capaz de promover um atendimento de qualidade. A maioria das demandas, ao invés de procurar as unidades básicas para um atendimento mais simples, procura por hospitais que já estão com seus serviços reduzidos. Como o atendimento é insuficiente, os usuários só vão se tratar da doença, quando está já no nível mais agudo.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.
- _____. Emenda Constitucional Nº 29, de 13 de setembro de 2000.
- _____. Lei Orgânica da Saúde (SUS), Lei 8080, de 19 de setembro de 1990.
- _____. Lei Orgânica da Saúde (SUS), Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990.
- BRAVO, Maria Inês Sousa... [et al], (organizadoras). Saúde e Serviço Social – 3ª ed – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.
- COSTA, Liduína Farias A. da. O público e o privado na política de saúde: panorama atual do SUS e o serviço social. In: COSTA, Liduína Farias A. da; LESSA, Ana Paula Girão (orgs). O Serviço Social no Sistema Único de Saúde. Fortaleza – Ceará. Edições UECE, 2003.
- FILGUEIRA, Luiz A. M. Pobreza e política Social. In: A economia política do governo Lula. Rio de Janeiro: Contraponto, 2007.
- LESSA, Ana Paula G. O trabalho do assistente social no SUS: desafios e perspectivas. In: COSTA, Liduína Farias A. da; LESSA, Ana Paula Girão (orgs). O Serviço Social no Sistema Único de Saúde. Fortaleza – Ceará. Edições UECE, 2003.
- MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: Conformação da reforma Sanitária e a Construção da Hegemonia do Projeto Neoliberal. In: Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. MENDES, Eugênio Vilaça (org). 3ed. – São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995
- OLIVEIRA, Lúcia Conde de. A seguridade social brasileira como sistema de proteção social “inacabado”. In: COSTA, Liduína Farias A. da; LESSA, Ana Paula Girão (orgs). O Serviço Social no Sistema Único de Saúde. Fortaleza – Ceará. Edições UECE, 2003.
- PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- VIANA, Ana L. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: O (longo) período das reformas. In: Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico. CANESQUI, Ana Maria (org). São Paulo: Hucitec, 2000.
- VIANNA, Maria L. T. O silencioso desmonte da Seguridade Social no Brasil. In: BRAVO, Maria I. S., PEREIRA, Potyara A. P. (orgs). Política Social e democracia. – São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro:UERJ, 2001.