



IMPACTOS DA CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE: expressões da precarização da saúde no município de Palmeira dos Índios

IMPACTS OF THE COUNTER-REFORM OF STATE IN HEALTH POLICY: expressions of precarious health in the municipality of Palmeira dos Índios

Simone Mendes de Menezes Silva

Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo apresentar o estudo sobre a precarização da saúde no município de Palmeira dos Índios-AL com vista analisar a contrarreforma da saúde para compreender a precarização da saúde em Palmeira dos Índios-AL no intuito de identificar os fatores que implicam na efetivação de municipalização intentado na precarização da saúde diante da falta de financiamento e recursos humanos, verificar como o município de Palmeira dos Índios-AL, atua na redução dos problemas vivenciados pela população palmeirense e suas estratégias políticas e a tentativa de demonstrar a situação da saúde pública deste município.

PALAVRAS-CHAVE: Política de saúde. Precarização. Assistencialismo. Reforma sanitária. Contrarreforma.

ABSTRACT

This article aims to present the study on the health precariousness in Palmeira dos Índios-AL with a view to analyze the health counter-reform to understand the health precariousness in Palmeira dos Índios, AL in order to identify the factors that imply effective municipalization brought in health insecurity due to the lack of funding and human resources, check how the Palmeira dos Índios, AL, works to reduce problems experienced by palmeirense population and its political strategies and the attempt to demonstrate the health situation public this municipality.

KEYWORDS: Health policy. Precarious. Welfare. Health reform. Counter-reform of State.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por objetivo apresentar o estudo que trata da precarização da Saúde no município de Palmeira dos Índios, com vistas a desmistificar o processo de descentralização que atendendo aos ideais liberais, propõe a transferência da responsabilidade aos estados e municípios. Diante disso, é necessário um olhar diferencial sobre as problemáticas ocasionadas nos serviços oferecidos na Política de Saúde deste município advinda desse processo de descentralização e municipalização e a sua relação com a

II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas

“Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas”

20, 21 e 22 de junho de 2018

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - UFPI - Teresina - Piauí



Contrarreforma da Saúde, bem como sua relevância a nível municipal, destacando a atuação do Assistente Social neste espaço sócio-ocupacional. Segundo Matta e Lima (2010) o SUS necessita de reformas periódicas para enfrentar as constantes ameaças representadas pela falta de recursos financeiros e a incapacidade de implantar um modelo integral de atenção à saúde, revertendo a predominância do modelo curativo para o preventivo. Mas, o que se observa é a predominância do modelo assistencial hegemônico como o modelo médico assistencial privatista e sanitarista.

Autores como Merhy et al (2) consideram que o modelo liberal privatista, ou médico assistencial privatista surgiu na década de 1920 que diante das necessidades de Assistência aos trabalhadores urbanos e rurais de forma a garantir a sua capacidade produtiva, esse modelo se expandiu na década de 40 ao iniciar a compra de serviços privados. Este modelo se expande após 1964 através da contratação da rede privada tendo na década de 90, 76% da oferta de leitos no país. Esta expansão do setor privado se deu mediante da grande parte do financiamento que vindo do setor público, conforme a política de sustentação do capital, a partir do Estado. Este modelo constituiu-se no modelo neoliberal de organização de serviços sendo hegemônico no país.

Já nos municípios de pequeno porte e com pouca ou nenhuma capacidade instalada de serviço de saúde, funcionando mais como estratégia de expansão de cobertura. Devido ao processo de descentralização que não aconteceu homoganeamente em todo país conforme a capacidade de cada município em responder os novos desafios postos pelas dinâmicas políticas e sociais local.

Diante desses desafios, Barreta e Martins (2004) salienta que alguns municípios em busca de superação da crise anterior fortalece as ações clientelistas, evidenciando um pessimismo em relação à participação popular.

É importante salientar para o estudo da Saúde Pública do município de Palmeira dos Índios de forma a compreender a precarização advinda do processo de municipalização, que de acordo com Barreta e Martins (2004), esse processo atende às ideias liberais que propunha transferência de responsabilidades para os estados e municípios, sob o discurso de partilha de responsabilidades e abertura de participação. Diante disso cabe ao governo local que perpassa a realidade na contemporaneidade, de modo a desmistificar os processos que ocasionam os problemas presentes no cotidiano dos serviços oferecidos pela saúde desse município e que esse processo de precarização rebata diretamente sobre as condições de vida e saúde da população.



Como problemática diante da realidade precarizada da saúde em Palmeira dos Índios-AL é relevante questionar: A relação da precarização da saúde com a contrarreforma do Estado e diante desse entendimento compreender como se caracteriza a precarização da saúde no município de Palmeira dos Índios e quais os desafios e perspectivas frente à precarização da saúde no município de Palmeira dos Índios.

A justificativa se deu diante da problemática da Política de saúde no Brasil como também município de Palmeira dos Índios-AL, que tem apresentado um crescimento exponencial do mercado privado em saúde e uma precarização e focalização das políticas públicas. Sendo relevante esta pesquisa, para usuários do SUS como também para os trabalhadores da saúde. Por ser trabalhadora da saúde no município de Palmeira dos Índios, despertou-me o interesse pela temática por observar no cotidiano do meu trabalho a precarização desse setor desde a falta de medicamentos, a falta de profissionais tanto na atenção básica como nos atendimentos especializados. Dessa maneira os usuários do SUS do município de Palmeira Índios ficam à mercê do assistencialismo de grupos políticos, que diante do não atendimento ou atendimento precarizado no Sistema Único de Saúde são impulsionados ao sistema privado.

2 A CONTRARREFORMA DO ESTADO E AS CONSEQUÊNCIAS NA POLÍTICA DE SAÚDE DO BRASIL

Esta pesquisa trata do processo de precarização da Política de Saúde, e das implicações deste processo sobre as condições de saúde da população e da qualidade dos atendimentos dos serviços ofertados como também das estruturas institucionais das unidades de saúde. A elaboração desta pesquisa fundamenta-se na necessidade de desmistificar o processo de precarização presente no cotidiano da saúde pública deste município sobre tudo nas unidades básicas de saúde (UBS).

Este trabalho se inicia através de uma breve explanação do contexto histórico de desenvolvimento desta política a partir do movimento sanitário.

Na década de 1970 o movimento de reforma sanitária emerge numa conjuntura ditatorial na luta por mudanças na área de saúde e melhorias das condições de vida e da população, este movimento composto por intelectuais com diferentes perspectivas sobre a Política de saúde encabeçado por grupos de médicos sanitaristas, destacando-se o sanitarista

II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas

“Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas”

20, 21 e 22 de junho de 2018

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - UFPI - Teresina - Piauí



Sérgio Arouca, como também setores da classe média articulada aos movimentos populares.

Este movimento logrou êxito pela conquista do direito à Saúde:

[...] as propostas de reforma sanitária resultaram finalmente na universalidade do direito à saúde oficializado uma constituição federal de 1988 e a criação do sistema único de Saúde – SUS[...] (fiocruz,2016).

Foi de grande relevância a aproximação dos movimentos sindicais populares estudantis aos debates acadêmicos sobre os limites do Sistema de Saúde ao lado da reestruturação das organizações de trabalhadores da Saúde unificando e denominado o Movimento da Reforma Sanitária ou Movimento Sanitário, essa uma atuação foi marcante nos destinos do Sistema de Saúde brasileiro. Nesse contexto “ O Movimento Sanitário emergiu numa conjuntura de privilegiamento do setor privado da saúde expressando alteração na arena política de saúde, com a incorporação de grupos que questionam a política dominante”. (Medeiros .2008 p. 144)

A partir dos anos 1980 se tem uma redefinição da política e a retomada do Estado democrático de direito. Neste período houve um grande avanço na organização dos movimentos operários e popular, que mediante mobilizações permanentes, “ingredientes decisivos da história recente do país que ultrapassou o controle das elites, alcançou conquistas democráticas estas através de lutas sociais e da Constituição de 1988” (Behring,2011)

A organização dos movimentos operários e populares e sindicais é relevante para o fortalecimento do Movimento de Reforma Sanitária como salienta Medeiros e Behring. Este Movimento apresentou-se como principal articulador por meio das produções científicas como: O dilema Preventista (1975) de Sérgio Arouca e as Produções teóricas Saúde e Sociedade (1976) de Cecília Donnangelo, como principal marco na ruptura das práticas médicas, inserindo uma crítica à medicina preventiva em contraponto da medicina social que enfatiza o ambiente humano para a saúde.

Esse posicionamento contribui para obscurecer a realidade que se pretende a decifrar, omitindo a determinação social da saúde, como ainda a condição do cuidado médico como mercadoria. Os requisitos para a superação dos limites liberais da Medicina Preventiva exigiam a formulação crítica que dessa conta das reais determinações da crise do setor saúde e caminhasse em direção a uma prática política representativa de um movimento de transformação conjunto do trabalho médico, da consciência sanitária, da produção das condições de saúde e das políticas de saúde. Conclui que a medicina preventiva se propondo como um movimento de mudanças constitui-se em um sistema conservador das estruturas das práticas médicas existente (MEDEIROS, 2008, p.148).

II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas

“Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas”

20, 21 e 22 de junho de 2018

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - UFPI - Teresina - Piauí



A Reforma Sanitária, que foi uma conquista do projeto hegemônico da classe trabalhadora, enfrenta no final da década de 1980 um processo de Contrarreforma neoliberal, baseado na contenção de gastos públicos, com a subordinação das políticas sociais à política de ajuste estrutural gerenciada pela equipe econômica do governo, que se apresenta com a denominação de “reformas”. Este projeto voltado exclusivamente para regulação do mercado que se encontrava estagnado, enfrentando uma profunda crise econômica e social, com isso vieram as privatizações e o desprezo pela conquista de 1988 com a constituição federal.

O processo de Reforma Sanitária brasileira foi desencadeado por esses segmentos sociais que impulsionou a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília em 1986 tendo como tema central “democracia e saúde” e nos eixos temáticos de debates: Saúde como Direito de Cidadania: Reformulação do Sistema Nacional de Saúde: Financiamento Setorial. Essa conferência teve articulação bem diversa das anteriores pois contou com a participação de representantes da sociedade organizada e das instituições reunindo cerca de 4500 pessoas dentre as quais mil delegados representando um marco ao introduzir o debate a relação saúde e sociedade. (BRAVO, 2000).

O Relatório Final da VIII Conferência tornou-se documento referencial para os debates durante a Assembleia Nacional Constituinte formada pelos deputados eleitos em 1986 com a tarefa de elaborar uma nova constituição para o país. Portanto, a alteração da Norma constitucional ocorreu no processo da Constituinte de (1986-1988) com toda articulação e mobilização social efetuada, esta articulação resultou na garantia de saúde a todos os cidadãos. (SANTOS, 2010).

A Constituição de 1988 trouxe mudanças nas placas funcionais que visam o fortalecimento do setor público, a universalização do direito à saúde, a descentralização política e administrativa do processo decisório da política de saúde que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que está regulamentado através da Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, e a organização dos serviços correspondentes e da Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na Gestão do SUS e sobre as transferência intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Com aprovação da Constituição Federal foi incluída pela primeira vez na sessão sobre a saúde na qual se incorporou uma grande parte os conceitos e propostas contemplado no Relatório Final da VIII Conferência. Conforme Bravo (2000) os principais aspectos aprovados na nova constituição foram:

II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas

“Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas”

20, 21 e 22 de junho de 2018

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - UFPI - Teresina - Piauí



O direito Universal à saúde e o dever do Estado acabando, com discriminações existentes entre segurado/não segurado rural/urbano; As ações e Serviços de Saúde passaram a ser consideradas de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação fiscalização e controle;

Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada e regionalizada, descentralizada e de atendimento integral com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar preferencialmente com as entidades filantrópicas sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção e instituição com fins lucrativos os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-á mediante contrato de direito público garantido ao estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

No governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), houve um verdadeiro desmonte das Políticas públicas visando atender à lógica do capital, foram tomadas medidas que fizeram retroceder em alguns setores, assim como sua expressão setorial na saúde, ou permanecerem inertes em outros, uma parcela significativa do patrimônio público foi privatizada.

Observa-se que o centro da “reforma”, na verdade, foi o ajuste fiscal. O “reformismo” neoliberal traz em si uma forte incongruência entre o discurso da chamada reforma e a política econômica (BEHRING, 2011, p.152).

A Norma Operacional Básica NOB 01/93 foi instituída no governo de Itamar Franco desencadeando o processo de descentralização habilitando os Municípios com gestores de acordo com o nível de organização e comprometimento com o SUS. NOB01/96, foi implantada no governo de Fernando Henrique Cardoso promovendo um avanço no processo de descentralização como também criando novas condições de gestão para os Municípios e Estados.

A chegada da onda neoliberal no Brasil, mesmo diante da ascensão de movimentos populares e novo sindicalismo, impactou a luta dos trabalhadores ligado à da Central Única de Trabalhadores – CUT e ao Partido dos Trabalhadores – PT, que no governo de FHC implicou na precarização do trabalho e serviço público e perda dos direitos dos servidores públicos.

Conforme Santos (2006), em sua análise das reformas neoliberais de Fernando Henrique Cardoso, a reforma administrativa e gerencial e seus impactos no trabalho no serviço público que vem acompanhada de outras “medidas práticas” - a Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF -, o Programa de Demissão Voluntária – PDV -, a Lei do Emprego Público, a reforma da previdência e a ampliação da terceirização (Apud MARCH, 2011, p.177).

Diante dessas medidas, sucateia-se a estrutura dos serviços públicos existentes desta forma, há um estímulo da demanda da população por serviços privados devido ao não atendimento por parte dos serviços públicos, com isso busca obtenção de apoio dos



trabalhadores e usuários do sistema único de saúde sobre o imprescindível processo de privatização e expansão da saúde pública atrelada a expansão do mercado privado.

Segundo Bravo (2012), mesmo a sociedade brasileira tendo superado o regime ditatorial instaurado em 64, vivenciou na década de 80 uma profunda e prolongada crise no campo econômico que se arrasta até a contemporaneidade. E diante da transição democrática após 1988 de caráter conservador implicando em perdas materiais para a massa da população apesar dos avanços no texto constitucional de 1988 na década de 90 é um retrocesso dos direitos garantidos devido ao estado ser influenciado pela política neoliberal desta maneira:

A Reforma do Estado ou Contrarreforma é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado se desviou de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente (BRAVO, 2012, p. 13).

Com isso, o Estado passa a gerir um “ modelo gerencial”, transferindo para o setor privado a responsabilidade de desenvolvimento econômico e social, trazendo como principal característica a descentralização, que conforme Jovchelovitch (1998), “consiste em uma efetiva partilha de poder entre o Estado e as coletividades e implica a auto-gestão local”.

De acordo com autora supracitada, no governo Lula há a manutenção das políticas macroeconômicas implicando na fragmentação das políticas sociais e subordinadas à lógica do capital, com isso se mantém a segmentação das políticas: saúde, previdência e seguridade social, não sendo valorizada a concepção de Seguridade Social.

No governo Lula havia uma expectativa de fortalecimento do projeto de reforma sanitária, mas o que se observou é uma articulação do projeto de saúde com o modelo privatista, ora fortalece o primeiro ora fortalece o segundo de acordo com as ações há a focalização e o desfinanciamento.

Bravo (2012), salienta que o atual governo se apresenta como “aspecto de continuidade” da política de saúde dos anos 90, com destaque na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, nos desfinanciamento e a falta de vontade política para possibilitar a concepção de Seguridade Social.

Ainda segundo Bravo (2012) outros aspectos que estão relacionados com precarização e a terceirização dos recursos humanos está a contração de mão de obra de baixa qualificação que em muitas das vezes essas categorias profissionais não são regulamentadas como é o caso da contratação dos agentes comunitários de saúde que houve muita polêmica acerca da sua funcionalidade e da não regulamentação, mas esta já se encontra regulamentada pela LEI Nº 11.350, 5 de outubro de 2006. Contudo, outras categorias ainda não, como os auxiliares e



técnicos de saneamento, agente de vigilância sanitária e agentes de saúde mental e que conforme a autora a contratação é inaceitável.

Santos (2010) salienta a importância de algumas iniciativas de extensão de cobertura que foram impulsionadas pelo Movimento de Reforma Sanitária como: As Ações Integradas de Saúde AIS (1985); experiências municipais e estaduais com o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), dando base para ampliar a cobertura e o acesso da Atenção Básica (AB) e o surgimento da Equipe de Saúde da Família (ESF). A implantação da ESF decorreu de experiências anteriores como por exemplo em Cuba que teve a primeira experiência adotando o Programa Médico da Família responsável pela reformulação do modelo de Atenção primária à Saúde e como teve êxito essa experiência, acabou influenciando a implantação do Programa Médico da Família em Niterói – RJ em 1992.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi outro programa que logrou êxito e que influenciou o Ministério da Saúde na implantação da ESF, esse programa foi institucionalizado em 1991 no governo de Fernando Collor, com a finalidade de estender a cobertura nas zonas rurais e periferias urbanas, conforme Marhy; Malta e Santos, o Programa de Agente Comunitário de Saúde se apresentava de forma limitada para atender ao Projeto de Reforma Sanitária.

O PACS pode ser considerado uma proposta assistencialista limitada na sua potência por referência ao conjunto de intervenções de amplo alcance que estruturaram o projeto de Reforma Sanitária [...] assim o próprio Ministério da Saúde mudou a ênfase para o Programa de Saúde da Família (PSF) para agregar novos elementos que pudessem potencializar a proposta reduzida do PACS (MERHY; MALTA; SANTO, p. 15).

Na visão de Bravo (2010) o PCAS está relacionado com a precarização e terceirização dos recursos humanos mediante a contratação de mão de obra de baixa qualificação, ou seja, como reflexo da contrarreforma onde há um enxugamento de gasto no setor público e com isso se tem expansão da cobertura com pouco investimento na saúde pública atendendo em parte o que se preconiza no Movimento Sanitário ao mesmo tempo que investe no setor privado.

O PSF na visão de Merhy (2009), Malta e Santos possui alguns limites devido ao seu formato único para todo o país apenas com mínimas diferenças locais desconhecendo a realidade local sendo regulamentado centralmente.

Vale salientar sobre um dos principais problemas enfrentado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que é o processo de financiamento da política que desde a sua implementação pela Constituição Federal em 1988, vem enfrentando problemas devido à instabilidade da



definição dos gastos em saúde fazendo com que haja um comprometimento na prestação de serviços e na qualidade ofertada a todos.

A ameaça estar na possibilidade da desvinculação da saúde da receita federal e a base de cálculo adequada, sendo uma conquista da sociedade para a construção do SUS a vinculação de recursos nas três esferas governo garantindo um financiamento estável. Porém, isso tudo poderá ser perdido com a desvinculação.

3 IMPACTOS DA CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DA SAÚDE: expressões de precarização no município de Palmeira dos Índios

Palmeira dos Índios é um município brasileiro do estado de Alagoas, localizado no agreste Alagoano sendo a quarta maior cidade do estado com aproximadamente 73.666 habitantes, está situado a cerca de 134 km da capital, Maceió. (IBGE/2014)

Segundo o Departamento de Estatísticas do Sistema Único de Saúde – DATASUS, o número de estabelecimentos de saúde no município segundo dependência administrativa – 2012, à nível Estadual temos uma Unidade Móvel - SAMU, 39 municipais e 44 de iniciativa privada com 147 leitos, totalizando 84 estabelecimentos.

Destes 39 estabelecimentos de saúde municipais estão organizados em 04 Centros de Apoio a Saúde da Família, 02 Centros de Atenção Psicossocial, 22 Unidades Básicas de Saúde – UBS, 02 Unidades Básicas de Saúde Indígenas, 02 Clínicas Especializadas, um Consultório Isolado, uma Policlínica, uma Secretaria de Saúde e uma Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e terapia. Hoje também contamos com atendimento da Unidade de Pronto atendimento UPA.

Os estabelecimentos de saúde de iniciativa privada são 44 que estão divididos em 07 Clínicas especializadas, 25 Consultórios isolados, 01 Hospital Geral, 02 Policlínicas, 09 Unidades de Apoio de Diagnose e Terapia.

Em análise superficial dos dados quantitativos de estabelecimentos de saúde podemos observar que há uma quantidade expressiva no setor privado, é inegável o avanço na expansão da cobertura da Atenção Básica, porém a Saúde neste município tem se apresentado cada vez mais precarizada desde a falta de medicamentos, condições de trabalho, falta de profissionais que ocasionam grandes filas no setor de marcação de consulta e exames como também na qualidade dos serviços ofertados, diante disso surge um questionamento pertinente

II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas

“Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas”

20, 21 e 22 de junho de 2018

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - UFPI - Teresina - Piauí



sobre a causa dessa precarização na saúde se é decorrente de problemas de gestão, ou de financiamento?

De acordo com o Conselho Nacional de saúde (2003) em decorrência da crise do sistema público percebe-se uma forte expansão do sistema de planos e seguros privados de saúde para o qual migram os trabalhadores formais, percebe-se também a focalização e fragmentação das políticas sociais indo de encontro ao princípio da universalidade que seleciona o pobre do mais pobres além de flexibilizar a contratação dos trabalhadores da saúde e da transferência de responsabilidades sociais do governo para organizações sociais e organizações não governamentais

Apesar do direito universal à saúde garantido na Constituição Federal de 1988 alguns municípios apresentam práticas clientelistas na área de atenção à saúde, a pesar da universalidade do direito à saúde.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O clientelismo segundo dicionário define-se como prática eleitoreira de certos políticos que consiste em privilegiar uma clientela ('conjunto de indivíduos dependentes') em troca de seus votos; troca de favores entre quem detém o poder e quem vota. O clientelismo é uma prática intrínseca na Saúde do município de Palmeira dos Índios, algo corriqueiro onde as filas na marcação de consultas especializadas e exames do SUS são intermediadas por políticos, com isso se tem uma demora exacerbada na marcação, ocasionando uma impulsão dos usuários do SUS no setor privado em busca de um serviço de qualidade aumentando assim a lucratividade do setor privado e uma desvalorização da saúde pública por parte dos usuários do SUS. Na saúde essa prática se fortalece na insuficiência ou qualidade precária dos serviços ofertados pelo SUS.

Contudo, diante do reconhecimento, pelos usuários do SUS, da insuficiência dos serviços prestados e, em alguns casos, da qualidade precária do atendimento, procurou-se identificar como as pessoas lidam com essas questões, na busca de resposta para suas demandas em relação à saúde. Ou seja: assumiu-se o objetivo de identificar e analisar as estratégias de inserção social / inclusão, que a população utiliza para ter respostas às suas demandas por saúde, quando o SUS não lhes responde adequadamente, analisando a rede de sociabilidade local que respalda o acesso à saúde e as formas de intervenção dos participantes da rede de sociabilidade (VIEIRA, 2000).



Embora a implementação do SUS na década de 90, tenha possibilitado uma “verdadeira revolução no padrão de atenção pública à saúde”, a conjuntura neoliberal era desfavorável à garantia de proteção à saúde universal, que Vieira (2000) salienta que sua concretização vem introduzindo um novo modelo público de prestação de serviços e ações de saúde, com o envolvimento dos governos estaduais e municipais, introduzindo novos instrumentos gerenciais e de democratização da gestão da política de saúde.

Inúmeras dificuldades têm permeado o processo de sua implementação, desde a questão do financiamento, até a introdução, já no final da década de 90, de nova legislação que favorece a criação das chamadas *organizações sociais*, entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que podem assumir a provisão de serviços de saúde, desde que se credenciem junto aos governos federal, municipais, estaduais. Sua proposição faz parte da Reforma do Estado, atingindo áreas consideradas não exclusivas do Estado, em que a iniciativa privada, o mercado, ou a sociedade civil, segundo a orientação neoliberal, pode assumir a provisão de serviços (VIEIRA, 2000).

Conforme o médico sanitário Paulo Gadelha, presidente da Fiocruz, defende o reconhecimento de que o setor é subfinanciado. A partir do fim da CPMF, o discurso hegemônico foi o de que a Saúde tinha problemas de gestão, não de financiamento. Ocorreu uma quebra desse padrão: com poucas exceções, chegou-se a um consenso, no Congresso, de que o ganho de gestão é marginal. Sem dinheiro novo, a imensa máquina de saúde pública brasileira, hoje referência mundial, continuará devendo qualidade de serviços ao seu usuário

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de contrarreforma na política de saúde se dá pela necessidade de expansão do capital nos serviços de saúde, mais precisamente no governo de Fernando Henrique Cardoso, com a incentivação de contratação de serviços privados regidos pela Norma Operacional Básica (NOB) de 1996.

No governo de Lula, segundo Soares (2014), há uma tentativa de legitimar a privatização e a mercantilização da saúde, mediante a continuidade da política conservadora que utiliza grande parte do orçamento público para pagamento da dívida pública, com isso a saúde sofre grandes impactos econômicos advindos da racionalidade de contrarreforma na saúde, a refuncionalização dos princípios do SUS.

Falar da Saúde Pública no Brasil e em Palmeira dos Índios - AL, enfocando as implicações do processo de precarização deste setor sobre a qualidade dos serviços públicos

II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas

“Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas”

20, 21 e 22 de junho de 2018

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - UFPI - Teresina - Piauí



ofertados, necessita de uma análise de conjuntura, social e política. A Política de Saúde vem apresentando uma lógica de precarização, focalização e se materializa no âmbito das instituições públicas trazendo consequências adversas tanto como das condições de saúde da população como de atendimento as suas necessidades.

REFERÊNCIAS

BARRETA, Regina Célia de Souza; MARTINS, Lília C.O. Estado, municipalização e gestão social. **Serviço Social e Sociedade: assistencial social política e direito**, São Paulo, n. 77, p.65-76, 2004.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 2 v.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

JOVCHELOVITCH, Marlova. O processo de descentralização e municipalização no Brasil. **Serviço Social e Sociedade: assistencial social política e direito**, São Paulo, n. 56, p.34-49, 1998.

MATTA, Gustavo Corrêa et al (Org.). **Estado, Sociedade e Formação profissional Em Saúde: Contradição e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro Fiocruz, 2009. 420 p. Disponível em: <<http://www.fiocruz.com.br>>. Acesso em: 23 mar. 2016