OS DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL NOS ANOS 2000

Maria Clara de Oliveira Figueiredo[1]

RESUMO:

Este artigo tem como objetivo discutir como vem sendo conduzida a política de saúde no Brasil nos anos 2000, apontando para alguns desafios oriundos da atual conjuntura. É resultado de pesquisa bibliográfica e sintetiza parte do processo de construção da pesquisa no mestrado em Serviço Social. Espera-se contribuir com o debate em torno da política de saúde como parte da Seguridade Social problematizando questões atuais referentes às imposições do Sistema Capitalista que limitam o desenvolvimento e afirmação cotidiana de conquistas democráticas no que se refere aos direitos sociais.
Palavras-chave: Política de Saúde. Seguridade Social. Desafios. Sistema Capitalista.

ABSTRACT:

This article aims to discuss how being conducted health policy in Brazil in 2000, pointing to some challenges arising from the current situation. It is the result of research literature and summarizes part of the construction process of research in Masters in Social Work. Expected to contribute to the debate on health policy as part of Social Security questioning current issues relating to the impositions of Capitalist System that limit the development and affirmation of everyday democratic gains in terms of social rights.
Keywords: Health Policy Social Security. Challenges. Capitalist System.

[1] Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: clarafigueiredo0310@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A chegada ao governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010), gera uma expectativa de uma reação contra o então consagrado ideário neoliberal e de consequente reversão do quadro de severas conduções anti-democráticas na política de saúde.

Porém, o que impera é o desmonte do SUS conquistado democraticamente tanto no que se refere ao modelo de gestão democrático previsto quanto à própria percepção de saúde como um direito socialmente conquistado.

Assim, esse artigo visa discutir como vem sendo conduzida a política de saúde nos anos 2000. Para tanto, inicialmente apontaremos algumas questões gerais da política de saúde no governo Lula e em seguida faremos algumas reflexões sobre as diversas tentativas de desmonte no âmbito da Seguridade Social, em especial no que se refere à política de saúde.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO GOVERNO LULA: Questões centrais

No governo Lula, de acordo com Bravo (2004 e 2006) podem ser apontados algumas inovações, mas também continuidades. Como inovações, a autora cita, por exemplo: a defesa da concepção de Reforma Sanitária esquecida nos anos noventa; a escolha de profissionais adequados com os ideais do Projeto de Reforma Sanitária; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde com a criação das Secretarias de Gestão Estratégica e Participativa – em defesa do controle social – e de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde; a convocação e realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a escolha de representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Assim, com relação aos aspectos que refletem essa continuidade da política dos anos noventa a autora faz referência: a focalização, apresentando como exemplo a centralidade na ESF, que não foi revertido em estratégia de reorganização. Nesse

sentido, a avaliação realizada por Paim (2005) acerca da AB nesse governo demonstra que houve, um compromisso do governo com a ampliação e o fortalecimento do PSF através do aumento do financiamento e aumento das equipes.

Porém, devemos compreender que o ponto central do governo para as políticas que caminham no sentido das orientações econômicas está não no aumento dos gastos sociais com saúde nem na ampliação de equipes, mas sim na proposta de focalização. Desse modo, permanece a lógica das políticas focais em detrimento da do direito e da Seguridade Social universalizada (SOARES, 2004).

O sistema de saúde democraticamente institucionalizado vem sendo atacado pela lógica vigente e o alvo principal tem sido os princípios, tais como: universalização; igualdade no acesso; descentralização com comando em cada esfera de governo; integralidade das ações; controle social e participação da sociedade na construção da política. Em contrapartida vem sendo enfatizado as propostas de terceirização, privatização, seletividade, desfinanciamento e focalização da política de saúde.

Assim, o governo Lula herda dos anos noventa a ênfase na precarização, no desfinanciamento e na terceirização dos recursos humanos, fatores que mostram que a contrarreforma na saúde, assim como nas demais políticas, vem sendo estruturada e ampliada.

Registra-se, nessa perspectiva a presença da proposta desenvolvimentista na política de saúde que de acordo com Soares (2010) demarca a saúde não como um direito, mas também como um importante setor de investimento público/privado que, juntamente com a ampliação da precarização do sistema público, garante a expansão do mercado.

3. SEGURIDADE SOCIAL EM DESMONTE: A política de saúde como alvo

Consta que uma das formas mais drásticas de desmonte da Seguridade Social é a via do orçamento. Nesse sentido, as fontes não obedecem ao princípio da diversidade que implica dizer que as contribuições sociais passam a incidir não somente

sobre a folha de salários, mas também sobre o faturamento e o lucro o que tornaria o financiamento mais redistributivo e progressivo. Quem acaba pagando a conta da Seguridade Social é, majoritariamente, a contribuição dos empregadores e dos trabalhadores sobre a folha de salário, o que torna o financiamento regressivo, uma vez que não transfere renda do capital para o trabalho (BOSCHETI, 2009)

Boscheti (2009, p. 14) nos esclarece ainda que

> Historicamente, a maior fatia de recurso do orçamento da seguridade social fica com previdência social (média de 60%), seguida pela política de saúde (média de 14%), e, finalmente, a política de assistência, com média de aproximadamente 6%. As análises históricas mostram o crescimento da participação percentual da assistência social e a redução da participação da saúde.

De um modo geral, estudiosos como Carvalho (2002) e Marques e Mendes (2007) apresentam tendências que apontam diante de reflexões sobre o orçamento da Seguridade Social, que contém a política de saúde, este é visivelmente determinado pela política econômica que vem sendo orientada pelo neolibelismo. Por esse motivo, há um processo de desfinanciamento. A respeito do desfinanciamento Mendes e Marques (2007 p. 18) afirmam que “o esforço em realizar um superávit primário superior ao acertado com o FMI implicou em constantes tentativas (vitoriosas ou não) de reduzir a disponibilidade de recursos para o orçamento da saúde pública”.

Ainda em conformidade com os estudos de Marques e Mendes (2007) a luta em diminuir os recursos destinados ao SUS não é um fato recente. E um dos seus primeiros embates é situado em 1993 quando os 15,5% das arrecadações das contribuições dos empregados e empregadores não foram repassados pelo MS. Diante disso, vários debates ocorreram no Congresso Nacional na tentativa de vincular recursos para a saúde. Apenas em 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29)[2].

[2] De acordo com a EC 29, a União deveria alocar, para o primeiro ano, pelo menos 5% a mais do que foi empenhado no orçamento do período anterior, e, para os seguintes, o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação do PIB nominal. Para os estados e municípios, a EC 29 definia a alocação de pelo menos 7% de suas receitas de impostos, compreendidas as transferências constitucionais, para o primeiro ano, sendo que o percentual deveria aumentar anualmente até atingir, no mínimo, para os estados, 12%, em 2004, e, para os municípios, 15%.

Significa dizer que essa problemática é anterior ao governo Lula e mais que isso, vem sendo aprofundada pelo governo do qual se esperava uma superação das incertezas no que se refere ao orçamento da saúde.

Sobre as investidas do governo Lula, já em 2003 (seu primeiro mandato) como parte das negociações da reforma tributária defendeu-se a redução de recursos para a saúde de R$ 3 bilhões nos estados e 2,5 bilhões nos municípios, porém mediante lutas travadas contra essa proposta foi barrada (MARQUES; MENDES, 2005 e 2007).

Sobre as tentativas de arruinar o orçamento da politica de saúde ainda consta que em julho de 2003 vou vetado o parágrafo 2, do artigo 59 da Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO)[3]. Mediante tal veto seriam consideradas como ações e serviços públicos de saúde gastos com Encargos Previdênciários da União (EPU) e com serviços da dívida pública, bem como a dotação de recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza[4]. De acordo com Marques e Mendes (2007, p. 19)

> Além dos efeitos negativos dessa redução ao orçamento do MS, o descumprimento da EC 29 pela União abriria precedente para que os estados atuassem da mesma forma, isto é: considerar como despesas em saúde outros itens que não se referem a 'ações típicas de saúde'.

A tendência de queda dos recursos para a saúde podem ser sintetizada nos dados a seguir:

[3] O parágrafo 2 do artigo 59 da LDO 2004 na Lei nº 10.777 foi reintroduzido em 25 de novembro de 2003. Assegurou-se nesse contexto que os encargos previdenciários da União, os serviços da dívida e a parcela das despesas do Ministério financiada com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza não seriam considerados como ações e serviços públicos de saúde (MARQUES; MENDES, 2007).

[4] Em 2005, essa mesma problemática ressurge quando o governo tentou incluir como despesas com saúde os gastos com assistência hospitalar aos militares e seus dependentes. Neste caso, seriam consideradas no cálculo de ações e serviços de saúde, o que diminuiria em R$ 500 milhões o orçamento do MS.

Anos	Total Pago Seguridade Social (A)	Fundo Nacional de Saúde - FNS (B)	% B/A
2000	130.885.365.080	18.464.660.141	14,10
2001	151.445.666.178	20.657.322.442	13,64
2002	175.471.998.237	23.166.845.267	13,20
2003	197.948.411.715	24.899.631.046	12,57
2004	227.145.544.225	30.093.752.121	13,24
2005	259.624.334.260	33.195.811.773	12,78
2006	303.028.000.000	40.746.200.000	13,44
2007	347.286.000.000	45.797.200.000	13,18

Tabela 1- Recursos liquidados da Seguridade Social no Fundo Nacional de Saúde (FNS) - em bilhões – Fonte: Boschetti e Salvador (2006) E ANFIP (2007)

A progressiva redução do Fundo Nacional de Saúde (FNS) no orçamento da Seguridade Social é visível. Assim, embora se observa o aumento nominal dos recursos a média de destinação não vem acompanhando o crescimento do OSS prevalecendo a estagnação na destinação dos recursos para a saúde enquanto observa um crescimento para a assistência social, devido, sobretudo ao pagamento de programas focalizados e seletivos (MARTINIANO; DAVI; JUNIOR; BRANDÃO; SILVA (2009).

Ainda nesta perspectiva de desmonte da política de saúde como a mais cabal expressão dessa contrarreforma dos governos e em foco, do governo Lula, ainda podemos destacar a regulamentação das Fundações Estatais de Direito Privado para a gestão das instituições públicas de saúde, mediante o projeto de lei 92/2007. Os formuladores desse projeto justificam a criação dessas fundações afirmando:

> Setores em que cumpre ao Estado atuar de forma corrente com a livre iniciativa, exercendo atividades que, embora consideradas de relevância para o interesse público, não lhes sejam exclusivas, necessitando para isso, de maior autonomia e flexibilidade de gestão que favoreçam a eficácia e a eficiência da ação governamental (MPOG. 2007, p. 10)

Tende-se claramente, à implementação da privatização no nível de gestão da saúde, num processo claro em que o Estado passa a dividir obrigações com o mercado, afim de abrir-lhe espaço para a realização do capital e do lucro.

Essa tendência à privatização da política de saúde alastra-se e chega aos estados e municípios brasileiros com discurso é de melhorar a eficácia, eficiência e, conseqüente, qualidade dos serviços ofertados.

Embora os movimentos sociais tenham reagido amplamente a essas proposições, sobretudo na 13ª Conferencia Nacional de Saúde, a proposta foi aprovada o que revela-nos a ação do governo no sentido de banalizar os mecanismos de participação social na saúde (conferencias e conselhos).

Como parte de toda uma lógica empregada pelo grande capital de fragilização das lutas sociais juntamente com as proposições da contrarreforma do Estado, o movimento sanitário que se iniciou na década de 1980, já não é mais o mesmo. Está recuado e as resistências em sua defesa são incipientes.

A dificuldade em dar corpo a gestão participativa de modo a ampliar o poder dos usuários nos serviços de saúde ou em qualquer instituição pública provém da própria cultura política presente na história do Brasil, que não permitiu a criação de espaços de participação no processo de gestão das políticas sociais públicas, havendo sempre o predomínio da burocracia e ênfase em práticas de cooptação da população ao populismo e ao clientelismo (BRAVO; SOUZA, 2002).

Além disso, outros agravantes já existentes na tradição das organizações de saúde vão sendo mantidos de modo que se torna funcional ao sistema. Um deles é a concentração do poder nos diretores, nos médicos e nos especialistas o que demostra que embora o SUS tenha introduzido a diretriz do controle social a ideia de gestão compartilhada estão concentradas nas conferências, e nos conselhos e não necessariamente estão internalizadas aos serviços e programas (CORTES, 2002).

A questão cultural que impera também vem impactando negativamente na política de saúde, uma vez que o padrão de subjetividade dos profissionais está envolvido pela lógica da concorrência, modo predominante de funcionamento das instituições na contemporaneidade (JAMESON, 1996). Esse fato vem a reforçar as ações profissionais centradas em um único saber sem que haja, consequentemente um trabalho compartilhado com vistas à interdisciplinaridade.

Além disso, para que a interdisciplinaridade ocorra de fato e contribua para aumentar a eficácia das intervenções, é essencial que se tenha condições para comunicação entre os profissionais, como também "montar um sistema que produza um compartilhamento sincrônico e diacrônico de responsabilidades pelos casos e pela ação prática e sistemática conforme cada projeto terapêutico específico" (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Essa realidade nem sempre existe e os profissionais da saúde esgotam as suas ações na perspectiva do imediato e sem uma maior conexão entre o seu saber e o dos demais. Assim, é possível verificar grandes desafios para a afirmação do trabalho em equipe uma vez que o dia-a-dia profissional ainda é desfavorável e o perfil do profissional de saúde ainda se mostra aquém.

Essa tendência na verdade surge como resultante da atual lógica em vigência apontando para esses sujeitos como parte do contexto em que estão inseridos, pois as determinações oriundas da desta lógica influem diretamente no modo como são desenvolvidas as ações dos mesmos cotidianamente, seja de modo consciente ou não esses indivíduos acabam por reproduzir toda essa lógica.

Assim, referencial adotado pela maioria dos profissionais de saúde permanece restrito a sua área de atuação – o que predomina é, pois, o saber filiado a racionalidade biomédica – o que impossibilita a realização de ações em saúde que pensem o processo saúde doença de modo complexo e, de fato, fruto de múltiplas determinações.

4. CONCLUSÃO

Considera-se aqui que toda a lógica presente na condução da política de saúde no século XXI vem montando o palco onde atuam as propostas de ação em saúde as quais não estão imunes a determinações oriundas deste cenário que muitas vezes limitam-nas, pois rebatem nos seus princípios gerais norteadores e nas formas de objetivá-las cotidianamente.

Sem dúvidas, as continuidades e os retrocessos parecem ter exercido uma pressão maior nas práticas em saúde nesse contexto, embora a sociedade tenha, em

muitos momentos, se manifestado e obtido êxito – sobretudo quando impulsionara a criação do SUS – pois as supostas inovações acabam por perderem-se no nível do discurso, uma vez que a prática demonstra claramente que os interesses giram em torno da política macroeconômica de cunho anti-democrático.

Decerto, os desafios de consolidar os princípios da Reforma Sanitária, materializados nas leis que institucionalizaram do SUS permanecem no atual contexto, uma vez que ataques constantes são efetuados contra a universalização, a integralidade a intersetorialidade, ao controle social e participação popular e são promovidas ações que cada vez mais caminham para a defesa do desmonte do SUS; da precarização do trabalho; da seletividade, desfinanciamento e focalização da política de saúde. Em resumo, a disputa entre o Projeto Privatista e o Projeto de Reforma Sanitária é mantida no atual governo.

REFERENCIAS

BOSCHETTI. IVANETE. **Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação.** CFESS, Revista Inscrita, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete & SALVADOR, Evilásio. Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, v. 87, 2006. p. 25-57.

BRAVO, M.I. Serviço Social e saúde: desafios atuais. In: **Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios** (13). São Luís: ABEPSS, Janeiro.- Junho / 2007.

BRAVO, M.I. **Superando Desafios - Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário** *Pedro Ernesto* (4). Rio de Janeiro: UERJ /HUPE, 1999.

BRAVO, M.I; MATOS, M. C. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. *In:* BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida (Organizadoras) **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRAVO,Maria Inês Souza. A Política de Saúde no Governo Lula: algumas reflexões.In: **Revista INSCRITA** *n.9*.Brasília:CFESS, 2004.

BRAVO. & Menezes, J. S. B. Política de Saúde no Governo Lula: Algumas Reflexões. In: **Movimentos Sociais, Saúde e Trabalho.** Organizadores, Maria Inês Souza Bravo [et al.]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010.

BRAVO. "Superando Desafios - **O Serviço Social na Saúde na década de 90". In: Superando Desafios – Cadernos do Serviço Social do HUPE (3)**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

BRAVO. A Política de Saúde no Brasil.In: Mota et.al.(Orgs.)**Serviço Social e Saúde:formação e trabalho profissional**. São Paulo:Cortez, 2006.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro, 23(2): 399-407, fev. 2007.

CORTES SMV. **Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde.** Sociologias 2002; (7):18-48.

JAMENSON, Frederic. **Pós-modernismo: a lógica cultural do capitalismo tardio**. São Paulo: Ática, 1996.

MARQUES, R.M. MENDES, Á. SUS e Seguridade Social: em busca do elo perdido. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 39-49, maio-ago. 2005.

MARQUES, R.M. MENDES, Á. Democracia, Saúde Pública e Universalidade: o difícil caminhar. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.16, n.3, p.35-51, 2007.

MARTINIANO, C.; DAVI, J.; JUNIOR, G.M.; BRANDÃO, I.C.A.; SILVA, A.L.M.A. A luta pela vinculação de recursos para a saúde pública no braisil a partir do paradigma da universalização. In: MARTINIANO C. DAVI, J.; PATRIOTA, L.M. (Organizadoras). **Seguridade Social e Saúde: tendências e desafios.** Campina Grande EDUEPB, 2009.
MOTA. A.E. **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.

SOARES, R.C. Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social no anos 2000. In: **As ideologias da contrarreforma e o Serviço Social/**organização: Ana Elizabete Mota. – Recife: Ed. Universidade da UFPE, 2010.