

## Neoliberalismo e Estado Mínimo: Repercussões na Atenção à Saúde no Distrito Federal

Neoliberalism and the Minimal State: Implications for the health care in the Federal District

Daniel Batista Munhoz<sup>1</sup>  
 José Alfredo Lacerda de Jesus<sup>1</sup>  
 Marcelo Abrahão Costa<sup>1</sup>  
 Elza Maria de Souza<sup>1</sup>

### RESUMO

Trata-se de um ensaio sobre como a política neoliberal de um governo pode repercutir na promoção e atenção à saúde no Distrito Federal. O presente artigo apresenta as bases do neoliberalismo, estabelece os pressupostos da reorganização em torno de um estado mínimo perante a economia e a sociedade e analisa as possíveis repercussões sobre a promoção e atenção à saúde. Para tanto aborda as bases política-administrativas do Programa de Eficiência em Saúde do Governo do Distrito Federal nos últimos dois anos, seus valores de financiamento, comparando-o com outros sistemas nacionais e internacionais que adotaram essa política. Citam ainda experiências que resultaram negativas para a consolidação do SUS um sistema de saúde com características de universalidade e integralidade e chama a atenção para a vulnerabilidade dos sistemas de saúde às políticas governamentais com características neoliberais.

**Palavras-chave:** Neoliberalismo; Estado Mínimo; Atenção à Saúde no Distrito Federal.

### ABSTRACT

This is an essay where the impact of a neoliberal policy on health promotion and medical care in the Federal District is analysed. This article presents the basis of neoliberalism, and it establishes the reorganizational premises of a minimal State related to economics and society, and it analyzes possible implication for health promotion and care. To this end, it addresses the political-administrative basis of the Government of Federal District Health Efficiency Program during the past two years and its financed amounts, and compares it to other domestic and international systems which have adopted this policy. It also quotes experiments resulting negatively to SUS, a health system with universality and integrality features. Also, it calls attention to vulnerability of health systems concerning policies of a government with neoliberal characteristics.

**Key words:** Neoliberalism; Minimal State; Health care in the Federal District.

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília. Brasília - DF, Brasil

**Correspondência**  
 Daniel B Munhoz  
 Faculdade de Medicina, Campus  
 Universitário Darcy Ribeiro Universidade  
 de Brasília – UnB/ Brasília – DF 70910-  
 900, Brasil  
 dbmunhoz@gmail.com

Recebido em: 09/julho/2009  
 Aprovado em: 19/janeiro/2010

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), proposto pela Constituição Brasileira de 1988, caracteriza-se pelos princípios doutrinários de universalidade, integralidade, equidade, princípios organizacionais como descentralização, hierarquização, e participação popular, além de pressupor serviços predominantemente públicos<sup>1</sup>. Regulamentado pela lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, o SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições da administração direta, indireta e fundações dos poderes públicos federal, estaduais, municipais e do Distrito Federal, sendo permitido à iniciativa privada participar em caráter complementar<sup>2,3</sup>.

Nos últimos vinte anos o Estado Brasileiro sofreu profundas modificações, em parte devido ao processo de redemocratização, em parte devido ao avanço da economia e da modernização da gestão. O Distrito Federal (DF) evoluiu de um período em que os administradores eram indicados pelo governo central para a escolha democrática de seus dirigentes. Desde então apenas três modelos administrativos foram experimentados: um período de 12 anos com a tradicional política clientelista (com o Estado como o regulador principal das ações de saúde), um período de quatro anos de visão socialista e os últimos dois anos com uma política neoliberal.

O Distrito Federal, detentor de um sistema de saúde organizado desde os anos 70, de forma a prestar atenção básica, secundária e terciária hierarquizada, chegou a ser modelo para os demais estados da federação. No entanto, o sistema tem sofrido continuamente grande pressão por demanda crescente de usuários e diminuição dos recursos de pessoas e materiais, ocasionando declínio da qualidade e aumentando desigualdade na atenção à saúde da população.

Há dois anos vem sendo implantado um modelo no sistema público de saúde com foco na gestão terceirizada, através de organizações sociais. Nesse processo de mudança histórica questiona-se o quanto reformas de caráter liberalizante repercutirão na promoção e atenção à saúde do Distrito Federal. O objetivo deste trabalho é apresentar uma revisão dos conceitos de neoliberalismo, Estado mínimo e da história do desenvolvimento do sistema de saúde distrital analisando, ao final, como essas propostas podem repercutir sobre o sistema de saúde local.

## Neoliberalismo

Neoliberalismo é uma doutrina que abrange economia e a filosofia social e suas principais linhas incluem<sup>4</sup>: a superioridade do mercado como uma instituição para alocação ótima de recursos; a Teoria da Escolha Pública, na qual as decisões tomadas pelo governo visam o bem público através de escolhas racionais positivistas; a Teoria do Ônus Público do bem estar social, onde é preconizado que o indivíduo deve assumir responsabilidade sobre o bem estar social; a superioridade do individualismo sobre o coletivismo e a autoconfiança, em que a responsabilidade moral individual se sobrepõe a uma cultura de interdependência; o Estado Mínimo, onde existe reduzida interferência do Estado nas políticas públicas.

Muito embora o neoliberalismo tenha existido como um movimento dentro do liberalismo por algum tempo<sup>5</sup>, ele veio a se tornar proeminente no início dos anos 70, como resposta à recessão econômica que é descrita como a “crise fiscal dos Estados”.

Entre 1978 e 1980, o neoliberalismo, como uma política e teoria econômica, fez sua apresentação no palco mundial. Na China, em 1978, Deng Xiaoping abriu as portas para as reformas do mercado. Em 1979 a Inglaterra adere ao modelo neoliberal durante a gestão de Margaret Thatcher, assim como Paul Volcker, no final do mesmo ano coloca a política monetária dos EUA no mesmo caminho, o que é seguido por Ronald Reagan, eleito no ano seguinte<sup>6</sup>.

As atitudes destes líderes influenciaram a implantação de idéias neoliberais nas economias globalizadas do século XX de maneira hegemônica. Suas proposições de desmonte dos Estados de bem estar social, contenção de gastos sociais, privatizações dos ativos públicos, desorientação das atividades sindicais, flexibilização do trabalho, desregulamentação do mercado e globalização da economia tornaram-se as estratégias encontradas para sanar a crise fiscal dos Estados de 1970 a 1980, afirmando a responsabilidade individual<sup>7</sup>, definindo o Estado Mínimo, no qual a saúde é um dos setores diretamente afetado.

O impacto desta doutrina nos sistemas públicos de saúde pode ser exemplificado pela queda da qualidade do sistema de saúde britânico no período 1991 a 1997<sup>8</sup>, onde as políticas de saúde foram guiadas pelos preceitos designados acima, onde o estado buscou se eximir de sua interferência nas políticas públicas caracterizando assim o chamado Estado mínimo.

### Estado Mínimo

O Estado Mínimo surge da necessidade do estado capitalista em se reorganizar promovendo uma redução da atividade governamental com aumento paralelo da autoridade governamental, seguindo a desaceleração do crescimento econômico e do capital após a segunda guerra mundial<sup>9</sup>.

Esse movimento aparece como reação ao padrão de acumulação de capital vigente durante grande parte do século XX, onde o capital público gerado por impostos e prestações de serviços públicos à maioria da população financiava não só a acumulação do capital, mas também a reprodução da força de trabalho por meio de políticas sociais. A partir do momento em que o Estado cessa os financiamentos de políticas públicas e sociais, concentrando-se no fomento neoliberal do crescimento do capital privado, torna-se, ele próprio, “máximo” para o capital.

O modelo do estado mínimo apregoa a não-intervenção do estado em prol da liberdade individual e da competição entre os agentes econômicos, definido pelo pensamento neoliberal como alicerce mais importante para a prosperidade econômica. Portanto, as forças de mercado são descritas como única forma de regulação visando uma estrutura socioeconômica mais racional e eficiente.

A atuação do Estado Mínimo se limita às funções de proteção contra a violência, o roubo e a fraude, e ao cumprimento de contratos. Qualquer ação mais abrangente violaria o direito dos indivíduos<sup>10</sup>.

No limite de atuação do Estado Mínimo há algumas atividades que serão sempre resguardadas: a) financiamento da força militar para proteção da pátria e da sociedade; b) proteção dos indivíduos contra a injustiça que possa ser cometida por outros indivíduos; c) financiamento de instituições e obras públicas que proporcionem vantagens para a sociedade, mas que não ofereçam possibilidade de lucro que compensem ou substituam a atividade privada; d) preservação das instituições de direito nas esferas do legislativo, executivo e judiciário.

Segundo Norberto Bobbio (1988 a,b) o Estado tem seus limites estabelecidos em dois níveis: quanto aos poderes e quanto às suas funções. O Estado de direito é a noção que corresponde à limitação dos poderes. O Estado Mínimo é a noção corrente para representar o limite das funções do Estado dentro da perspectiva da doutrina liberal<sup>11,12</sup>.

No modelo neoliberal do Estado Mínimo buscam-se saídas que pulverizem o interesse coletivo em prol do capital privado, como é o caso de privatizações de empresas estatais.

Essa nova lógica do capitalismo globalizado, através das privatizações, amplia os espaços econômicos empresariais e também a subordinação dos Estados minimizados à lógica do mercado internacional. Os efeitos adversos das políticas que impulsionam a economia urbano-industrial ao longo do século XX são mais iniquidades sociais, danos ambientais irreparáveis e ambientes sociais mórbidos geradores de doenças orgânicas e sócio-psíquicas<sup>13,14</sup>.

Portanto, o Estado mínimo evolui com a redução dos gastos públicos com saúde, educação e previdência social, significando, para os países desenvolvidos, o fim do Estado de bem-estar social, e para os países em desenvolvimento, o agravamento do quadro das iniquidades sociais, acentuando as desigualdades entre extremos de pobreza para a maioria e riqueza para um reduzido número de pessoas<sup>15</sup>.

### Repercussões do modelo de estado mínimo na atenção à saúde no Distrito Federal.

Historicamente, até o final dos anos 70, como concebido originalmente, o sistema de saúde do Distrito Federal foi predominantemente público, constituído por um hospital de base, uma rede de hospitais regionais e um centro de saúde<sup>16</sup>. A partir de então, como resultado da discussão da reforma sanitária do estado brasileiro, de experiências locais exitosas, da visão política de gestores da época e do expressivo aumento da demanda, o sistema foi acrescido de uma rede de centros e postos de saúde e de um programa de agentes de saúde domiciliares.

A partir dos anos 80, o sistema público de saúde do DF foi expandido e uma rede de atenção básica foi implantada com centros e postos de saúde distribuídos estrategicamente por todas as Regionais de Saúde, incluindo a zona rural<sup>17</sup>. O número de centros de saúde por regional era proporcional à população e cada unidade básica de saúde era destinada ao atendimento de sua área de abrangência, o que facilitava o acesso dos usuários. O sistema público do Distrito Federal contava com uma rede onde mais de noventa por cento das unidades de atenção secundária e terciária eram públicas, logo a necessidade de complementação da atenção pela rede privada era mínima e pontual.

No entanto, no decorrer dos anos o sistema vem apresentando progressiva deterioração dos seus serviços, agravada pela dificuldade de contratação de profissionais de saúde em virtude dos baixos salários, polarização política-partidária cada vez mais acentuada entre outras. Paralelamente a esse quadro e concomitante ao avanço da economia, a possibilidade do sistema privado ser complementar ao sistema público e face a uma possível incapacidade do Estado em suprir as necessidades de saúde, avança no Distrito Federal a rede de assistência privada e os planos privados de assistência à saúde.

Em meados dos anos 90, atendendo a proposta do Ministério de Saúde é implantado o Programa Saúde da Família, que no DF foi denominado “Programa Saúde em Casa”, uma tentativa de consolidação do SUS<sup>18</sup>. No entanto, o programa é iniciado dissociado da rede de atenção básica existente, com admissão de médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde através de uma organização social. Durante esse período o “Programa Saúde em Casa” conseguiu a atuação de 370 equipes nas regionais de saúde do DF, as quais foram desarticuladas pelo governo subsequente.

Em 2007 com o encerramento das atividades dessa organização social o programa sofreu descontinuidade até que fosse contratada outra instituição a fim de garantir a sua continuidade.

Nos últimos dois anos, sob a justificativa de enfrentar a crise crônica por que passa o sistema de saúde do DF, seguindo os preceitos e ideais do neoliberalismo e do Estado mínimo, o Governo do Distrito Federal vem operacionalizando ações no sistema público de saúde, com o nome de Programa de Eficiência na Saúde<sup>19</sup>.

Entre outras medidas, construiu um hospital regional e após um ano decidiu entregá-lo à gestão de uma organização social. Esta ação teve como base experiências prévias consideradas exitosas do ponto de vista neoliberal, como a da Assistência Médica Ambulatorial (AMA) da Secretaria de Saúde da prefeitura paulistana no período 2004-2009<sup>20,21</sup>; a gestão de unidades hospitalares vinculadas ao Governo do Estado de São Paulo ao longo dos anos 2000<sup>22</sup>; algumas unidades da Secretaria de Saúde da Bahia<sup>23</sup> e o modelo de gestão da rede de Hospitais Sarah Kubitschek<sup>24</sup>.

No entanto, outras experiências estruturadas no mesmo modelo, como a da prefeitura paulistana no período 1993 a 2000, que ao entregar a gestão

dos serviços de saúde a um consórcio de cooperativas de trabalho da área, não obteve êxito, retornando ao formato original do SUS em 2001<sup>20,21</sup>. Fato semelhante aconteceu com a reforma liberalizante do Sistema Nacional de Saúde britânico (NHS) no período 1991 a 1997, quando houve diminuição da qualidade da atenção e redução substancial dos valores per capita investidos em saúde comparados a outros países da Europa<sup>25</sup>.

No caso em questão, ao compararmos a quantia que a entidade privada receberá durante dois anos, aproximadamente 220 milhões de reais, ao que recebe o Hospital Universitário de Brasília - um hospital terciário que atende procedimentos complexos - aproximadamente 18 milhões de reais por ano, verifica-se que o custo será aproximadamente seis vezes maior.

Áreas de alta complexidade, como atenção aos renais crônicos e em terapia intensiva neonatal, pediátrica e de adulto também padecem da mesma falta de investimento do Estado. Com frequência o governo recorre à contratação de serviços na rede privada, muitas vezes sob pressão judicial, o que também acarreta conseqüências sérias para a economia da saúde.

O artigo 199 da constituição dispõe sobre o direito da iniciativa privada de participar do Sistema Único de Saúde, porém de forma complementar, segundo as diretrizes deste, observada a preferência pelas entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos<sup>1</sup>.

Para o Distrito Federal, que recebe significativa quantia do Fundo Constitucional do Distrito Federal, o debate é sobre a real necessidade de se transferir para organizações sociais a administração de serviços públicos de saúde, sob a justificativa de um melhor gerenciamento institucional. O sistema de saúde do DF seria mais efetivo com a recuperação da rede implementando também o Programa de Saúde da Família, integrado à rede já existente com equipes de profissionais concursados - o que reduziria a interferência política-partidária que o programa vem sofrendo desde a sua implantação - bem como a fixação dos profissionais nesse Programa.

A reforma do Sistema Nacional de Saúde inglês, proposta em 1991 por um governo conservador, tinha três objetivos principais: a melhoria da qualidade dos serviços; a eliminação da lista de espera para cirurgias eletivas, por meio da otimização da capacidade ociosa dos hospitais e o controle

do desperdício de recursos. Pesquisas de opinião demonstraram que a introdução de mecanismos de mercado não foi suficiente para resolver alguns problemas enfrentados pelo sistema: 41% estavam insatisfeitos com os serviços de saúde ; 56% consideravam que mudanças eram necessárias . A principal reclamação era quanto à demora na marcação de consultas e exames emergenciais<sup>23</sup>. Além disso, existiam diferenças consideráveis no tempo de espera de um distrito sanitário para outro, particularmente para consultas ambulatoriais de complexidade e de exames complementares. Portanto, os mecanismos implantados no sistema de saúde inglês, buscando maior autonomia dos provedores não atingiram os graus esperados, de efetividade e de satisfação da clientela usuária<sup>25</sup>.

Para Noam Chomsky<sup>25</sup>, o neoliberalismo é um sistema no qual o público paga os custos e assume os riscos mas os lucros, se existirem, são privados. Segundo Emir Sader<sup>26</sup>, os dois efeitos mais graves das políticas neoliberais são a “financeirização” da economia e a “precarização” das relações de trabalho, resultantes da política de desregulamentação e eliminação de travas à circulação do capital. Para Di Pietro, citado por Pinto e colaboradores<sup>21</sup>, parceria e terceirização são velhas estratégias, com caráter fortemente ideológico, que contribuem para a mudança do papel do Estado e da Administração Pública<sup>24</sup>. Dessa forma, o Estado não teria mais o papel de prestador direto de serviços, sendo necessário limitar suas competências e diminuir seu tamanho, para transformá-lo num Estado cujo papel principal seria o de estimular, apoiar e subsidiar a iniciativa privada.

## CONCLUSÕES

Diante da discussão aqui apresentada o neoliberalismo e o Estado Mínimo seriam as soluções práticas para o resgate da crise financeira do estado capitalista no final da década de 70. A descentralização das atividades do Estado facilitaria o acesso a serviços ineficientes até então oferecidos. Esperava-se uma maior eficiência dos serviços com a terceirização das obrigações do Estado, entretanto houve uma forte pressão corporativa e do capital privado no sentido de forçar o Estado a se tornar mínimo, ao mesmo tempo exigindo um aumento significativo nos investimentos estatais para viabilizar a minimização de suas ações.

No Distrito Federal não foi diferente. Os recém-eleitos optaram por políticas assistencialistas vol-

tadas para a atenção básica de saúde, usando a legislação para terceirizar também esses serviços, além daqueles descritos como de alta complexidade, criando uma subversão da ordem natural do sistema público do DF como havia originalmente sido concebido.

Ainda há tempo de repensar tal modelo, principalmente no DF, que manifesta hoje problemas graves oriundos de políticas repletas de interesses pessoais e de grupos que se sustentam nas próprias idéias do neoliberalismo e do estado mínimo.

## AGRADECIMENTOS

Esse artigo é parte das atividades da disciplina Tópicos em Medicina Social, do programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, UnB. Como trabalho de conclusão da disciplina obteve a participação ativa de seus autores na revisão bibliográfica, correção e revisão crítica da versão final do texto enviado para publicação.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 1992.
2. Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 2203, Norma Operacional Básica 01/96, de 5 de novembro de 1996. Redefine o modelo de gestão do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Seção I, p.2
4. Lavalette DM, Pratt DA. Social Policy: Theories, Concepts and Issues. 3rd ed. Sage Publications Ltd; 2005.
5. Hayek F. The Road to serfdom. Repr. London [u.a.]: Routledge; 2006.
6. Harvey D. A Brief History of Neoliberalism. Oxford University Press, USA; 2007.
7. Demo P. Cidadania tutelada e cidadania assistida. Autores Associados; 1995

8. Tanaka OY, Oliveira VE. Reforma(s) e estruturação do sistema de saúde britânico: lições para o SUS. *Saúde e Sociedade*, 2007, 10(1), p. 7-17.
9. Anderson, Perry (1995), "Balanço do neoliberalismo", in *Pósneoliberalismo – As Políticas sociais e o Estado democrático*. São Paulo, Paz e Terra.
- 10.10. Nozick, Robert. (1990). *Anarquia, Estado y utopia*. México, Fondo de Cultura Económica.
11. Bobbio, Norberto et al. *Dicionário de política*. Brasília, Editora Universidade de Brasília, 1988.
12. Bobbio, Norberto et al. *Liberalismo e democracia*. São Paulo, Editora Brasiliense, 1988.
13. Buss PM 1998. *Promoção da Saúde e Saúde Pública*. ENSP, Rio de Janeiro. 178pp.
14. Siegrist J. Adverse health effects on high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol* 1996; 1:27-41
15. Crozier, Michel J. et alii. (1975). *The crisis of democracy*. New York Press University.
16. Costa L. Memorial do Plano Piloto de Brasília. Disponível em <http://www.guia de Brasilia.com.br/historico/memorial>. Acesso em 01 de junho de 2009.
17. Frejat J. Doença não é negócio. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2009 Mai 30, extraído do *Jornal de Brasília*, 2009 Mar 12.
18. Programa Saúde em Casa: uma estratégia de reformulação do sistema público de saúde do Distrito Federal. Fundação Hospitalar do Distrito Federal. Secretaria de Saúde, Brasília, Sn, 1998, 17p. Ilust.
19. Governo do Distrito Federal. Programa de eficiência na saúde: saúde moderna no Distrito Federal. Disponível em <http://www. Saúde.df.gov.br>. Acesso em 01 de junho de 2009.
20. Saúde é a área mais mal avaliada de todas as últimas gestões. Disponível em [www.cebex.org.br](http://www.cebex.org.br). Acesso em 01 de junho de 2009.
21. Pinto NRS, Tanaka OY, Spedo SM. Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009, 25 (4) p. 927-38.
22. Sao Paulo (Estado). Lei complementar nº 846, de 04 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e da outras providencias. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, 1998, jun 5, séc I, p.106.
23. Bahia(Estado). Lei 10.955, de 21 de dezembro de 2007. Modifica a formulação da política estadual de saúde, a gestão do sistema estadual de saúde e a execução de ações para promoção, proteção e recuperação da saúde. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, 2007, Dez 21.
24. Brasil. Lei Federal Nº 8.246, de 22 de outubro de 1991. Autoriza o Poder Executivo a instituir o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1991, out 23.
- 25.25. Chomsky N. A cara antidemocrática do capitalismo. Disponível em [www.socialismo.org.br](http://www.socialismo.org.br). Acesso em 01 de junho de 2009.
26. Sader E. Financeirização e precarização: os males do Brasil. *Correio Braziliense*, 2009 Mai 17, p.8