

Impactos do “Neoliberalismo do século XXI” na política de saúde brasileira¹

Carlos Antonio de Souza Moraes

1 Este capítulo é resultado de pesquisa de doutorado realizada no Programa de Estudos Pós-graduados em Serviço Social da PUC/SP, sob o título: “O Serviço Social brasileiro na entrada do século XXI: Formação, trabalho, pesquisa, dimensão investigativa e a particularidade da área da saúde” (2016), sob orientação da Prof^a. Dr^a. Regina Maria Giffoni Marsiglia.

1. INTRODUÇÃO

Ao analisar a política de saúde brasileira ao longo dos governos de fim dos anos 1990 e início dos anos 2000, embora ações específicas tenham sido desenvolvidas, de forma geral, observa-se que elas estiveram pautadas na concepção neoliberal, representada por organismos internacionais (FMI, Banco Mundial, ONU), por meio da construção de parâmetros que buscaram flexibilizar os recursos públicos, desmontando o Sistema de Seguridade Social e, mais especificamente, deteriorando a saúde pública e priorizando o crescimento de planos e seguros de saúde.

Nesses anos, o financiamento do Sistema Único de Saúde (sus) tem adquirido centralidade na análise da política de saúde, que, a partir de uma política macroeconômica restritiva voltada para o cumprimento de metas de inflação e de superávit primário, tem se mostrado insuficiente e indefinida, dificultando a efetivação dos princípios do sus constitucional² (MENDES; MARQUES, 2012).

Assim, a Política Nacional de Saúde, ao seguir as orientações do Banco Mundial, presentes na área da saúde no país desde os anos 1980 – (CORREIA, 2007), tem integrado o modelo de desenvolvimento ao estimular a indústria nacional por meio da criação de condições de expansão da saúde suplementar, da ampliação do mercado privado e de diversas parcerias público-privadas.

2 A Constituição Federal Brasileira de 1988 é mais progressista no que se refere à Proteção Social, qualificando a saúde, a previdência e a assistência social como políticas de Seguridade Social. À saúde couberam cinco artigos (196 a 200), que a determinam como direito de todos e dever do Estado e a estabelecem de forma descentralizada, com controle social e ações integralizadas, universalizadas e baseadas no princípio de equidade.

Outra inovação é a incorporação de uma concepção ampliada de saúde. Esta passa a ser compreendida como o acesso a um conjunto de bens e serviços disponíveis na sociedade, produzidos pela coletividade, mas apropriados privadamente (MATOS, 2014). Neste sentido, a Lei Orgânica da Saúde (LOS, nº 8.080/90) entende que a saúde é determinada e condicionada socialmente, por meio de alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, lazer, acesso a bens e serviços essenciais, entre outros.

Essa relação histórica entre o público e o privado, na política de saúde, foi analisada por Menicucci (2003) em sua tese de doutorado, com o objetivo de identificar os determinantes históricos do sistema dual de assistência à saúde. Para a autora, as decisões governamentais a respeito da assistência pública de saúde ou ampliação da cobertura incentivaram direta e indiretamente o desenvolvimento do mercado privado de saúde, seja no aspecto da prestação dos serviços, seja na gestão privada da assistência, paralelamente à ampliação da cobertura pública.

No caso da produção de serviços, a opção do governo pela compra de serviços privados favoreceu a expansão desse mercado, que “teve na política previdenciária a garantia da demanda financiada pelo Estado” (MENICUCCI, 2003, p. 316). Através de alocação direta de recursos ou incentivos fiscais, as políticas previdenciárias favoreceram a aceleração de segmentos empresariais, o surgimento da medicina de grupo, cooperativas médicas e sistemas de autogestão relacionados a empresas que administram planos de saúde para seus trabalhadores. Nos anos 1980, houve expansão da assistência privada por meio de planos de saúde, o que significou a institucionalização de diversificadas formas de financiamento, provisão e acesso à assistência à saúde, construindo o padrão segmentado da assistência no país, o que se tornou difícil de ser revertido.

Por outro lado, afirma a autora que os efeitos desses processos políticos não se limitam aos interesses empresariais, mas se expressam também no comportamento dos beneficiados na condição de usuários da política:

Na sua origem, por se vincular à Previdência Social, a assistência à saúde de caráter público reproduziu as diferenciações registradas entre as diferentes instituições previdenciárias, sendo uma expressão da cidadania regulada, que caracterizou a constituição dos direitos sociais no Brasil. A unificação dessas instituições na década de 60, com a consequente equalização dos benefícios e serviços, foi acompanhada da recriação de

novas formas de segmentação, desta vez a partir de categorias privilegiadas de trabalhadores em formas privadas de assistência a partir das decisões governamentais voltadas para ampliação da cobertura sob a forma de convênios da Previdência Social com empresas. Essas duas formas de segmentação de clientela, com a correspondente armação institucional para garantir a cobertura de segmentos de trabalhadores, não favoreceu a constituição de uma identidade coletiva e de valores solidaristas entre o público-alvo da política, capaz de articular uma demanda universalista. Ao contrário, propiciou a particularização das demandas de saúde e a construção de identidades corporativas (MENICUCCI, 2003, p. 317).

Esse processo acaba se refletindo na implantação da reforma política nos anos 1990, que efetivamente não contava com o apoio de setores mais mobilizados dos trabalhadores, visto que sua inclusão em formas privadas de assistência à saúde, por meio do contrato de trabalho, dará sustentação e, implicitamente, vetará a universalização da assistência pública. Isso reforçou a perspectiva de que ao SUS cabe à cobertura da população mais pobre e em condições desfavoráveis de inserção no mercado de trabalho (MENICUCCI, 2003).

Além disso, a convivência entre essas duas modalidades de assistência à saúde, articulada à precariedade dos serviços públicos, cooperou para construção de imagens negativas sobre a assistência à saúde pública, colaborando para a preferência pela privada, tendendo-se a uma naturalização das escolhas do passado e contribuindo para a falta de suporte político à assistência pública (MENICUCCI, 2003).

Assinaladas essas indicações preliminares, torna-se importante analisar como esse processo vai se desenvolver ao longo dos anos 1990 e 2000. Sendo assim, a proposta deste capítulo consiste em avaliar as atuais tendências da política de saúde brasileira por meio da investigação a respeito das implicações do “neoliberalismo do século XXI” (MORAES, 2016) sobre essa política. Para tanto, o estudo está pautado no método fundamentado na obra de Marx e, metodologicamente,

recorre à pesquisa bibliográfica a partir da identificação, localização, compilação e fichamento de materiais pautados no descritor “política de saúde”.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA NOS ANOS 1990 E NA ENTRADA DO NOVO SÉCULO

A partir dos anos 1990, o Brasil adota *efetivamente* as propostas do Banco Mundial como referência para a área da saúde. Um dos documentos que sintetizam um conjunto de propostas data de 1991 e se intitula “Brasil: novo desafio à saúde do adulto”. Esse documento rebate os avanços formais da Reforma Sanitária, contemplados na Constituição e nas leis específicas da área da saúde. Contrapõe-se à universalidade do acesso e indica que os programas de saúde pública devem ser orientados para os pobres.

Assim, as seguintes estratégias têm sido utilizadas pelos governos brasileiros desde os anos 1990: a desvalorização da gestão pública tradicional; a redução de recursos para a área da saúde, reforçando o projeto conservador e reciclando o modelo privatista; a centralização na compra por serviços de saúde, descredenciando o movimento de Reforma Sanitária e distorcendo os princípios e diretrizes do sus.

Essas ações, que se iniciam no governo Collor (1990-1992), têm sido associadas à corrupção, incompetência político-administrativa, encontros de bastidores e negociações pouco transparentes (PAIM, 2008), determinando, durante seu mandato, o aumento da miséria e desigualdade social e contribuindo para o recrudescimento de velhas epidemias e o surgimento de tantas outras.

Ao longo do governo de Itamar Franco (1992-1994), foi possível identificar avanços na tentativa de retomar a doutrina original do sus. Tais avanços são resultado

da ocupação de lugares, em instâncias decisivas do Estado, por parte de aliados do movimento de Reforma Sanitária e da própria defesa do sus constitucional, pronunciada por esse presidente.

Assim, esse período é marcado pela extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a interlocução com os movimentos sociais, a discussão a respeito da reforma psiquiátrica e de medicamentos genéricos, a criação do Programa Saúde da Família, a regulação do sistema de assistência médica suplementar e a criação do Decreto nº 1.232/94, a respeito do ressarcimento ao sus por planos e seguros de saúde pelo atendimento de seus associados em unidades públicas de saúde.

Também nesse período, por mais que tenham sido propostas medidas vinculadas ao atendimento das necessidades de saúde do povo, “os desvios de verbas e a proteção à saúde da moeda estiveram acima da saúde da população” (PAIM, 2008, p. 198). O clima de ajuste macroeconômico levou o governo a criar o Fundo Social de Emergência, sob o pretexto de atender áreas como saúde, educação e previdência, mas que se tornou base para o pagamento de despesas administrativas e pessoais. Além disso, os juros da dívida do governo alimentaram a “ciranda financeira”, comprometendo os orçamentos da saúde e educação. Nesse ínterim, houve expansão da assistência médica supletiva a partir de diversificação de planos de saúde para os consumidores e de compra e pagamento de serviços médicos, ao mesmo tempo em que forças econômicas implodiram o conceito de Seguridade Social (PAIM, 2008).

No início do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC, 1994-2002), a questão do financiamento e as repercussões da política econômica sobre as condições de vida e saúde da população foram temas frequentes nos debates da política de saúde (PAIM, 2008). Além disso, a situação da saúde pública se mostrava cada vez mais precária e deteriorada, o que contribuiu para que trabalhadores

e segmentos da classe média migrassem para o seguro saúde e outras formas de assistência médica supletiva. Por outro lado, os usuários do sus enfrentavam filas, baixa qualidade dos serviços, burocratização, entre outros. Nesse período, já havia apelo para a realização da X Conferência Nacional de Saúde, como defesa da Reforma Sanitária e crítica ao modelo econômico adotado no país.

Para o então presidente FHC, o principal problema do sus não era de recursos, mas de gerenciamento, sendo necessário realizar uma “cirurgia” no sistema público de saúde, centrando suas ações nos pobres, conforme recomendação do Banco Mundial, mediante os efeitos perversos das políticas de ajuste macroeconômico. Esse sus real, como configuração da contrarreforma do Estado nos anos 1990, era refém da política econômica, do clientelismo e da inércia burocrática, que contribuíam para ampliação dos serviços privados de saúde (PAIM, 2008).

O discurso e perspectiva adotados por FHC embasavam-se em documento construído em 1995, pelo Banco Mundial, destinado às políticas econômicas e sociais dos países dependentes. A centralidade do documento se expressa na lógica do mercado e custo/benefício, na ampliação do setor privado e na descentralização dos serviços para a sociedade, como medida para desresponsabilizar o Estado (CORREIA, 2007).

Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde elaborou dois documentos em consonância com o Banco Mundial, que sintetizavam a contrarreforma do Estado no campo administrativo e organizacional do Sistema Nacional de Saúde. O primeiro documento foi em conjunto com o Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, intitulado “Sistema de atendimento de saúde do sus”. O segundo, elaborado pelo Ministério da Saúde, sob o título “Informe sobre a reforma do setor saúde no Brasil”, foi apresentado à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e ao Banco

Mundial em setembro de 1995, em reunião especial sobre “Reforma Sectorial en Salud” (CORREIA, 2007).

A ofensividade da contrarreforma do Estado se estruturava fortemente na busca de ultrapassar a compreensão de sua exclusividade no setor saúde. A criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), conduzido por Bresser-Pereira, foi e é uma tentativa de ampliar um novo modelo de gestão, ao possibilitar que os serviços de saúde sejam prestados por Organizações Sociais. Segundo Matos (2014), a proposta era transferir serviços ambulatoriais de referência e dos hospitais para Organizações Sociais, das quais o Estado contrataria o serviço que julgasse adequado, independentemente de ter sido um dia público.

Nesse contexto, FHC e o então ministro da Saúde, Carlos Albuquerque, lançaram, em março de 1997, “o ano da saúde no Brasil”, estabelecendo ações e metas centradas na família, por meio do Programa Saúde da Família, na saúde da mulher e da criança, na regulamentação dos planos de saúde, na revisão da tabela do SUS, entre outros (PAIM, 2008).

Segundo Paim (2008), havia duas principais posições que divergiam em relação ao financiamento e à prestação dos serviços de saúde. Uma primeira posição defendia o Estado regulador e, de modo geral, não prestador de serviços de saúde. Um Estado pequeno, forte, ágil e penetrado pelo controle social. Essa posição defendia as Organizações Sociais como modo de gerenciar os hospitais. Por outro lado, havia a defesa de um Estado regulador e prestador direto de serviços, pautado na lógica da solidariedade e rejeitando as Organizações Sociais.

De fato, a partir de seu marco legal original, a concretização do SUS deixava de ser espaço político e estratégico de atendimento dos interesses da classe trabalhadora e de sua organização em torno de um projeto de sociedade e entrava para o terreno das possibilidades mediante o ajuste neoliberal (SOARES, 2013).

No último ano de gestão do primeiro mandato de FHC, o senador José Serra aceitou o convite para assumir o Ministério da Saúde. Também se evidenciaram alguns avanços na cobertura do sus, atingindo 95% da população em atenção primária, 70% na secundária e 90% na chamada alta complexidade. Todos os estados e os 436 municípios respondiam pela gestão plena dos seus sistemas de saúde e 4.228 municípios exerciam a gestão da atenção básica, de modo que 15,3% das cidades e 17,2% da população do país ainda não participavam do sus (PAIM, 2008, p. 223).

No início do segundo mandato, FHC apresentou o “Programa avança Brasil”, que tinha como meta a implantação de 20 mil equipes de Saúde da Família até 2002, além de enfatizar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, programas voltados para crianças e adolescentes, vigilância e controle de doenças, assistência de urgência e emergência, humanização do atendimento, proteção ao consumidor e regulamentação dos planos de saúde (PAIM, 2008).

Em 1998, também foi aprovada a Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Há a denúncia de que a regulamentação dos planos de saúde deu-se com debate incipiente na sociedade (MATOS, 2014). Essa lei também determinava as seguintes providências no que se refere ao sistema de assistência médica supletiva:

Abertura da participação de grupos estrangeiros no mercado nacional; atribuição da regulamentação dos planos privados da assistência à saúde ao Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP); definição da Superintendência de Seguros Privados (Susep) como ente regulatório; criação de um pacote mínimo na assistência à saúde e mecanismos para controlar a seleção de risco pelas operadoras; proibição de exclusão por idade, deficiência física; limites para exclusão de doenças e lesões pré-existentes; garantia de usufruto do plano de saúde após demissão por um período de 06 a 24 meses; vinculação dos planos e seguros a garantias securitárias, atribuindo poder de intervenção à Susep quando

essas garantias forem insuficientes; estabelecimento do ressarcimento ao sus pelas operadoras; criação do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU); e criação da câmara de saúde suplementar (PAIM, 2008, p. 224).

Mediante ampliação do mercado de serviços privados em saúde, em 2000, é criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através da Lei nº 9.651/2000, reforçando a “lei dos planos de saúde”, como órgão de fiscalização, normatização, controle e regulação das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde. Sua missão era regular a assistência à saúde dos consumidores, a assistência dos associados aos planos de saúde e as operadoras e seguros saúde. Apesar da regulação estabelecida, a Assistência Médica Supletiva (AMS) manteve a segmentação da atenção contrária à integralidade, o desperdício de recursos pela dupla utilização – setores público e privado –, a iniquidade devido à organização dos planos pela capacidade de pagamento, a indução ao consumo e à incorporação, sem critérios, de tecnologia médica (PAIM, 2008).

Também nesse ano, foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC-29), que objetivou equacionar o problema da instabilidade do financiamento do sus, definindo responsabilidades mínimas para União, estados e municípios. A União deveria apurar, em 2000, o montante empenhado em ações e serviços de saúde de 1999, acrescido de 5%, enquanto que, no período de 2001 a 2004, alocaria o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. Já os estados e o Distrito Federal deveriam garantir 7% do produto de arrecadação dos impostos, em 2000, até chegar a 12%, em 2004. Nesse mesmo período, os municípios passariam de 7% para 15% (PAIM, 2008).

Além disso, é possível destacar outros fatos político-institucionais relevantes, tais como:

[...] criação da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA); implantação do Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde (SIOPS); adoção

do cartão sus em alguns Municípios; implementação do programa de Interiorização do Trabalho em saúde (PITS); atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei 9787/99); realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, e da I Conferência de Vigilância Sanitária, em 2001 (PAIM, 2008, p. 225-226).

No final do segundo mandato do presidente FHC, alguns resultados mostravam-se importantes no campo das hospitalizações, consultas e vacinas através do sus, com ampliação de atendimento às gestantes e à infância, além do fortalecimento da estratégia de saúde da família. Porém, tais dados reforçavam a não materialização do sus original, sua precarização, ampliação restrita, fragmentada e desigual, sem anúncios relativos à contrarreforma ou qualquer alteração substancial (SOARES, 2013). Desse modo, o sus materializado se realizava de forma distante do legalmente instituído, não cumprindo as diretrizes de universalidade, equidade e qualidade, apesar da resistência do Movimento Sanitário.

Para Paim (2008), existiam três projetos distintos para a saúde disputando a hegemonia na sociedade brasileira: o primeiro é o projeto conservador, que reduz a saúde pública aos pobres e trata a saúde e a doença como mercadorias compráveis no mercado de consumo de bens e serviços; o segundo é o projeto da Reforma Sanitária, que se respalda na Constituição de 1988 e nas legislações de saúde em vigor, assumindo a saúde como direito de cidadania e se baseia nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle democrático; e o terceiro é o projeto “reforma da reforma”, que busca reatualizar o anterior em função dos ajustes econômicos implementados pelo Estado. Desta forma, para uns, significava a reconstrução dos sistemas públicos de saúde, na perspectiva do planejamento, da gestão e de práticas médico-sanitárias comprometidas com novos modelos de atenção (CAMPOS, 1992). Para outros, significava a correção de certas debilidades gerenciais e dos serviços assistenciais (MENDES, 1996, 2001).

Em relação à política de saúde ao longo dos anos 2000, Andreazzi (2013) compreende que ela tem sido caracterizada por três fenômenos: 1) A consolidação do grande capital na área de serviços de saúde e sua maior vinculação a empresas de seguro de saúde nacionais e internacionais; 2) A privatização de serviços estatais, por meio de terceirização e concessão a empresas privadas lucrativas e não lucrativas, entre as quais as inovações gerenciais do tipo Fundações Públicas de Direito Privado e Organizações Sociais. Após 1990, há constante ameaça de os fundos públicos serem passados para a gestão do setor privado, como ocorreu em países como o Chile e a Colômbia; 3) A participação do gasto privado no orçamento das famílias de baixa renda, a despeito da cobertura formal tanto do sus quanto de seguros privados de saúde.

O governo Lula (2003-2010), embora inicialmente tenha tido maior abertura para o projeto de Reforma Sanitária, deu continuidade à concepção neoliberal representada por organismos internacionais, apresentando um misto de ações pautadas no que Paim (2008) denomina por "sus possível". Assim, mediante os limites da política econômica, flexibilizou os princípios da Reforma Sanitária, reatualizando-a de maneira conservadora e articulando suas propostas ao projeto privatista (SOARES, 2013).

De acordo com as propostas do Banco Mundial, os serviços de atenção básica devem ter caráter universal, combinados com a racionalização do atendimento hospitalar. Nesse sentido, cabe ao Estado priorizar a atenção básica, enquanto a rede privada deve se especializar na alta complexidade.

Assim, a política neoliberal de flexibilização do Estado e controle do gasto público cria as bases institucionais para a ampliação de cadeias lucrativas e concentração do capital, por meio da expansão do mercado de planos privados de saúde, inclusive na incorporação de empresas nacionais e multinacionais, o que permite

a existência de várias portas de entrada na saúde, de acordo com as formas de financiamento da demanda (CORREIA, 2007; ANDREAZZI, 2013).

A análise realizada por Machado, Baptista e Nogueira (2011) a respeito das prioridades da agenda federal da saúde, no período de 2003 a 2008, identifica quatro principais políticas, que também demonstram continuidades e rupturas com governos anteriores. São elas:

- Estratégia saúde da família, que permanece como prioridade na agenda federal desde o governo FHC e sofre um aumento expressivo de gastos a partir das orientações internacionais e de influência na definição de propostas nos vários campos de atuação em saúde. Em 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), como estratégia de ampliação da abrangência e diversidade das Equipes saúde da família (MENICUCCI, 2011);
- O Brasil sorridente, que se desenvolve como enfrentamento de um problema concreto do sistema de saúde que, há cerca de 20 anos, em Conferência Nacional de Saúde, já denunciava a precária situação de saúde bucal da população e os limites dos serviços nessa área;
- O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que representa o atendimento pré-hospitalar móvel da política nacional de atenção às urgências, com o objetivo de melhorar o atendimento de urgência e emergência médica no país;
- E, por fim, a farmácia popular, como busca de ampliar o acesso da população a medicamentos a baixos preços, por meio de subsídios do Governo Federal. Inicialmente, a estratégia se baseava na

abertura de farmácias estatais, geridas diretamente pela Fundação Oswaldo Cruz ou em parceiras com estados e municípios. A partir de 2006, começa a haver o credenciamento de farmácias privadas da rede do comércio varejista de todo o país, com expansão acelerada nos anos posteriores.

Além dessas prioridades estabelecidas no primeiro mandato do governo Lula, as autoras Bravo e Menezes (2013) destacam que, na atenção hospitalar e de alta complexidade, houve fortalecimento dos vínculos dos hospitais universitários com o sus, por meio da recomposição dos quadros de seus servidores, novas formas de financiamento, estruturação dos serviços de emergência por meio do SAMU e apoio à criação de centrais regionais de urgências.

No que concerne aos programas especiais, as ações voltaram-se prioritariamente para o combate ao tabagismo, AIDS, tuberculose e mortalidade materna, por meio da formulação de política específica.

Para além dessas ações, a análise do financiamento do sus, durante o governo Lula, identifica investidas na tentativa de redução de recursos públicos para o setor saúde. Em 2003, representantes do governo defenderam a aplicação de mecanismos semelhantes à Desvinculação de Receitas da União (DRU) para os estados e municípios, o que poderia implicar, segundo estimativas da Comissão de Orçamentos e Finanças do Conselho Nacional de Saúde, menos 5,5 bilhões no total.

A não aprovação da proposta não impediu que o governo federal, de acordo com recomendações do FMI, comunicasse, por meio de documento, a intenção de realizar um estudo a respeito das consequências das vinculações constitucionais das despesas sociais sobre as receitas dos orçamentos da União, estados e

municípios. O objetivo era demonstrar que a flexibilização dos recursos públicos poderia garantir o crescimento do país.

Segundo Marques e Mendes (2007, 2012), outra investida do governo Lula contra o setor saúde se manifestou na tentativa de introdução, no orçamento do Ministério da Saúde, de itens de despesas que não são considerados gastos em saúde (despesas com transferência direta de renda, saneamento, habitação urbana, merenda escolar, entre outros). Embora essas tentativas estivessem apoiadas por todas as áreas econômicas do governo, elas sofreram duras críticas de entidades de defesa da saúde universal (Abrasco, Cebes, Abres, Rede Unida, Ampasa, Conselho Nacional de Saúde, Frente Parlamentar da Saúde), que se mobilizaram e fizeram o governo recuar.

Em 2006, o Ministério da Saúde apresenta o “Pacto de gestão” como premissa na “descentralização compartilhada” entre as três esferas de governo, em que os pactos devem ser realizados por consenso nos Conselhos Estaduais de Saúde (Ministério da Saúde, 2006, p. 24).

Para Soares (2013), o governo Lula expressa, em suas ações, o tensionamento da política de saúde, por meio da institucionalização de pactos, planos de desenvolvimento e da elaboração de um amplo projeto de privatização das políticas sociais, configurado na forma de Fundações Estatais de Direito Privado.

A proposta de criação dessas Fundações se configura no projeto de Lei complementar nº 92/2007, apresentado ao Congresso Nacional. Essa iniciativa propõe que o poder público institua fundações estatais com personalidade jurídica de direito privado em diversas áreas consideradas de atividade estatal, mas não exclusivas do Estado (MATOS, 2014). Assim, há a continuidade da concepção neoliberal representada por organismos internacionais no governo Lula, ao separar financiamento de provisão e expressar a privatização do Estado

brasileiro (TEIXEIRA, 2013). Ainda que direcionada a diversas áreas, é no setor de saúde que os avanços foram visualizados. Nesse caso, transformar os hospitais em fundações.

O tema das fundações foi abordado na XIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, que se posicionou contrária à proposta, além de o Conselho Nacional de Saúde destacar a importância de definir diretrizes para o avanço e garantia da saúde como direito fundamental para o desenvolvimento humano, econômico e social, bem como apontar estratégias de fortalecimento da participação social para assegurar o SUS como política de Estado.

O Ministério da Saúde, no entanto, não aceitou a decisão da Conferência, banalizando e desrespeitando suas propostas, o que significa o agravamento de uma série de questões problemáticas:

A contratação dos servidores seria por meio de concurso, mas via CLT e não mais pelo RJU, consagrado como o modelo único de contratação para os servidores públicos pela Constituição Federal de 1988;

Não está ainda devidamente claro, mas supõe-se que a remuneração dos trabalhadores estará subordinada ao contrato de gestão que cada fundação firmar com o Estado e com agentes do mercado;

Cada fundação terá seu próprio plano de carreira, emprego e salários e isso, por consequência, fragilizará a organização dos trabalhadores;

As fundações receberiam subsídios públicos, mas não contribuiriam para a formação do fundo público;

Um inexistente controle social, com a criação de conselhos 'moldados nas grandes empresas capitalistas, inclusive ao usar terminologias ali nascidas e aplicadas', como 'conselho curador, diretoria executiva, conselho fiscal e conselho consultivo social'. Fala-se em sociedade civil apenas na composição do conselho consultivo social (GRANEMANN, 2011, p. 39).

Para Teixeira (2013), aqui está cravada a política do Estado brasileiro, que abdica de sua função protetora e cria condições de realização de mais-valia para o capital, por “dentro do Estado”.

Além disso, em 2007, o Ministério da Saúde lança o Programa Mais Saúde: direito de todos 2008-2011, denominado de Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) Saúde. Segundo Soares (2013), esse plano significa um segundo marco na contrarreforma da política de saúde, ao concebê-la como espaço de integração do país a um novo patamar de desenvolvimento.

Além do PAC – saúde, o presidente Lula, no último dia de seu governo, instituiu a Medida Provisória 520, que facultava ao poder executivo a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, uma empresa que segue os moldes das Fundações Públicas de Direito Privado, vinculada ao Ministério da Educação, com o objetivo de reestruturar os hospitais universitários.

Para Matos (2014, p. 38), essa empresa detém as seguintes características:

- Possui claramente uma intenção mercantil, refere-se à restituição do sus pelo atendimento aos usuários de planos privados de saúde, mas não esclarece como, podendo se constituir numa porta dupla de entrada, como acontece com o Hospital das Clínicas de Porto Alegre;
- Desconsidera o controle social com a proposição de um conselho de administração, com representação somente de um trabalhador, e de um conselho consultivo, com a representação apenas de um usuário e de um trabalhador;
- Descarta o princípio democrático da autonomia universitária, ao afirmar, por exemplo, que a gestão será centralizada em Brasília e

que nos HUS ficarão apenas as estruturas de governança, ignorando os espaços deliberativos das universidades, como aqueles por onde as nomeações dos gestores devem passar;

- Recoloca mais uma vez o discurso de crítica à dificuldade de contratação pelo RJU com proposição da contratação pela CLT.

Segundo Soares (2013), essas ações indicam que a contrarreforma do Estado na área da saúde não ocorre explicitamente, mas no interior do sistema de saúde, por meio de novos modelos e instrumentos de gestão, bem como do subfinanciamento crônico; de ampliação precarizada, fragmentada e restrita do sistema; de refuncionalização dos princípios e diretrizes do SUS e do conteúdo do projeto de Reforma Sanitária; além de lideranças da Reforma que passaram a defender e contribuir para formulação da contrarreforma.

Assim, a racionalidade hegemônica no SUS convive, hoje, com elementos da Reforma Sanitária, rompendo com sua racionalidade e tradição essencialmente progressista, incorporando três eixos centrais e complementares: 1) Saúde e desenvolvimento; 2) Redefinição do público estatal; 3) “Novos” modelos e instrumentos de gestão (SOARES, 2013, p. 102).

A análise que Campos (1992) faz, após quase duas décadas da Constituição de 1988, refere-se à incompleta reforma social proposta pelo SUS, além de sua implantação desigual e heterogênea, a partir de características políticas e culturais de cada região do país. Ainda, acrescenta que a luta pela saúde supõe maior financiamento e gerenciamento de recursos, além da reorganização do modelo de atenção e responsabilidade entre os entes federados, serviços e equipes, aumento das equipes de saúde da família, revisão dos modelos de gestão pública e privada, parcerias com universidades para construção de tecnologias, além

da necessidade de estar articulada a outras políticas sociais e à distribuição de renda.

Para Teixeira (2013), o setor saúde vivencia uma crise presente entre as políticas sociais, em uma era de desfinanciamento por parte do Estado e terceirização da proteção social. Essa crise nacional e internacional é parte da retirada do Estado capitalista no enfrentamento da questão social e no não reconhecimento e desconstrução dos direitos sociais que regem a Constituição Federal de 1988.

Essa crise, propagada mais diretamente como “crise da saúde pública”, a partir de sua precarização, focalização e burocratização das ações, tem repercutido na vida das famílias de diversas formas, confluindo, segundo Miranda (2011), para uma sensação de insegurança, desproteção e desrespeito em torno de si e de seus problemas e necessidades de saúde.

Estudo realizado por Cohn (2012), a respeito do Programa Bolsa Família, apontou que essa renda, por parte das famílias, em grande medida, tem sido destinada a suprir as insuficiências do SUS, seja na compra de medicamentos (“Bolsa farmácia”), seja em relação a procedimentos médicos, cirúrgicos e ao acesso e realização de exames (“Bolsa Família como seguro saúde”). Assim, em muitos casos, ele se torna mais importante na garantia de acesso à assistência médica, do que para cobrir necessidades básicas, como alimentação e habitação.

Segundo Miranda (2011, p. 63):

[...] convive-se com uma série de antinomias que, cercadas pelo senso comum da ineficiência do Estado e ratificadas pela oposição público e privado (cujas raízes advêm da montagem da política de saúde

brasileira) vêm reproduzindo aquilo que Acioli (2006, p. 34)³ aponta como '[...] verdadeiros clichês que marcam pares de opostos: eficiência vs. ineficiência, agilidade e dinamismo vs. morosidade e burocracia, corrupção vs. integridade moral, eficácia vs. ineficácia' respectivamente relacionados ao privado e ao público, adjetivos – não virtuosos – que, em parte, explicariam o fato de se 'aceitar' as inúmeras falhas e desperdícios no serviço público e na gestão pública que lhes seriam compatíveis, restando-lhes a 'conformação' com o fato de não terem condições financeiras de consumir o que o mercado oferece.

Para Costa, Bahia e Scheffer (s/d), a questão é ainda mais profunda. Segundo as autoras, chegou-se a uma forqueadura em que a rede privada também se apresenta em colapso. Não se consegue vislumbrar um sus universal e de qualidade, nem se caminha na construção de um modelo de saúde predominantemente privado, conforme os modelos americano, chileno e colombiano. O Brasil apresenta um sistema público universal, mas a maior parte dos recursos, alocados no setor de saúde, é privada. Configura-se um cenário totalmente incompatível com a efetivação de políticas universais de saúde. Ademais, enquanto em países europeus e nos Estados Unidos houve aumento da participação dos gastos públicos em saúde, o Brasil tem investido nas despesas privadas, por meio de intensificação de incentivos à privatização.

Submisso às diretrizes dos organismos internacionais, também está o governo de Dilma Rousseff (2011-2018). De forma geral, as análises vinculadas ao seu governo tratam-no como apêndice do anterior, com argumentos de que não houve mudanças substanciais até seu primeiro mandato. De fato, as ações propostas por Alexandre Padilha, então ministro da Saúde no primeiro mandato de Dilma, também indicam a construção do "sus possível", mediante as políticas neoliberais. Dessa forma, ora se direcionavam na tentativa de atendimento de qualidade à população, ora estavam pautadas na relação saúde

3 ACIOLE, G. G. **A saúde no Brasil:** cartografia do público e do privado. São Paulo: HUCITEC; Campinas – SP: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região, 2006.

– desenvolvimento nacional, por meio do beneficiamento de empresas privadas e Organizações Sociais.

Assim, é possível identificar certa aproximação de Padilha com algumas medidas estabelecidas pelo BM, que centralizavam os serviços de atenção básica como serviços públicos e oferecidos pelo Estado, bem como a implementação de parcerias público-privadas por meio de Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Fundações Estatais de Direito Privado, entre outros.

O fato é que a contrarreforma desencadeada pelo Partido dos Trabalhadores (PT), quando no poder, responde ao receituário neoliberal, por meio do cumprimento de medidas preconizadas pelo Banco Mundial, que tem propugnado o fim da universalidade do acesso ao sistema de saúde. Para o Banco Mundial, a universalidade na saúde é injusta em um país em desenvolvimento e com grande desigualdade como o Brasil, pois aqueles que podem pagar, ao usufruir dos serviços, podem impedir o acesso daqueles que mais precisam (MATOS, 2014).

Assim, o Banco Mundial, enquanto agência financiadora, por meio de suas diretrizes, tem condicionado mudanças que priorizam a naturalização do setor privado no interior do SUS. Um exemplo é o financiamento do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais, condicionado pela mudança de gestão desses hospitais.

Há indicativos de que a naturalização do setor privado na saúde e o fim da universalização tenham sido algumas das prioridades dos defensores do capital no governo Dilma. Não pelo fato de a ex-presidente o desejar, mas por ser o item da programática neoliberal, da qual o PT deu continuidade ao se tornar governo (MATOS, 2014).

As ações vinculadas ao setor de saúde, desenvolvidas durante o primeiro mandato de Dilma Rousseff, vincularam-se à saúde da mulher, por meio do tratamento, reabilitação e cuidado das mulheres acometidas pelos cânceres de mama e de colo uterino, e também a ações vinculadas à saúde da mulher e da criança - Rede Cegonha (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Em fevereiro de 2011, foi anunciado o Programa “Aqui tem farmácia popular”, cuja proposta é a de oferecer medicamentos para hipertensão e diabetes. Além disso, houve implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), que privilegiam e fortalecem o modelo hospitalocêntrico, e também tem se verificado a ampliação da terceirização e precarização dos trabalhadores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Em 2013, também foi criado o “Programa Mais Médicos”, que se estruturou a partir de três eixos: 1) Ampliação da assistência na atenção básica, fixando médicos em regiões com carência de profissionais; 2) Investimento na expansão das unidades básicas de saúde e nas unidades de pronto atendimento; 3) Expansão e reestruturação da formação médica no país, por meio da abertura de novos cursos e ampliação de vagas para graduação em Medicina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Outros programas oferecidos foram: “Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do lar”; sos emergência, que objetiva implementar ações estratégicas para qualificação da gestão e do atendimento em grandes hospitais e ampliação do atendimento domiciliar no SUS (BRAVO; MENEZES, 2013).

Nesse período, também houve o esforço de mobilização nacional contra a dengue, o enfrentamento ao crack e outras drogas, resguardando a defesa da luta antimanicomial. No entanto, é possível identificar ações polêmicas, como a que é a favor da internação compulsória e as parcerias público-privadas com comunidades terapêuticas.

Desde 2013, o governo Federal vem negociando, com grandes empresas de planos privados de saúde, um pacote de medidas que subsidiem a expansão do seu mercado, transferindo recursos públicos por meio de redução de impostos e novas linhas de financiamento, entre outros (BRAVO; MENEZES, 2013; COSTA; BAHIA; SCHEFFER, s/d).

Essa proposta tem por objetivo a universalização do acesso à saúde por meio de planos e seguros privados, substituindo a saúde constitucionalmente entendida como direito pela compreensão da saúde como mercadoria a ser mais amplamente consumida. Para Bravo e Menezes (2013), há possibilidades de essa medida ser configurada para impulsionar a criação de um sistema nacional de saúde integrado ao setor privado, tornando o SUS cada vez mais focalizado, se não o extinguirem.

A análise em relação ao setor de saúde no governo Dilma sinaliza a ênfase em políticas e programas focalizados, a parceria com o setor privado e a cooptação dos movimentos sociais.

Planos privados florescem no momento em que as despesas públicas com a saúde são minguadas. No entanto, as experiências negativas com os atendimentos dos planos desfazem ilusões de que só o mercado é capaz de resolver necessidades sociais. Mas, ainda assim, “a solução privatizante”, revestida de forte teor pragmático e apelo eleitoral, apresenta-se com aparente facilidade de aplicação, contrapondo-se a um SUS entendido como inerte e cada vez menos vigoroso (COSTA; BAHIA; SCHEFFER, s/d).

Essa crença é fundamentada nas dificuldades de acesso de muitos cidadãos aos serviços de saúde. Isso por conta de leitos insuficientes, concentração de serviços e equipamentos nas regiões Sul e Sudeste, profissionais insuficientes e inadequada formação e qualificação profissional para as mudanças necessárias no

setor, além de insuficiência quantitativa de profissionais no setor administrativo e outras áreas. Acrescentam-se, ainda, baixos níveis salariais, que evidenciam a necessidade de outros vínculos empregatícios, entre outras lacunas na cobertura do SUS (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2003; VASCONCELOS, 2005; MIRANDA, 2011).

A ideia propagada é que o mercado é portador do progresso e de inovações tecnológicas, enquanto o sistema público não passa do sinônimo do atraso, entendendo que a universalidade na saúde é uma utopia, e seus defensores românticos desatualizados (COSTA; BAHIA; SCHEFFER, s/d).

Ao mesmo tempo, é necessário apontar o poder das operadoras de planos de saúde nas principais regiões que dispensam precária assistência à saúde e a conveniência do Estado em oferecer políticas públicas insuficientes. O artigo de Lígia Bahia, publicado em *O Globo* no dia 9 de junho de 2015, sob o título “Pela hora da morte”⁴, demonstra as diversas estratégias implementadas pelos planos de saúde para ampliar as cobranças de seus contratantes, consolidando, de modo perverso, a saúde na lógica do mercado. Assim, destaca a autora: “Doentes acamados e seus acompanhantes podem ser notificados de modo peremptório sobre preços de remuneração, nem sempre previamente combinados”. Alguns especialistas já dispõem, em suas maletas, de máquinas de cartão de crédito para agilizar o pagamento de seu serviço, após sua realização.

Aliado a esses processos, existiram generosos financiamentos para campanhas eleitorais patrocinadas por empresários da saúde. De acordo com dados do Tribunal Superior Eleitoral (TSE), os planos de saúde doaram R\$ 12 milhões para campanhas de 157 candidatos filiados a 19 partidos diferentes nas eleições de 2010. No pleito de 2006, as doações alcançaram R\$ 7,1 milhões.

4 Artigo completo disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/2015/06/pela-hora-da-morte-artigo-de-ligia-bahia/>. Acesso em: 20 jun. 2019.

Em 2015, o Senado aprovou a medida provisória nº 627, que traz uma série de mudanças tributárias para multinacionais brasileiras no exterior. Também perdeu muitas dadas pela Agência Nacional de Saúde aos planos de saúde, que chegariam a R\$ 2 bilhões no total.

Por outro lado, também em 2015, o Governo Federal contingenciou, por meio do Decreto nº 8.456, de 22 de maio de 2015, R\$ 11,774 bilhões no orçamento do Ministério da Saúde, o que agrava ainda mais a situação do Sistema Único de Saúde (sus) que, reconhecidamente desfinanciado, luta por melhores condições para atender a população brasileira.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (2015), “o subfinanciamento do sus retarda todas as tentativas de aprimorar seu desempenho nos seus 27 anos de existência, compromete as estratégias definidas e o impede de cumprir os preceitos da universalidade, integralidade e da equidade” (s/p). De acordo com esse Conselho, se, em 1993, a União respondeu por 72% dos gastos públicos com ações e serviços públicos de saúde, em 2013, garantiu apenas 42,93% (R\$ 83,04 bilhões), enquanto estados e municípios responsabilizaram-se por 57,76% (R\$ 111,96 bilhões), mesmo dispondo de receitas bem inferiores⁵.

Por outro lado, embora exista uma ampliação de cobertura de planos privados de assistência médica no Brasil, os dados da Agência Nacional de Saúde (2012) informam que ela não ultrapassa os 25,1% da população e que estão centralizadas, sobretudo, na Região Sudeste (com destaque para os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais) e no Distrito Federal, que apresentam maior taxa de cobertura do que a média nacional. Neste contexto, não se pode deixar de assinalar que, mediante as relações conflituosas entre usuários e planos de

5 Para aprofundar a discussão e ler a íntegra do posicionamento do CONASS em: <http://cebes.org.br/2015/06/carta-a-nacao-conass/>.

saúde, bem como os processos de desfinanciamento do sus, existe um grupo de usuários que, mediante suas possibilidades econômicas, buscam o acesso particular dos serviços de saúde por meio de pagamento direto.

Esses dados reforçam a análise realizada por Araújo (2014) em sua dissertação de mestrado. Para a autora, o estudo da constituição dos setores público e privado, no Brasil, supõe uma análise da formação social brasileira, o que possui estreita relação com o desenvolvimento da industrialização e do mercado de trabalho nas diferentes regiões do país. Por exemplo, aponta que a Região Nordeste, por não ter tido pleno desenvolvimento de indústrias e, conseqüentemente, do mercado de trabalho, obteve uma maior oferta de emprego pelo poder público, demonstrando que há uma compensação do setor público onde a industrialização não é tão desenvolvida.

Aliado a esses processos, Minayo (2014) ressalta que a concepção de saúde voltada para conquista do sujeito abre amplo espaço para o mercado de empresas especializadas na gestão das necessidades sociais. Ao mesmo tempo em que crescem, por toda a parte, academias de ginástica, clínicas de estética, spas e clínicas de cirurgia plástica, também são desenvolvidos os negócios de seguros e planos de saúde.

Essa realidade é tratada pelo historiador português João Arriscado Nunes (2006) como “neoliberalização da saúde”. Esse autor tem se dedicado, entre outros assuntos, a analisar suas repercussões na pesquisa. Para ele, há uma extensão do financiamento privado da pesquisa biomédica, além de privatização de pesquisa pública, “nomeadamente através do patenteamento de processos e de entidades resultantes da atividade de pesquisa e de inovação tecnológica” (NUNES, 2006, p. 14).

Em relação ao Governo Temer, no ano de 2016, o Conselho Nacional da Saúde ressaltou que não foi investido o mínimo que a Constituição determina, ficando R\$ 253 milhões abaixo do exigido pela Legislação.

Esses dados estão coadunados com defesas que o governo tem construído. Para Temer, políticas sociais de caráter universal, além de serem inviáveis, são as principais responsáveis pela crise que assola o país, defendendo a perspectiva de focalização das ações nos que comprovarem sua condição de miserável.

Não obstante, Reis *et al.* (2016) ressaltam que esse governo produz a mais grave ameaça ao sus em três décadas. Para os autores, a opção por compor o Ministério da Saúde com quadros sem trajetória no sus e na reforma sanitária contribui para um trabalho que utiliza a máquina pública de forma clientelista, além de buscar atender aos interesses privados, indo além da paralisação ou desmonte das políticas de saúde em curso.

Além disso, o sus tem sido duramente atacado por defesas relacionadas à necessidade de revisão de seu tamanho e que seu problema central é de gestão; que os direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988 não cabem no orçamento público e que, portanto, devem ser revistos. Posições que se fundamentam no desmonte do Estado Democrático de Direito, dos quais o sus é uma das mais importantes expressões.

Nesse atual contexto, o Ministério da Saúde

Passa a defender que não é sua atribuição (e nem de sua agência reguladora, a Ans) fiscalizar a qualidade dos planos de saúde, papel que deve ser desempenhado pelos próprios 'consumidores' e seus órgãos de defesa, expressando uma visão em que a saúde deixa de ser um direito social para se constituir objetivamente em mercadoria. A saída para a crise seriam os planos de saúde 'acessíveis', que desonerariam o

Estado da necessidade de prover saúde para uma parcela da população, expandindo a oferta pelo mercado por meio de 'planos populares de saúde' (REIS *et al.*, 2016, p. 129).

A ameaça mais grave para o SUS e para as demais políticas públicas é a PEC nº 241/2016, sob autoria do Poder Executivo, que altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal, limitando os gastos públicos, inclusive os de saúde, por 20 anos. Dessa forma, o orçamento do Ministério da Saúde, por duas décadas, será reajustado apenas pela apuração da inflação.

Essa iniciativa desconsidera as necessidades de saúde da população, o impacto do crescimento populacional, da transição demográfica e do envelhecimento populacional (em 2030, mais de 30% da população terá mais do que 65 anos), da necessária expansão da rede pública para cobrir vazios assistenciais, o impacto da incorporação tecnológica (crescente e cumulativa na área da saúde) e dos custos associados à mudança do perfil assistencial determinado pela prevalência das doenças não transmissíveis e das causas externas, e da própria inflação setorial, superior aos demais setores da economia em âmbito internacional. Pior, desvincula os gastos sociais de qualquer possível crescimento de receitas nos próximos 20 anos. Assim, mesmo que aumente a arrecadação federal, não haverá investimentos nas áreas sociais (REIS *et al.*, 2016, p. 129).

Assim, as despesas da União com saúde cairiam de 43% para 30% do total entre 2015 e 2022. Estados e municípios, que em 2015 representaram 57% das despesas de saúde, passariam a ser responsáveis por 70% dos gastos em 2022. A União, portanto, responderia por menos de um terço das despesas totais em ASPs em 2022 (SÓTER; MORETTI, 2016).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todos os elementos citados, e ao realizar uma análise comparativa referente aos governos dos anos 1990 e 2000, identificamos mais processos de continuidades do que rupturas na política de saúde brasileira. É notório que tais processos não configuram apenas uma reprodução automática dos governos anteriores, mas estrategicamente incrementados a partir de forte teor ideológico de valorização do mercado privado de saúde, por meio da centralização da compra dos serviços, redução de recursos e precarização da saúde pública, desvalorização da gestão pública e focalização das ações no atendimento aos mais pobres, além da distorção dos princípios e diretrizes do sus constitucional.

De forma geral, por mais que se tenham importantes atuações e conquistas na defesa do sus constitucional, quase 30 anos após a Constituição de 1988 e da regulamentação da saúde, por meio das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, essas análises entendem que nunca se esteve próximo de sua real efetivação. Embora se identifiquem as fragilidades do mercado na prestação dos serviços de saúde, as estratégias nacionais, pautadas em organismos internacionais, têm sido de criação de bases institucionais e legais para expansão de cadeias lucrativas e concentração do capital, transformando o direito à saúde na compra de um bem disputado no mercado de consumo pelos diversificados planos de saúde e/ou pelo pagamento direto pelo serviço, por meio de atendimentos particulares. Assim, a ofensiva neoliberal na política de saúde brasileira se reveste ideologicamente de um discurso do “sus possível”, mediante a centralidade na saúde da moeda.

Além dos processos de desfinanciamento por parte do Estado e terceirização da proteção social (TEIXEIRA, 2013), as artimanhas que têm garantido a continuidade da contrarreforma do Estado no setor saúde têm avançado no uso da força, violência e repressão policial no trato de movimentos sociais e na defesa da

aprovação de suas medidas legais no Congresso Nacional. Medidas que, além de mercantilizarem a saúde, segundo Matos (2014), tem-na reduzido à dimensão biológica, seja pelos governos ou pela própria mídia.

Para Bravo e Menezes (2013), os aspectos inovadores, caracterizadores da política de saúde nos anos 2000, estão relacionados à escolha de profissionais comprometidos com a Reforma Sanitária para ocupar o Ministério da Saúde, alterações na própria estrutura do Ministério, convocação extraordinária da XII Conferência Nacional de Saúde para 2003 e a escolha de representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Muitos desses profissionais, ao serem inseridos em órgãos do governo, passaram a compreender a Reforma Sanitária como uma "utopia democrática", o que nos faz questionar o grau de cooptação e as relações políticas existentes no interior do governo, muitas vezes caracterizadas pela corrupção, clientelismo, encontros de bastidores e "dívidas" de políticos eleitos com empresários da saúde que financiam suas campanhas eleitorais.

Durante o governo Dilma, ressalta-se como movimento de resistência a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, que já realizou diversas atividades importantes no campo jurídico, no âmbito do Parlamento, no conjunto da sociedade, nos espaços de controle social, em relação à formação e nos meios de comunicação.

Segundo Bravo e Menezes (2013), a Frente elaborou uma agenda com cinco eixos estruturantes: 1) Determinação social do processo saúde/doença: saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais; 2) Gestão e financiamento da rede pública estatal e de serviços de saúde; 3) Modelo assistencial que garanta o acesso universal com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica

com retaguarda na média e alta complexidade; 4) Política de valorização do trabalhador da saúde; e 5) Efetivação do controle social.

Houve, também, ao longo dos anos 1990 e 2000, a realização de Conferências e Seminários Nacionais de Saúde e a atuação da ABRASCO na produção de documentos importantes para renovação e atualização dos compromissos da Reforma Sanitária na defesa da universalização e equidade, além de outras entidades de defesa da saúde universal, tais como: Cebes, Abres, Rede Unida, Ampasa, Conselho Nacional de Saúde e a Frente parlamentar da saúde.

Muitos dos aspectos analisados, que compõem o setor saúde nos anos 2000, têm impactado negativamente a vida dos usuários dos serviços de saúde, que, além de experimentarem situações traumáticas de adoecimento e morte de familiares e pessoas próximas, vivenciam situações de precarização, desumanização e burocratização das ações em saúde. Por outro lado, os trabalhadores da saúde, muitas vezes com vínculos precários de trabalho, ao prestarem os serviços de saúde diretamente à população, têm sido responsabilizados exclusivamente por uma política social pública pautada historicamente na restrição e redução de recursos públicos, nas barganhas políticas entre os setores público e privado, no clientelismo e oportunismo político e na possibilidade da morte como condição vital para sustentabilidade dos empresários da saúde e para o desenvolvimento nacional.

Prestar assistência de qualidade na prevenção de doenças e promoção da saúde da população configura-se mais que desafio atualmente. Em tempos de mercadorização da saúde e de uma política ainda centrada no modelo biomédico hegemônico, é fundamental a criação de estratégias de ação que defendam os princípios da Reforma Sanitária, por meio da construção de movimentos de resistência no interior dos serviços de saúde. No entanto, a construção desses

movimentos impõe a necessidade de competência teórico-crítico-política para leitura da realidade.

Referências

- ANDREAZZI, M. de F. S. de. O público e o privado na atenção à saúde: notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil. *In: Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos*. Organização: Maria Inês Souza Bravo e Juliana Souza Bravo Menezes. 2. ed., São Paulo, Cortez, 2013.
- BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A política de saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. *In: SILVA, Leticia Batista; RAMOS, Adriana (Orgs.). Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional*. Campinas, SP: Papel Social, 2013.
- BRAVO, M. I. **Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. 1. ed., São Paulo: Cortez, 2013.
- CAMPOS, G. W. S. **Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde**. *Saúde debate*, n. 37, p. 16-19, 1992.
- COHN, A. **Cartas ao Presidente Lula: Bolsa Família e Direitos Sociais**. Rio de Janeiro: Pensamento Brasileiro, 2012.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde. *In: Grupo de trabalho Serviço Social na saúde*. Brasília, CFESS, novembro de 2009.
- CORREIA, M. V. C. A influência do Banco Mundial na orientação da política de saúde brasileira. **III Jornada internacional de políticas públicas**. São Luís – MA, 28 a 30 de agosto de 2007.
- COSTA, A. M.; BAHIA, L.; SHEFFER, M. **Onde foi parar o sonho do sus?** S/d. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/onde-foi-parar-o-sonho-do-sus/>. Acesso em: 17 mar. 2015.
- GRANEMANN, S. Fundações estatais: projeto de estado do capital. *In: BRAVO, Maria et al. (Org.). Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para saúde*. Rio de Janeiro, Adufrj, 2008.
- MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. de F.; NOGUEIRA, C. de O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *In: Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27 (3): 521 - 532, março de 2011.
- MATOS, M. C. de. No rastro dos acontecimentos: política de saúde no Brasil. *In: Política de saúde hoje: interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais*. Organização Marco José de Oliveira Duarte et al., 1. ed., Campinas, SP: Papel Social, 2014.
- MENDES, A.; MARQUES, R. M. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. **Revista Katálisis**, v. 10, n. 1, p. 15-23, jan./jun. 2007.
- MENDES, A.; MARQUES, R. M. O direito universal à saúde em risco: a fragilidade histórica do financiamento e as incertezas dos governos Lula. *In: Análise econômica*, Porto Alegre, ano 30, nº especial, p. 35-58, 2012. Acesso em: 17 de mar. 2015.
- MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do sus**. Salvador: Casa da qualidade, 2001.
- MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no Governo Lula. *In: Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, 2011.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetórias. 2003. Tese (Doutorado em Ciência Humanas – Sociologia e Política). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa mais Médicos**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5952-diagnostico-da-saude-no-brasil>. Acesso em: 14 abr. 2015.

MIRANDA, A. P. R. de S. **Inserção do Serviço Social nos processos de trabalho em serviços públicos de saúde** – concepções e práticas: estudo de caso em um Hospital Universitário – João Pessoa – PB. 2011. 358 f. Tese (doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

MORAES, C. A. de S. **O Serviço Social brasileiro na entrada do século XXI**: formação, trabalho, pesquisa, dimensão investigativa e a particularidade da saúde. 2016. 318f. Tese (doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

NUNES, J. A. A pesquisa em saúde nas ciências sociais e humanas: tendências contemporâneas. **Anais do 8º Congresso da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21 a 25 de agosto de 2006. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/index.php>. Acesso em: 25 jun. 2015.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

REIS, A. A. C. dos *et al.* Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do sus. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 122-135, dez., 2016.

SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. *In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (Orgs.). Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos*. 2. ed., São Paulo, Cortez, 2013.

SÓTER, A. P.; MORETTI, B. Análise preliminar dos efeitos da vedação do crescimento real das despesas federais e o comprometimento da universalidade do sus. *In: Anais do XII Encontro Nacional de Economia da Saúde*, Salvador: Associação Brasileira de Economia de Saúde. Disponível em: <http://abresbrasil.org.br/>. Acesso em: 29 set. 2016.

TEIXEIRA, M. J. de O. A Fundação Estatal de Direito Privado na saúde: um modelo de gestão democrático? *In: Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos*. BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (Orgs.). 2. ed., São Paulo, Cortez, 2013.

TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL. **Senado aprova perdão de dois bilhões a planos de saúde**. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2014/04/15/senado-aprova-perdao-de-r-2-bilhoes-a-planos-de-saude.htm>. Acesso em: 14 abr. 2015.