



SAÚDE PÚBLICA E NEOLIBERALISMO: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS CARACTERÍSTICAS E GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL

Pollianna Marys de Souza Silva¹

Larissa Fernandes da Silva²

RESUMO

A consolidação da saúde como um instrumento para melhorar a vida da população só se desenvolveu depois da 2ª Guerra Mundial com o advento do capitalismo, do Welfare State-WE ou Estado de Bem-Estar Social, e dos sistemas de saúde da Europa e EUA. O Sistema Único da Saúde (SUS) brasileiro teve sua origem na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília-DF, que serviu como base para a Constituição de República Federativa do Brasil. O objetivo dessa pesquisa é analisar a partir da literatura os desafios/obstáculos do SUS em sua funcionalidade e o impacto de uma doutrina neoliberal na saúde pública. Caracteriza-se esse estudo como descritivo e qualitativo e utilizou-se de análise comparativa a partir de pesquisa na literatura com os temas: neoliberalismo, Sistema Único de Saúde/SUS e saúde pública. Conclui-se tal estudo apontando que as ideias neoliberais, na prática entram em conflito com a saúde pública no Brasil, tendo em vista que essa doutrina defende a privatização, além disso, o SUS tem uma ampla funcionalidade em diversas áreas que abrangem a saúde e cabe ao Estado fornecer ações práticas e investimento que priorizem esse sistema.

Palavras-chave: Gestão de saúde pública; Neoliberalismo; Sistema Único de Saúde; Privatização da saúde.

¹ Fisioterapeuta, Especialista em Análise de Situação de Saúde pelo Instituto de Patologia Clínica e Saúde Pública da UFMG e atualmente é doutoranda do Programa de Pós Graduação em Ciência da Informação/PPGCI da UFPB. Coordenadora dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde/NEP- e de Segurança do Paciente/NSP/HRMAB - Rede Sesap. E-mail: pollianna_marys@hotmail.com.

² Arquivista, Mestre em Ciência da Informação pela UFPB e atualmente é doutoranda do Programa de Pós Graduação em Ciência da Informação também pela UFPB. E-mail: larissafernandes.arquivista@gmail.com.



1 INTRODUÇÃO

Gradativamente na história da humanidade, os sistemas políticos e econômicos perpassaram por alterações e estão cada vez mais em evidência devido ao posicionamento e ascensão de alguns grupos políticos que defendem os ideais neoliberais. Entretanto, existem algumas áreas que podem ser afetadas e sofrer maiores impactos, já que certos sistemas entram em discordância com o neoliberalismo, uma delas, é a área da saúde pública.

A consolidação da saúde, como um instrumento para melhorar a vida da população apenas ocorreu depois da 2ª Guerra Mundial com o advento do capitalismo, do Welfare State-WS³, ou Estado de Bem-Estar Social, e dos sistemas de saúde da Europa e EUA. Antes dessas mudanças, a saúde era considerada como um “negócio” que proporcionava lucros aos que viviam dela (ELIAS, 2005).

O WS é uma forma de política social que busca o universalismo através da ampliação do conceito de cidadania. Conforme Medici (2005) o Estado de Bem-Estar Social foi desenvolvido a partir do fim dos regimes totalitários da Europa (Nazismo e Fascismo) e com a hegemonia dos governos sociais democratas e das correntes eurocomunistas, baseada principalmente na ideia de que existem direitos sociais fundamentais à existência de qualquer cidadão, ou seja, todo indivíduo teria direito, desde o seu nascimento, a um conjunto de bens e serviços (saúde, educação, auxílio desemprego, garantia de renda mínima, recursos adicionais para sustentação dos filhos, etc) que deveriam ser concedidos pelo Estado, mediante seu poder de regulamentação de instauração de políticas públicas em relação a sociedade e seus cidadãos, garantindo assim o bem estar destes.

O Sistema de Saúde Inglês⁴, fonte de inspiração de outros sistemas de saúde, incluindo o brasileiro, buscou essa mudança, consagrando o Estado como principal fornecedor de recursos, desmercantilizando, com isso algumas necessidades especiais, como saúde, educação e previdência. (ELIAS, 2005).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas (federais, estaduais e municipais), pelas

³ O WS envolve responsabilidade estatal no sentido de garantir o bem-estar básico dos cidadãos. Conforme Esping-Andersen (1991), o WS erradica a pobreza, o desemprego, a dependência do salário e reduz as divisões sociais.

⁴ O *National Health Service* foi criado em 1946, através do Ato do Parlamento Inglês, e implantado em 1948. Este sistema determinou três mudanças radicais no provimento dos serviços de saúde: a nacionalização do sistema, a universalização do acesso aos serviços e o financiamento dos serviços, que passaram a ser financiado por impostos federais: 82% através de impostos diretos, 13% de impostos na folha salarial e 4% de taxas impostas aos usuários (ANDRADE, LISBOA, 2000, grifo do autor).



fundações mantidas pelo poder público, por entidades filantrópicas e por unidades privadas conveniadas e contratadas para complementar o sistema, que atuam como se fossem públicas, usando as mesmas normas do serviço público (ACURCIO, 2005; FERREIRA, 2004; NATALINI, 2005).

Nessa ambiência, o SUS no Brasil, embora enfrente empecilhos, permite que os cidadãos estejam assegurados de seu direito básico à saúde, pois é através dele que isso é efetivado, principalmente a população de classes mais baixas, já que exames e consultas em clínicas e hospitais privados requer um pagamento ao quais estes não teriam a condição de efetuar. A partir disso, questiona-se: quais os impactos do Neoliberalismo na saúde pública, conseqüentemente nesses cidadãos de classe baixa?

Vale ressaltar que, embora o foco dessa pesquisa não seja a pandemia atual causada pelo Corona vírus, a funcionalidade do SUS vem sendo observada, já que são os hospitais públicos que foram indicados para receber e tratar os pacientes acometidos por esse vírus e seus funcionários que estão na linha de frente dessa situação alarmante que estamos vivenciando.

Partindo dessa premissa, o objetivo deste trabalho é analisar a partir da literatura os desafios/obstáculos do SUS em sua funcionalidade e o impacto de uma doutrina neoliberal na saúde pública. Esse trabalho está dividido em quatro partes: 1- Introdução; 2- Sistema Único de Saúde-SUS: questões basilares (origem, diretrizes que caracterizam o sistema, estrutura/organização do SUS); 2.1- Princípios e diretrizes que caracterizam o SUS; 3- Neoliberalismo: aspectos conceituais e características; 4- Neoliberalismo e SUS: análise dos impactos na saúde; 5 Considerações Finais; e por fim, as referências utilizadas.

2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: QUESTÕES BASILARES

A política nacional de saúde é formulada, no âmbito do governo federal, pelo Ministério da Saúde com a participação do Conselho Nacional e das Conferências Nacionais de Saúde. Em nível estadual, tais políticas são definidas considerando a realidade de cada estado pela Secretária Estadual de Saúde com a participação do Conselho Estadual de Saúde e das Conferências Estaduais de Saúde. No âmbito municipal, essas são definidas pelas Secretárias Municipais de Saúde com a participação dos respectivos Conselhos Municipais de Saúde observando as diretrizes estaduais e as realidades locais (BRASIL, 2002).

O Sistema Único da Saúde brasileiro teve sua origem com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília-DF (BRASIL, 2002). Esta conferência, conforme o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde-CONASS, representou “um marco na formulação das



propostas de mudança no setor saúde, consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira”. (BRASIL, 2003, p. 24).

Eis alguns dos mais importantes: Movimento Popular de Saúde-MOPS; Movimentos dos moradores da Zona Leste de São Paulo-SP; Organização de sistemas públicos e democráticos de saúde de municípios brasileiros; Movimento de Reintegração dos Hansenianos-MORHAN; Plenárias de Saúde Mental; Centro Brasileiro de Estudos e Saúde-CEBES; Escolas e departamentos de medicina social de saúde pública; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-ABRASCO (BRASIL, 2002, p. 36).

A proposta de democratização da saúde no Brasil, oriunda do Movimento de Reforma Sanitária, constituiu a base da proposta do novo sistema de saúde debatido pela Assembleia Nacional Constituinte de 1987 e que “[...] representava o fim de um sistema que estava em vigor e que havia sido posto em prática durante os longos 21 anos que durou o regime militar [...]” (BRASIL, 2002, p. 36).

No ano seguinte foi promulgada a Constituição Federal de 1988 ou Constituição da República Federativa do Brasil que prevê, em seu título VIII-Da Ordem Social, que “a ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem estar-social e justiça sociais”. Para tanto, essa lei regula a Seguridade Social-Capítulo II, através Da Saúde-Seção II, Da Previdência Social-Seção III e Da Assistência Social-Seção IV. A Seção II é dividida em Artigos (196 a 200), que determina as políticas públicas e regula a assistência à saúde (NUNES *et al.*, 2005, p. 25).

2.1 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES QUE CARACTERIZAM O SUS

Para ressaltar os aspectos do SUS, existem alguns princípios que foram elaborados com a finalidade de manter a organização e efetivação deste. Os principais são os seguintes:

- **Universalidade do atendimento:** assegura a todo e qualquer brasileiro, de acordo com suas necessidades, independente de a pessoa pagar ou não previdência social, acesso universal às ações e serviços de saúde de promoção, proteção, tratamento e recuperação-reabilitação (ACURCIO, 2005; BRASIL, 2002; NATALINI, 2005). De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE *apud* BRASIL, 2002), em 1988, 70% da população brasileira utilizavam os serviços do SUS.
- **Equidade:** significa que todos os brasileiros, independente da situação de emprego, da idade, da religião, da etnia e do sexo têm direito à mesma assistência à saúde e que “[...] em função das diferenças sociais e das disparidades regionais, os recursos para a saúde deverão ser distribuídos no sentido de favorecer aqueles que mais necessitam de atenção e cuidado” (BRASIL, 2002, p. 37).



- Garantia da Integralidade da assistência: o SUS deve atuar de maneira integral na atenção à saúde, ou seja, “[...] não deve ver a pessoa como um amontoado de partes, mas como um todo, que faz parte de uma sociedade, o que significa que as ações de saúde devem estar voltadas [...] para o indivíduo e para a comunidade, para prevenção e para tratamento”, respeitando a dignidade humana (ACURCIO, 2005, p. 38).
- Gratuidade das ações e serviços de saúde: ficam garantidas como gratuitas todas as ações e serviços prestados pelo SUS, sendo proibida e ilegal a cobrança de qualquer contribuição dos usuários, nos termos da Lei nº 8.080-Título V-Do Financiamento-Das Disposições Finais e Transitórias (*apud* NUNES et al., 2005, p. 59): “Art 43 A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos e privados contratados, ressaltando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas”.
- Descentralização e Hierarquização: esses princípios dizem respeito ao processo de transferência da responsabilidade pela formulação, planejamento, operacionalização e controle social das políticas públicas de saúde para as três esferas de governo (federal, estadual e municipal), ou seja, o poder de decisão, bem como os recursos, são passados aos responsáveis pela execução das ações e serviços. Sendo assim, estas se tornam municipais, quando atendem a população de um município, estaduais, quando servem e alcançam vários municípios, e federais, quando são dirigidas a todo território nacional (ACURCIO, 2005; BRASIL, 2002). O processo de descentralização é regulamentado pela Norma Operacional Básica-NOB-SUS 01/96 e pela Norma Operacional de Assistência a Saúde-NOAS-SUS 01/01 (BRASIL, 2002).
- Democrático: o direito de participação “no processo de tomada de decisão sobre as políticas [...] assim como, no controle sobre a execução das ações e serviços de saúde” é garantida a todos os segmentos envolvidos com o SUS: dirigentes institucionais, prestadores de serviços, profissionais da saúde e, principalmente, a comunidade, a população e os usuários. O controle social é realizado pelos Conselhos de Saúde (nacional, estaduais e municipais), que asseguram o poder de decisão (não apenas consultório) e o critério de composição partidária, ou seja, participação igual entre os usuários e os demais membros (ACURCIO, 2005, p. 38; NATALINI, 2005).
- O SUS deve ser racional, eficaz e eficiente: as ações e os serviços de saúde devem ser organizados a partir de pequenas regiões, de acordo com o que as populações precisam, ou seja, os serviços devem ser planejados individualmente para cada população. O SUS também deve ser produzir resultados positivos com qualidade quando as pessoas o procuram por necessidades pessoais ou quando um problema se apresenta na comunidade. (ACURCIO, 2005; NATALINI, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2002, p. 38) esses princípios “[...] levam a orientação estratégica da municipalização e da regionalização como forma de gestão capaz de acelerar a efetiva implantação do SUS”. Como exposto anteriormente, o SUS é constituído



por órgãos e instituições públicas (federais, estaduais e municipais), pelas fundações mantidas pelo poder público, por entidades filantrópicas e por unidades privadas (clínicas, laboratórios e hospitais) conveniadas e contratadas para complementar o sistema.

O Estado é responsável pela regulamentação, fiscalização e planejamento das ações e serviços de saúde, como também pela prestação dos serviços necessários por parte dos órgãos federais, estaduais e municipais. Conforme Serra (2005), o SUS já integra cerca de 30.000 unidades (hospitais, clínicas, laboratórios e centros de saúde).

Algumas ações são realizadas nos cinco níveis de atenção a saúde, que incluem: a atenção básica (PSF e PACS), programas estratégicos, procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, assistência farmacêutica, educação em saúde, pesquisa e desenvolvimento em saúde e saúde suplementar. A Atenção Básica⁵ no Brasil é organizada através do Programa de Saúde da Família-PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS, delegados pela gestão municipal com os repasses dos recursos federais, por meio do Piso da Atenção Básica-PAB.

Como exemplos de atenção básica temos o PACS e o PSF, que segundo Palmeira (2005) reorganiza a prática de saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional e, através das Equipes de Saúde da Família (ESF) (um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro Agentes Comunitários de Saúde - ACS), oferece um atendimento mais próximo da família.

Os Programas Estratégicos realizados pelo MS são divididos por áreas de atuação, sendo-os os seguintes: Saúde Bucal; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Saúde do Trabalhador; Saúde da Criança; Saúde do Adolescente e do Jovem; Saúde do Idoso; Saúde da População Prisional; Alimentação Saudável; Doenças Sexualmente Transmissíveis-DST/Aids; Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus; Programas Nacionais de Controle da Hanseníase, Tuberculose, Malária e Dengue; Política Nacional de Redução da Morbidade e da Mortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2003b; PALMEIRA, 2005).

As ações de atendimento ambulatorial e hospitalar de Média e Alta Complexidade incluem procedimentos na área de saúde mental, do idoso e do trabalhador, de urgência e emergência; de assistência oncológica, ao parto, a pessoa portadora de deficiência física e a queimados; cirurgia cardíaca; neurocirurgia; gastroplastia, terapia intensiva e tratamento de deformidades craniofaciais (BRASIL, 2003b).

No que diz respeito às ações de Assistência Farmacêutica, esta é regulamentada pela Política Nacional de Medicamentos-PNM, Portaria GM/MS nº 3.916, garantindo a aquisição

⁵ A Organização Mundial de Saúde-OMS considera a atenção básica “como [...] essencial, baseada em métodos e tecnologias cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade” (BRASIL, 2003b).



de medicamentos básicos, através da Farmácia Popular, e de medicamentos essenciais para a saúde mental, para HAS, DM, HIV/AIDS e infecções oportunistas (BRASIL, 2003b).

As ações de Educação em Saúde, segundo Palmeira (2005) estão relacionadas a qualificação e humanização do atendimento [...], envolvendo o fortalecimento das práticas de acolhimento, de respeito ao cidadão, bem como [...] qualificação dos profissionais de saúde.

A próxima ação é o Programa de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde, sendo este, destinado a estimular a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico em prol das políticas públicas de saúde. Merece destaque a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que desenvolve cinco programas: Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico, Ensino em Saúde e Ciência e Tecnologia; Produção de Bens e Insumos para a Saúde; Serviços de Referência em Saúde e Informação e Comunicação em Saúde e Ciência e Tecnologia (BRASIL, 2003b).

Por fim, as ações voltadas ao Sistema de Saúde Suplementar é formado por cooperativas médicas, autogestão, medicina de grupo, seguros-saúde e planos auto-administrados por empresas privadas. Este envolve planos de saúde tanto das empresas quanto das famílias, sendo regulada pela Lei nº 9.656/98 e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, criada por meio da Lei nº 9.661/00. Essas ações fazem parte do conjunto de atividades que devem ser gerenciadas para o funcionamento do SUS.

Entretanto, nota-se que, mesmo com diversas diretrizes e ações, ainda existem problemas, conforme Paim (2018, p. 1725) aponta:

Com insuficientes recursos, o SUS enfrenta problemas na manutenção da rede de serviços e na remuneração de seus trabalhadores, limitando os investimentos para a ampliação da infraestrutura pública. Diante dessa realidade, a decisão de compra de serviços no setor privado torna-se fortalecida e a ideologia da privatização é reforçada. Prevalece, assim, um boicote *passivo* através do subfinanciamento público e ganha força um boicote *ativo*, quando o Estado premia, reconhece e privilegia o setor privado com subsídios, desonerações e sub-regulação.

Esses empecilhos citados por Paim são relacionados à sua execução, atendimento, equipamentos necessários nos postos e hospitais públicos, que remete à ligação dos setores que compõe o país: educação, tecnologia, política e economia, já que estes devem direcionar seu funcionamento em conjunto para o desenvolvimento social e, devido à má execução para alcançar o âmbito da saúde, os problemas dão margem às ideias de privatização.



3 NEOLIBERALISMO: ASPECTOS CONCEITUAIS E CARACTERÍSTICAS

O Neoliberalismo destacou-se como política econômica a partir da década de 70, apresentando diversas concepções ao longo dos anos, porém o intuito principal ainda é extremamente semelhante: a redução da participação do Estado na economia, retirando-o em alguns aspectos da responsabilidade do país. Seguindo as ideias do Liberalismo, que foi efetivado a partir dos anos 30, como o próprio termo aponta, caracterizava-se por estimular o livre mercado, a propriedade privada, dentre outros fatores.

Segundo Borlini (2010, p. 322):

A aproximação da política neoliberal na Europa e América Latina, nos anos 1970, e no Brasil (tardamente) após 1980, traz o desmonte dos princípios do keynesianismo (intervenção estatal no econômico, garantia de pleno emprego e maior investimento no social). A nova abordagem (neoliberal) aprega o discurso que se concretiza por meio de práticas que buscam demonstrar que o Estado é uma instituição ineficaz, deficitária e perniciosa para o desenvolvimento econômico e, por isso, deve restringir-se à manutenção da ordem, da liberdade e da propriedade privada, bem como assegurar condições para o livre mercado.

Uma das concepções do Neoliberalismo na visão Marxista é enfatizada por Andrade (2019, p.221), como sendo: “[...] estratégia política que visa reforçar uma hegemonia de classe e expandi-la globalmente, marcando o novo estágio do capitalismo que surgiu na esteira da crise estrutural da década de 1970.” Nesse sentido, as ideias neoliberais trazem a tona a legitimidade da teoria liberal econômica e política, que, por um lado é vista como facilitadora no processo do empreendedorismo devido à defesa do livre mercado, entretanto, dependendo de como for aplicado reforça mais ainda as desigualdades sociais, já que pode favorecer apenas as classes média e alta.

Harvey (2008) aponta algumas contradições das ideias neoliberais, que podem ser observadas atualmente e foram também citadas por Marques (2018), sendo-as as seguintes: 1) ao mesmo tempo em que o pensamento neoliberal solicita a ausência do Estado, este é sempre convocado para a criação de condições favoráveis para o mercado; 2) mesmo prezando pelas liberdades individuais como sendo essenciais para uma sociedade melhor, o neoliberalismo precisa de elementos autoritários para sustentar-se, o que é atestado na prática pela ação policial nos últimos anos no que se refere aos movimentos sociais reivindicatórios; 3) a própria desregulação financeira global tão divulgada desencadeia a necessidade de uma outra regulação, para que não aconteça um aumento das crises; 4) a aplicação da livre competição como um princípio norteador tem se materializado em fortes processos de centralização de capital e oligopolização em diversos setores; 5) a liberdade de empreendimento, uma das



liberdades centrais para o firmamento neoliberal, tem aumentado a negação de outros modos de ver a liberdade e garantia de direitos.

Em discrepância a esses apontamentos feitos por Harvey, empresários e alguns economistas defendem o neoliberalismo econômico, já que, em alguns países como o Brasil, existem diversos trâmites com relação, impostos, inflação, concorrência de mercado e demais fatores que são vistos como limitadores quando se tem o controle do Estado no que cerne a aquisição do próprio negócio. Entretanto, o foco dessa pesquisa está em torno das consequências dos ideais neoliberais para a saúde pública. Indubitavelmente, uma das questões mais apontadas refere-se à privatização dos serviços de saúde, já que, como foi enfatizado, a privatização é uma das premissas do neoliberalismo.

4 NEOLIBERALISMO E SUS: ANÁLISE DOS IMPACTOS NA SAÚDE

As ideais neoliberais já aqui apresentadas, assim como as características do SUS apontadas na revisão teórica, refletem a análise comparativa nesse capítulo a partir dos estudos de alguns autores que veremos a seguir.

Quando o Estado passa a não intervir na saúde, ocorre o seguinte:

Em meio a esse processo de transformação política e econômica, o Estado isenta-se da responsabilidade diretamente relacionada à promoção dos aspectos efetivos da Seguridade Social e começa a transferir essa responsabilidade para os próprios trabalhadores, mediante a constituição de um sistema social completamente amoldado à lógica do mercado. A fragmentação da realidade e o individualismo fazem parte dos preceitos que baseiam o projeto privatista, contrariando as bases do caráter universal e coletivo asseguradas na Constituição (SANTOS, 2017, p. 06).

A responsabilidade na saúde reúne diversos fatores que devem preservar a vida dos cidadãos de serem acometidos por doenças, na medida do possível, como por exemplo, o direito a moradia e saneamento básico. Se esses direitos estão incluídos na Constituição, é função do Estado promovê-los, entretanto a privatização dos meios de saúde interferem no atendimento a pessoas que não tem condição financeira favorável ao pagamento que possibilita consultas, exames, remédios e demais fatores. Uma explanação mais recente apontada por Souza e Souza Júnior (2019, p. 51) demonstra que:

[...] redução dos direitos sociais é acompanhada do fortalecimento do grande capital, apoiado pelo Estado, que prioriza a área econômica em detrimento das garantias sociais, que mesmo asseguradas constitucionalmente, não recebem a atenção devida por parte dos governos. As políticas sociais, em



especial a saúde, passam por amplo processo de seletividade, focalização e privatização, com isso, fica cada vez mais difícil garantir o acesso aos serviços de saúde no Brasil de forma universal e integral.

Embora a teoria aponte a responsabilidade do Estado de garantir o direito básico do cidadão, a prática das políticas públicas na saúde, como os autores citados anteriormente mencionaram, em alguns casos, progressivamente vai se moldando aos interesses do Estado, que vê na economia o fator chave para a sua evolução. Nesse âmbito o investimento e distribuição de renda para área da saúde por tornar-se vulnerável, principalmente quando se há retorno financeiro de clínicas e empresas privadas.

Esse movimento privatista também aponta os modelos neoliberais em outros países, principalmente os europeus. Entretanto, não só na saúde, mas, em outras áreas, o investimento e é repassado de forma organizada e direta, favorecendo a atenção básica. Tais países tem uma população menos diversa no quesito classes social, se comparado ao Brasil, um dos países em a desigualdade social é uma realidade alarmante. Em continuidade, um estudo realizado por Viana e Silva (2018), apontou as implicações do neoliberalismo na proteção social e de saúde, o que rendeu o quadro a seguir:

Quadro 1- Implicações do neoliberalismo para a sociedade, a economia, a política, a proteção social e as condições de saúde.

Dimensão	Implicações
Sociedade	Mais individualista, materialista e socialmente antagônica
Economia	Menor crescimento econômico, maior concentração da renda, maior insegurança financeira
Política	Menor poder político para as classes médias e baixas
Proteção social	Crianças, adultos e idosos sem proteção social adequada
Condições de saúde	Epidemias de obesidade, autoflagelação, transtornos alimentares e transtornos mentais (depressão, ansiedade, fobia social)

Fonte: Viana e Silva (2018, p. 2110).

No quadro 1, os autores exemplificaram quais são as implicações das ideias neoliberais em cada setor que é responsável por complementar o funcionamento do Estado para que este tenha desenvolvimento de forma igualitária. Observa-se que, na categoria de saúde, as problemáticas ou consequências indicadas foram diversas doenças. Estas são elencadas tendo em vista algo já pontado nessa pesquisa: a privatização no setor da saúde que é uma das propostas do neoliberalismo. Isso desfavorece a maior parte da população e conduz a um atendimento seletivo voltado a quem consegue custear as despesas. O protagonista é o fator econômico e não a população total, portanto os mais favorecidos são as pessoas de classe média e alta.

Santos (2017, p. 7) atesta que:

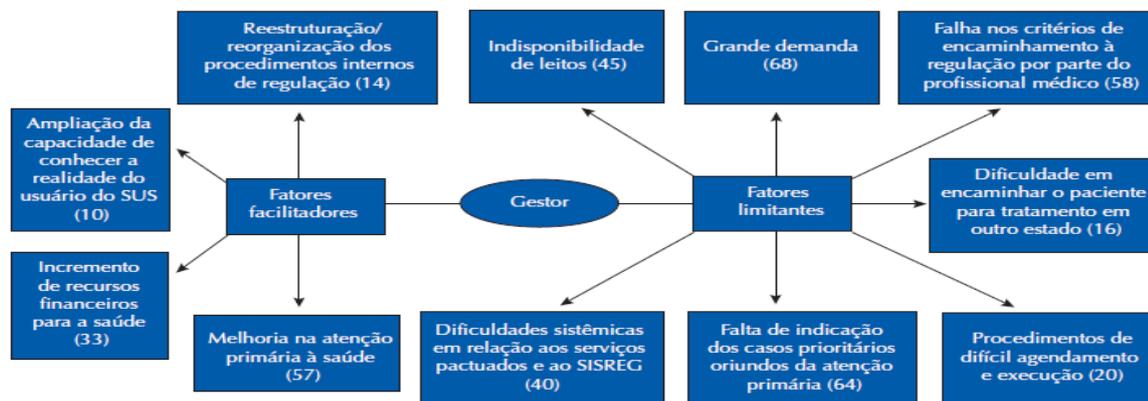


O SUS está perdendo cada vez mais a sua identidade para a lógica neoliberal, pois as contrarreformas que ocorreram na década de 1990 e que ainda são percebidas fortemente nos dias atuais, atingiram fortemente o seu princípio universal, com mecanismos de privatização, com a lógica do mercado e um processo de “universalização excludente”. Isso ocorre porque o Estado se põe a serviço do mercado, transferindo o fundo público para o segmento privado.

Os empecilhos no funcionamento do SUS dão abertura para que justifiquem a privatização da saúde. Com o Estado cada vez mais apoiando o segmento privado como mencionado pela autora, as políticas públicas informativas e preventivas da saúde perdem a força. É fundamental frisar que as empresas privadas tem grande importância, diversas clínicas, por exemplo, realizam exames e procedimentos que o SUS por si só ainda não fornece, entretanto, só através do SUS seria possível realizá-los de forma gratuita.

O próximo quadro refere-se a uma pesquisa que buscou analisar os desafios de gestores e profissionais da saúde em Belém no Pará, apontando duas categorias: os fatores limitantes e facilitadores na gestão e demais procedimentos. Para isso, aplicaram uma entrevista semi estruturada e utilizaram um software que organizou as citações dos entrevistados e foram categorizados, como veremos na Figura 2 a seguir:

Figura 2: Fatores facilitadores e limitantes evidenciados pelos gestores de regulação do Sistema Único de Saúde do Pará, 2018.



Fonte: Bastos *et al.*, 2020.

Como fatores facilitadores, destaca-se o mais apontado que foi a melhoria na atenção primária a saúde. Atualmente o SUS disponibiliza programas e ações que promovem a proteção da saúde, diagnóstico e tratamentos das famílias que necessitam. Dentre esses programas temos: Saúde na Hora, Médicos pelo Brasil, Conecte SUS, Previne Brasil e outros sem custo algum para a população (BRASIL, 2020).



Dentre fatores limitantes, o que gerou mais comentários foi a grande demanda. A população que mais necessita do suporte à saúde, são aquelas que estão em vulnerabilidade econômica, de classe baixa e também algumas pessoas de classe média, que optam por serem atendidas em hospitais públicos. População essa que recebem como renda o salário mínimo, sendo assim, uma grande parte de brasileiros.

Portanto, são diversos exames e procedimentos que o SUS realiza para atendê-los. Outrossim, não só de atendimento hospitalar é constituído. Vacinas nos postos de saúde, vigilância sanitária, atendimento de emergência nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), as ambulâncias do SAMU, hemodiálise gratuita, transplante de órgãos, agentes de saúde que recebemos em nossos domicílios, testes e tratamentos de HIV, hanseníase, tuberculose, entre outros, antídotos para picadas de animais, medicamentos de alto custo e outros fatores. Dessa forma, observa-se que o SUS engloba todas as áreas correlatas a saúde do país, essa é a grande demanda para os profissionais da saúde conseguirem atender, a partir dos recursos disponibilizados pelo Estado. Este, já aqui enfatizado é fundamental para a eficiência desses serviços e o segmento de suas diretrizes pautadas na Constituição do país.

5 CONCLUSÃO

Muitos dos obstáculos no SUS ou fatores limitantes decorrem do problema de gerenciamento, das estratégias de aplicação dos planos de saúde pública, do complexo cenário que caracteriza a vida da população necessitada, do despreparo. Todavia, podemos indicar ainda a existência de um dos mais decisivos e fundamentais problemas impostos à eficácia do referido sistema: a emergência de uma ideologia neoliberal que alimenta a crescente idéia de que o Estado não tem mais condições de promover o bem-estar das populações mais necessitadas. Eis uma das marcas do ocaso do Welfare State (Estado de Bem-Estar Social). Isso significa que entramos numa era em que as expectativas e necessidades sociais passaram a ser balizadas ou geridas pelos imperativos do mercado.

Nesse cenário, a saúde, bem como outros elementos vitais à vida da população, passa a ser determinada pela lógica capitalista que a toma como uma mercadoria e não como um bem social a ser distribuído igualmente a todos. Instaura-se com isso a idéia de que o Estado não mais pode fazer face às demandas da população em virtude da ausência de recursos ou então em razão do fato de que cada cidadão deve procurar por meios próprios os serviços oferecidos pela iniciativa privada. O problema é que, com sabemos, esse privilegio atinge apenas uma pequena parcela da nossa população. A esmagadora maioria do nosso povo não tem outra alternativa em matéria de assistência e tratamento sanitários: deve ele recorrer ao SUS.



Hodiernamente, o crescente destaque do SUS em meio a pandemia causada pelo Corona Vírus, levantou diversas manifestações em defesa desse sistema, pois, a maioria da população acometida pela doença denominada de Covid-19 causada por esse micro-organismo, está sendo atendida em hospitais públicos, aos quais muitos profissionais da saúde se doam no atendimento, colocando a própria vida em risco. Tais manifestações se destacam, pois coloca o SUS em visibilidade, demonstrando o quão essenciais são os serviços por ele fornecidos. Esperamos que, a partir disso, os olhares para a saúde pública seja munido de valorização, competência, investimento e empatia projetada em ações práticas para quem dele necessita.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A. Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto MultiplicaSUS**: curso básico sobre o SUS: (re)descobrimo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 23-40. ISBN 85-334-0843-9. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0282_M.pdf . Acesso em: jun. 2005.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à Epidemiologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

ANDRADE, D. P. O que é o neoliberalismo? A renovação do debate nas ciências sociais. **Revista Sociedade e Estado** – Volume 34, Número 1, p. 211-239. Janeiro/Abril 2019.

ANDRADE, M. V.; LISBOA, M. B. Velhos Dilemas no Provimento de Bens e Serviços de Saúde: uma comparação dos casos canadense, inglês e americano. **Nova Economia**, Belo Horizonte, v. 10, n. 2, p. 73-116, dez. 2000. Disponível em: <http://www.face.ufmg.br/novaeconomia/sumarios/v10n2/Andrade.pdf>. Acesso em: ago. 2005.

BASTOS, L. B. R. et. al. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**. v. 54. p. 13. 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/166636> Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Histórico da Previdência Social**: 1888-1933. Brasília: Ministério da Previdência Social. Disponível em: http://www.mps.gov.br/01_03_01.asp. Acesso em: ago. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Programa de Qualificação da Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, abr. 2005b. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/qualificacao/pdf/texto_base.pdf>. Acesso em: ago. 2005a.



_____. _____. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. ISBN 85-89545-01-6.

_____. _____. _____. **Para Entender a Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003a. ISBN 85-89545-02-4.

_____. _____. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. **CONASEMS: teses e plano de ação**. Brasília: CONASEMS, 2005.

_____. _____. Secretária de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. **Guia do Conselheiro**: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. ISBN 85-334-0576-6.

_____. _____. **Projeto Multiplica SUS**: curso básico sobre o SUS: (re)descobrimo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. ISBN 85-334-0843-9. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0282_M.pdf . Acesso em: jun. 2005.

BORLINI, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos & Contextos** : Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 321 - 333, ago./dez. 2010.

ELIAS, P. E. Uma Visão do SUS. In: NUNES, L. A et al. **SUS**: o que você precisa saber sobre o sistema único de saúde. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 11-22.

ESPING-ANDERSEN, G. As Três Economias Políticas do Welfare State. **Lua Nova** [da] CEDEC, São Paulo, n. 24, p. 84-117, set. 1991.

_____. O Futuro do Welfare State na Nova Ordem Mundial. **Lua Nova** [da] CEDEC, São Paulo, n. 35, p. 73-112, 1995.

FERREIRA, A. S. Competências Gerenciais para Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciências & Saúde Coletiva** [da] ABRASCO, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 69-76, 2004. ISSN 1413-8123.

HARVEY, D. **O neoliberalismo**. História e implicações. São Paulo: Loyola, 2008.

KUMAR, K. **Da Sociedade Pós-Industrial à Pós-Moderna**: novas teorias sobre o mundo contemporâneo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

MEDICI, A. C. **Evolução da Estrutura do Sistema de Saúde**. Disponível em: <http://www.mre.gov.br/cdbrazil/itamaraty/web/port/polsoc/saude/estsist/apresent.htm>. Acesso em: ago. 2005.

_____. **Financiamento do Sistema de Saúde**. Disponível em: <http://www.mre.gov.br/cdbrazil/itamaraty/web/port/polsoc/saude/fsetor/index.htm>. Acesso em: ago. 2005a.



_____. **Reformas no Setor Saúde.** Disponível em:

<<http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/saude/reformas/index.htm>>.

Acesso em: ago. 2005b.

_____. **Saúde:** indicadores básicos e políticas governamentais. Disponível em: <<http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/saude/apresent/index.htm>>. Acesso em: ago. 2005c.

_____. **Welfare State no Brasil.** Disponível em:

<<http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/saude/welfare/index.htm>>.

Acesso em: ago. 2005d.

NATALINI, G. Princípios Básicos do SUS. In: **SUS: o que você precisa saber sobre o sistema único de saúde.** São Paulo: Atheneu, 2005. p. 163-166.

NUNES, L. A. et al. **SUS: o que você precisa saber sobre o sistema único de saúde.** São Paulo: Atheneu, 2005.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 23(6): p. 1723-1728, 2018.

PALMEIRA, G (Rel). Feitos do Ministério da Saúde, Muitos Deles, Ação Conjunta de Estados e Municípios: dados extraídos do relatório do TCU sobre as ações do Governo em 2003. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto MultiplicaSUS: curso básico sobre o SUS: (re)descobrimo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 19-22. ISBN 85-334-0843-9. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0282_M.pdf. Acesso em: jun. 2005.

SANTOS, G. N. B. Neoliberalismo e seus reflexos na política de saúde no Brasil. 7º seminário frente nacional contra a privatização da saúde. **Anais...** Maceió- AL. 2017.

SERRA, J. As Duas Reformas da Saúde. In: NUNES, L. A et al. **SUS: o que você precisa saber sobre o sistema único de saúde.** São Paulo: Atheneu, 2005. p. 145-147.

SOUZA, M. F.; SOUZA JUNIOR, F. V. Algumas considerações sobre o projeto neoliberal na política de saúde. **Revista do CAAP**. n.1 v. XXIV. p. 43-56, 2019.

SOUZA, R. R. A Regionalização no Contexto Atual das Políticas de Saúde: opinião. **Ciências & Saúde Coletiva** [da] ABRASCO, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7015.pdf>. Acesso em: ago. 2005.

SOUZA, R. R. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro:** seminário internacional: tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas. São Paulo: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0149_M.pdf. Acesso em: jun. 2005.



14° CONGESP

CONGRESSO DE GESTÃO
PÚBLICA DO RIO GRANDE
DO NORTE

A REINVENÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA
NOVOS CENÁRIOS, NOVOS DESAFIOS

01-04
DEZ 2020

VIANA, A. L. D.; SILVA, H. P. Saúde e desenvolvimento no Brasil: Argumentos para promover a cidadania em tempos difíceis. **Planejamento e políticas públicas**. n. 49. p. 85-107. jul./dez. 2017.