



CONSTITUIÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: da estatização progressiva a privatização neoliberal do SUS

COSTA, Maria Dayanne Silvestre

LAMENHA, Rafaela Vieira

RESUMO: O presente trabalho possui o objetivo de discutir como tem se dado o processo de privatização do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro do amplo processo de contrarreforma do Estado Brasileiro e de implementação das medidas de cunho neoliberal. Ademais, será inserido o debate sobre a concepção dos novos modelos de gestão do SUS, adotados no contexto geral de financeirização do capital.

PALAVRAS-CHAVE: Privatização; Neoliberalismo; Sistema Único de Saúde.

1. INTRODUÇÃO:

Com o desenvolvimento do capitalismo monopolista foi instaurada a livre concorrência entre os grupos monopolista, os quais consideravam uma grande guerra, necessitando da intervenção estatal que atuava como organizador da economia e articulava econômica e politicamente, e em meio à concorrência, atribuía-se de funções diretas (fornecimento de energia e matérias primas a baixo custo, concessão de subsídios aos monopólios e socialização das perdas) e indiretas (investimentos públicos em meios e transportes, infraestrutura, a especialização necessária da força de trabalho), criando condições favoráveis e situação propícia para a acumulação e valorização do capital. (NETTO, 2006, p.26).

Enquanto no capitalismo concorrencial, o Estado intervia basicamente a fim de preservar a propriedade privada da burguesia, no capitalismo monopolista o Estado articulava-se política e economicamente para a reprodução ampliada e rápida do capital, com vistas a conservar a força física do trabalhador e controla-la. O Estado também partilhava da socialização dos custos do capitalismo monopolista através dos recursos sociais e públicos que eram repassados aos monopólios por meio da segurança da reprodução e manutenção da força de trabalho que era feito através de sistemas de previdência social, segurança social e políticas públicas que através da institucionalização e alargamento dos direitos e garantias cívicas e sociais alargava-se a base e sustentação o Estado. (NETTO, 2006, p.42)



Na medida em que eram implementadas medidas públicas para enfrentar as refrações da questão social, as sequelas eram deslocadas para o espaço individual do trabalhador, convertendo as refrações da questão social em problemas sociais e sob a ótica da individualização transformava os problemas sociais em problemas pessoais, psicologizando os problemas sociais da vida do trabalhador, desistorizando e naturalizando os fatores causadores da questão social, analisando-a não pelos fatores macroscópicos, mas por uma visão limitada, transferindo a responsabilidade da resolução de tais problemas para o próprio trabalhador no plano individual, o ajustando a lógica capitalista e psicologizando as relações sociais, sob a forma e moralização a questão social também¹. Com o processo de transição do capitalismo concorrencial para a era dos monopólios que, do ponto de vista social caracteriza-se pelo recrudescimento do pauperismo. (NETTO, 2006).

Assim, a emergência do surgimento e institucionalização do Serviço Social dar-se-á por uma necessidade objetiva de uma sociedade norteada pela lógica do mercado, que cria o exército de reserva, e empobrece e pauperiza cada vez mais os trabalhadores no interior das fábricas produz forçadamente a mercadoria para a geração da mais-valia² em troca da sua subsistência. O Serviço Social será a profissão que, contida no bojo do conjunto de estratégias do Estado, terá um caráter político ideológico, permeado pelas contradições do processo de dominação econômica e política da burguesia e pelas lutas e reivindicações dos trabalhadores.

Segundo Yamamoto (2007), na realidade brasileira na década de 1950, o capitalismo monopolista adquire espaço não somente econômico, mas respaldo de políticas e ações governamentais, pois o capitalismo monopolista mundial exigia um desenvolvimento com segurança articulados com as garantias econômicas sociais e políticas. Com tais mudanças a burguesia se via obrigada a reajustar e fortalecer seu modo de dominação com garantia de sua própria sobrevivência e isso acontecia através de suas relações com o Estado que agia no plano econômico, político e social, passando a apoiar e se adequar ao desenvolvimento capitalista com o objetivo de acelerar a acumulação de lucros, favorecendo a modernização tecnológica. A questão social e seu agravamento passaram a ser tratada com repressão e assistência, onde eram

¹ Entende-se por questão social as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, bem como as expressões da desigualdade social e econômica entre as classes.

² A mais valia capitalista é o trabalho excedente não pago aos trabalhadores e se divide sob duas formas, a mais valia absoluta (prolongamento da sua jornada de trabalho) e a mais valia relativa (potenciamento do trabalho acima do grau médio).



desenvolvidos programas de cunho assistenciais regulados e centralizados pelo Estado visando à garantia de uma estabilidade social e a expansão capitalista, buscando neutralizar manifestações da classe trabalhadora através do reconhecimento de alguns direitos para os inseridos no mercado de trabalho e com a ampliação dos serviços sociais, houve uma expansão do campo profissional do assistente social, o qual assumia e enfrentava as funções relativas à implementação das Políticas Sociais até então adequada a lógica capitalista. (IAMAMOTO, 2007, p.99).

No contexto brasileiro, a priorização do setor privado de saúde vem desde meados da década de 1970, quando a intervenção estatal ocorreu de forma privatista e excludente. Até então, o modelo de assistência preconizado era baseado em ações individuais médico-hospitalares e na priorização da contratação do setor privado por intermédio das Caixas e Institutos de Aposentadorias e Pensões, as quais podem ser consideradas como agenciadoras do processo inicial de privatização da saúde no Estado brasileiro, uma vez em que os critérios delimitados colocavam somente os trabalhadores urbanos em posição de privilégio, pois sua vinculação formal ao mercado de trabalho era garantia de inserção nas políticas sociais da época (CORREIA, 2005).

Segundo Netto (1992), as sequelas do “modelo econômico” saturaram o espaço brasileiro e intensificaram as refrações da questão social que passaram a ser tratadas pelo Estado ditatorial através de políticas sociais. Devido a tal situação, o Estado reformulou as estruturas das instituições sociais, tanto na organização quanto no funcionamento.

Seguindo esse caminho, Bravo (2001) destaca que a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas que, “ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressiona o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização” (ibidem, p. 06). Até o final do período populista, o sistema de saúde brasileiro configurou-se basicamente como um modelo de seguro social, ou seja, onde

Na conformação da ditadura militar, o Estado colocou-se a serviço do capital, suas expectativas de expansão e desenvolvimento econômico. O arranjo político institucional posto será marcado pela centralidade de dois componentes. O primeiro deles é o estatizante, marcado pela centralidade do aparelho estatal na execução de políticas públicas, que serão utilizadas como forte instrumento de regulação social. O segundo componente é o privatista, através do qual o regime ditatorial irá protagonizar



forte tendência de mercantilização dos serviços públicos, por meio do estabelecimento das associações entre o público e o privado:

a universalização das políticas sociais se processa de maneira combinada à mercantilização de serviços. Dessa forma, forja-se um sistema público de baixa qualidade para a massa da população brasileira, devido a não priorização de investimentos na estrutura da administração direta. Por outro lado, cria-se um sistema privado (principalmente nas áreas de saúde e educação) para as camadas média e alta da sociedade. Portanto, desenvolvem-se políticas sociais de tendência universalizante, conduzidas pelo Estado, porém constituídas sobre uma estrutura institucional residual e precária para desenvolver tal tarefa (FILHO, 2006, p. 235).

Contudo, o fim do regime autocrático burguês em consonância com alguns fatores como a conjuntura de crise econômica que assolava o cenário internacional e começava a repercutir no Brasil, o crescimento da demanda popular pela ampliação dos serviços médicos, bem como a insatisfação dos trabalhadores de saúde em relação ao modelo vigente, o custo cada vez maior da medicina curativa privada, a falta de resolução dos problemas coletivos de saúde (endemias, epidemias e mortalidade infantil) e o uso de dinheiro da previdência para outros setores econômicos, geraram uma crise na forma de atendimento e concorreram para prover uma reorganização da atenção à saúde no país (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986). Tal contexto concorreu para o desenvolvimento de duas correntes político-ideológicas, as quais propunham uma reflexão sobre o setor.

A primeira corrente se ancora na defesa da privatização da saúde, sendo constituída basicamente por representantes da indústria farmacêutica, de laboratórios e de hospitais privados, ou seja, o complexo médico-industrial, visando atender aos interesses do capital na área da saúde. A segunda corrente, formada principalmente por intelectuais, profissionais de saúde e pelo movimento estudantil, foi denominado de Movimento Sanitário, o qual questionando o modelo de assistência médica até então vigentes marcado pela primazia do setor privado, emerge levantando como bandeira de reivindicação a redemocratização do país ao tempo em que lutava por uma nova concepção de saúde e pela consolidação de um sistema público que fosse único, universal e igualitário.

Nesses termos, a Constituição Federal aprovada em 1988 incorporou grande parte das propostas do Movimento da Reforma Sanitária. A Carta Magna trouxe avanços importantes quantos aos direitos sociais, possibilitando que os mesmos fossem assegurados do ponto de vista legal, alterando ainda as disfunções sociais que vinham sendo reproduzidas ao longo décadas - consubstanciadas num cenário onde previdência e saúde eram entendidos como direitos condicionados ao e pelo trabalho-,



as quais apontavam para a incapacidade de universalizar os direitos.

No entanto, veremos adiante como a edificação do Sistema Único de Saúde ocorreu em meio a uma desfavorável conjuntura de crise político-econômica que concorreu largamente para a entrada, ainda que retardatária, do projeto neoliberal no país, reorganizando as relações entre Estado e sociedade em bases completamente distintas daquelas defendidas pelos formuladores da Reforma Sanitária.

2. DESENVOLVIMENTO

Nessa década, os avanços representados pelas conquistas da Constituição de 1988, reconhecendo a educação como um direito de todos, definindo a responsabilidade por sua promoção e incentivo estiveram ameaçados pela expansão do neoliberalismo que fundamentou os governos federais dessa década no Brasil.

Segundo Loureiro (2010), o neoliberalismo tem suas raízes ligadas a uma prática política e econômica que objetiva contribuir para a tarefa de reorganização do Estado e recuperação dos lucros da burguesia. A classe burguesa necessitava de uma maneira simples e eficaz para recompor o poder do capital e o neoliberalismo contemplava tais necessidades, pois cultuavam a instauração de um capitalismo flexível e desregulamentado, afetando diretamente ao trabalho. Assim, o neoliberalismo é uma resposta ideológica articulada para conter a crise do capital em que modificavam as características mercadológicas daquele momento e do Estado nos gastos públicos. Portanto, para conter a inflação e estagnação, o neoliberalismo desenvolvia como solução uma reestruturação do Estado, em que foi reordenado minimamente para a sociedade e de forma máxima para o capital, pois priorizavam os interesses capitalistas e não a necessidade real da sociedade.

O neoliberalismo é caracterizado, segundo Loureiro (2010), pelo domínio do privado sobre o público, onde reduzem a atuação do Estado em âmbito público, o que acarreta a privatização das empresas estatais, flexibilizando as relações trabalhistas e combate as regulações financeiras e ao protecionismo econômico dos países, entendidos como obstáculos ao livre comércio internacional; afirmação do mercado enquanto esfera capaz de regular e equilibrar a economia e as relações sociais; redução das funções do Estado à atuação em setores não rentáveis para o mercado e a garantia da ordem estabelecida, dos contratos efetuados, da propriedade privada e do livre mercado.



O neoliberalismo como resposta à crise estrutural do capital, introduziu princípios em busca da reconfiguração dos países periféricos, e o Banco Mundial teve papel fundamental, estabelecendo os parâmetros a serem seguidos pelos países devedores, eliminando o controle financeiro e instaurando uma política de ajuste macroeconômico e uma contenção de gastos sociais e ampliando o processo de privatização em setores do Estado. Tais programas de ajuste estrutural visavam à garantia do pagamento da dívida como a eliminação da possibilidade de políticas nacionais serem incompatíveis com os padrões de desenvolvimento da atual fase do capitalismo global. O Banco Mundial concedia empréstimos, financiava projetos e se inseria no processo de elaboração da política interna dos países periféricos, rumo ao um projeto de estruturação neoliberal, fazendo exigências inclusive para a concessão de tais empréstimos. (LOUREIRO, 2010).

A década de 1990 será marcada pelo condicionamento de reformas na esfera política combinando, por um lado, as conquistas de cunho democrático - cuja expressão mais forte foi Constituição de 1988 - e por outro lado, a contrarreforma neoliberal. No âmbito da política de saúde, apesar da contemplação do Sistema Único de Saúde (SUS) é possível observar que desde a sua criação, os princípios que o norteiam, que incluem a universalização, a descentralização e participação democrática, vem sendo diluídos na prática com a tomada de uma série de medidas que, entre outras coisas, contribuem para o sucateamento dos serviços, precarizam as condições de trabalho dos servidores públicos, restringem as formas de financiamento e privatizam as unidades de saúde.

Em síntese, as limitações para efetivação do SUS estão incluídas num contexto mais amplo de enfrentamento da crise contemporânea mundial que vai implicar na propugnação da reforma gerencial do Estado brasileiro e sua adesão aos Programas de Estabilização Econômica e Ajuste Estrutural ditados pelas agências multilaterais de crédito, como o Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI). Tal reforma vai apontar para a necessidade de limitação das funções do Estado - que “deixaria de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico-social pela via da produção de bens e serviços, passando a exercer somente a função de promotor, regulador e financiador desse desenvolvimento” (CORREIA, 2011, p.42) e o fortalecimento do setor privado na oferta de serviços de saúde.

Nesta perspectiva, o setor privado da saúde tem se expandido duplamente: no livre mercado e por dentro do SUS. Tal processo de mercantilização vem se dando de duas formas: através da compra de serviços privados de saúde “complementares” aos



serviços públicos e através do repasse da gestão do SUS para entidades privadas e/ou de direito privado, conformadas nos chamados modelos de gestão privatizantes.

No plano operativo, vemos ainda que a privatização de um sistema público pode ser processado por duas vias. No denominado processo de privatização clássica, o Estado abdica de ser o próprio agente econômico produtivo e empresarial, através da venda direta dos serviços para empresas (CORREIA, 2005). Por outro lado, quando o Estado abstém de ser o executor direto de serviços públicos, promovendo o deslocamento da gestão para o setor privado não-lucrativo, temos o que alguns autores (GRANEMANN, 2011) classificam como privatização não clássica, de que são exemplos os modelos privatizantes de gestão.

Na análise de Souza Filho (2006, p. 333), a estratégia da Reforma do Aparelho do Estado, consubstanciada no Governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), era viabilizar o ajuste fiscal e a mudança institucional da administração pública, através de dois mecanismos. O primeiro estava voltado, por um lado, para a redução do aparelho do Estado, via privatização, terceirização, extinção de órgãos e focalização dos gastos sociais. O segundo mecanismo reorganizava a relação entre formulação e implementação de políticas, redefinindo a relação de controle, através da descentralização e estabelecimento de critério de performance, que seriam acompanhados via contratos de gestão, a partir da transformação de determinados órgãos administrativos em organizações sociais ou em agências executivas, os quais perfazem os modelos privatizantes de gestão.

Seguindo tais deliberações, através do programa de publicização, as autarquias e fundações públicas foram transformadas em Organizações Sociais (OSs), isto é, entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que teriam por autorização legal direito a dotação orçamentária, condicionada essa à celebração de contratos de gestão com o Poder Executivo, "cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde" (Art. 1º da Lei 9.637/98).

O que se observa é que o projeto das Organizações Sociais – além de da prestação direta pelo Estado dos serviços de saúde – viabilizam a mercantilização do setor porque: são reguladas por mecanismos alheios ao SUS; detêm autonomia para definir em seus regulamentos os procedimentos que irão adotar para a contratação de obras, serviços e compras, além das formas de admissão de seus servidores, estando isentas de realizar licitações; personifica a flexibilização das relações de trabalho, ao substituir o Regime Jurídico Único pela contratação de servidores via Consolidação das



Leis do Trabalho (CLT); não contribuem para a constituição do fundo público, apesar de ter seu financiamento viabilizado por este; e os mecanismos de controle social são bastante centralizados.

Para finalizar a discussão do presente item, cabe ressaltar que foi no caderno nº 13, de 1998, elaborado pelo MARE e intitulado A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde, que foram apresentadas as propostas para a reforma na saúde de forma mais contundente. No documento afirma-se que os serviços ambulatoriais e hospitalares oferecidos pelo SUS são de baixa qualidade, por isso o cidadão é obrigado a enfrentar filas imensas deparando-se com um atendimento sempre precário, em que se “favorece desnecessariamente as internações hospitalares em detrimento do tratamento ambulatorial, que é mais barato e capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde” (BRASIL, 1998, p. 12-13). O foco da reforma é investir na atenção básica, que ficaria sob a responsabilidade do Estado, por ser menos onerosa e não auferir grandes lucros.

Ou seja, este rearranjo administrativo que tem por estratégia principal a separação dos referidos subsistemas, evidencia a distinção entre os serviços de saúde que serão atribuições exclusivas do Estado- incluindo-se aí os serviços de baixa complexidade – e os que não são de responsabilidade direta da máquina estatal, concentrando os esforços do governo apenas no financiamento e controle dos serviços de alta e média complexidade, donde “os hospitais e ambulatórios deverão, em princípio, serem organizações públicas não-estatais, competindo entre si no fornecimento de seus serviços ao SUS” (BRASIL, 1998, p. 23). Dessa forma, para os serviços públicos sob o gerenciamento total do Estado, está prevista a racionalização dos recursos e do acesso ao atendimento hospitalar. Tal contexto vem redundando:

Flexibilização do SUS; redefinição do papel dos estados federados na gestão do Sistema de Saúde; estabelecimento de um pacote de benefícios padrão; limitação do acesso à serviços de atenção terciária; controle da oferta de serviços público sem função dos custos; adoção de formas de co-pagamentos; ênfase no controle resultados; favorecimento à iniciativa privada; incentivo à concorrência na prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares , envolvendo instintivamente os setores público e privado e ; do papel regulador do Estado, com o deslocamento de atribuições para as entidades de classe e organizações públicas de direito privado [...] (RIZZOTTO, 2000, p. 163).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Com base no que foi exposto nesse capítulo, o que se observa é que o SUS vem enfrentando momentos críticos desde sua constituição, sofrendo com as investidas



contrareformistas as quais, em consonância com as orientações dos organismos financeiros internacionais, vêm apostando desestatização, mercantilização e privatização do setor. Outrossim, a Constituição Federal assegura o direito à saúde e educação como dever do Estado, impedindo-o de se desresponsabilizar da prestação destes serviços, não podendo repassá-los para entidades privadas, que deverão funcionar de modo complementar ao público, apenas quando as disponibilidades “forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área” (arts. 24 a 26 da Lei nº 8080/1990), não referindo a permissividade para a entrega completa de patrimônio, recursos humanos e financeiros para entidades privadas.

REFERÊNCIAS

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o Controle Social: subsídios para a capacitação de conselheiros**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

_____. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B (org.). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius; ADUFRJ, 2011.

GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, S. B. de. (orgs.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Divisão do trabalho e Serviço Social**. In: Renovação e Conservadorismo no Serviço Social - Ensaio Críticos. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

LOUREIRO, Bráulio Roberto C. **O contexto neoliberal: as recomendações educacionais do Banco Mundial como respostas a crise estrutural do capital**. Espaço de Interlocução em ciências humanas. São Paulo, N.11, 2010.

NETTO, José Paulo. **As condições histórico-sociais da emergência do Serviço Social**. In: NETTO, José Paulo. Capitalismo Monopolista e Serviço Social. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2006. P. 15-81.

SOUZA FILHO. Rodrigo de. **Estado, Burocracia e Patrimonialismo no Desenvolvimento da Administração Pública Brasileira**. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.