Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Ciências Sociais
Faculdade de Serviço Social

Eduardo Lazarino de Castro

30 anos do SUS e os impactos das diretrizes do Banco Mundial na política de saúde brasileira

Rio de Janeiro
2021

Eduardo Lazarino de Castro

30 anos do SUS e os impactos das diretrizes do Banco Mundial na política de saúde brasileira

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Trabalho e Política Social.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Inês Souza Bravo
Coorientador: Prof. Dr. Maurílio Castro de Matos

Rio de Janeiro
2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CCS/A

C355 Castro, Eduardo Lazarino de.
30 anos do SUS e os impactos das diretrizes do Banco Mundial na política de saúde brasileira / Eduardo Lazarino de Castro. – 2021.
152 f.

Orientadora: Maria Inês Souza Bravo.
Coorientador: Maurílio Castro de Matos.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social.

1. Política de saúde – Teses. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 3. Banco Mundial – Teses. I. Bravo, Maria Inês Souza. II. Matos, Maurílio Castro de. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social. IV. Título.

CDU 614

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Eduardo Lazarino de Castro

30 anos do SUS e os impactos das diretrizes do Banco Mundial na política de saúde brasileira

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Trabalho e Política Social.

Aprovada em 27 de janeiro de 2021.

Banca examinadora:

_____

Prof.ª Dra. Maria Inês Souza Bravo (Orientadora)
Faculdade de Serviço Social – UERJ

_____

Prof.º Dr. Maurílio Castro de Matos (Coorientador)
Faculdade de Serviço Social – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Juliana Fiuza Cislaghi
Faculdade de Serviço Social – UERJ

_____

Prof.ª Maria de Fátima Siliansky Andreazzi
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
2021

AGRADECIMENTOS

Não foi fácil. Foram muitos desafios enfrentados para chegar até aqui, foram muitas noites na estrada para realizar o sonho de fazer o mestrado, foram muitas as madrugadas em que fiquei em meu quarto lendo, pesquisando e escrevendo a dissertação. Realmente fazer o mestrado em outro estado é um processo que requer muitos esforços.

Espinhos? Foram muitos. Mas o grande Rei, Nosso Senhor e Salvador Jesus Cristo Redentor foi coroado com uma coroa de espinhos. Dessa forma, primeiramente agradeço a Deus fonte de todos os meus conhecimentos. Sou grato a ele por um dia ter morrido em uma cruz por mim e por você e mais ainda por ele ter ressuscitado por mim e também por você, e ressuscitado subiu aos céus e está assentado a direita de Deus Pai Todo Poderoso e cumpriu a Promessa de nos enviar o Consolador o Espírito Santo da Verdade que procede do Pai e Testifica de Nosso Senhor Jesus Cristo Redentor. Disse Jesus aos discípulos: Todavia digo-vos a verdade, que vos convém que eu vá; porque, se eu não for, o Consolador não virá a vós; mas, se eu for, enviar-vo-lo-ei (JOÃO 16:7). E a conclusão desse trabalho é providência Divina, é a prova concreta de que Nosso Amigo Fiel Espírito Santo de Amor está sempre presente ao nosso lado, nos iluminando e nos dando sabedoria nos momentos difíceis. Também agradeço a Deus pela minha vida e pela vida toda a minha família que tem sido meu auxílio nessa caminhada. Eu amo muito todos vocês.

Agradeço a minha Mãe protetora Nossa Senhora Aparecida pelas orações que fiz a ela para que me ajudasse a não desistir desse sonho.

Agradeço minha mãe queria Maria de Fátima Lazarino de Castro, minha guerreira, aquela que vem acompanhando a minha luta de perto, me apoiando, me ajudando a encarar a vida de cabeça erguida e a nunca deixar de sonhar. Eu não conseguiria chegar até aqui sem o apoio, carinho e compreensão da senhora. Essa vitória que alcanço hoje devo a senhora mãe. Te amo muito.

Agradeço ao meu Pai Daniel Antônio Pereira pelo apoio, compreensão e paciência. O senhor acreditou no meu potencial e torceu para que eu chegasse até aqui.

Agradeço ao meu Pai biológico José Expedito Apolinário de Castro (in memoriam), estou certo de que lá de cima o senhor está muito feliz mais essa conquista que alcanço hoje. Obrigado.

Agradeço aos meus irmãos queridos Ricardo Lazarino de Castro e Sandra Lazarino de Castro Andrade pelo companheirismo, parcerias nos momentos de tristeza, por se mostrarem sempre presentes em minha vida procurando juntos soluções para os desafios enfrentados. Vocês são muito importantes para mim.

Agradeço aos meus sobrinhos: Mateus de Oliveira Silva, Cecília Emanuelli dos Santos Castro, Júlio Santos Silva, Joaquim Rafael de Castro Andrade, José Henrique de Castro Andrade, Vitor Hugo de Castro Andrade, Lauriene e Kelly, Miriam e Luciano. Vocês deram um sentido especial para nossas vidas.

Agradeço de forma especial a Mariana Martins Reif que sempre me incentivou e acreditou no meu potencial. Eu me lembro de quando nós trabalhamos juntos e eu manifestei o interesse em realizar vestibular para entrar no Curso de serviço social da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), a forma como você falou que eu iria conseguir me surpreendeu muito. Você é parte importante dessa conquista.

Agradeço aos meus avós Joaquim Lazarini (in memoriam), Margarida Ribeiro Alves (in memoriam), Iraci Eulália de Castro (in memoriam) e José Apolinário Filho (in memoriam), Guilherme Pereira Leite (in memoriam) e Ilda Laviola pelos exemplos de Amor, respeito, dedicação, luta, honestidade, caráter e humildade tão necessários nas relações com o próximo. Eu amo muito todos vocês.

Agradeço de forma especial aos meus tios Milton Araújo e Laurinda Lazarino Araújo, pela acolhida em sua casa, sem duvidas vocês tiveram uma contribuição importante nessa conquista que alcanço hoje. Eu Amo muito todos vocês. Também agradeço aos meus primos de forma especial ao Otavio Lazarino Araújo com as Graças de Deus você efetuou a minha inscrição no mestrado da UERJ quando eu achei que não daria mais tempo. Deus os Abençoe e Ilumine grandemente.

Agradeço a minha orientadora Maria Inês Souza Bravo por ter aceitado o desafio de me orientar nesse projeto. A senhora representa muito para mim. Nunca esquecerei do gesto de consideração com a qual a senhora me recebeu em sua casa para me orientar no processo de qualificação que terminou com um agradável café da tarde.

Agradeço ao meu co-orientador Maurílio Castro de Matos, suas contribuições foram valiosíssimas e sem vocês eu não teria conseguido. Muito Obrigado.

Agradeço meu amigo Rafael Domingues Morais, conheci você em um acompanhamento vocacional na Província de Santa Cruz e juntos construímos uma amizade verdadeira e sincera para todo o sempre. A amizade é um encontro de almas que se reverenciam. Abraços Fraternos Irmão.

Agradeço de forma especial minha amiga Lígia de Souza, você chegou em minha vida e deu um sentido especial enchendo meu coração de Fé, Esperança e principalmente de Amor. Sei que a vida vai nos colocar muitos desafios, mas eu gostaria de enfrenta-los ao seu lado. Quero que seja Extremamente Feliz.

Agradeço a Patrícia, Simone, Daniel, Nieves, Rosanas, Denises e a todos os amigos da turma de mestrado da UERJ, pelo acolhimento, carinho e Amor com que me receberam.

Agradeço a Mônica Joana Breijão do Prado, sem duvidas você me ensinou grandes lições. Deus Esteja Sempre Presente em suas Vidas e os Abençoe Abundantemente.

Agradeço aos meus Companheiros da Câmara Municipal de São Francisco do glória-MG pelo apoio e amizade.

Agradeço a todos os professores com os quais tive a oportunidade de aprender ao longo desses anos. Sei que a luta cotidiana não será fácil, mas, nos recordamos das palavras da grande professora Marilda Villela Iamamoto: *"O momento em que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o tempo presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretiza-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos, mais humanos, mais justos, mais solidários".*

Agradeço a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) pelo excelente ambiente oferecido aos alunos, professores, servidores, enfim a toda a comunidade da Uerj. E reafirmo a importância de se defender a universidade pública como espaço de reflexão sobre a sociedade e produção do conhecimento, pesquisa, ensino e extensão.

Há todos muito obrigado. Deus os Abençoe Sempre.

O Amor nunca falha (I Coríntios 13:8).
Um pouco de ciência nos afasta de Deus.
Muito, nos aproxima (Louis Pasteur).

RESUMO

CASTRO, E. L. de. *30 Anos do Sistema Único de Saúde (SUS) e os impactos das diretrizes do Banco Mundial na política de saúde Brasileira*. 2021. 152 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

O presente trabalho tem como objetivo analisar os 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) e os impactos das diretrizes do Banco Mundial na política de saúde brasileira e neste prisma pensar como o copagamento, uma dessas diretrizes, se estrutura por dentro do Estado. Nesse sentido, é destacado o protagonismo do Banco Mundial na orientação das políticas de saúde nos países dependentes, gerando no Brasil contradições entre os avanços da Reforma Sanitária no campo legal e os retrocessos de uma agenda de reformas regressivas do ponto de vista da classe trabalhadora. O trabalho estruturou-se em três capítulos. Inicialmente é realizado um estudo acerca das chamadas "políticas de recuperação de custo" e do copagamento nas diferentes conjunturas históricas revelando uma dualidade entre as conquistas constitucionais e a agenda de contrarreformas atendendo as recomendações dos organismos financeiros internacionais (FMI e BM). Posteriormente é analisado a política de saúde nos anos 2000, delineando o copagamento durante os governos do PT até o golpe institucional de 2016. Por fim é realizado uma reflexão acerca da proposta do Plano de Saúde Acessível uma das maiores expressões do copagamento no Brasil, proposto pelo governo Temer, bem como a luta travada pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde em defesa do SUS público, de qualidade e 100% Estatal. Na conclusão é realizado uma reflexão sobre o atual momento de crise que vivemos devida a pandemia do COVID-19 revelando a importância do papel do Estado para a superação da crise do capital.

Palavras-chave: Copagamento. Política de Saúde. Organismos Internacionais. SUS.

ABSTRACT

CASTRO, Eduardo Lazarino de. *30 years of SUS and the impacts of world bank guidelines on brazilian health politics*. 2021. 152 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

This paper aims to analyze the 30 years of the Unified Health System (SUS) and the impacts of World Bank guidelines on Brazilian health policy and in this light to think about how copayment, one of these guidelines, is structured within the State. In this sense, the role of the World Bank in the orientation of health policies in dependent countries is highlighted, generating in Brazil contradictions between the advances of Sanitary Reform in the legal field and the setbacks of an agenda of regressive reforms from the point of view of the working class. The work was structured in three chapters. Initially, a study is carried out on the so-called “cost recovery policies” and copayment in the different historical situations, revealing a duality between the constitutional conquests and the counter-reform agenda, meeting the recommendations of the international financial organizations (IMF and BM). Subsequently, health policy in the 2000s is analyzed, outlining the co-payment during the PT governments until the 2016 institutional coup. Finally, a reflection is made about the Accessible Health Plan proposal, one of the greatest expressions of co-payment in Brazil, proposed by the Temer government, as well as the fight waged by the National Front Against the Privatization of Health in defense of the public SUS, of quality and 100% State. In conclusion, a reflection is made about the current crisis that we are experiencing due to the COVID-19 pandemic, revealing the importance of the State's role in overcoming the capital crisis.

Keywords: Copayment. Health Policy. International Organizations. SUS.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BM	Banco Mundial
BIRD	Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DRU	Desvinculação das Receitas da União
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EMS	Entidades de Manutenção de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEBRAPLAN	Federação Brasileira de Planos de Saúde
FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
FIESP	Federação das Indústrias do Estado de São Paulo
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
FP	Fundações Públicas
FSE	Fundo de Estabilização Fiscal
FSE	Fundo Social de Emergência
HU	Hospital Universitário
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS	Imposto Sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação
IES	Instituições de Ensino Superior
INAMP	Instituto Nacional de Assistência Médica e previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Nacional
IOF	Imposto sobre Operações de Crédito, Câmbio e Seguros
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPI	Imposto Sobre Produtos Industrializados
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MP	Medida Provisória
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência a Saúde
NOBS	Normas Operacionais Básicas da Saúde
NOB/SUS	Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde
OCDE	Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ONG	Organizações Não Governamental
OS	Organizações Sociais
OSCIPS	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSCs	Organizações da Sociedade Civil
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Projeto de Lei
PMAQ-AB	Programa de Melhoria da Atenção e da Qualidade da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios

PNS	Política Nacional de Saúde
PNSVA	Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A
PPA	Plano de Pronta Ação
PPP	Parcerias Público-Privadas
PSDB	Partido Social-Democrata Brasileiro
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
REFORSUS	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
REUNI	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção a Saúde
SAMU	Serviço De Atendimento Móvel de Urgência
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPAS	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGISUS	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....13

1 **O COPAGAMENTO NAS DIFERENTES CONJUNTURAS HISTÓRICAS: DE 1980 A 1990**.....20

1.1 **A influência das políticas defendidas pelo Banco Mundial na intervenção do estado brasileiro nas políticas sociais**.....21

1.2 **A agenda de contrarreformas do Banco Mundial para a política de saúde e suas implicações no SUS**.....26

1.3 **A saúde nos anos 1990**.....34

2 **A SAÚDE E O COPAGAMENTO NOS ANOS 2000: DOS GOVERNOS DO PT AO GOVERNO ILEGITIMO DO TEMER**.....50

2.1 **Os governos do PT e a saúde**.....50

2.1.1 Considerações Iniciais.....50

2.1.2 As Orientações do Banco Mundial para as Políticas da Saúde durante os governos do PT.....51

2.2 **Elementos estruturadores do golpe de 2016.**.....80

2.3 **O SUS sob ameaça: o (des)governo Temer e as investidas e orientações do Banco Mundial para a política de saúde na contemporaneidade**.....82

3 PROPOSTA DO PLANO DE SAÚDE ACESSÍVEL: REDUÇÃO DA COBERTURA COM COPAGAMENTO.....95

3.1 **Considerações iniciais**.....95

3.2 **O surgimento e a expansão do setor privado no Brasil**.....97

3.3 **As lutas por saúde em defesa do SUS**.....122

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....136

REFERÊNCIAS.....144

INTRODUÇÃO

O Milagre de Lanciano

Há mais de 12 séculos deu-se o primeiro e mais prodigioso Milagre Eucarístico da Igreja Católica. Por volta dos anos 700, na cidade italiana de Lanciano, viviam no mosteiro de São Legoziano os Monges de são Basílio, e entre eles havia um que se fazia notar mais por sua cultura mundana do que pelo conhecimento das coisas de Deus. Sua fé parecia vacilante, e ele era perseguido todos os dias pela dúvida de que a hóstia consagrada fosse o verdadeiro Corpo de Cristo e o vinho o Seu verdadeiro sangue.

Mas a Graça Divina nunca o abandonou, fazendo-o orar continuamente para que esse insidioso espinho saísse do seu coração. Foi quando, certa manhã, celebrando a Santa Missa, mais do que nunca atormentado pela dúvida, após proferir as palavras da Consagração, ele viu a hóstia converter-se em Carne Viva e o vinho em Sangue Vivo. Sentiu-se confuso e dominado pelo temor diante de tão espantoso milagre, permanecendo longo tempo transportado a um êxtase verdadeiramente sobrenatural. Até que, em meio a transbordante alegria, o rosto banhado em lágrimas, voltou-se para as pessoas e disse: “Ó bem-aventuradas testemunhas diante de quem, para confundir a minha incredulidade, o Santo Deus quis desvendar-se neste Santíssimo Sacramento e tornar-se visível aos nossos olhos. Vinde, irmãos, e admirai o nosso Deus que se aproximou de nós. Eis aqui a Carne e o Sangue do nosso Cristo muito amado!”

A estas palavras os fiéis se precipitaram para o altar e começaram também a chorar e a pedir misericórdia. Logo a notícia se espalhou por toda a pequena cidade, transformando o Monge num novo Tomé. A Hóstia-Carne apresentava, como ainda hoje se pode observar, uma coloração ligeiramente escura, tornando-se rósea se iluminada pelo lado oposto, e tinha aparência fibrosa; O Sangue era de cor terrosa (entre o amarelo e o ocre), coagulado em cinco fragmentos de formas e tamanhos diferentes.

Serenada a emoção de que todo o povo foi tomado, e dadas aos Céus as graças devidas, as relíquias foram agasalhadas num tabernáculo de marfim mandado construir pelas pessoas mais credenciadas do lugarejo. A partir de 1713 até hoje, a Carne passou a ser conservada numa custódia de prata, e o Sangue, num cálice de cristal. Aos reconhecimentos eclesiásticos do Milagre, a partir de 1574, veio juntar-se o pronunciamento da Ciência moderna através de minuciosas e rigorosas provas de laboratório.

Foi em novembro de 1970 que os Frades Conventuais, sob cuja guarda se mantém a Igreja do Milagre (desde 1252 chamada de São Francisco), decidiram, devidamente autorizados, confiar a dois médicos de renome e idoneidade moral a analise cientifica das relíquias. Para tanto, convidaram o Dr. Odoardo Linoli, Chefe de Serviço dos Hospitais Reunidos de Arezzo e livre docente de Anatomia e Histologia Patológica e de Química e Microscopia Clínica para, assessorado pelo Prof. Ruggero Berteli, Prof. Emérito de Anatomia Humana Normal na Universidade de Siena, proceder aos exames.

Após alguns meses de trabalho, a exatamente a 4 de março de 1971, os pesquisadores publicaram um relatório contendo os resultados das análises: "A Carne é verdadeira carne, e o Sangue é verdadeiro Sangue. A Carne é do tecido muscular do coração (miocárdio, endocárdio e nervo vago). A Carne e o Sangue são do mesmo tipo sanguíneo (AB) e pertencem à espécie humana, o mesmo tipo Sanguíneo encontrado no Santo Sudário em Turim. No sangue foram encontrados, além das proteínas normais, os seguintes materiais: cloretos, fósforos, magnésio, potássio, sódio e cálcio. A conservação da Carne e do Sangue, deixados em estado natural por 12 séculos e expostas à ação de agentes atmosféricos e biológicos, permanece um fenômeno extraordinário".

E antes mesmo de redigirem o documento sobre o resultado das pesquisas realizadas em Arezzo, os Doutores Linoli e Bertelli enviaram aos Frades um telegrama nos seguintes termos: "E o Verbo se fez Carne!". É assim que o Milagre de Lanciano, desafiando a ação do tempo e toda a lógica da ciência humana, se apresenta aos nossos olhos como a prova mais viva e palpável de que "Comei e bebei todos vós, isto é o meu Corpo que é dado por vós"., mais do que uma simples simbologia como possa parecer, é o sinal Divino de que no Sacramento da Comunhão está o alimento da nossa esperança nas Promessas de Cristo para nossa Salvação: "Aquele que come a minha Carne e bebe o meu Sangue tem a Vida Eterna, e eu o ressuscitarei no último dia" disse Nosso Senhor e Salvador Jesus Cristo Redentor. (João 6:55). Fonte: https://cleofas.com.br/tag/lanciano/

Segundo Minayo (2001, p. 17), "nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido antes um problema na vida prática". Nesse sentido, a escolha de um determinado objeto de estudo não acontece por acaso, nem é desprovida de intencionalidade, frequentemente, a opção é precedida de uma aproximação à temática que pode ocorrer por diversos canais e caminhos (RIZZOTTO, 2000). A persistência de

indagações - quer pela inexistência ou até mesmo pela insuficiência do conhecimento existente, quer pela discordância dos resultados divulgados - contribui para a escolha.

Assim, a decisão de analisar os 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) e avaliar os impactos das diretrizes estabelecidas pelo Banco Mundial na política de saúde brasileira, deu-se não só pela atualidade do tema, mas sobretudo pela necessidade de interpretar e explicitar os processos que envolvem a conciliação de interesses entre os organismos financeiros internacionais, os diversos níveis de governos nas diferentes conjunturas históricas e alguns setores da sociedade brasileira, incluindo parte da intelectualidade, que de acordo com Rizzotto (2000) parece ter capitulado aos encantos da retórica ou das benesses proporcionadas por estes organismos, curvando-se resignados diante do que parecia inexorável.

Dessa forma, a construção do presente objeto surgiu a partir de uma aula ministrada pela professora Elaine Rossetti Behring na disciplina eletiva: Fundo Público, Orçamento e Política Social, em julho de 2018, na qual a professora acima mencionada convidou algumas pesquisadoras para apresentação de trabalhos do Grupo de Estudos e Pesquisas do Orçamento Público e da Seguridade Social (GOPSS) sobre Fundo Público, orçamento e Política Social.

Naquele momento a professora Juliana Fiuza Cislaghi, uma das participantes, apresentou sua tese de doutorado intitulada: Elementos para a crítica da economia política da saúde no Brasil: parcerias público-privada e valorização do capital, defendida no ano de 2015. A mesma salientou que após a produção e defesa de sua tese muitas transformações acorreram no âmbito da saúde pública no Brasil, necessitando assim de novas pesquisas na área e pontuou o copagamento, como uma das diretrizes do Banco Mundial Presente no campo da saúde.

Durante o processo de qualificação, a banca composta pelos professores: Maria Inês Souza Bravo, Maurílio Castro de Matos, Juliana Fiuza Cislaghi e Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi contribuíram muito com a definição do tema. Outro fator que contribuiu muito para a escolha do tema foi à aproximação do pesquisador com a temática por ter trabalhado alguns anos na política de saúde, na atenção básica como Agente Comunitário de Saúde (ACS) e por estar atualmente exercendo a função de vereador na Câmara Municipal de São Francisco do Glória, Estado de Minas Gerais no qual vem aprovando leis em defesa da saúde pública de qualidade.

A disputa por um sistema de saúde que atenda os interesses dos trabalhadores, dentro dos limites da ordem capitalista, mas, com o horizonte da sua superação, passa

pela compreensão das formas de alocação do fundo público, e não das aparências afirmadas por termos como “público não estatal” ou “público de direito privado” ou outras representações isoladas que defendem a neutralidade do Estado (CISLAGHI, 2015). Assim sendo, o objetivo da pesquisa é superar as aparências fenomênicas, imediatas e empíricas que alimentam discursos em favor da ordem capitalista apreendendo a essência, ou seja, a estrutura e a dinâmica do objeto em suas múltiplas determinações (NETTO, 2011).

Considerando que o nosso objeto é a política de saúde, parte da sociedade atual, não existe neutralidade do pesquisador frente ao objeto a ser estudado, assim, é necessário mobilizar o máximo de conhecimentos, criticá-los e revisá-los (NETTO, 2011). É nesse sentido, que o presente trabalho se posiciona em defesa dos interesses da classe trabalhadora, fortalecendo-os no processo de luta de classes por meio do aprofundamento do conhecimento da realidade sobre a qual se intervém politicamente, fundamentando sua ação prática.

Ao analisar os 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) e os impactos das diretrizes do Banco Mundial na política de saúde estabelecemos como objetivo geral da presente pesquisa avaliar como essas diretrizes e de forma particular o copagamento se manifesta na política de saúde brasileira. Segundo o preceito constitucional “a saúde é um direito de todo o cidadão e um dever do Estado de acordo com o artigo 196, garantido através de políticas públicas e econômicas que visem à redução do risco e de outros agravos à saúde e garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua proteção, promoção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Partindo dessa premissa, entendemos que todas às vezes em que um cidadão tem que pagar para ter acesso a determinado tipo serviço de saúde se configura como copagamento, em vista disso, a proposta é analisar como o copagamento ou cobrança por fora vem se materializando no âmbito da política de saúde no Brasil avançando em determinadas conjunturas históricas e retrocedendo em outras.

Como objetivos específicos deste trabalho buscamos demonstrar que o interesse do Banco Mundial na política de saúde nos países periféricos, como o Brasil não é contribuir para seu desenvolvimento econômico e/ou social, mas sim, através destes acordos de empréstimos e das condicionalidades que o acompanham, influenciar as políticas nacionais desse setor, no sentido de reduzir o papel e a participação do Estado na oferta de serviços de saúde implementando projetos e programas que focalizam e direcionam as políticas públicas para as populações mais pobres ao mesmo tempo em

que promove a ampliação e participação do setor privado, neste promissor mercado para a expansão do capital (RIZZOTTO, 2000).

Nesse sentido, o presente trabalho também têm como objetivo específico, com todo respeito e humildade, atualizar a tese de doutorado defendida pela professora Maria Lucia Frizon Rizzotto apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas no ano de 2000, intitulada de: O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90: Um projeto de desmonte do SUS, no qual a autora apresenta as condicionalidades para a política de saúde brasileira defendida pelo Banco Mundial.

O estudo orienta-se pelo método do materialismo histórico e dialético de Marx (marxismo) visto ser um método que possibilita uma melhor compreensão da totalidade da vida social, considerando suas contradições, conflitos e transformações produzidas ao longo do processo sócio-histórico, portanto é um método que busca conhecer para transformar a realidade, caracterizando-se assim como uma pesquisa qualitativa.

Para alcançar os objetivos (geral e específico) definidos, utilizamos a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental. Inicialmente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica ampla que subsidiou a análise do nosso objeto de pesquisa. Para tanto, realizamos uma construção teórica a partir de um recorte temporal que abrange o período de 1988 a 2018, isto é, 30 anos do SUS. A pesquisa abrangeu, também, trabalhos, resultados de estudos e análises na área da conjuntura macroeconômica e dos caminhos trilhados no pós-welfare state, isto é, no regime de acumulação flexível e seus impactos na intervenção estatal no Brasil, particularmente, no campo da saúde. A partir da configuração do capitalismo contemporâneo no Brasil.

Analisamos a maneira como as políticas internacionais definidas pelos organismos financeiros internacionais influenciam a forma do exercício de poder no Brasil e interferem nas políticas estatais.

A pesquisa documental foi de fundamental importância para o nosso estudo. Inicialmente foi analisado o documento publicado pelo Banco Mundial em 1975 direcionado a política de saúde, intitulado de *Salud: documento de política sectorial* por ser o primeiro documento publicado relacionado à área da saúde. Posteriormente, foi estudado todos os documentos publicados ao longo dos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) e que orientou a política de saúde brasileira durante o período estudado.

Este estudo foi desenvolvido em três capítulos. O primeiro disserta sobre a influência das políticas defendidas pelo Banco Mundial na intervenção do Estado

Brasileiro, revelando como o copagamento se estruturou no âmbito da política de saúde durante as décadas de 1980 e 1990. Nesse sentido, observa-se que a construção do SUS se materializa no momento da "contrarrevolução monetarista" em curso desde a década de 1970 em diversos países do mundo, e que alcança o Brasil nos anos de 1990 e rapidamente se torna hegemônica em todo o mundo. Essa é uma resposta à crise do capital na busca pela retomada da taxa de lucro, o período que se convencionou chamar de neoliberal, traz profundas implicações para o Estado, e as políticas sociais entre elas a saúde são cada vez mais colocadas como nicho de acumulação de capital.

O segundo capitulo analisa a saúde nos governos do PT demonstrando que as políticas adotadas por Lula e Dilma dão continuidade a contrarreforma implementadas nos governos anteriores, todas elas ancoradas pelas recomendações do Banco Mundial. Revelando assim, as diversas faces assumidas pelo copagamento durante essa conjuntura histórica. Também são estudados neste capítulo os elementos que estruturaram o golpe institucional de 2016 bem como as medidas de desmonte do SUS adotadas pelo governo ilegítimo do Temer e as investidas do Banco Mundial na política de saúde na contemporaneidade.

Tanto no primeiro como no segundo capítulo, buscamos identificar a trajetória do setor de saúde no interior do Banco Mundial, relacionando-a com a temática do desenvolvimento e, apresentando as propostas desta instituição, para este setor social no Brasil. Identificamos alguns momentos significativos deste processo, incluindo aspectos relacionados com a legislação brasileira no campo da saúde, circunscritas após a instituição da Constituição Federal de 1988, quando foi identificado a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país.

No terceiro capítulo é analisado a proposta do Plano de Saúde Acessível uma das maiores expressões do copagamento no Brasil apresentado pelo governo Temer como uma das saídas diante da crise dos planos privados de saúde. Embora essa proposta não tenha sido aprovada naquele momento histórico, devido ao posicionamento contrário dos movimentos sociais, ela é uma recomendação do Banco Mundial podendo assim a voltar a ser discutida a qualquer momento. Também são apresentadas nesse capítulo as lutas por saúde e em defesa do SUS e o Serviço Social como uma trincheira importante na construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) público, de qualidade e 100% estatal.

Nas considerações finais será feita uma reflexão sobre a grave crise societária em curso, intensificada pela pandemia da Covid-19, tendo em vista que a crise e a pandemia

se retroalimentam, pois, a precarização das condições de vida e trabalho na qual estão inseridas a grande maioria da população aumentam as chances de contágio e de agravamento da doença.

Nesse sentido, embora esta análise tenha sido realizada no “calor da hora” ela reforça a tese defendida pelo presente trabalho acerca da importância da ampliação do papel do Estado e a construção de um Estado de bem-estar social como resposta a crise do capital.

1 O COPAGAMENTO NAS DIFERENTES CONJUNTURAS HISTÓRICAS: DE 1980 A 1990

Notadamente a partir da década de 1970, grande parte dos países da Europa ocidental passou a adotar políticas para conter o crescimento dos gastos com seus sistemas de saúde. Um dos fatores determinantes dessas políticas foi o comprometimento de parcelas crescentes do produto nacional para atender à tendência de elevação dos custos da assistência médica, isso porque o Estado havia assumido a partir dos anos de 1945 novas funções, devido à constituição do *welfare state* ou Estado de bem estar social (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011). A partir de 1970, com a crise do capital, o Estado não consegue mais assumir estas despesas e vai cortar os benefícios.

Os mecanismos constritivos, no lado da oferta, incluíam, por exemplo, a redução do número de leitos hospitalares, além da adoção de mecanismos de controle sobre a incorporação de novas tecnologias médicas e sobre o ritmo de formação de recursos humanos para a saúde, dado o conhecido poder de indução da demanda inerente a algumas categorias profissionais, como médicos e dentistas (VIANNA; PIOLA; OCKÉ-REIS, 1998).

Na demanda, o copagamento foi uma das medidas de ajuste adotadas em diversos países, tanto na Europa, como, posteriormente, na década de 1980, na América Latina. Não é incomum em contextos de crises, que uma das primeiras saídas cogitadas pelo Estado seja compartilhar a conta dos serviços de saúde com os usuários (MOTA, 1995).

Na segunda metade da década de 1980, verifica-se um grande movimento internacional em prol da denominada Política de Recuperação de Custos, dentro do setor público de saúde, embora está prática já ocorresse nos países industrializados e em desenvolvimento, o marco dessa proposta foi o documento elaborado pelo Banco Mundial (BM) em 1987, Financiando os Serviços De Saúde nos Países em Desenvolvimento: uma agenda para reforma[1]. Esse documento foi precursor do relatório sobre desenvolvimento mundial de 1993 e incluía quatro elementos fundamentais:

- Cobrança do usuário (copagamento);
- Incentivo ao desenvolvimento dos seguros privados de saúde;

[1] Este documento é um estudo da política do Banco Mundial elaborado por três técnicos: John Akin, Nancy Birdsall, e David de Ferranti (cf. MATTOS, 2000, P.225).

- Emprego eficiente dos recursos governamentais; e
- Descentralização (ANDREAZZI, 1997).

No Brasil, embora exista um sistema de saúde público e universal, isto é, o Sistema Único de Saúde (SUS), é possível observar a existência de propostas indiretas de copagamento através dos processos de privatização da saúde dentre os quais podemos destacar: contratos de serviços da rede privada, ou com a entrega direta dos serviços para serem administrados por entidades como Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais ou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Configurando-se como uma modalidade de desvio do Fundo Público da saúde para o setor privado, bem como fazem parte do processo de contrarreforma do Estado (SANTOS, 2013, p.8).

Nesse sentido, o presente capítulo tem como objetivo analisar porque nas diferentes conjunturas, as reformas do Banco Mundial, citadas acima, foram limitadas em alguns aspectos, mas avançaram em outros como, por exemplo, as reformas gerenciais de Estado e neste prisma demonstrar como o copagamento vem ocorrendo por dentro do Estado através da implementação da política de recuperação de custos e em quais níveis de assistência à saúde ela se materializa, visto que no contexto da atenção básica a operacionalização do copagamento se torna mais difícil, por outro lado, na atenção especializada, na atenção hospitalar de alto custo, ela já está posta através da realização dos convênios dos hospitais públicos com os planos de saúde, o que resulta na cobrança de tarifas. Para tanto, os hospitais precisam se organizar administrativamente, criar um sistema de faturamento e cobrar tarifas.

As reformas gerenciais do Estado instituídas pelo governo FHC e mantidas e aprofundadas nos governos do PT criam as condições para a implantação de sistemas de tarifamento e que serão analisadas a seguir.

1.1 A influência das políticas definidas pelo Banco Mundial na intervenção do estado brasileiro nas políticas sociais

Ao longo dos 75 anos de existência do Banco Mundial, as áreas e as políticas estatais a ele ligadas, tiveram importância diferenciada, que dependeu do momento histórico e do grau de influência que os diferentes setores desempenhavam ou poderiam desempenhar no processo de expansão e acumulação capitalista. Nesse sentido, o setor de saúde só começa a aparecer como uma área de interesse para o Banco Mundial, no final dos anos de 1960, no entanto, é somente a partir de 1975 que o Banco Mundial

publica o primeiro documento relacionado à saúde; “Salud: documento de uma política sectorial” (BANCO MUNDIAL, 1975).

Este documento já apresentava as primeiras diretrizes para uma reforma nas políticas de saúde aos países dependentes e que serão reafirmadas nos documentos futuros. Dentre essas diretrizes podemos destacar: a queda da universalidade do atendimento a saúde; preferência pela atenção básica; a utilização de mão de obra desqualificada para procedimentos de atenção a saúde e simplificação dos mesmos e a focalização e seletividade da atenção aos mais pobres (CORREIA, 2007).

> A partir de meados dos anos 80 o Banco Mundial assumiu a liderança no desenvolvimento global da agenda internacional para as políticas de saúde, apoiando projetos que pudessem servir aos seus interesses instrumentais na missão de ajuste estrutural, apelando para o fortalecimento do mercado para financiar e oferecer cuidado à saúde (ibidem). A nova pauta para as políticas públicas em saúde vai implicar em um conjunto de escolhas dentro da lógica de custo-efetividade, na perspectiva da racionalização da oferta (COSTA, 1998, p.129 apud CORREIA, 2007, p. 1).

O documento elaborado pelo Banco Mundial em 1987, intitulado: *Financiando os Serviços de Saúde nos Países em Desenvolvimento: uma agenda para reforma*, congrega um conjunto de reformas propostas pelo Banco Mundial em consonância com a política neoliberal assumida pelas instituições financeiras nos anos 80. Os argumentos deste documento questionam o papel do Estado na operacionalização dos serviços de saúde (CORREIA, 2007). Porém:

> A consolidação do Banco Mundial na orientação das Políticas de Saúde em nível internacional aconteceu com a publicação do Relatório Sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993: investindo em saúde [2] cujo eixo das propostas está fundamentado na política liberal em consonância com o recomendado pelo Consenso de Washington. O documento defende que as intervenções de saúde que não contemplem custo/efetividade deveriam ser financiadas pela iniciativa privada ou por outra forma de seguro social (CORREIA, 2007, p. 2).

Segundo Rizzotto, (2000, p. 119-120), alguns motivos levaram o Banco Mundial a intervir na área da saúde, dentre os quais podemos destacar: o revigoramento do liberalismo, pois ao fazer a crítica contundente ao papel do Estado na intervenção nas políticas públicas, inclusive na saúde, poderia contribuir para seu avanço, a necessidade do Banco Mundial difundir uma face humanitarista diante do agravamento das

[2] Este Relatório apresenta um diagnóstico geral sobre a saúde em nível mundial, destacando a realidade dos países “em desenvolvimento”, e propõe um projeto detalhado para a reforma dos sistemas de saúde destes países, sinalizando o interesse em financiar projetos específicos, especialmente aqueles destinados às reformas das políticas deste setor (RIZZOTO, 2000, p. 119).

expressões da questão social como resultado da implantação do ajuste estrutural nos países periféricos por ele condicionado. Mas o grande interesse do Banco Mundial na área da saúde está relacionado ao fato desta área ter passado a

> Se constituir em um importante mercado a ser explorado pelo capital. Estatísticas revelam que, no mundo, consome-se com serviços de saúde em torno de US$ 1,7 trilhão (dados de 1990), ou seja, 8% do produto total mundial, em uma faixa que vai de 4% do PIB nos países "em desenvolvimento" a 12% do PIB nos países desenvolvidos de alta renda, significando um mercado nada desprezível para o investimento do capital e sua valorização (RIZZOTTO, 2000, p. 119-120 apud CORREIA, 2007, p. 2)[3]

Além disso, o financiamento de projetos na área da saúde ocorria mediante a aceitação dos países devedores da condicionalidade de seguir as políticas definidas pelo Banco Mundial nesta área, o que proporcionaria a sua legitimação em nível internacional como protagonista no campo da saúde. Dessa forma, os países devedores ficariam reféns do Banco Mundial e da agenda de reformas por ele indicada (CORREIA, 2007).

É importante ressaltar que as primeiras ações do Banco Mundial estava vinculada a questão de combate a pobreza e a satisfação de necessidades humanas básicas, mas restritas aos aspectos de controle demográfico, tendo em vista que o controle do nascimento de pobres, apresentava-se ao Banco Mundial como uma estratégia para a promoção do crescimento econômico dos países "em desenvolvimento" uma vez que esse processo teria como consequência a diminuição da necessidade de investimentos em áreas sociais e resultaria no aumento de recursos disponíveis para as áreas produtivas (RIZZOTTO, 2000). Essa lógica desconsidera a tendência geral do sistema capitalista que é progressivamente produzir mais pobres.

Marx, no século XIX, já dizia, que o trabalhador da era moderna, "longe de elevar-se com o desenvolvimento da indústria, afunda-se cada vez mais, indo abaixo das condições de sua própria classe". O trabalhador torna-se indigente e a indigência cresce mais rapidamente que a população e a riqueza (MARX, 1998, p. 19 apud RIZZOTTO, 2000, p. 115-116).

O documento do Banco Mundial de 1975 apresentava duas opções para a política em relação à saúde, a primeira diz respeito ao "progresso continuo no aumento dos benefícios em matéria de saúde conforme as pautas atuais de financiamento" e a

---

[3] No Brasil, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilio – Suplemento Saúde (PNAD/98) DO IBGE revelam que os gastos com saúde chegaram a R$ 37,8 bilhões. As maiores participações correspondem a Medicamentos (37,24%), Planos de Saúde (33,11%) e Gastos com tratamentos dentários e prótese (11,84%).

segunda, por sua vez, estava relacionada ao "financiamento do Banco Mundial para serviços básicos de saúde". O Banco Mundial optou pela primeira opção, ou seja, iria continuar com a mesma pauta de financiamento que privilegiava projetos de infraestrutura, energia e agricultura, recomendando apenas uma maior atenção às questões de saúde no interior destes projetos (BANCO MUNDIAL, 1975, p.71).

Recomendava-se também no referido documento, que a incorporação de componentes de saúde, nos projetos financiados pelo Banco Mundial, não deveria ser feita sem estabelecer critérios para avaliar a natureza e o alcance destes componentes. Somente a partir dessa avaliação se redefiniria o grau de modificação de um projeto em função das questões de saúde, afirmando ainda que "na medida do possível se deve tratar de calcular uma taxa de rentabilidade econômica para o referido componente ou o aumento dos custos do projeto básico devido a sua alteração em função dos aspectos de saúde" (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 70 apud RIZZOTTO, 2000, p. 117).

O motivo pelo qual o Banco Mundial rejeitou a segunda opção, ou seja, aquela que apontava para o financiamento de projetos básicos na área da saúde, além das justificativas citadas acima, diz respeito ao fato de que os países em desenvolvimento não estavam de acordo com os princípios e concepções do Banco Mundial, sendo que muitos governos teriam dificuldades de promover as "reformas necessárias" na área da saúde, sem as quais o Banco Mundial não se propunha a atuar. (RIZZOTTO, 2000, p. 117).

A área da saúde, diferentemente de outras áreas, necessita de intervenção imediata, devido à ocorrência de doenças, o sofrimento e a morte, estes são fenômenos que não suportam uma espera indefinida. No entanto, essa área frequentemente é acompanhada por um discurso ideológico e em função desse processo surge resultados indesejáveis. O que torna a saúde objeto de pressão política. Análises do próprio Banco Mundial nos ajudam a compreender melhor essa relação.

> Ainda quanto à distorção devida à desigualdade de investimentos se pode encontrar em todos os setores, as consequências na saúde são especialmente trágicas, devido a relação emocional que provocam os problemas de saúde (BANCO MUNDIAL, 1975, p.37).

No entanto, o interesse do Banco Mundial em envolver-se com a saúde, expresso no documento de 1975, estava mais no campo econômico do que no campo político. Já naquele momento, os dirigentes do Banco Mundial tinham clareza de que se resolvessem financiar projetos específicos na área da saúde "teriam melhores condições

de discutir assuntos gerais de saúde com os ministérios correspondentes e teriam como exercer maior influência nessa esfera, principalmente se suas funções consultivas e de assessoria e as da Organização Mundial da Saúde (OMS) se reforçassem mutuamente" (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 75).

Partiam do pressuposto de que possuíam melhores condições para a realização de análises econômicas do que a OMS, sendo assim, poderiam tornar-se consultores e assessores econômicos para atender as questões de saúde, através da cooperação entre as duas instituições.

Como prenuncio do atual Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o documento dispõe sobre a figura do "trabalhador de Saúde comunitário", o qual, "em um sistema reformado [...] deverá viver na comunidade em que atua e conseguir o respeito desta, assim como se integrar com a sociedade local de maneira que possa identificar os fatores de risco e agravos à saúde, sem esperar que os pacientes iniciem os contatos com as Unidades de Saúde" (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 51 apud CORREIA, 2005, p. 109).

Os recursos humanos deveriam deter conhecimentos simplificados:

> É aconselhável que o trabalhador de saúde tenha conhecimentos limitados de tratamentos curativos, a fim de assegurar que disponha de tempo suficiente para realizar atividades ambientais e preventivas. Se ele aprender as técnicas elementares de cuidado materno-infantil, de partos e de controle do crescimento de crianças, especialmente para detectar problemas de desnutrição, o trabalhador de saúde organizará reuniões maternas para alimentar as crianças desnutridas e realizar educação sobre nutrição para mães, realizará vacinações e se ocupará de fomentar a planificação familiar (BANCO MUNDIAL, 1975, p.51/52 apud CORREIA, 2005, p. 109).

A participação das instituições não governamentais também estava prevista no Documento de 1975: "as instituições políticas, sociais ou religiosas poderão criar meios para exercer esse tipo de vigilância (identificação de enfermidades) das condições de saúde da comunidade". (idem, ibidem). A valorização do trabalhador comunitário é reafirmada "este tipo de trabalhador de saúde estará muito melhor preparado técnica e socialmente que o médico clínico face ao quadro de enfermidades das comunidades com recursos limitados" (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 52).

De acordo com bravo (1998, p. 129), a partir de meados da década de 1980 o Banco Mundial assumiu a liderança do desenvolvimento global da agenda internacional para as políticas de saúde, apoiando projetos que pudessem servir aos interesses de acumulação do capital bem como na missão de ajuste estrutural. Dessa forma, a agenda do Banco Mundial subordina a avaliação dos gastos com saúde a capacidade

macroeconômica dos países em processo de “ajuste estrutural” objetivando o fortalecimento do mercado para financiar e oferecer cuidado a saúde (Ibidem). A nova pauta para a política de saúde vai optar pela lógica de custo-efetividade na perspectiva de racionalização da oferta.

Segundo Matos (2000, p. 11), a preeminência do Banco Mundial na área da saúde está relacionada a sua capacidade de articular a oferta de ideias acerca das melhores políticas a serem instituídas e recursos financeiros para a realização de projetos e programas. Esta preeminência no cenário internacional foi simultânea ao investimento realizado pelo Banco Mundial em financiamentos de projetos nesta área. O primeiro empréstimo realizado pelo Banco Mundial relacionado especificamente a saúde ocorreu em 1981 e, no final da década, já era um dos maiores provedores de recursos externos para esta área.

1.2 A agenda de contrarreformas do Banco Mundial para a política de saúde e suas implicações no SUS

Para compreender o papel e a atuação do Banco Mundial dentro das relações capitalistas, torna-se necessário uma análise da conjuntura na qual ele está inserido. Nos anos de 1970, o capitalismo monopolista emerge numa grande crise, resultante da tendência à queda das taxas de lucros, devido à capacidade de acumulação estar fortemente diminuída. Na tentativa de superar essa situação, o capital passa a buscar o enfrentamento dessa crise através da elaboração de um novo padrão de acumulação,

> Favorecido pela revolução tecnológica e centrada na externalização da produção via subcontratação e terceirização e com um modo de regulação correspondente, baseado na desregulação estatal via privatizações, redução de direitos sociais e trabalhistas, corte nas políticas de proteção social e eliminação de parte dos controles do Estado sobre as condições de uso da força de trabalho (CORREIA, 2005, p.76 apud ALVES; OLIVEIRA, 2016, p.3).

Esse processo de reestruturação capitalista surge como saída da crise existente e é marcado pela ampliação da liberdade de mercado e pela limitação do Estado intervencionista bem como pelo fim do pacto social-democrata e dos direitos por ele assegurados. “o objetivo é o desvencilhamento de qualquer amarra que impeça a recuperação da margem de lucro no processo de acumulação do capital” (CORREIA, 2005, p. 77).

De acordo com Correia (2005), o que ocorre é a existência de um Estado “máximo para o capital”, caracterizado pela liberalização de crédito, perdão de dívidas, subsídios, etc. Mas, “mínimo para o trabalhado”, com corte de gatos sociais, precarização das políticas públicas, do congelamento de salários entre outros.

Essa nova conjuntura existente fez com que os organismos financeiros internacionais passassem a desempenhar novas funções no que se refere “ao processo de produção e reprodução do capital, principalmente através da defesa intransigente da necessidade de ajustes estruturais (com destaque especial na contrarreforma do Estado) e da apologia à ideologia neoliberal.” (LIMA, 2011, p. 06, apud ALVES; OLIVEIRA, 2016, p. 03).

A ação que o Banco Mundial passa a realizar diante da nova conjuntura é a de intervenções em parceria com o Fundo Monetário Internacional (FMI) impondo políticas de ajuste que visam o equilíbrio da balança comercial e de pagamentos dos países endividados, ou seja, para que um país consiga obter um empréstimo junto ao Banco Mundial, ele passa a aceitar algumas orientações advindas do mesmo como garantia de pagamento.

Todas essas transformações pelas quais o mundo passou a partir da crise do capitalismo monopolista tiveram profundo impacto na realidade brasileira, resultando no fim do ciclo de desenvolvimento econômico, isto é, o fim dos “anos dourados do capital”, ampliando assim as tensões sociais, originando diversas formas de mobilização por parte de vários seguimentos da sociedade por mudanças políticas e sociais.

É neste contexto de tensões que surgem as primeiras manifestações por reformas na área da saúde, ganhando destaque o movimento de reforma sanitária que se articulou a diversos segmentos da sociedade civil (Sindicatos, Partidos Políticos, Associações, entre outros) e se inseriu em um quadro de luta pela implantação de um Estado democrático de direito e o reconhecimento da saúde como um direito social universal, com o tema “Saúde direito de todos e dever do Estado” (BRAVO, 2011).

O movimento de Reforma Sanitária nasceu na luta contra a Ditadura Militar (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1995) e ganhou maior destaque a partir de meados da década de 1970 consolidando avanços importantes para o fortalecimento do setor público, contrariando o modelo que buscava privilegiar o setor privado, buscava democratização dos serviços de saúde, atendimento humanizado, interface entre a instituição e a realidade, interdisciplinaridade no acesso às informações e efetivo envolvimento da sociedade civil nas políticas de saúde.

A Reforma Sanitária aconteceu em meio ao processo de redemocratização do país e tem sido apontada como uma política na contramão do ideário imposto pelo regime autoritário. Alguns acontecimentos contribuíram para dar força e legitimidade para o movimento: o surgimento do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde CEBES (1976) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO (1979). Diversos sujeitos também integram o movimento sanitário dentre eles: a universidade, os movimentos sindicais, os movimentos populares, os profissionais de saúde, entre outros (SOUZA, 2014).

Dessa forma, é possível afirmar que as lutas sociais por saúde no Brasil incidiram sobre o movimento e sobre os contextos político, social e econômico que contribuíram para a construção social e política do país através da participação e da mobilização da sociedade civil. Assim, a luta pela reforma sanitária foi marcada por três critérios básicos: politização da saúde, visando mudar a consciência sanitária; modificação das normas legais, para a criação de um sistema universal, único e descentralizado; e alteração do conjunto de práticas institucionais de acordo com a orientação dos princípios democráticos (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1995).

É importante destacar que o Brasil, nesse momento, parecia seguir um caminho contrário ao resto do mundo haja vista que esse período marcado pelo fim da ditadura empresarial-militar, pela redemocratização do país e parecia que este seria refundado de acordo com os princípios de uma democracia efetivamente republicana e participativa. Por outro lado, no cenário internacional, a ofensiva capitalista ganhava corpo e avançava em todas as direções marcada pela passagem do regime fordista-keynesiano para o regime de acumulação flexível ou toyotismo (HARVEY, 2017).

Nesse novo regime, o trabalhador que executava uma função específica na fábrica passa a executar várias funções, o chamado “trabalhador polivalente”, a produção já não é mais em massa, mas por demanda, ocorre a incorporação de tecnologia nos processos produtivos, acompanhado pelo ideário neoliberal de diminuição do papel do Estado (Estado mínimo).

Dessa forma, o “projeto/processo neoliberal” constitui a atual estratégia hegemônica de reestruturação geral do capital – em face da crise, do avanço tecnocientifico e das lutas de classes que se desenvolvem no pós-1970, e que desdobra basicamente em três frentes: a ofensiva ao trabalho (atingindo as leis e direitos trabalhistas e as lutas sindicais e da esquerda) e as chamadas “reestruturação produtiva” e “(contra)reforma do Estado”.

Os elementos apresentados demonstram que o projeto neoliberal de reestruturação da supremacia burguesa nos anos de 1970 e 1980 teve profundo impacto na história contemporânea, reconfigurando o Modo de Produção Capitalista em uma nova etapa.

No entanto, no Brasil, na década de 1980, ocorreram diversas conquistas políticas e sociais, dentre elas podemos destacar a superação do Regime Militar e a consolidação do chamado "Estado democrático de direito", em 1988. Nesse período, o então Presidente da República José Sarney (1985- 1990) buscou "resgatar a dívida social", reestabilizar a democracia objetivando a superação do autoritarismo e o fortalecimento da economia (ESCOREL, 2011).

No início de seu mandato, Sarney encerrou a censura à imprensa e a outros meios de comunicação, bem como aos partidos políticos, a saber: Partido Comunista Brasileiro (PCB) e Partido Comunista do Brasil (PCdoB), possibilitando que as centrais sindicais se organizassem livremente o que possibilitou a realização da 8° Conferência Nacional de Saúde em 1986, resultado das articulações do movimento de reforma sanitária que discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil e contou com a participação de mais de cinco mil representantes de diversos segmentos da sociedade civil.

> Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A reforma sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8° Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. (AROUCA, 1998, p. 01)

Esse movimento resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Constituição Federal de 1988, instituindo o período "universalista" (BRAVO, 2009) baseado no conceito de cidadania universal[4]que compreende todo cidadão como sujeito de direito. A partir desse momento, a política de saúde veicula-se à democracia e conta com a participação de novos sujeitos sociais objetivando a melhoria da área e o fortalecimento do setor público.

---

[4] "Podemos falar de uma cidadania universal, já que os benefícios são assegurados como direitos sociais, de forma universalizada a todos aqueles que necessitem deles." (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p.35 apud PINHEIRO, 2012)

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) veio em resposta a uma justiça histórica e social, por exemplo, quando se fala se saúde indígena no SUS é de uma justiça histórica que se está falando. Os índios fazem parte da história do país, são partes dos brasileiros, poucos brasileiros se reconhecem como índios, como partes dessa cultura, mas é dessa cultura que participam.

Quando se coloca no âmbito do SUS o direito da população negra é de justiça social que se está falando, haja vista que houve um modo de organização da nossa sociedade que retirou de grande parte dessa população a capacidade de ter acesso às mesmas oportunidades. Assim sendo, o SUS é um sistema de saúde que veio nos anos de 1980 falar de processos de democratização.

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como direito de todos e dever do Estado de acordo com artigo 196, garantindo políticas públicas e econômicas que visem à redução do risco e de outros agravos à saúde e garantindo acesso universal igualitário às ações e serviços para sua proteção, promoção e recuperação (BRASIL, 1988).

Dessa forma, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou uma nova concepção organizacional e política sendo considerado único, na medida em que contempla em todo territorial nacional os mesmos princípios e diretrizes que o efetivaram. Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve oferecer acesso ao serviço e às ações de forma universal e igualitária a toda população brasileira.

Embora a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tenha ocorrido a partir da Constituição Federal em 1988, sua regulamentação ocorreu apenas em 1990 com a criação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) – Lei n° 8.080 que dispõe sobre os seguintes princípios: Universalidade, Equidade e Integralidade; e diretrizes: Descentralização, Atendimento Integral e Participação da Comunidade. E a Lei n° 8.142 de 1990 que dispõe sobre o controle social a partir da efetiva participação da comunidade na gestão do SUS, através dos conselhos e das conferências de saúde. É importante destacar que o SUS possui um conjunto de ações jurídicas denominadas Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOBS) criadas pelo Ministério da Saúde (PAULO JÚNIOR; CORDINI JÚNIOR, 2006).

Todas essas transformações pelas quais a saúde pública passou ao longo de sua formação histórica contribuíram para construção de um conceito ampliado de saúde, sendo esse dividido em três níveis de assistência: atenção primária ou atenção básica; média e alta complexidade. No campo da saúde, registram-se várias ações, dentre elas

podemos destacar: Vigilância em Saúde; Vigilância Epidemiológica; Assistência Pré-natal, Parto e Puérpera; Acompanhamento e Desenvolvimento Infantil; Cobertura Universal do Esquema Preconizado Pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias; Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; Tratamento das Intercorrências Mais Comuns da Infância; Atendimento de Afecções Agudas de Maior Intercorrências; Acompanhamento de Pessoas Com Doenças Crônicas de Alta Prevalência;Tratamento Clínico e Cirúrgico de Casos de Pequenas Urgências Ambulatoriais;Tratamento de Transtornos Mentais, Psicossociais Controle de Doenças Bucais; Dispensação de Medicamentos da Farmácia Básica. (BRASIL, 2001).

Assim, esta área vem se consolidando em um rico espaço para atuação de diversos profissionais através do fortalecimento da interdisciplinaridade[5] o que contribui para a criação de diversos programas como: Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros.

No entanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) parte integrante da seguridade social ao lado da Previdência e Assistência Social constitui um pacto social construído a partir da Constituição Federal de 1988, que embora representasse uma conquista histórica da classe trabalhadora possui um série de contradições, por exemplo; é um pacto social que se materializa no momento de reestruturação das forças políticas no país no âmbito da constituinte, é um pacto social, como mencionado anteriormente, que foi na contramão da história, inclusive da América Latina, o Brasil foi um dos poucos países capaz de dizer na sua carta constitucional, por isso é reconhecida como Constituição Cidadã, Constituição Democrática, como uma constituição que vai garantir direitos sociais amplos.

Quando se fala de Seguridade Social, como abordado anteriormente, estamos falando de Saúde, Previdência e Assistência Social, no entanto a Constituição Federal possui uma serie de capítulos que contempla diversos outros direitos sociais como: Educação, Alimentação, Habitação, Segurança, etc. No presente estudo nossa análise se restringe a Seguridade Social, pois é o lugar onde o SUS se insere, mas sem perder de

[5] Segundo Peduzzi (1998), a interdisciplinaridade diz respeito à produção de conhecimentos, tendo, portanto, caráter epidemiológico, com a integração de várias disciplinas e áreas de conhecimentos, buscando fortalecer a ideia de trabalho em equipe respaldada principalmente na noção de atenção integral ao paciente, considerando os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação que devem ser contemplados a partir do processo saúde-doença.

vista as outras políticas, pois como foi dito na justificativa do presente trabalho, a concepção de saúde ampliada está relacionada ao acesso as diversas políticas sociais.

Esse pacto de Seguridade Social começa dentro de contradições importantes que irão ser revistas, a partir dos anos de 1990 a partir do advento do neoliberalismo no país, apesar da Constituição Federal ser uma constituição democrática, ela possui uma ambiguidade, ou seja, ela possui capítulos na área econômica, na área administrativa, na área tributária, são capítulos que repetem a forma de organização do Estado nos anos de 1960, na ditadura civil-militar, isto é, a Constituição Federal de 1988 utiliza capítulos que estava presente na Constituição de 1967, que terá impactos na Seguridade Social no que diz respeito ao financiamento.

Outra contradição importante no âmbito da Constituinte é sua completa subordinação em relação à política econômica, assim como a outros interesses a ela ligados. Ao manter a lógica contributiva, observa-se nos anos de 1990 uma disputa em torno do que era a contribuição dos trabalhadores, dentro da Seguridade Social e a vinculação em seguida a Previdência e a Saúde e a intocabilidade do setor privado, quando se coloca na Constituição Federal que é livre a iniciativa privada, está deixando um campo de atuação aberto que progressivamente vai impactar a política de saúde.

Nesse sentido, a Seguridade Social Brasileira é marcada por um conjunto de contradições oriundas de uma transição democrática que foi negociada, que foi feita em alianças e que no final dos anos de 1980 revela essas contradições.

De acordo com Bresser Pereira (1985), a partir da realização de estudos comparativos entre as nações que atravessaram processos de transição de regimes autoritários para regimes democráticos, existem dois grupos de países: os que tiveram a transição através da ruptura com a ordem constitucional, como por exemplo, Portugal e Grécia; e os que viveram uma transição planejada, ou transição negociada (O`DONNELL, 1986), transição “pelo alto” (COUTINHO, 1984), como Espanha, Peru e Brasil.

O referido cientista político, assim como outros, com diferentes inserções partidárias participaram de um painel sobre a “construção democrática” de 1988, e pronunciaram sobre o caráter da transição.

> Para Bresser Pereira, a transição Brasileira foi conservadora, populista e fisiológica e originou uma democracia elitista com dificuldades de redistribuir renda.
> Francisco Weffort previu como resultado uma democracia conservadora, afirmando que as forças mais democráticas e modernas foram derrotadas, ficando o processo nas mãos dos liberais conservadores; considera que o

> MDB tinha um projeto liberal clássico, do qual se desfez ao transformar em PMDB.
> Paulo Sérgio Pinheiro apontou que ficaram intactos os tradicionais hábitos de violência contra o povo, o autoritarismo social real em relação aos cidadãos de segunda categoria, o descontrole dos aparelhos de repressão; a antiga oposição, ao chegar ao poder, verificou-se incompetente para lidar com o tema da violência.
> Fernando Henrique Cardoso considera os avanços e os recuos da transição, admitindo-a como terrivelmente lenta, gradual e talvez até segura. Ressaltou, ainda, a necessidade de reformar a burocracia do Estado e mudar a relação entre o governo e os partidos (BRAVO, 2011, p. 102).

Dessa forma, é possível dizer que todas as contradições que perpassam a carta constitucional e os direitos por ela assegurados entre eles a seguridade social é fruto de transição democrática que teve como binômio a dialética continuidade x ruptura, ou seja, ocorreram avanços significativos em determinadas áreas, por outro lado, manteve aspectos de outros regimes anteriores a ela.

Todos esses fatores contribuíram significativamente para aprofundar a dependência do Brasil dos organismos internacionais FMI e Banco Mundial, sobretudo a partir do Consenso de Washington em 1989. As “recomendações” (impostas pelo FMI aos governos dos países devedores) dessa reunião abarcaram dez áreas: 1) disciplina fiscal, 2) redução dos gastos públicos, 3) reforma tributária, 4) juros de mercado, 5) regime cambial de mercado, 6) abertura de comércio, 7) eliminação de controle sobre o investimentos direto estrangeiro, 8) privatização, 9) desregulação de leis trabalhistas e 10) institucionalização da propriedade intelectual (CARCANHOTO, IN MALAGUTI ET AL., 1998, p. 25 apud MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 211).

Alguns anos mais tarde, em janeiro de 1993, reuniram-se também em Washington um grupo de especialistas, entre eles estava Bresser Pereira, ex-ministro da fazenda no governo Sarney e posteriormente da reforma do Estado na gestão FHC, para discutir “as circunstâncias mais favoráveis e as regras de ação que permitisse implementar o plano de ajustamento das economias periféricas, instituídas pelo Consenso de Washington.

Esse plano consiste em três fazes: A) a primeira, dirigida a estabilização macroeconômica, persegue o superávit fiscal reduzindo o déficit da balança comercial e reestruturando (desmontando) o sistema previdenciário; B) a segunda fase, dedicava às reformas estruturais, tem como objetivo a liberalização financeira e comercial, a desregulamentação dos mercados e a privatização de empresas estatais; e C) a terceira, definida como retomada dos investimentos e do crescimento econômico (ver FIORI, 1995 apud MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

Nesse contexto, para conter a inflação e reduzir o gritante aumento dos preços foram operacionalizados nos países Latino – Americanos três medidas fundamentais: a elevação dos juros, a liberalização do mercado interno e a dolarização das economias, como forma de recuperar e manter o padrão do dólar como âncora cambial.

Paralelamente, o ajuste fiscal resultou no corte de gastos estatais, reduzindo o financiamento das políticas sociais, reformando a política de seguridade social, reestruturando a base tributária e privatizando empresas estatais.

1.3 **A saúde nos anos 1990**

No Brasil, o protagonismo do Banco Mundial (BM) nas orientações da política de saúde se manifesta através dos documentos publicados especialmente para orientar a reforma no setor de saúde brasileiro; da absorção dessas orientações pelos documentos produzidos no Ministério da Saúde; e do financiamento pelo Banco Mundial de alguns projetos nessa área, conforme já sinalizado anteriormente.

Esses documentos sintetizam um conjunto de propostas para a área da saúde no Brasil. O primeiro documento publicado em 1991 é denominado, "Brasil: novo desafio à saúde do adulto, e o segundo de 1995 que como o título revela, define a agenda da saúde para os anos 90, "A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90[6]".

O primeiro, produzido após a Constituição Federal de 1988 e aprovação das Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 ambas de 1990, rebate frontalmente os avanços formais da Reforma Sanitária contemplados nesta legislação. Segundo o Banco Mundial, "as realidades fiscais colidem com os sonhos de despesas alimentados pelo processo de democratização e pela Constituição de 1988" (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 1/20). O documento também revela a opinião do Banco Mundial com relação ao acesso universal presente na Constituição Federal:

> O prognóstico para o sistema de saúde no Brasil não é bom [...] A Constituição de 1988 estabelece como direito constitucional, o acesso universal aos serviços públicos de saúde. A implementação deste direito exerceria significativo efeito sobre a procura e o custo de serviços médicos públicos (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 5/82).

Fundamentado no eixo do custo/efetividade que está presente na maioria de suas propostas, o Banco Mundial sugere a seletividade do acesso como alternativa à quebra

---

[6] Rizzotto (2000, p. 153-164 *apud* CORREIA, 2005, p.120) analisa estes documentos em suas teses de doutorado.

da universalidade: “os programas devem focalizar especialmente nos mais pobres e considerar explicitamente sua situação” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 7). O Banco Mundial também se posicional contrário ao princípio da gratuidade ao propor “a cobrança aos usuários, tanto direta como através de impostos locais” enquanto “elemento essencial para fixação de prioridades” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 122)

O segundo documento também questiona os avanços constitucionais de 1988 ao referir-se que, na Constituição, “a firme tendência para universalização da cobertura [...] por si só trará um aumento significativo nas despesas se as promessas públicas forem mantidas” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 10-11).

Segundo Rizzotto (2000, p. 153), o núcleo temático dos dois documentos citados “constitui-se em uma avaliação genérica do Sistema Único de Saúde (SUS) com destaque na relação custo-benefício dos serviços e, na defesa da necessidade de reformas constitucionais e institucionais ligadas a esse setor”. Os representantes do Banco Mundial defendem a ampliação do setor privado na prestação dos serviços de saúde, ao enfatizar o papel regulador e financiador do Estado, estimulando-o a transferir recursos para “qualquer entidade” prestar os serviços de saúde (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 117).

A justificativa a defesa da participação da rede privada está relacionada à sua maior eficiência e melhor qualidade nos serviços prestados,[7] pois de acordo com o Banco “[...] os serviços prestados pelas EMS[8] são comprovadamente superiores se comparados com os serviços da rede pública [...]” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 119).

Esses documentos defendem cortes de recursos destinados à saúde, em coerência com as políticas de ajuste definidas pelos organismos financeiros internacionais. Para o Banco “o Brasil já parece gastar, tanto nos serviços públicos de saúde como no total, proporção do PIB algo maior do que se deveria esperar de um país com o seu nível de renda per capita” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 101). Todavia, o Brasil gasta apenas cerca de 3,30 % do PIB com saúde, muito pouco se comparado com os países desenvolvidos aonde esse valor chega a 12% (CORREIA, 2005, p. 121).

No documento de 1995, a agenda de reformas para a área da saúde é definida com maior clareza através de recomendações e estratégias de curto e médio prazo (CORREIA, 2005). Esta agenda de reformas se confronta com as proposições definidas

---

[7] Cf . Rizzotto (2000, p. 155).

[8] As Entidades de Manutenção de Saúde – EMS são todas as formas de planos de saúde em grupo e as cooperativas médicas.

pelo Movimento de Reforma Sanitária e regulamentadas pelo SUS. Rizzotto[9] sintetiza um conjunto de propostas do Banco Mundial para a política de saúde brasileira que se constitui em uma agenda de reformas para os anos 90, especialmente para a segunda metade da referida década:

> Flexibilização do SUS; redefinição do papel dos estados federados na gestão do sistema de saúde; estabelecimento de um pacote de benefícios padrão; limitação do acesso à serviços de atenção terciária; controle da oferta de serviços públicos em função dos custos; adoção de formas de co-gamentos; ênfase no controle de resultados; favorecimento à iniciativa privada; incentivo a concorrência na prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, envolvendo indistintamente os setores público e privado e; do papel regulador do Estado, com o deslocamento de atribuições para entidades de classe e organizações públicas de direito privado, com o licenciamento de profissionais, o credenciamento de cursos e de unidades de saúde e, a fiscalização e o controle médico-sanitário (RIZZOTTO, 2000, p. 163 *apud* CORREIA, 2005, p. 121) .

Outro documento elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) que expõe diretrizes para a política de saúde em consonância com as recomendações do Banco Mundial é o "Informe sobre a Reforma do setor de Saúde no Brasil", apresentado na reunião especial sobre Reforma Sectorial em Salud, promovida pela OPAS, BID e Banco Mundial, em setembro de 1995[10]. O Ministério da Saúde (MS) neste documento se compromete a modificar as bases organizacionais do sistema nacional de saúde com:

> (1)A instalação de um processo permanente de mudança cultural, em que o cidadão será cada vez menos um paciente e cada vez mais um cliente e agente participante do setor de saúde em várias instâncias e oportunidades; (2) a consolidação de um sistema público nacional, com capacidade técnico-operacional e administrativa renovada e reconhecida e com tele-informatização abrangente oportuna à conscientização social e aos centros decisórios gestores; (3) organização de um sistema assistencial privado, devidamente regulamentado; (4) o funcionamento competitivo dos subsistemas público e privado, estimulador da qualificação com redução dos gastos; (5) a adoção de modelos técnico-operacionais inovados e inovadores; (6) o estabelecimento de um solido e inovado sistema de acompanhamento, controle e avaliação e; (7) uma prática gestora permanentemente descentralizadora e desconcentradora (BRASIL, 1995a p.16).

---

[9] Rizzotto (2000, p. 156 *apud* CORREIA, 2005, p. 121) faz uma síntese em seis pontos do conjunto de propostas do Banco Mundial para as reformas do sistema de saúde brasileiro, justificadas pela suposta prestação demasiada de serviços de base hospitalar e especialização exagerada no atendimento hospitalar, com crescente uso de procedimentos de alta tecnologia e pouco gasto em promoção e prevenção, entre as quais destaca-se: redução dos investimentos públicos no campo da assistência médica; focalização dos serviços públicos às populações pobres; estabelecimento de prioridades a partir de uma análise da relação custo/benefício; introdução de reformas institucionais e no sistema de financiamento do setor saúde, que incluiria a descentralização, com dotação de recursos, prioritariamente para os pobres, mobilização de recursos privados, racionamento da atenção médica e o uso de incentivos e técnicas de gestão modernas.

[10] Rizzotto (2000, p. 200 *apud* CORREIA, 2005, p. 124) adverte que este "Informe sobre a Reforma do Setor de Saúde no Brasil" foi elaborado e apresentado no momento em que o Brasil negociava com o BID e o BIRD os empréstimos destinados ao Projeto REFORSUS.

Essas propostas estão em conformidade com as orientações do Banco Mundial para as políticas econômicas e sociais dos países periféricos, cujo eixo está centrado na lógica do mercado e custo/benefício, ampliação do setor privado, a descentralização da operacionalização dos serviços para a sociedade com o objetivo de desresponsabilizar o Estado. A agenda do Banco Mundial para o Brasil é absorvida nos documentos elaborados para orientar a reforma do Estado implementado pós-95, durante o governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso.

Nesse sentido, apesar das conquistas alcançadas pela classe trabalhadora através da Constituição Federal de 1988, verifica-se fortes ataques por parte do grande capital às políticas sociais, principalmente à política de Seguridade Social. Dessa forma, o Estado deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, transferindo para o setor privado funções que antes eram delegadas a ele, assumindo apenas o papel de promotor e regulador, obedecendo às leis do mercado (BRAVO, 2010). Assim, observa-se o que Behring (2003) denomina como (contra)reforma do Estado:

> A Reforma do Estado ou (Contra)Reforma é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. O seu plano diretor considera que há o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública, burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle de resultados, a redução de custos e a produtividade. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. (BRAVO, 2009, p. 100).

Dentro dessa perspectiva, a reforma apresentada pelo Banco Mundial propõe a descentralização (um dos princípios do SUS é importante ressaltar) como deslocamento de responsabilidade para a sociedade, esta passa a ser corresponsável pelos serviços e pela gestão pública através da “participação da comunidade”. A estratégia é fazer parcerias com a sociedade civil para que esta assuma os custos da crise, repassando-se assim a responsabilidade pela prestação de serviços para ONGs, Instituições Filantrópicas e Comunitárias o chamado “Terceiro Setor”. Segundo Correia (2007, p. 17), esse processo seria:

> Transferência do dever do Estado atuar sob políticas sociais, e então deixar com que a sociedade civil, através da ajuda, filantropia, caridade como forma de atuar sobre a questão

> social[11], motivando o processo de mercantilização da saúde por instituições não estatais e o repasse de verbas públicas para iniciativa privada (CORREIA, 2007, p.17).

O Banco Mundial afirma que "muitos países em desenvolvimento que desejam reduzir a magnitude de seu desmesurado setor estatal devem conceder prioridade máxima a privatização," (BANCO MUNDIAL, 1997, p.7). Essa instituição orienta os governos a darem prioridades máximas aos "setores sociais fundamentais" os mais vulneráveis, promovendo políticas públicas focalistas para dar eficácia e equidade aos gastos sociais.

Como estratégia de enfrentamento da crise, o sistema capitalista vai buscar saídas para sua reorganização "baseada na liberdade de mercado com um novo padrão de acumulação flexível e com o desmonte dos direitos sociais e trabalhistas" (CORREIA, 2007, p. 14). Considerando que a reestruturação do capital fortalece o paradigma da liberdade de mercado, este processo recai sobre a política social, que passa a se efetivar com um caráter seletivo e privatista. Nesse sentido, a denominada área "reforma" do Estado ocorre a partir da racionalização dos gastos na área social intensificando a presença do setor privado na oferta de serviços e bens coletivos.

Behring (2003, p.16) afirma que, desde os anos de 1990 vem sendo realizada uma proposta de reforma no Brasil, com início no governo de Fernando Henrique Cardoso. No entanto, o que estava na tendência seria uma contrarreforma do Estado, por se tratar de sua desestruturação e consequentemente perda dos direitos da classe trabalhadora, a contrarreforma tem como alvo prioritário as políticas sociais Estatais, principalmente a política de saúde, deslocando da responsabilidade do Estado para instituições não estatais, através da compra e venda de serviços, fortalecendo o mercado e os interesses financeiros, acirrando as contradições e como resultado intensificando as expressões da questão social.

De acordo com Carneiro (2015, p. 131) desde a década de 1970 o Estado já comprava serviços oferecidos pelo setor privado, em especial os serviços de alta complexidade, sendo facilitado pela previdência social. Atualmente, mesmo após a Constituição Federal de 1988 ter legalizado esse serviço como forma complementar,

---

[11] Segundo Iamamoto (1998, p.27) "A Questão Social é apreendida como um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade".

temos a inversão de investimentos, contemplando uma lógica comercial, onde o dinheiro público passa a ser investido mais no setor privado (SILVA; SILVA; CORREIA; SANTOS, 2017).

> A expansão do setor privado por dentro do SUS é o que denominamos de privatização. Ela vem se dando através da compra de serviços privados de saúde denominados "complementares" aos serviços públicos e, mais recentemente, através do repasse da gestão do SUS para entidades privadas, com a implantação de novos modelos de gestão. (CORREIA, 2012, p.2).

Com o advento do neoliberalismo, a lógica da contrarreforma do Estado trouxe uma modalidade de apropriação do fundo público[12] pelas entidades sem fins lucrativos, os chamados "novos modelos de gestão". Nesse caso o Estado transfere a essas entidades a administração de patrimônio público para o financiamento das ações. Mais uma vez não é pela produção de mais valia, mas pela apropriação do fundo público, que cobre os custos e remunera as entidades privadas, a fonte de seu financiamento (CISLAGHI, 2015).

"Granemann (2011, p.54) caracteriza esse mecanismo de privatização como privatização não clássica" "porque ocorrem pelo mecanismo da venda típica" constituindo como formas de privatização mais difíceis de serem desveladas, inclusive do ponto de vista ideológica (CISLAGHI, 2015).

Soares (2010) conceitua essa modalidade de privatização como "por dentro", ao introduzir um modelo de gerenciamento de lógica mercantil no serviço público. O Estado transfere apenas o gerenciamento dos serviços para o setor privado mantendo-se como financiador dos mesmos perdendo, assim, a capacidade de contralar a qualidade dos serviços prestados.

Dessa forma, em 1998 o Brasil cria a primeira lei federal que regulamenta essa prática, Lei n° 9.637 que tem como objetivo qualificar entidades como organizações sociais instituindo o Programa Nacional de Publicização.

Essa lei visa,

> A implementação e viabilização das Políticas Sociais por meio de "contratos de gestão" com o poder público,qualificando "como organizações sociais

[12] O fundo público ocupa um papel relevante na articulação das políticas sociais e na sua relação com a reprodução do capital, sendo uma questão estrutural do capitalismo, (Oliveira, 1998), envolvendo toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia e nas políticas públicas (Salvador, 2012). Uma das principais maneiras da realização do fundo público é por meio da extração de recursos da sociedade na forma de impostos, contribuições e taxas, da mais-valia socialmente produzida. Portanto, conforme Behring (2012 e 2016) é parte do trabalho excedente que se transformou em lucro, juro ou renda da terra, sendo apropriado pelo Estado para o desempenho de múltiplas funções e de trabalho necessário. Concorda-se com a perspectiva de Behring (2004 e 2016) que o fundo público não pode ser considerado o antivalor, como proposto por Oliveira (1998). Um debate crítico sobre a perspectiva de Oliveira (1998) pode ser visto em Salvador (2010).

> pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa cientifica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e a saúde" (ART. 1°, LEI. 9.637, 1998).

Nesse contexto, as organizações sociais, vão ser concebidas no Brasil como instrumento de viabilização e implementação de políticas públicas.

Segundo Paes,

> As OSs representam um modelo ou uma qualificação de organização pública não estatal, criada dentro de um projeto de reforma do Estado para que as associações civis sem fins lucrativos e fundações de direito privado possam absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica de lei (PAES, 2000, p. 675 *apud* MACHADO; SANTANA, 2017, p. 8).

Para Correia e Santos (2015, p. 36 *apud* MACHADO; SANTANA; 2017, p. 9), essas organizações sociais podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processos licitatórios, bem como não prestar contar a órgãos de controle interno e externo da administração pública.

A privatização acontece quando o Estado abdica de ser o próprio agente produtivo e empresarial, por meio da venda de estatais, e ainda, quando ele renuncia a função de executor direto de serviços públicos, através do incentivo ao setor privado como fornecedor destes serviços, mediante repasses de recursos públicos ou isenção de impostos. As raízes da privatização da saúde estão, historicamente, ligadas ao interesse do capital na área da saúde, em usá-la como mercadoria e fonte de lucro para sua valorização (CORREIA; SANTOS, 2015, p. 33).

A transferência da gestão dos serviços de saúde através do repasse dos recursos, instalações públicas e de pessoal, se configura como forma de privatização do que é público, contrariando diretamente a Constituição Federal de 1988, que reconhece a participação social do setor privado na prestação dos serviços públicos apenas de forma complementar, e não substitutiva aos serviços prestados pelo Estado (CORREIA; SANTOS, 2015, p. 35 *apud* MACHADO; SANTANA, 2017, p. 9).

Portanto, segundo Correia,

> A implementação desses novos modelos de gestão ferem os princípios constitucionais que norteiam o SUS, por se basearem em parâmetros que quebram a cobertura universal dos serviços de saúde a todos os cidadãos brasileiros e ao direito ao atendimento integral, passando a ser focalizados, baseando-se na seletividade em detrimento da universalidade (CORREIA, 2007, p. *apud* MACHADO; SANTANA, 2017, p. 9).

Diante disso, a privatização da saúde por meio das organizações sociais de saúde, tem como discurso a eficácia e efetividade na parceria para prestação de serviços

entre o Estado e a sociedade, estimulando agentes privados a competirem entre si. Todas essas medidas são orientadas pelo Banco Mundial e tem como resultado a quebra do caráter universal da política de saúde e em função desse processo uma crescente tendência à privatização e utilização do fundo público a serviço do setor privado.

De acordo com Soares (1999), em 1990, o Banco Mundial publicou outro documento intitulado: "Financiamiento de los servicios de salud em los países em desarollo. Programa de Reformas". Esse documento tem com recomendação: a cobrança seletiva dos usuários, programas governamentais de seguro de saúde, à utilização eficaz dos recursos privados reduzindo supostos privilégios, e a descentralização dos serviços públicos no que tange ao planejamento, ao orçamento e às compras (CISLAGHI, 2015).

O pagamento seletivo, ou chamado co-pagamento, é atribuído a uma suposta equidade, na qual apenas os mais pobres seriam poupados. Mas ao mesmo tempo quem tem condições para pagar teriam acesso a serviços de melhores qualidades.

A descentralização por sua vez, não representou na pratica a ampliação do controle social, mas o que soares (1999) caracterizou de descentralização destrutiva, pois apesar da municipalização do centro das ações de saúde, no caso do modelo brasileiro, não houve proporcional descentralização de recursos do nível federal, que continuou concentrando a arrecadação (CISLAGHI, 2015).

Cohn (1997, p. 94 *apud* CORREIA, 2005, p. 125-126) expõe com clareza a contradição existente entre a lógica da descentralização preconizada pela reforma sanitária da defendida pelo Banco Mundial.

> Da perspectiva do poder central, em consonância com o modelo econômico que vem sendo adotado, a descentralização do SUS deve ser (e vem sendo) regida pela busca de contenção do gasto público, uma vez que a diminuição do déficit público constitui um dos pilares do modelo econômico; e da perspectiva dos 'reformistas", o processo de descentralização devendo ser regido (e em alguns casos, sobretudo no nível municipal, isto de certa maneira vem ocorrendo) pela busca da democratização das relações Estado/sociedade, promovendo o exercício do controle público sobre a gestão do setor. Em resumo, enquanto o primeiro caso privilegia a dimensão econômica da reforma, no segundo privilegia-se a sua dimensão política (COHN, 1997, p. 94 *apud* CORREIA, 2005, p. 125-126).

O protagonismo da sociedade civil exigida pelas recomendações do Banco Mundial é no sentido desta assumir a responsabilidade pela atenção a saúde, não cobrando do Estado o que não é sua exclusiva competência (CORREIA, 2005). O documento do Banco Mundial de 1991 demonstra bem a direção da participação social desejada.

> No Brasil, a cultura política do centralismo paternalista tem gerado, nas comunidades, a esperança de que venham a ser beneficiárias de instalações e serviços "gratuitos" pelo Estado. A atribuição de poder às comunidades também significa que elas devem aprender a distribuir e utilizar racionalmente recursos. [...] A cobrança dos usuários, tanto direta como através de impostos locais, é um instrumento essencial para a fixação de prioridades. [...]. O fim de um modelo político paternalista e centralizado abre caminhos para respostas criativas em torno dos níveis de governo, pelo setor privado, por organizações não governamentais e, individualmente, pelo cidadão (BANCO MUNDIAL, 1991, p.122).

A participação da sociedade é apregoada na proposta de reforma do Estado brasileiro através do controle que esta exerceria sobre o funcionamento das organizações sociais[13]. Dessa forma, a comunidade é convocada a ser parceira dessas organizações com o objetivo de contribuir financeiramente com os custos dos serviços prestados, busca-se "uma maior parceria com a sociedade, a fim de que esta financie uma parte menor, mas significativa dos custos dos serviços prestados" (PDRE, 1995 *apud* CORREIA, 2005). O que se propõe é a desresponsabilização do Estado com relação à proteção social, fundamentada pela necessidade de "encontrar soluções inovadoras que envolvam as empresas, os sindicatos, as famílias e os grupos comunitários" (BANCO MUNDIAL, 1997, p. 6).

Em um sentido contrário a participação inscrita nos documentos do Banco Mundial, a participação social no Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebida dentro de uma perspectiva do controle social, na direção de os setores organizados da sociedade participarem das políticas públicas desde suas formulações, planos, programas e projetos, fiscalizando as execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam os interesses coletivos (CORREIA, 2005).

A participação da comunidade e a descentralização tornaram-se diretrizes importantes do novo sistema nacional de saúde a partir da Constituição Federal de 1988. Esta modalidade de participação foi regulamentada através da Lei n° 8.142/90, que instituiu as conferências e os conselhos de saúde (CORREIA, 2005). A institucionalização da participação e da descentralização se inscreve em um contexto de luta pela redemocratização do país, frente aos governos autoritários e centralizadores da ditadura civil-militar.

---

[13] De acordo com Correia (2005, p. 126) os serviços priorizados a serem transformados em "organizações sociais" são os Hospitais, as Universidades e escolas técnicas, os centros de pesquisa, as bibliotecas e os museus.

Entretanto, para que um projeto democratizante se efetive na realidade é necessário que toda e qualquer proposta de descentralização venha acompanhada de participação social (CORREIA, 2005).

De acordo com Simionatto (s.d, p, 9), a concepção de participação presente na reforma de Estado defendida pelo Banco Mundial "está associada mais a uma condição individual do que coletiva, centrada no 'cidadão-cliente' e numa 'gramática do poder', de caráter prescritivo, destituída de conteúdo ético". Na análise da autora, a descentralização, bem como a concepção de participação "está centrada no húmus comunitário, o que corrobora com as perspectivas localistas que resultam no individualismo, ou seja, na hegemonia do indivíduo sobre a sociedade" (idem, p. 3).

Dois documentos produzidos pelo ministério da saúde modificam a concepção originária da participação e do controle social no SUS, aproximando-se em grande proporção das orientações do Banco Mundial e da reforma, como descrito no parágrafo acima. Na Norma Operacional Básica do sistema Único de Saúde – SUS (NOB/SUS/96) a proposta de participação apresentada no modelo assistencial está relacionada à construção de vínculos com o usuário ao sistema, privilegiando-se os núcleos familiares e comunitários. Ao se incentivar esse vínculo por meio do cartão SUS municipal, despolitiza-se em parte, o sentido da participação conquistada pelo SUS (CORREIA, 2005). Nesse sentido, também está a perspectiva da participação contida no documento "1997 Ano da Saúde: ações e metas prioritárias para a saúde no Brasil". (CORREIA, 2005).

Segundo Correia (2005, p. 127), os conselhos de saúde, importante instrumento de controle social, é uma realidade no Brasil, existente em seus 5.537 municípios. Todavia, a efetivação deste controle não se concretiza de acordo com os princípios constitucionais, haja vista que, muitos destes conselhos são manipulados pelos gestores e/ou políticos locais, servindo muito mais para dar legalidade aos atos da gestão e cumprir os requisitos exigidos pela NOAS/2001 para os municípios receber repasses dos recursos federais. Esse quadro é agravado pelo processo de despolitização e cooptação pelo qual passam alguns movimentos sociais.

No ano de 2000 o Banco Mundial publicou um novo documento intitulado: "Do Confronto a Colaboração – Relações entre a Sociedade Civil, O Governo e o Banco Mundial no Brasil". Nesse documento, observa-se uma metamorfose na relação com a sociedade civil. Na introdução, Gobind Nankani, diretor do Banco Mundial naquele momento, explicita sua visão da sociedade civil brasileira

> Este estudo retrata vivamente o que o Banco Mundial vem percebendo já há alguns anos: que o Brasil tem uma sociedade civil vibrante e cada vez mais influente. Trata-se de uma sociedade civil multi-facetária, capaz e, de modo geral, bem sucedida na organização e promoção do desenvolvimento em nível local [...] o governo e a sociedade civil, que são os principais interlocutores, estão aprendendo a colaborar de forma construtiva (BANCO MUNDIAL, 2000, p. 5 *apud* CORREIA, 2005, p.128).

O eixo desta metamorfose está centrado na passivização de alguns setores da sociedade civil que de uma relação de confronto com o Banco Mundial, pelo que ele representa em nível mundial, como motos de expansão capitalista, passam a ser colaboradores de seus projetos em troca de financiamentos, inserindo-se dessa forma, como argamassa da sociedade capitalista e não mais daqueles que vivem do trabalho.

Nesse caso, o protagonismo desses setores, em vez de ser no sentido de transformação social visando à superação das desigualdades sociais, passa a ser de colaboração com uma instituição que defende diretamente os interesses do grande capital internacional e atua de forma fragmentada nos focos de extrema pobreza, por constituírem ema ameaça a manutenção do capital (CORREIA, 2005).

Isso se deve ao fato de que o "Banco Mundial reconhece a importância das Organizações da Sociedade Civil (OSCs) como motor do desenvolvimento mundial, e busca envolvê-las cada vez mais nos projetos financiados pelo Banco, bem como promover parcerias entre as OSCs e os governos".

O Banco Mundial utiliza o termo Organizações da Sociedade Civil (OSCs) para designar os diversos segmentos não governamentais e sem fins lucrativos no Brasil. Também são utilizados outros termos para referir a este setor como, por exemplo: "Sociedade Organizada, Movimento Popular, Setor das ONGs, Setor Sem Fins Lucrativos, Setor Informal, e mais recentemente Terceiro Setor".

Dessa forma, o termo OSCs compreende todos estes sub-setores (BANCO MUNDIAL, 2000, p. 16 *apud* CORREIA, 2005, p. 129). Para o Banco Mundial os seguimentos mais importantes da sociedade civil no país são as "associações comunitárias, movimentos sociais, associações profissionais, igrejas, entidades beneficentes, fundações e ONGs" (idem, p. 20). Segundo o Banco Mundial,

> A crescente colaboração entre o governo, a sociedade civil e o Banco Mundial traz benefícios e vantagens importantes para o desenvolvimento econômico e social do Brasil: desarma conflitos e constrói consenso em torno de programas participativos de desenvolvimento; faz com que as vantagens comparativas de cada setor sejam melhores aproveitadas e canalizadas; melhora o desempenho operacional dos projetos através de execução mais ágil e maior sustentabilidade; gera maior envolvimento e controle social, permitido iniciativas mais focalizadas e diminuindo a possibilidade de

> irregularidades[14] (BANCO MUNDIAL, 2000, p.20 *apud* CORREIA, 2005, p. 129).

O eixo dessa aproximação do Banco Mundial com a sociedade civil está relacionado tanto a um componente político como econômico. Político no sentido de quebrar resistências existentes em setores da sociedade civil ao modelo econômico de que também é portador, desarmar "conflitos" e construir "consensos" em torno da hegemonia deste modelo, e econômico, racionalizando custos, "na medida que o Estado reduz seu tamanho e redefini algumas de suas atribuições na área social, as parcerias com as OSCs são vistas como alternativas mais efetivas, flexíveis e de baixo custos aos tradicionais programas governamentais unilaterais" (BANCO MUNDIAL, 2000, p.88).

Esses componentes se materializam num contexto "caracterizado pela descentralização política generalizada e pela redefinição do papel do Estado no Brasil e na América Latina" (BANCO MUNDIAL, 2000, p. 88 *apud* CORREIA, 2005, p. 129). E estão em consonância com as orientações neoliberais para reforma nos países dependentes, em que o Estado descentraliza suas responsabilidades com as políticas sociais transferindo-as para as organizações da sociedade civil executa-las. Eis a participação e o protagonismo da sociedade civil desejado pelos organismos financeiros internacionais.

Na análise de Rizzotto (2000, p. 168 *apud* CORREIA,2005, p. 135) determinadas sugestões contidas nos documentos do Banco Mundial passaram a fazer parte das estratégias prioritárias do Ministério da Saúde, demonstradas:

> Na tentativa de criar, na opinião pública, um consenso sobre a necessidade de restrição dos direitos de universalidade, equidade e integralidade da assistência; na centralidade que os programas PACS e PSF assumiram no conjunto das políticas do Ministério da Saúde, os quais visam a focalização e seletividade dos serviços de atenção à saúde; no estimulo à participação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde, através da abertura do mercado para empresas estrangeiras e, no estabelecimento de acordos de empréstimos com o Banco Mundial para o desenvolvimento de projetos na área da saúde, que visam a implementação de propostas condizentes com a agenda e os objetivos desta instituição (RIZZOTTO, 2000, p. 168 *apud* CORREIA, 2005, p. 135).

Durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, o Brasil expandiu o volume de empréstimos junto ao Banco Mundial, ficando entre os dez maiores prestatários do Banco. Em 1999, ficou em segundo lugar na América Latina estando atrás apenas da Argentina[15].

---

[14] Disponível em: <www.bancomundial.org.br.>. Acesso em: 21 jan. 2020.
[15] Cf. Rizzotto, 2000, p. 151 *apud* CORREIA, 2005, p. 135.

Devido a rápida ampliação de algumas doenças transmissíveis como, por exemplo, a AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, o Banco Mundial busca intervir na saúde, por considerar uma questão de segurança nacional.[16]

O primeiro acordo entre o Banco Mundial e o Brasil para a área da saúde ocorreu em 1981. Até o ano de 2000, onze projetos brasileiros haviam contado com a participação financeira do BM, dentre eles podemos destacar o Projeto Reforsus, aprovado em 1996. Esse projeto foi claramente voltado para proporcionar a reforma do setor de saúde no Brasil. Nos objetivos contidos no Acordo de Empréstimo 4047 – BR fica expressa está intenção:

> Os objetivos do projeto REFORSUS são melhorar a provisão dos serviços de saúde no país e auxiliar o governo a implementar reformas no setor que possam promover a sustentabilidade financeira do SUS e aumentar sua eficiência. Para tanto, o projeto estabeleceu fundos concursáveis para apoiar reformas físicas, modernização (equipamentos) e desenvolvimento de sistemas de gerenciamento para hospitais e rede ambulatorial do SUS[17].

Rizzotto (2000, p. 229) destaca que grande parte dos recursos dos referidos projetos foram destinados à compra de mobiliário hospitalar, equipamentos médicos – hospitalares, instrumental e equipamentos de informática, adquiridos através da Concorrência Pública Internacional, nesse processo as empresas nacionais ficam em desvantagem em relação às empresas multinacionais por terem pouco poder de competição, pois só é permitido a Concorrência Pública Nacional para valores menores e iguais a US$ 350.000,00. Reafirma-se na prática a fala de McNamara (1974), ex-presidente do Banco Mundial, de que “uma pequena parcela do empréstimo fica nos países em desenvolvimento, enquanto quase todo ele retorna rapidamente na forma de pagamento pelas mercadorias compradas dos países mais ricos” (RIZZOTTO, 2000, p. 229-230 *apud* CORREIA, 2005, p. 137).

Dessa forma, do ponto de vista do desenvolvimento econômico o Brasil tem desvantagens, pois:

> É condição do Banco Mundial, que as licitações para aquisição de materiais, equipamentos ou mesmo para a execução dos projetos sejam abertas internacionalmente e, as especificações técnicas estabelecidas muitas vezes inviabilizam a participação de empresas nacionais, quer pelas questões tecnológicas, quer pelas de custo. Nesse sentido, além dos recursos externos não contribuírem com a produção interna, estimulam a importação de produtos dos países centrais (RIZZOTTO, 2000, p. 245 *apud* CORREIA, 2005, 137-138).

---

[16] Cf. Rizzotto, 2000, p. 151 *apud* CORREIA, 2005, p. 136.

[17] Disponível em: < www.bancomundial.org.br >. Acesso em 21 jan. 2020.

Dois projetos financiados pelo Banco Mundial têm como principal propósito combater e controlar doenças transmissíveis, que são o de vigilância e controle de doenças (VIGISUS) que tem como objetivo "aperfeiçoar a fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância e Controle de Doenças de forma a contribuir para a redução da mortalidade e morbidez resultantes das doenças transmissíveis" (Acordo de Empréstimo 4394 – BR, 1998, p. 27) e o de controle de AIDS e DST que objetiva a "redução da incidência e transmissão do HIV e da infecção das DST, e expandir e aperfeiçoar o diagnóstico, tratamento e assistência a pessoa com HIV, AIDS e DST" (Acordo de Empréstimo 4392 – BR, 1998, p. 27).

Para Rizzotto, (2000, p. 234), a preocupação do Banco Mundial com as doenças transmissíveis, especialmente com a AIDS, está relacionada a pressão dos países centrais em face aos perigos que a disseminação incontrolada das doenças poderia acarretar para as populações desses países, sobretudo para o desenvolvimento econômico dentro da expansão do Modo de Produção Capitalista. Observa-se que dos US$ 100 milhões destinados na primeira etapa do VIGISUS, mais da metade desse valor (US$ 66 milhões) foram destinados a sub-projetos, os quais, na maioria das vezes, são desenvolvidos por ONGs e outras entidades não estatais, "reforçando a participação da sociedade civil, subtraindo a participação direta do Estado na execução dos serviços" (RIZZOTTO, 2000, p. 235 *apud* CORREIA, 2005, p. 138). Semelhante ao REFORSUS, nos dois projetos AIDS I e AISD II houve grande quantidade de recursos (50%) destinados a compra de materiais e equipamentos estrangeiros, demonstrando que parte significativa dos recursos destes empréstimos retorna de forma lucrativa aos países credores.

A influência do Banco Mundial na política de saúde brasileira vai além dos projetos financiados por ele. Rizzotto (2000) indica algumas propostas do Banco Mundial que já foram contempladas, em parte, nas reformas promovidas pelos governos brasileiros nesta década. Como por exemplo, a Norma Operacional Básica de 1996, que redefine responsabilidades e atribuições nos três níveis de governo, atendendo a recomendação do Banco Mundial, "desenvolver propostas para estabelecer atribuições nas esferas federal, estadual e municipal, enfatizando a flexibilidade do Estado para adaptar as diretrizes federais na organização e prestação dos serviços de saúde" (BANCO MUNDIAL, 1995).

A ênfase do banco é na redefinição do papel e do poder do nível estadual. Para o Banco Mundial "experiências com políticas de recuperação de custo como co-

pagamentos, contenção de custos, políticas de racionamento, negociações entre prestadores de serviços, relação custo/benefício poderiam ser realizadas com mais facilidade e com menor resistência" (RIZZOTTO, 2000, p. 164). verifica-se que a NOAS/2001 retorna o poder dos Estados no processo de gestão do SUS que passam a cumprir papel central na organização da descentralização através da coordenação da elaboração do Plano Diretor de regionalização como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em consonância com o Plano Estadual de Saúde (CORREIA, 2005).

Todo esse processo corrobora com as análises da professora Marilda Villela Iamamoto em seu livro: *"Serviço Social em Tempos de Capital Fetiche"* de 2007. A autora nos alerta para o novo perfil assumido pela "questão social" na cena contemporânea em cujas raízes encontram-se as políticas governamentais favorecedoras da esfera financeira e do grande capital produtivo, das instituições e mercados financeiros e empresas multinacionais.

Estas são forças que capturam o Estado, as empresas nacionais, o conjunto das classes e grupos sociais que passam a assumir o ônus das "exigências dos mercados". Afirma-se existir uma estreita dependência entre as responsabilidades dos governos no campo monetário e financeiro e a liberdade dada aos movimentos de capital concentrado para atuar no país sem regulamentações e controles, transferindo lucros e salários oriundos da produção para valorizar-se na esfera financeira e especulativa (IAMAMOTO, 2007).

Nesse sentido, a questão social é mais do que expressões de pobreza, miséria e "exclusão" condensa a banalização do humano, a descartabilidade e indiferença perante o outro e a coisificação das relações sociais. Na era do capital fetiche a subordinação da sociabilidade humana as coisas, ao capital dinheiro e ao capital mercadoria revela na contemporaneidade um desenvolvimento econômico que se traduz na barbárie social (IAMAMOTO, 2007) fato que se pode observar no âmbito da saúde pública no Brasil devido ao processo de privatização e contrarreforma do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde a entrada do neoliberalismo no país em 1990, a política de saúde sofre uma crise grave, generalizada e permanente que se expressa na apropriação do fundo público pelo capital em busca de sua valorização e como resultado a mercantilização da vida. Isso pode ser percebido pela forte presença do capital portador de juros no orçamento público federal e no orçamento da seguridade social (MENDES, 2015), nos incentivos financeiros públicos concedidos à saúde privada através da permissão da

abertura do capital estrangeiro para exploração das ações e serviços de saúde no país e de mecanismos de renúncia fiscal.

Dessa forma, percebe-se no âmbito da saúde nos anos 1990, a disputa entre dois projetos distintos, sendo eles: o Projeto da Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos 1970, com base nas lutas populares e sindicais pelo direito à saúde e nos posicionamentos críticos às limitações do modelo médico assistencial previdenciário, vigente no Brasil até o advento do SUS. Este projeto foi construído por parte das universidades e entidades que congregavam o pensamento sanitário brasileiro com destaque para a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e o Projeto Privatista, que adquire robustez no período da ditadura civil militar iniciada em 1964, e que é retomado nos anos de 1990. O Projeto Privatista tem sua lógica orientada pelas regras de mercado e fundamentada na exploração da doença como sua principal fonte de lucros.

Nesse último projeto, o Estado exerce a função de garantir o mínimo social aos que mais necessitam e o setor privado para atender aqueles que têm condições de pagar. Assim sendo, a política de saúde caracteriza-se como focalizada e fragmentada decorrente das privatizações, terceirizações do setor não viabilizando a concepção de seguridade social (BRAVO, 2009). A contrarreforma na política de saúde brasileira atendendo as recomendações do Banco Mundial se intensifica nos governos do PT que será analisado no capítulo a seguir

2 A SAÚDE E O COPAGAMENTO NOS ANOS 2000: DOS GOVERNOS DO PT AO GOVERNO ILEGITIMO DO TEMER

2.1 Os governos do PT e a saúde

O presente capítulo tem como objetivo atualizar as discussões sobre a perspectiva política e o papel desempenhado pelo Banco Mundial na elaboração de políticas públicas de saúde no Brasil, procurando identificar continuidades e mudanças na forma de agir dessa instituição e sugerir hipóteses sobre as estratégias de ação neste início de século. Conclui-se que os mecanismos tradicionais de intervenção adotados por essa instituição não se alteram em relação aos utilizados nas décadas de 1980 e 1990, tampouco modificaram os princípios norteadores: o que constata é o deslocamento das ações do Banco da esfera nacional para as esferas estatais e municipais. Também é analisado neste capítulo como o copagamento, uma das diretrizes do Banco Mundial, se estrutura por dentro do Estado durante os governos do PT, através da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o Programa "Aqui Tem Farmácia Popular", das Organizações Sociais (OSs) e do avanço da lógica privatizante por dentro do SUS. Por fim, será analisado os elementos que possibilitaram o golpe institucional de 2016, e que resultou na queda da presidente Dilma Rousseff e na chegada de Temer a presidência da república.

2.1.1 Considerações Iniciais

No início do século XXI, o Partido dos Trabalhadores chega à presidência da república, e com o passar dos anos se converte em uma eficiente máquina partidária capaz de gerir o capitalismo brasileiro melhor e mais seguramente do que as próprias representações políticas tradicionais da burguesia e por isso obteve êxito em todas as disputas presidenciais pelas quais participou (DEMIER; MELO, 2018). A verdade é que, entre 2003-2013, o PT conseguiu por meio da coadunação de contrarreformas, redução do desemprego, aumento do consumo popular e políticas sociais compensatórias garantir a tranquilidade da burguesia brasileira, o que o tornou extremamente bem-sucedido em relação ao Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) durante uma década (DEMIER; MELO, 2018).

Porém, a partir da segunda metade do primeiro mandato de Dilma Rousseff, os índices econômicos começaram a cair abruptamente, o desemprego aumentou, e a

inflação impactou fortemente o poder de compra dos trabalhadores (que nunca foi alto, mas era significativo de acordo com os padrões nacionais das últimas décadas, principalmente em função dos créditos consignados) e dos setores médios, estrangulados, assim como os assalariados pela estrutura tributária do país, profundamente regressiva.

Diante desse contexto, passou a vigorar nas grandes cidades um profundo "mal-estar", ou seja, o descontentamento social cresceu celeremente. E as manifestações que ocorreram em junho de 2013 de certa forma foram um reflexo dessa nova situação. O alto custo de vida, a precariedade nos serviços públicos e nos transportes em particular, tornou a vida da grande maioria da população quase insuportável, isso fez com que iniciasse vertiginosamente uma ruptura com o petismo no poder (DEMIER; MELO, 2018). Diante desse quadro, até mesmo a capacidade do PT de controlar os movimentos sociais e aplicar os ajustes tornou-se menor, por conseguinte, sua utilidade política ao capital. O que fez com que surgisse uma onda conservadora no país, sobretudo a partir do resultado das eleições de 2014 e em função desse resultado as massivas manifestações de 15 de março de 2015 que se estenderam até a derrubada de Dilma em agosto do ano seguinte. Todos esses processos que incidiram sob o PT e sobre a saúde no Brasil serão analisados no subitem a seguir.

2.1.2 As Orientações do Banco Mundial para a Política de Saúde durante os Governos do PT

Na primeira década do século XXI, inicia-se uma forte reação por parte da sociedade contra o modelo neoliberal através da eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, o primeiro presidente representante da classe operária com forte experiência em organização social (BRAZ, 2004, p.49).

Apesar da crise econômica internacional devido à pressão do capitalismo financeiro e dos mercados, acreditava-se que o Brasil iniciaria um novo momento histórico combatendo as medidas de ajuste fiscal até então implementadas.

Embora não se esperasse profundas transformações devido aos acordos internacionais, existiam expectativas em relação às políticas sociais e à participação social (BRAVO; MENEZES, 2010). No entanto, observa-se que as propostas de reformas defendidas pelo governo Lula dão continuidade a (contra) reforma de Estado implementada na gestão FHC, diminuindo assim o papel do Estado no espaço público

dos direitos sociais e ampliando o setor privado, tanto em questões relacionadas à economia quanto em conquistas no âmbito dos direitos sociais (BRAVO; MENEZES, 2010).

Durante sua campanha eleitoral, exatamente em 22 de junho de 2002 Luiz Inácio Lula da Silva publicou um documento intitulado *Carta ao Povo Brasileiro*[18]que apresentava propostas do partido para o governo. De acordo com Lula, o Brasil precisaria navegar no mar aberto do desenvolvimento econômico e social. Com essa certeza convocou o conjunto da população brasileira a se unir em torno de um programa de mudanças, consideradas por ele como "corajosas e responsáveis".

Nessa carta Lula propôs uma política de conciliação entre as classes sociais fundamentais reforçando a lógica proposta pelo Banco Mundial no documento de 2000: "Do confronto a Conciliação – Relações entre a Sociedade Civil, o Governo e o Banco Mundial" citado anteriormente.

A partir dessa perspectiva, Lula abriu mão de toda a radicalidade presente em seus discursos enquanto liderança sindical e deixou claro a sua preocupação com o desenvolvimento social do país, sem deixar de lado questões ligadas a interesses puramente mercantis (GARCIA, 2018).

> O novo modelo (de gestão) será fruto de uma ampla negociação nacional, que deve conduzir a uma autentica aliança pelo país, a um novo contrato social, capaz de assegurar o crescimento com estabilidade. Premissa dessa transição será naturalmente o respeito aos contratos e obrigações do país. As recentes turbulências do mercado financeiro devem ser compreendidas nesse contexto de fragilidade do atual modelo e de clamor popular pela sua superação. [...] Por mais que o governo insista, o nervosismo dos mercados e a especulação dos últimos dias não nascem das eleições. Nascem, sim, das graves vulnerabilidades estruturais da economia apresentadas pelo governo, de modo totalitário, como o único caminho possível para o Brasil. O caminho para superar a fragilidade das finanças públicas é aumentar e melhorar a qualidade das exportações e promover uma substituição competitiva de importações no curto prazo. [...] A volta do crescimento é o único remédio para impedir que se perpetue um círculo vicioso entre metas de baixas, juro alto, oscilação cambial brusca e aumento da dívida pública. [...] o desenvolvimento de nosso imenso mercado pode revitalizar e impulsionar o conjunto da economia, ampliando de forma decisiva o espaço da pequena e da microempresa, oferecendo ainda bases sólidas para ampliar exportações (LULA, 2002 *apud* GARCIA, 2018, p. 38-39).

Nesse sentido, fica claro a intencionalidade do candidato de "tranquilizar o mercado" em virtude da crise e instabilidade financeira precedida pelo governo

[18] O documento Carta ao Povo Brasileiro (LULA, 2002), está disponível em: https://fpabramo.org.br/esbh/wp-content/uploads/sites/3/2017/04/03-cartaaopavobrasileiro.pdf Acesso em: 21 jan. 2020.

Fernando Henrique Cardoso (FHC) entre os anos de 1995 a 2002, filiado ao Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB).

Durante esse governo a política monetária implementada contribuiu fortemente para que a situação se agravasse ainda mais, tendo impacto até mesmo nos gastos sociais, cada vez mais escassos. Esse conjunto de fatores nos ajuda a compreender o motivo da desestabilidade do mercado de trabalho e o retrocesso da reforma agrária, dos direitos trabalhistas e previdenciários, concomitantemente a ausência de uma política de habitacional. A opção pela privatização do saneamento e do transporte público e o paradoxo das políticas de saúde, assistência social e educação fundamental, onde a focalização dos serviços/direitos ganhou ainda mais forças nos governos FHC, de clara orientação neoliberal (FAGNANI, 2011 *apud* GARCIA, 2018).

Na verdade, o que Lula prometeu ao mercado em 2003 comprometia seriamente as conquistas alcançadas na política de saúde desde 1988, e deixava claro o seu compromisso com o controle da inflação e responsabilidade fiscal designadas pelo mercado (GARCIA, 2018).

Conforme já indicamos anteriormente, pressuposto de que os rumos adotados pelos governos brasileiros se inserem e devem ser compreendidos na dinâmica mais ampla do capitalismo contemporâneo e na compreensão das formas de exploração e expropriação desenvolvidas. Entendemos que os rumos adotados no Brasil possuem profunda sintonia com as recomendações do Banco Mundial e assim, passamos a desenvolver nossas aproximações com essa indicação.

No decorrer da década de 1990, o Brasil passava por um período de instabilidade, o mundo do trabalho estava desorganizado devido à crise econômica do país. A política monetária adotada na época contribuiu fortemente para que essa situação se intensificasse tendo grandes rebatimentos nos gastos sociais, que daquele momento em diante passariam a ser ainda mais limitados.

É nesse cenário que Lula em 2003 se insere como chefe de Estado. Segundo Eduardo Fagnani (2011, p. 47), o governo Lula experimenta duas fases distintas, a primeira compreendida entre os anos de 2003 a 2005 é denominada de *mudança ou continuidade*, onde dentro do próprio governo setores disputavam sobre qual melhor política a ser adotada (Estado mínimo *versus* Direitos universais) e a segunda fase entre os anos de 2006 a 2010 é denominada de *ensaios desenvolvimentistas*, cuja característica era a ampliação dos gastos sociais em detrimento de uma agenda mínima de intervenção estatal (GARCIA, 2018).

Na fase de *mudança ou continuidade*, compreendida no primeiro mandato, a política governamental transita entre a inovação referente às políticas sociais e a ortodoxia econômica presente na antiga gestão (GARCIA, 2018). Ortodoxia esta que engendrava limites para melhoria do mercado de trabalho e ao financiamento da política social, tudo isso atrelado à falta de recursos. Com relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) este se materializou em decorrência das lutas advindas desde a década de 1970, efetivada na Constituição Federal de 1988. Constituição esta que, devido a mecanismos institucionais, estava menos sujeita a interesses de governos que por hora assumissem o poder.

Na transição do primeiro para o segundo mandato, ocorre a fase *ensaios desenvolvimentistas.* Esse processo aconteceu devido à mudança na cúpula da área econômica, que fez com que a economia voltasse a crescer, resultando em avanços na área social. É nesse período que, de acordo com Fagnani (2011) se iniciam melhorias no campo do trabalho, contas públicas e gastos sociais. A partir desse momento, o direcionamento do governo foi rumo à consolidação de uma estratégia social ancorada tanto na defesa e consolidação das políticas universais como no avanço das ações voltadas ao combate da pobreza extrema. Entretanto, nem todas as tensões foram solucionadas, como por exemplo, o encaminhamento da reforma tributária em 2008, a realização do Fórum Nacional da Reforma da Previdência em 2007 e a insegurança jurídica acerca da seguridade social (FAGNANI, 2011, p. 61 *apud* GARCIA, 2018, p.41).

> No campo político e ideológico, emergiu um cenário favorável para a ampliação do Estado na economia e na regulação dos mercados. O colapso financeiro internacional (2008) interrompeu um longo ciclo de hegemonia do neoliberalismo em escala global. Muitos dogmas do "pensamento único" passaram a ser questionados. Instituições como o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e Fundo Monetário Internacional (FMI) reconheceram o fracasso das políticas inspiradas no Consenso de Washington. Este cenário abriu uma nova brecha para a ampliação do papel do Estado na consolidação do sistema de proteção social consagrado na Constituição de 1988. Antes mesmo da crise internacional, a postura desenvolvimentista do governo brasileiro havia sido reforçada. Prova disso dói o lançamento, em 2007 do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), visando a impulsionar investimentos públicos e privados na área de infraestrutura econômica e social. Com a crise internacional, novas medidas anticíclicas foram adotadas com sucesso (IPEA, 2011 *apud* FAGNANI, 2011, p.62).

Segundo Fagnani (2011), o governo Lula conjugou-se com êxito, estabilidade econômica, distribuição de rena, inclusão social e promoção da cidadania, todavia,

como vereamos a seguir, existem críticas consistentes a essa lógica de desenvolvimento econômico, por exemplo, durante o primeiro mandato:

> A opção neoliberal que se tornou hegemônica no Brasil, no governo Cardoso (1995-2002), hoje relativamente emboçada no governo Lula da Silva (2002-2006), reviu através da nomeada reforma gerencial do Estado, o papel do Estado e seu peso na economia nacional, implementando a redução estatal para o chamado Estado mínimo (para o social, diga-se de passagem), e ampliando os espaços nos quais a regulação ocorre por força das relações de mercado. (MOURÃO ET AL, 2009, p. 358).

Dessa forma, a política de seguridade social não foi valorizada, mantendo-se fragmentada as três políticas: saúde, previdência e assistência social. O que se verifica nesse momento é o predomínio de um fenômeno denominado por Gramsci (2002) de transformismo[19] vivenciado pelo partido dos trabalhadores através dos dois governos que obtiveram êxito nas urnas na década de 2000.

A análise dos programas de governos petistas indica claramente o transformismo em relação às propostas realizadas e as ações efetivadas. O primeiro plano de governo trás as seguintes proposições em relação à política de saúde:

- Em nosso governo, a saúde será entendida e gerenciada no contexto dos direitos sociais empreendido na seguridade social, devendo ser financiada por toda a sociedade, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de contribuições sociais e outras fontes. A experiência tem mostrado que as iniciativas do chamado Terceiro Setor e das Organizações Não Governamentais (ONGs) funcionam bem e complementam a ação do Estado. Não serão, por isso mesmo, subestimadas;
- Em defesa da vida e de um direito fundamental da pessoa humana, nosso governo trabalhará para garantir acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde, assim como as políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de adoecimento e que promovam a qualidade de vida. Desenvolverá políticas promotoras de saúde e bem-estar nas cidades e no campo, estimulando a participação dos diversos segmentos da sociedade e respeitando o controle social dos Conselhos de Saúde.
- A direção do SUS deve ser descentralizada efetivamente, com os municípios e os estados desenvolvendo condições técnicas, financeiras e políticas para coordenar a organização dos serviços no seu território, exercer a gestão, prestar contas e implementar as deliberações dos Conselhos de Saúde. Essa disposição constitucional é importante porque a responsabilidade compartilhada entre as três esferas de governo com respeito as prerrogativas dos municípios e estados permite que as ações e os serviços de saúde tenham a organização necessária em cada território, conforme indicar planejamento e deliberar o controle social.

---

[19] Entendemos por transformismo, no sentido gramsciano, o movimento de cooptação política e ideológica desencadeado pelas classes dominantes sobre as forças aliadas e/ou sobre as classes subalternas. Tal movimento de aproximação com o governo consiste em atrair para o campo político dominante os intelectuais orgânicos dos outros grupos sociais, seus dirigentes políticos e ideológicos, esvaziando sua postura crítica e decapitando as forças sociais oponentes de sua direção política. Desse modo, permite-se a conservação da ordem numa qualidade superior, pois as contradições sociais e a luta entre as classes não desdobram no plano da luta política e ideológica, ficando como que "congeladas" no plano político (SOARES, 2013, p. 548 *apud* GARCIA, 2018, p.50).

> - Nosso governo respeitará e efetivará o que a lei estabelece, oferecendo cooperação técnica e financeira para fortalecer estados e municípios para que, respeitando o controle social, exerçam a gestão descentralizada do SUS e a regulação do sistema privado suplementar.
> - Nosso governo adotará as Conferências de Saúde como prática regular para a avaliação da situação de saúde, de discussão e deliberação de diretrizes para formulação das políticas setoriais, respeitando encaminhamentos das mesmas e adotando medidas para fortalecer os Conselhos de Saúde. O respeito às prerrogativas do controle social por parte de todos os gestores e do sistema de saúde será uma das metas prioritárias a serem pactuadas pelo Ministério da Saúde com estados e municípios (PROGRAMA DE GOVERNO 2002: COLIGAÇÃO LULA PRESIDENTE, 2001, p. 47-50).

Desse modo, existia a expectativa de fortalecimento do projeto de reforma sanitária contrariando o modelo privatista instaurado na década de 1990. No entanto, apesar da tentativa de incorporação da agenda ético-política da reforma sanitária, o governo Lula manteve a polarização entre os dois projetos, fazendo mediações entre o setor público e o setor privado (BRAVO, 2010).

O que se observa nesse momento, é a instituição de um terceiro projeto no âmbito da saúde: o projeto de Reforma Sanitária Flexibilizada (BRAVO; PELAEZ e PINHEIRO, 2018) que adquire contornos próprios em meio às contradições inerentes à implementação do SUS no contexto da reconfiguração do Estado brasileiro e progressivo desmonte e subfinanciamento das políticas públicas, atendendo às exigências da política macroeconômica adotada no país pautada pelo Consenso de Washington (1989).

> [...] fragmentos descolados da totalidade do projeto de Reforma Sanitária são recuperados, o que revela não só as limitações dessa incorporação no sentido de reatualização ou modernização da Reforma Sanitária – como é apresentada – mas também expressa um caráter diverso e, muitas vezes, contrário ao sentido original, como é o caso da gestão pública segundo o marco legal original do SUS e as propostas de gestão de âmbito privado (SOARES, 2010, p. 59-60).

Já em relação à economia, foram mantidos todos os padrões macroeconômicos estabelecidos na administração do presidente Fernando Henrique Cardoso como: superávit primário, desvinculação das receitas da união (DRU), taxas de juros paramentadas pela Selic, exportações, base no agronegócio, inesgotável pagamento de juros, encargos, parcelamento da dívida pública e aumento de impostos (BEHRING, 2004).

Por outro lado, observam-se alguns avanços ainda que pontuais das políticas sociais, sobretudo na política de saúde, cabendo destacar: criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Farmácia Popular; Política de Saúde Bucal; ampliação do Programa Saúde da Família (PSF); reforço da atenção básica,

aprimoramento das relações intergovernamentais; a ampliação do acesso e garantia da integralidade da assistência; expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que contribuiu fortemente para a efetivação da reforma psiquiátrica; os projetos de humanização que busca o acolhimento; criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CAMED); isenção de impostos sobre circulação de mercadorias e serviços (ICMS) para medicamentos de auto custo; a convocação da primeira Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica e Brasil Sorridente; retorno da concepção de reforma sanitária, totalmente abandonada nos anos 1990; escolha de profissionais envolvidos na luta pela reforma sanitária para exercer funções no Ministério da Saúde; alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde; realização da XII Conferência Nacional de Saúde em 2003[20]; criação da Política Nacional de Saúde (PNS); participação do Ministro da Saúde em reuniões do Conselho Nacional da Saúde (CNS); eleição de representante da CUT para exercer função de secretário executivo do Conselho Nacional de Saúde (BRAVO, 2010).

É importante destacar a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, que tem como objetivo capacitar recursos humanos para a área, bem como regulamentar as profissões; a criação da Secretaria de Atenção à Saúde, que buscou unificar as ações da atenção básica; a assistência ambulatorial e hospitalar e a criação da Secretaria de Gestão Participativa com o objetivo de fortalecer o controle social e a participação da sociedade civil nos processos decisórios através das conferências e dos conselhos de saúde (BRAVO, 2010).

Menicucci (2011) apresenta outras ações desenvolvidas durante o primeiro mandato de Lula no campo da saúde, dentre as quais podemos destacar o Pacto Pela Saúde que na verdade foi uma série de medidas instituídas nos três níveis de governo, Federal, estadual e Municipal e que tinha como finalidade estabelecer mudanças nos instrumentais e no gerenciamento da saúde pública. A aplicação desse programa se subdividiu em três eixos: o Pacto Pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto Pela Vida atua no sentido de “otimizar” o gerenciamento com o sistema a fim de obter melhores resultados, estabelecendo uma série de medidas a serem alcançadas. O Pacto em Defesa do SUS tem como objetivo mobilizar politicamente a

[20] É importante ressaltar que “existia uma expectativa em torno desta Conferência atingir resultados semelhantes aos da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, o que não aconteceu devido ao número reduzido de participantes e por não avançar no fortalecimento da reforma sanitária” (BRAVO, 2010, p.17).

sociedade empreendendo as lutas necessárias por um financiamento justo e adequado as ações na saúde e por fim, o Pacto de Gestão do SUS, que busca fixar diretrizes e responsabilidades de cada esfera de governo (federal, estadual e municipal), fortalecendo assim a gestão do mesmo através de colegiados de gestão regionais, arenas federativas de articulação entre gestores, estabelecimento de relações cooperativas (GARCIA, 2018).

Com relação ao segundo mandato de Lula (2007-2010), Menicucci (2011) afirma que apesar de apresentar muitos planos para o campo da saúde, existia poucas inovações, evidenciando assim a continuidade dos programas em relação ao mandato anterior, tendo como objetivo o "aprofundamento e o aperfeiçoamento do SUS". Para a autora, um novo aspecto que se faz presente nesse momento era o incentivo financeiro às pesquisas e desenvolvimento tecnológico para vacinas, medicamentos, equipamentos e afins. Segundo Bahia e Costa (2007 *apud* MENICUCCI, 2011), uma das primeiras ações desenvolvidas em meados de 2007, pelo Ministério da Saúde foi à criação de um programa que articulava a epidemiologia, determinantes sociais e a política de saúde, na tentativa de aproximar os problemas de saúde cotidianos a uma ótica de melhora nas condições de vida da população. Este programa teria sido alvo de uma série de polemicas veiculadas pela grande mídia.

Diversos assuntos, outrora polêmicos passaram a ser discutidos pelo ministro da saúde, José Gomes Temporão (2007-2011) tais como, aborto inseguro, propagandas de bebidas alcoólicas, quebra do licenciamento de um dos medicamentos utilizados para o tratamento de pacientes HIV positivo, a importância de ações intersetoriais para a saúde e a articulação de esforços para esse fim, a judicialização da saúde, onde inferia críticas a ações judiciais que lutavam pelo direito de obter cobertura de procedimentos até então não regulamentados. Menicucci (2011) destaca que a agenda setorial foi ampliada de novidades como a proposta de aperfeiçoamento da gestão das instituições públicas, propondo-se um novo modelo jurídico institucional legal para hospitais e institutos federais.

Outro assunto colocado na ordem do dia foi à vinculação da saúde com o desenvolvimento, onde esta política passaria a ser um dos pilares do crescimento industrial. O lugar estratégico das indústrias produtoras de insumos para a saúde ganha destaque no decorrer do segundo mandato devido a sua relação com a política de saúde e com a política industrial, tecnológica e comércio exterior revelando assim uma clara tentativa de subordinação desta política aos interesses do grande capital e ainda a sua

importância para o modo de produção capitalista em prol do crescimento econômico (GARCIA, 2018).

> A proposta de reorganização e incremento dos investimentos no complexo produtivo da saúde é vinculada ao aumento da produção de insumos estratégicos para conferir autonomia à política de saúde com redução da dependência tecnológica e vai redundar no "PAC da Saúde", nome atribuído ao Programa Mais Saúde. Integrando a agenda social lançada pelo Presidente em 2007, esse programa apresenta um plano detalhado de investimento e atuação de caráter prioritário do Ministério da Saúde, cujos pontos mais significativos são a reiteração do elo entre a saúde e o desenvolvimento socioeconômico, a necessidade de articulação da saúde com outras políticas públicas, tendo a intersetorialidade no centro da estratégia, e a percepção da importância do setor sob o ponto de vista da geração de emprego, renda e produção (MENICUCCI, 2011, p. 527 *apud* GARCIA, 2018, p. 55).

Diversos autores identificam propostas privatizantes e mercantilizadoras na política de saúde nesse período. Bravo e Menezes (2014), por exemplo, evidenciam algumas estratégias do governo Lula, que detecta um problema de gestão dos hospitais universitários e propõe a criação das fundações públicas de direito privado e da EBSERH-Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Granemann (2008) lista os principais malefícios que as organizações sociais acarreta para os trabalhadores evidenciando a precarização da forma de contratação dos trabalhadores, a inexistência de um regime jurídico único de contratação, possibilitado diversas formas de organização da força de trabalho, diminuição da capacidade de mobilização e, por fim, a inexistência de contribuição por parte das Organizações Sociais (OSs) para composição do fundo público, apesar de ter seu financiamento viabilizado por este. Para a autora, a não contribuição por parte das OSs só é possível devido ao caráter jurídico destas organizações, que por prestarem serviços de cunho social possuem imunidade tributária. É importante destacar que as OS não foram criadas nos governos Lula mas foram ampliadas neste período.

O governo Lula, utilizando claramente os preceitos neoliberais de Luiz Carlos Bresser Pereira, avançou na proposição das Organizações Sociais (OSs) e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e Fundações, que constituem a terceirização da gestão dos serviços públicos de saúde e o fortalecimento do setor privado (GARCIA, 2018).

Segundo Correia (2015) no final do governo Lula dados estimavam que as isenções de impostos concedidos a hospitais privados como o *Albert Eistein* e grupos farmacêuticos chegavam a 15 bilhões de reais. Em 2011, o governo deixou de arrecadar cerca de 7,7 bilhões de reais referente a isenção de imposto de renda de pessoa física.

De acordo com a Agencia Nacional de Saúde Suplementa (ANS) houve um crescimento no número de usuários de planos privados de saúde que subiu de 34,5 milhões em 2000 para 47,8 milhões em 2011. Foi em 2010, no segundo mandato de Lula, que o Brasil alcançou a posição de segundo mercado mundial de planos de saúde.

Conforme afirma Cislaghi (2011) outra estratégia contrarreformista para o setor saúde foi a criação do Programa Nacional de Reestruturação do Hospitais Universitários Federais (REHUF) que deu origem ao Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), a partir desse programa introduziu-se nas universidades a estratégia de realização de "contratos de gestão".

Esses contratos objetivaram repassar a gestão tanto de universidades como de hospitais para organizações sociais, fundações públicas de direito privado e, mais recentemente, para empresa pública.

É importante ressaltar que essa proposta já havia sido apresentada no governo FHC através do documento: *Etapas para viabilização da aplicação da Lei de Organizações Sociais na recriação da Universidade Pública a ser administrada por Contrato de Gestão*. Tal proposta foi rejeitada naquele momento histórico apesar de seu debate ter continuado (CISLAGHI, 2011 *apud* GARCIA, 2018). Dessa forma, a direção política estabelecida pelos governos petistas possui profunda sintonia com as recomendações do Banco Mundial.

Em 2007, o Banco Mundial publicou o documento: *Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil- Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos.* Esse documento revela que os principais problemas inerentes ao SUS está relacionado à suas causas estruturais e falhas de governança, e identifica suas principais consequências em nível do gerenciamento e prestação dos serviços de saúde. Seis questões apontadas como mais importantes: 1) a fragmentação do processo de planejamento e orçamentação, 2) a rigidez e complexidade na execução do orçamento, 3) a ausência de autonomia gerencial ao nível local, 4) informação inadequada para gestão, 5) baixa capacidade gerencial ao nível local, e 6) estrutura de incentivos inadequada (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 67). E elabora recomendação para cada questão indicada.

> **Recomendação 1: Desenvolver e implementar arranjos organizacionais proporcionando maior autonomia e autoridade para gerenciar recursos**
>
> A efetividade do SUS em fornecer atenção de alta qualidade depende do desempenho em nível das unidades de saúde. Uma orientação baseada no desempenho pode ser promovida com a concessão de maior autonomia e

> responsabilidade. O sistema poderia ser baseado em dois princípios orientadores: (i) gestão autônoma nas unidades maiores, principalmente os grandes hospitais de referência; e (ii) gestão descentralizada nas unidades menores (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 74 *apud* GARCIA, 2018, p. 65).

No momento em que foi lançado o referido documento, em 2007, o Banco Mundial já sinalizava o lançamento de outro documento denominado, *Em Busca da Excelência: fortalecendo o desempenho de hospitais no Brasil.* Esse documento demonstra uma clara tentativa do Banco Mundial de incidir sobre a forma de gestão dos Hospitais Universitários e Federais que são fundamentais para o avanço da pesquisa e atendimento as demandas da população por saúde.

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que será aprovada durante o governo Dilma está diretamente ligada à segunda recomendação do documento:

> **Recomendação 2: Aplicar mecanismos para fortalecer a responsabilização gerencial tais como os contratos e compromissos de gestão que estimulem os gestores a focarem em objetivos específicos e resultados mensuráveis.**
>
> A peça chave para o sucesso da gestão autônoma ou descentralizada é um contrato de gestão que define claramente responsabilidades e autoridades da unidade, os objetivos e metas a serem alcançados e as atividades a serem desenvolvidas, a necessidade de recursos, critérios claros de avaliação do desempenho da unidade, e penalidades para o não cumprimento dos objetivos. O contrato de gestão tem sido reservado a modelos de gestão autônoma ou privatizada. Entretanto, poderia ser utilizado também em modelos de gestão descentralizada no âmbito da administração direta, desde que as unidades tenham grau suficiente de autonomia gerencial e financeira para serem responsáveis pelo seu próprio desempenho (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 75 *apud* GARCIA, 2018, p. 66)

Os compromissos de gestão constituem um instrumento primordial no planejamento em saúde, entretanto, a forma como o mesmo é abordado desconsiderando a necessidade de ampliação de investimento públicos na política de saúde e sem considerar as condições de trabalho na qual os trabalhadores estão inseridos, nos parece muitos mais uma forma de responsabilizar apenas as equipes e gestores pelas problemáticas que perpassam os serviços.

A disputa das organizações sociais para celebrar contratos de gestão com o setor público não tem traduzido na melhoria da qualidade do SUS, ao contrário, tem se tornado uma forma de implementar contratos precários e burlar as legislações que tratam sobre o uso do dinheiro público em compras. Cabe aqui também relacionarmos essa recomendação com uma proposta implementada posteriormente, o Programa de Melhoria da Atenção e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (GARCIA, 2018).

O PMAQ foi lançado pelo Ministério da Saúde em 2011 e tem como objetivo incentivar os gestores a melhorarem a qualidade dos serviços prestados a população nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) através das equipes de Atenção Básica à Saúde. Segundo o site do Ministério da Saúde, as equipes que cumprirem as metas estabelecidas poderão receber um montante de até R$ 11 mil a mais por mês. A contemplação com recursos para essas equipes está baseada na avaliação do trabalho que as mesmas desenvolvem através de instrumentos que consideram:

> O trabalho que desenvolvem – corresponde a 10% da nota da avaliação; desempenho em resultado em 24 indicadores de saúde firmados no momento que a equipe entrou no Programa – responsável por 20% da nota de avaliação e desempenho nos padrões de qualidade verificados por avaliadores externos que visitam profissionais de saúde/equipe – corresponde a 70% da nota de avaliação (GARCIA, 2018, p. 67).

O processo de avaliação condiciona as equipes a uma corrida pelo recebimento de recursos com a imposição de perdas às que não obtenham melhores resultados, e ainda destina peso maior a avaliação externa pautada em padrões de qualidade para além dos 24 indicadores já "pactuados" com os profissionais.

Dessa forma, concordamos com as análises de Rizzotto (2016) de que a ideia de governança local, descentralizada, transfere para o espaço da micropolítica a responsabilidade pela atenção a saúde prestada a população, deixando a macropolítica, espaço onde define a alocação de recursos públicos, imune a qualquer crítica. Para o Banco Mundial o problema não está na falta de recursos, mas na má gestão.

As recomendações 3 e 5 afirmam o seguinte:

> **Recomendação 3: Sincronizar e alinhar os processos de planejamento, orçamentação e gestão de informação e orientá-los para o desempenho.**
>
> Para que a concessão de maior autonomia às unidades de saúde possa proporcionar os resultados esperados, e os diretores/gerentes de unidade possam efetivamente gerenciar, é indispensável que eles tenham condições técnicas de fazer uso dessa autonomia e gerenciar os recursos à sua disposição de maneira mais eficiente, responsabilizando-se pelos resultados obtidos. Para tanto, é necessário (i) que o sistema de planejamento e orçamento seja realmente descentralizado, utilizado ao nível local e orientado para os resultados; (ii) que os sistemas de informação forneçam principalmente informação voltada para a gestão e tomada de decisões, (iii) que um sistema padronizado seja estabelecido para apurar custos nas unidades públicas do SUS (BANCO MUNDIAL, 2007, p 78 *apud* GARCIA, 2018, p. 67-68).
>
> **Recomendação 5: Estabelecer sistemas robustos de monitoramento e avaliação**
>
> O sucesso de qualquer abordagem baseada em resultados depende do monitoramento contínuo, da avaliação de impacto sistemática e do *feedback* dado aos gestores com relação ao desempenho. Monitoramento e avaliação

> baseados em resultados buscam acompanhar o progresso e medir o impacto dos projetos, programas ou políticas. Tradicionalmente, o monitoramento e a avaliação têm sido os pontos francos do SUS. O foco tem sido geralmente no registro de insumos e gastos. O monitoramento e avaliação poderiam incluir os seguintes itens: coleta de dados de parâmetros, definição dos indicadores de desempenho, coleta sistemática de dados de resultados e impactos, e disseminação sistemática de informações qualitativas e quantitativas para gerentes e tomadores de decisões. (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 79 *apud* GARCIA, 2018, p. 68).

As duas recomendações citadas acima se referem à informatização do SUS e a implementação de sistemas de monitoramento, mas chama atenção para o fato de que em nenhum momento o documento indica que tais estratégias exigem o aumento de investimentos no sistema público de saúde e também não debate a incidência do pagamento de encargos da dívida no desfinanciamento da política de saúde. De acordo com a Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal no Brasil (ANFIP) entre os anos de 2005 a 2008 a DRU já havia retirado aproximadamente cerca de R$ 145 bilhões da política de seguridade social (GARCIA, 2018).

Por fim a recomendação 6 indica:

> **Recomendação 6: Fortalecer e profissionalizar a capacidade gerencial.**
>
> As estratégias e ferramentas mencionadas acima em conjunto vão permitir que Ca diretor/gerente de uma unidade de saúde gerencie efetivamente os recursos disponíveis e seja responsabilizado pelos resultados obtidos. Para que isso aconteça, o seguinte será necessário: (i) o nível local e as unidades de saúde devem aplicar sistemas e técnicas modernas de gestão; e (ii) os diretores e gerentes devem ser treinados para assumir essas responsabilidades mais amplas fazendo bom uso de sua maior autonomia. (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 79 *apud* GARCIA, 2018, p. 68-69).

Desse modo, ao analisar as recomendações do Banco Mundial para a política de saúde durante os governos Lula é possível observar que ocorre a expansão da entrega da gestão dos serviços de saúde às organizações sociais e indica que na verdade, essa entrega se configura como uma forma de privatização dos serviços, precarização dos vínculos de trabalhistas e destinação de recursos públicos ao setor privado, fato que irá se aprofundar e intensificar durante os governos Dilma Rousseff.

A partir de 2010, com a eleição da presidente da república Dilma Rousseff o Sistema Único de Saúde (SUS) é apontado como prioridade de seu governo, para tanto, a presidente busca estabelecer parcerias com o setor privado na área da saúde (BRAVO; MENEZES, 2010). Essa afirmação representa um retrocesso em relação à concepção do SUS construída na década de 1980 através da Carta Magna.

Na transição do governo Lula/Dilma, em 31 de dezembro de 2010, último dia de mandato do então presidente Luiz Inácio Lula da Silva, diante da necessidade de

regularizar a situação dos trabalhadores terceirizados dos Hospitais Universitários (HUs), considerada ilegal pelo Tribunal de Contas da União (TCU) é instituída a Medida Provisória n° 520/2010 que cria a Empresa Brasileira de Serviços hospitalares (EBSERH), com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, ou seja, empresa pública sob forma de sociedade anônima (S.A.), vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado (GARCIA, 2018). A sua aprovação será no governo Dilma, conforme explicitado abaixo.

Oliveira (2014, p. 118 *apud* ZIGATO, 2015, p. 53) afirma que de acordo com "o direito constitucional brasileiro, uma Medida Provisória é um ato com força de lei, de caráter de urgência e relevância, expressa pelo presidente da República sem a participação do legislativo. O Poder Legislativo é chamado para discutir e/ou aprovar em momento posterior a essa medida.".

As justificativas que fundamentam a Medida Provisória para a criação da Empresa são de duas principais ordens:

> Gestão e força de trabalho. Conforme a lei, a criação da EBSERH ajudaria numa melhoria da gestão com a adoção de instrumentos de controle de resultados e transparência frente à sociedade, a EBSERH celebrará contrato de gestão junto aos HUs, firmando metas de resultados. Outra justificativa para a EBSERH é a questão da força de trabalho, discussão ligada ao parecer do TCU já comentado (OLIVEIRA, 2014, p. 118 *apud* ZIGATO, 2015, p. 53).

No que tange os recursos destinados a EBSERH, o Projeto de Lei (PL) n° 1749 em seu artigo 8° define entre outras fontes de recursos, os provenientes "dos acordos e convênios que realizar com entidades nacionais e internacionais", revelando a possibilidade de organismos internacionais incidirem nos hospitais universitários inclusive através do financiamento de pesquisas, podendo assim comprometer a autonomia das pesquisas desenvolvidas.

A proposta de implantação da EBSERH, que constitui a concretização de uma das recomendações do Banco Mundial (BM), foi sancionada pela presidente Dilma Rousseff através da Lei n° 12.550 de 15 de dezembro de 2011. Sua implantação nos hospitais-escola federais representou uma forma de privatização do maior sistema hospitalar público brasileiro, composto por 45 unidades hospitalares. E, mais do que isso, "desvincula, na prática, os hospitais universitários das Instituições de Ensino Superior (IFES), comprometendo a formação e qualificação dos profissionais de saúde que trabalham no setor público e a produção de conhecimento na área da saúde".

Dessa forma, a EBSERH:

> Se enquadra dento de um discurso gerencial industrial que fará a modernização da gestão dos recursos humanos. Primeiro são privatizados equipamentos, exames e terceirizada a contratação de pessoas – considerando o primeiro passo da privatização direta. O segundo passo foi a ameaça de entrega da gestão para uma organização social (OS) ou fundações – mas não foi firmado acordo, pois as negociações do Estado com a sociedade não foram favoráveis. Por último, o governo deu um passo atrás. Optou por uma privatização lenta, menos aguerrida e mais tímida para evitar abrir um diálogo com a sociedade: a criação de uma empresa pública de direito privado (EBSERH) (SODRÉ, et.al., 2013, p. 372).

A EBSERH foi constituída inicialmente com um patrimônio de R$ 5.000.000, 00 (cinco milhões de reais) e a receita dela pode ser proveniente das seguintes fontes, conforme consta no artigo 7° do decreto:

> I- As dotações que lhe forem consignadas no orçamento da união;
> II- As receitas decorrentes:
> a) Da prestação de serviços compreendidos em seu objeto;
> b) Da alienação de bens e direitos;
> c) Das aplicações financeiras que realizar;
> d) Dos direitos patrimoniais, tais como alugueis, foros, dividendos e bonificações; e
> e) Dos acordos e convênios que realizar com entidades nacionais e internacionais;
> III- Doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado;
> IV- Os oriundos de operações de credito, assim entendidos os provenientes de empréstimos e financiamentos obtidos pela entidade; e
> V- Rendas provenientes de outras fontes.
> Parágrafo Único: O lucro líquido da EBSERH será revestido para atendimento do objeto social da empresa, executados as parcelas decorrentes da reserva legal e da reserva de contingência (BRASIL, DECRETO N° 7.661/2011 *apud* ZIGATO, 2015, p. 54-55).

No que diz respeito a sua natureza, a EBSERH difere da forma de administração jurídica das organizações sociais (OSs). A EBSERH e a Fundação Estatal de Direto Privado "são entes que compõem a administração pública direta e, portanto, estatais. As organizações sociais são pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, qualificados como tal para celebrar contratos de gestão" (SODRÉ, et.al., 2013, p. 372).

É importante ressaltar que as gestões da EBSERH e das fundações estatais continuam a ser públicas, e seu regime jurídico passa a ser hibrido, ao passo que, a gestão das OSs é privada, ou seja, com regime jurídico privado.

Portanto, a EBSERH é

> Um ente estatal integrante da administração indireta. Não pode, portanto, se considerada uma "privatização" em sentido técnico, porque não implica delegação de serviços, tampouco a desconstituição da natureza de serviço público dos serviços do SUS prestados em suas dependências. Na EBSERH mantém-se a vinculação orgânica do ente estatal com o poder público. Entretanto, o modelo EBSERH, quando comparado aos modelos estatais clássicos de prestação de serviços públicos de saúde (autarquias, fundações

> públicas) implica uma escolha legislativa pela relativização das normas de direito público, flexibilizando-as (SODRÉ at.al., 2013, p.373-374).

De acordo com Meireles (2010 *apud* SODRÉ et.al., 2013) a empresa pública apresenta dois aspectos, ou seja, pertence ao mesmo tempo, ao domínio do público e do privado. Embora a EBSERH não seja considerada um mecanismo de privatização propriamente dito, implica na ampliação do espectro da lógica de mercado na gestão dos serviços do SUS (ZIGATO, 2015)

Para exemplificar tal questão, as autoras apresentam uma reflexão acerca do financiamento dessa empresa pública de direito privado. Afirmam que a EBSERH:

> Assim como as empresas públicas de modo geral, pode vir a ser uma empresa estatal dependente ou não. A estatal dependente é a empresa controlada que recebe do ente controlador recursos financeiros para pagamento de despesas com pessoal ou custeio em geral ou de capital, excluídos, no último caso, aqueles provenientes de aumento de participação acionária (art. 2, inciso III, da Lei de Responsabilidade Fiscal). Nesse caso, a EBSERH receberá custeio orçamentário direto do poder público. As empresas estatais não dependentes são aquelas que não dependem de financiamento direto do ente público controlador (SODRÉ, et.al., 2013, p. 374 *apud* ZIGATO, 2015, p. 56).

Oliveira (2014), através de seus estudos, demonstra as principais contradições existentes entre o SUS e a EBSERH. Tais contradições estão relacionadas aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) a as diretrizes da empresa.

Em relação aos princípios do SUS, estes são:

> a) Universalidade; b) integralidade; c) equidade; d) hierarquização regionalização; e) descentralização e f) participação da comunidade. No caso da EBSERH, destacam-se como as suas principais diretrizes os seguintes pontos já discutidos: a) orientação por metas; busca por lucros e c) sem previsão de controle social (OLIVEIRA, 2014, p. 134 *apud* ZIGATO, 2015, p. 57).

Diante dessa contradição, a autora realiza o cruzamento entre os princípios do SUS, para verificar se a empresa fere ou não tais princípios.

Com relação à orientação por metas e os princípios da universalidade e integralidade, adverte que:

> A orientação por metas, como já exposto no trabalho, prevê um maior número de atendimento em menos tempo, esse regime prioriza quantidade e não a qualidade dos serviços dentro dos HU´s. Essa característica afronta os princípios da *universalidade*, primeiramente porque responsabiliza o Estado pela prestação direta dos serviços de saúde e o que se percebe é que o Estado está se desobrigando frente a esses serviços, pois eles vêm sendo transferidos para uma gestão privada que é a EBSERH. O regime de metas também afronta a integralidade, pois esse considera toda a dimensão do processo saúde-doença, garantindo atendimento de maneira integral, porém com o estabelecimento de metas não há essa integralidade no atendimento, uma vez que, há uma determinação de quantidades pré-estabelecidas de procedimentos, exames, consultas que o paciente deve realizar, mesmo que a

> sua necessidade peça uma atenção maior, além da redução do tempo dele dentro do espaço hospitalar (OLIVEIRA, 2014, p. 134, *apud* ZIGATO, 2015, p. 57).

Ao comparar a busca por lucro e os princípios da universalidade, equidade e descentralização, a autora esclarece que:

> *A busca por lucro* é uma das principais características da EBSERH e fica claro através do seu ordenamento jurídico. Essa característica também afronta o princípio da *universalidade* – que expressa à ideia de que a assistência deve ser igual a todos, incluindo seu acesso – e da *equidade* – onde a assistência à saúde deve ser oferecida, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie–quando a empresa passa a priorizar os indivíduos que possuem planos privados de saúde em detrimento dos usuários do SUS. Conforme já discutido, todos os planos de saúde devem ressarcir ao SUS, um valor estipulado em tabela, toda vez que um de seus clientes utilizar a rede de serviços públicos. Porém se está instituição hospitalar que o cliente utilizou estiver vinculada a EBSERH o valor de ressarcimento fica para apropria empresa e não vai para o fundo público de saúde, ou seja, não há garantias que a EBSERH dê preferência aos atendimentos SUS, pois como a empresa busca o lucro, provavelmente ela preferirá atender os clientes do plano de saúde para receber o valor do ressarcimento. Além disso, a busca pelo lucro também afronta o princípio da *descentralização*, que leva em consideração o estado de saúde da população local, tentando diminuir os principais agravos e oferecer a melhor política de saúde. Há uma quebra neste princípio porque a instituição que estiver vincula a EBSERH irá desconsiderar a população local, pois o foco passará a ser outro, como por exemplo, atender as pesquisas encomendadas de instituições privadas, perdendo essa relação hospital-comunidade tão cara ao sistema público (OLIVEIRA, 2014, p. 134 *apud* ZIGATO, 2015, p. 58).

Por fim, no que diz respeito a não previsão do controle social e ao princípio da participação da comunidade, argumenta:

> O princípio da participação da comunidade, em poucas palavras, se refere a uma imersão ativa dos cidadãos na decisão do governo. Esse princípio é muito importante na constituição do SUS, possuindo até lei própria (8.142/1990) e está sendo violado pela EBSERH quando a mesma não prevê canais de participação direta da comunidade dentro de seu espaço, isto é, não há previsão de mecanismos deliberativos em sua estrutura. O máximo que pode-se perceber é a existência dos Conselhos Consultivos que apresentam falhas em suas representações e são órgãos apenas de caráter consultivo, como o próprio nome já diz (OLIVEIRA, 2014, p. 135 *apud* ZIGATO, 2015, p. 58).

As análises de Oliveira (2014) têm fomentado diversos movimentos contestatórios em relação a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), dentre os quais podemos destacar a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde[21], que defende uma saúde pública, gratuita, 100% estatal e de qualidade.

---

[21] A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde surgiu a partir da realização de um seminário, em 2010, no Rio de Janeiro, originando-se de uma articulação de quatro fóruns: Rio de Janeiro, Alagoas, Paraná e São Paulo. Atualmente, a Frente congrega 18 fóruns estaduais e 14 municipais. Maiores informações em: http://www.contraprivatizacao.com.br/

Contudo, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) faz parte do chamado "Novos Modelos de Gestão para o Sistema Único de Saúde", ao lado das Organizações Sociais (OSs); Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP´s) e das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP). Essas propostas estão acopladas a "reforma" do Estado brasileiro a partir de 1990 sob o argumento de uma "crise" no âmbito do Estado e para supera-la torna-se imperativo modificar e reestruturar o aparelho administrativo do Estado.

Essa "reestruturação" tem como objetivo transferir para a esfera da sociedade civil as ações relacionadas à oferta de serviços sociais via políticas sociais. Segundo Bresser Pereira (2006) o campo da saúde, da educação, da cultura, da pesquisa, dentre outros, são áreas denominadas como "serviços não exclusivos do Estado".

Porém, Behring (2003), revela que, a real intencionalidade do processo de contrarreforma do Estado brasileiro é adequá-lo para atender aos reais interesses das frações das classes dominantes e às recomendações dos organismos internacionais, dentre eles o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI).

> Destaca-se que a EBSERH não veio apenas transformar os Hospitais Universitários em empresas, veio também para gerir os recursos do Programa "Mais Médicos", além de outros Hospitais Federais através da sua filial, a subsidiária "Saúde Brasil". Observa-se, ainda, que 100 funcionários de 10 HUs ligados a EBSERH, foram capacitados pelo Sírio-Libanês (Especialização a Distância), que recebeu R$ 10 milhões na 1ª etapa. Questiona-se porque foi escolhido o Sírio-Libanês, que é o hospital mais lucrativo do país, para capacitar os gestores da EBSERH? Será que o custo de dez milhões para uma etapa de capacitação, com grande parte a distância, não está muito alto? (CORREIA, 2004, *apud* BRAVO, 2014, p. 52).

Dessa forma, a proposta para o campo da saúde, é de mudar a gestão do SUS para outras formas de gestão não estatais, "a partir dos contratos de gestão e parcerias público-privadas mediante transferência de recursos públicos, viabilizados pelas Organizações Sociais (OS´s); pelas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP´s) e pelas Fundações Estatais de Direito Privado" (CORREIA, 2011, p. 44 *apud* ZIGATO, 2015, p. 100) e que se configuram como modalidades de copagamento por dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

É importante destacar que a EBSERH é financiada com recursos do fundo público e que ela não é uma modalidade de privatização direta, porém, cria as condições para que a privatização aconteça.

Para ocupar o Ministério da Saúde foi indicado Alexandre Padilha, que no governo Lula ocupou o Ministério das Relações Institucionais da Presidência da

República e foi ex-diretor Nacional de Saúde Indígena da Funasa, no período de 2004 a 2005.

Em seu discurso de posse, Alexandre Padilha afirma que o objetivo principal do Ministério da Saúde é garantir acesso e atendimento de qualidade à população, comprometendo-se a participar ativamente das deliberações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRAVO, 2010).

Observam-se nesse período a criação da rede cegonha que assegura a atenção à saúde da mulher e da criança garantindo cuidados desde a gestação até os primeiros anos de vida da criança, ampliação das ações de prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados às mulheres acometidas pelo câncer de mama e do colo uterino, criação do programa Farmácia Popular.

Esse programa autorizou a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) a distribuir medicamentos mediante copagamento, de modo a garantir o acesso a medicamentos mais baratos e essenciais a população brasileira nas farmácias públicas sob gestão da Fiocruz com prioridade dos tratamentos de doenças crônicas não transmissíveis como: diabetes, hipertensão, asma, colesterol, mal de parkinson e osteoporose (BRASIL, 2010a). O programa tem como principal objetivo atender à parcela da população que, utilizando ou não o Sistema Único de Saúde (SUS) não dispõe de recursos para adquirir medicamentos (SANTOS-PINTO et.al., 2011).

O copagamento enquanto estratégia de ampliação de acesso a medicamentos é uma característica inovadora do Programa Farmácia Popular do Brasil (SANTOS-PINTO, C.D.B.et., al., 2010, p. 01). No entanto, Vianna, Piola e Reis (1998, p. 11) em estudo sobre copagamento, discutiu a possível injustiça que a iniquidade poderia gerar ao se propiciar gratuidade do acesso aos serviços para aqueles que poderiam pagar pelos mesmos.

> Co-pagamento, taxa moderadora, participação no custeio (cost-sharing, ou, ainda, contrapartida do usuário são diferentes maneira para denominar mecanismos de recuperação de custos adotados por muitos sistemas de saúde, segundo o qual o paciente arca com parte dos custos dos bens e serviços quando destes fizer uso (VIANNA; PIOLA; REIS, 1998, p. 11).

Os autores apresentam ainda que:

> O Co-pagamento poderia contribuir também para a valorização dos serviços por parte dos usuários, o que aumentaria o controle social sobre os serviços públicos de saúde, se tem como verdadeiro o fato de que as pessoas nem sempre valorizam o que recebem sem ônus. Assim, elas tornar-se-iam mais exigentes com a qualidade de um bem ou serviço se pagam por ele (VIANNA; PIOLA; REIS, 1998, p. 11).

Acerca do co-pagamento na assistência farmacêutica destacam que:

> Boa parte da insatisfação com o programa oficial de distribuição de medicamentos pode ser debitada ao custo proibitivo de um programa de distribuição Universal e gratuita de medicamentos para mais de 150 milhões de pessoas (VIANNA; PIOLA; REIS, 1998, p. 11).

No dia 9 de março de 2006 foi criada a portaria n° 491 (BRASIL, 2006) que possibilitou que o programa expandisse sua operacionalização através de parcerias com a rede privada de farmácias. Dessa forma, o programa passou a funcionar em dois modelos diferentes: no primeiro modelo, as unidades estão sob a gestão da Fiocruz e estabelecidas mediante convênios com as três esferas do governo, ou ainda, com entidades filantrópicas sob supervisão do Ministério da Saúde (FERREIRA, 2017).

Nessas entidades, são instaladas farmácias públicas para distribuição de medicamentos por meio de copagamento de uma pequena parcela pelo usuário. Já o segundo modelo, denominado "Aqui Tem Farmácia Popular" tem como característica a participação das farmácias privadas credenciadas, que disponibilizam alguns medicamentos do programa sem participação da Fiocruz.

Ao longo dos anos houve aumento significativo do gasto público em valores transferidos do Ministério da Saúde às farmácias particulares credenciadas ao "Aqui Tem Farmácia Popular", passando de R$ 34, 7 milhões em 2006, quando iniciou a política pública, para um patamar de R$ 2,4 bilhões em 2014. A evolução da verba pública destinada ao programa está apresentada na tabela 1 e os gastos públicos com farmácias do governo, na tabela 2.

Tabela 1 – Gastos do Ministério da Saúde no programa "Aqui tem Farmácia Popular"

Ano	Valores em R$ milhões
2006	34,7
2007	157,1
2008	323,8
2009	287,6
2010	247,2
2011	831,1
2012	1.397,6
2013	1.862,2
2014	2.411,8

Fonte: FNS/MS – Ministério da Saúde (2015).

Tabela 2 – Gastos do Ministério da Saúde com farmácias próprias do governo

Ano	Valores em R$ milhões

2011	63,6
2012	62,6
2013	59,4
2014	64,9

Fonte: FNS/MS – Ministério da Saúde (2015).

Se compararmos os gastos públicos destinados às farmácias do governo com o programa “Aqui Tem Farmácia Popular” é possível observar uma grande diferença no que diz respeito ao investimento, revelando uma estratégia de crescimento baseada na integração com a rede privada de farmácias. Os gastos do governo federal com o “Aqui Tem Farmácia Popular” são também muito superiores àqueles destinados a assistência farmacêutica nas unidades básicas do SUS, que totalizaram R$ 1,05 bilhão em 2014 (Ministério da Saúde, 2015). Estudos recentes demonstram que os custos do Programa Farmácia Popular, a partir da integração com a iniciativa privada giram em torno de 150 % a mais que os serviços de assistência farmacêutica nas unidades básicas do SUS (CARRARO, 2014 *apud* ALMEIDA; VERAZ, 2017).

A partir do exposto acima, entendemos que houve avanços com relação ao acesso a medicamentos com a criação do programa Farmácia Popular, podendo os mesmos serem adquiridos nas drogarias conveniadas com até 90% de “desconto” em relação ao preço cobrado nos comércios, devido ao subsídio governamental enviado a essas drogarias, porém essas porcentagens de desconto contribuem para mascarar e até mesmo confundir a população acerca do real valor a ser pago pela mesma por aquele medicamento.

Na verdade, o que ocorre é que o Brasil é um dos países que mais arrecadam dinheiro através de impostos advindos da taxação sobre bens de consumo, que deveriam ser revestidos à população em forma de bens e serviços públicos e gratuitos, entretanto, não é isso que acontece. O governo através das parcerias público-privadas acaba por subsidiar parcela dos medicamentos às empresas farmacêuticas e deixa o restante do pagamento sob a responsabilidade do consumidor, ou seja, a população paga duplamente pelo mesmo medicamento, em primeiro lugar diretamente através dos impostos e segundo lugar diretamente nos postos de venda. Esse fato acaba por evidenciar o quanto a estrutura é falha e como o governo atua de forma corrupta na gestão das políticas (GARCIA, 2018).

Ocorreu também durante o governo Dilma Rousseff a implantação das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPAS) em todo país, fortalecimento da estratégia saúde da família, criação de planos de cargos e salários e educação permanente para

servidores da saúde, o que não se efetivou devido ao aumento da terceirização e precarização dos trabalhadores. Foram desenvolvidas também durante esse governo ações de combate à dengue e de prevenção ao uso de drogas, no entanto observa-se que as ações relacionadas ao programa saúde mental desenvolvidas no governo Dilma reforçam a lógica manicomial (BRAVO; MENEZES, 2010).

Em vista disso, verifica-se, durante a gestão da Presidente Dilma Rousseff, a lógica privada influenciando a pública, a valorização do capital financeiro e a dependência das políticas sociais à lógica privada e ao capital, diminuindo os direitos sociais e ampliando o espaço do mercado fortalecendo a lógica neoliberal e não viabilizando a concepção de seguridade social.

O primeiro governo de Dilma Rousseff (2011-2014) se deparou com um contexto econômico e político menos favorável que o seu antecessor. Na área econômica, a desaceleração da China e o prolongamento da crise em outros países proporcionaram a redução do ritmo de crescimento do Brasil durante o período acima mencionado. Os principais motores de crescimento paralisaram e as tentativas para promover o desenvolvimento econômico não foram bem-sucedidas; em 2014, o governo Dilma mudou o rumo da política econômica e passou a defender políticas de austeridade (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

No campo político, destacou-se a dependência do governo de uma coalizão político-partidária ampla e heterogênea, o crescente poder do PMDB e a relativa fragilidade da presidente, que limitaram a sua governabilidade e favoreceram o fortalecimento de forças e agendas conservadoras ao longo do mandato, cujo ápice resultou na crise de 2015-2016 (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Em junho de 2013, tiveram início as manifestações conhecidas como Jornada de Junho, quando milhares de pessoas foram às ruas com diferentes pautas para a conformação de uma agenda ao poder público. Essa onda de protestos se iniciou em São Paulo e espalhou-se por todo o país. Os protestos foram convocados inicialmente pelo Movimento Passe Livre (MPL) devido ao aumento da passagem em São Paulo, sendo possível identificar diferentes fases:

> 1)Protestos contra o aumento das tarifas de transporte ganhando visibilidade após repressão da polícia paulista; 2) apoio popular a partir das redes sociais, aumentando as manifestações com pautas progressistas e direitos sociais; 3) adesão de várias tipos de pautas e grupos políticos com interferência da grande mídia; e 4) arrefecimento das manifestações com a atuação de *Black Blocs* (REIS; PAIM, 2018, p. 106).

Outro aspecto determinante para as manifestações foram os gastos exagerados com a copa do mundo.

> As manifestações se iniciaram por protestos contra o aumento das passagens e se deslocaram para uma multifacetada pauta que tem por centro a demanda por educação, saúde, contra os gastos com a Copa e seus efeitos perversos, como remoções, e contra uma forma de política que mostra seus limites com representantes que não representam, eleitos por muitos e defendendo interesses de poucos (IASI, 2013 apud BRAVO: MENEZES, 2014).

Desde os primeiros meses de seu mandato a presidente Dilma Rousseff sofreu constante pressão devido à insatisfação de diversos grupos sociais ligados aos setores subalternos. Nesse período, além da Jornada de Junho, ocorreram várias manifestações pelo país. De acordo com Costa (2011) apud Bravo e Menezes (2014):

- Os Fóruns populares por todo país que discutem a situação da saúde e da educação, articulando ações contra o processo de privatização;

-A reação dos trabalhadores da construção civil contra as condições de superexploração nas quais estavam inseridos pelas empreiteiras – empresas multinacionais, como a Odebrecht, Camargo Correia, Queiroz Galvão, Mendes Junior entre outra – nas obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), este é um dos maiores programas de transferência de verbas públicas para o grande capital.

Em 2012, mais de cinquenta universidades e instituições de ensino paralisam suas atividades em função da greve nacional de professores e alunos. Tendo como principal pauta o posicionamento contrário à privatização dos hospitais universitários, isto é, contra a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)

Esses movimentos, que num primeiro momento tinham como objetivo ampliar o estado de bem-estar social foi crescendo pouco a pouco e incorporando a insatisfação mais difundida com o governo Dilma Rousseff. Os movimentos de direita passaram a convocar e dirigir as manifestações em protesto contra o governo e o Partido dos Trabalhadores, surgindo assim o anti petismo, que mais tarde culminou num golpe institucional.

Estudos revelam que tais eventos favoreceram a reorganização dos movimentos neoconservadores, sob o apoio da grande mídia e grupos internacionais. Como respostas as manifestações, o governo Dilma criou o Programa Mais Médicos, apesar da saúde não ter sido uma das reivindicações centrais da população que aderiu o movimento naquele momento. Isso fez com que a categoria dos médicos e outros segmentos da sociedade vissem de forma negativa a criação de tal programa.

No final de 2013, o congresso encaminhou a Proposta de Emenda Constitucional–PEC 358 que institui o orçamento impositivo, em que modificava o financiamento para a saúde, destinando 15% da receita corrente liquida, com um percentual a ser alcançado ao final de 5 anos o deu valor total. Essa iniciativa foi contrária à proposta Saúde +10 defendida pelos movimentos sociais sendo aprovada parcialmente no primeiro semestre de 2014 (REIS; PAIM 2018).

Também foi aprovado o decreto n° 8.243/2014 referente à Política Nacional de Participação Social e ao Sistema Nacional de Participação Social, fortalecendo espaços de participação e articulando a administração pública federal com a sociedade civil, essa iniciativa gerou muitas polêmicas desde a preocupação com os riscos dessa política em governos conservadores até o reconhecimento do avanço de uma gestão participativa (REIS; PAIM, 2018).

Nesse período, fragmentos descolados da totalidade do projeto de reforma sanitária são recuperados, como uma espécie de modernização, o que pareceu encobrir um "caráter diverso e, muitas vezes, contrário ao sentido original, como é o caso da gestão pública segundo o marco legal original do Sistema Único de Saúde (SUS) e as propostas de gestão no âmbito privado" (SOARES, 2010 *apud* SOARES, 2018, p. 26).

De acordo com Cislaghi (2019), durante o governo Dilma ocorreu à expansão de investimentos privados no campo da saúde, mais especificamente no subsetor de serviços (hospitais, laboratórios de análises clínicas e centros de diagnóstico) estes são considerados "a menina dos olhos dos investidores dispostos a injetar recursos em empresas no ramo da saúde" (VALOR SETORIA SAÚDE, 2012, p. 62). Dessa forma, os hospitais privados lucrativos têm se beneficiado de recursos do fundo público por meio de empréstimos com condições favoráveis do BNDES.

Para os hospitais filantrópicos, o BNDES através do Programa BNDES Saúde, previa investir R$ 730 milhões em 2012, o banco financiou a construção, modernização e ampliação de empreendimentos em saúde. Estima-se que o investimento do banco no setor privado de saúde tenha passado de R$ 94,5 milhões para R$ 578 milhões entre os anos de 2009 e 2014, equivalente a um aumento de 511%.

Nos primeiros meses de 2014 já haviam sido liberados R$ 201 milhões para a área. No Brasil, hoje 68 % da rede hospitalar é privada com fins lucrativos (VALOR SETORIAL SAÚDE, 2012; ATENÇÃO BÁSICA, 2014 *apud* CISLAGHI, 2019).

Outro aspecto importante que demonstra a contrarreforma na saúde no governo Dilma é que a legislação brasileira vetava, até 2014, a participação direta e indireta de

capital estrangeiro na assistência a saúde[22], que só poderia aplicar recursos em planos de saúde e medicina diagnóstica. Assim sendo, o capital estrangeiro comprou planos de saúde que possuíam redes próprias burlando esse veto constitucional. Podemos citar como exemplo a AMIL, uma das maiores empresas de planos de saúde do Brasil, que em 2013, foi comprada pela empresa americana *United Health Group* por R$ 9,8 bilhões.

Apesar de chamado suplementar, o sistema regulado é, de fato, substitutivo; isto é, para ter condições de pagar são oferecidos serviços de melhor qualidade, com possibilidade de escolha e rapidez no acesso superior ao sistema público. Entretanto, os usuários continuam usando o sistema público para procedimentos não cobertos, geralmente mais complexos e caros (BAHIA; SCHEFFER, 2010 p.54 *apud* CISLAGHI, 2019, p.68).

De acordo com Ocké-Reis (2012), após sua regulamentação[23], os mercados de planos de saúde passaram por mudanças significativas, dentre elas a concentração das empresas[24]. Esse fator, pela monopolização que ocasiona, pode reduzir a qualidade e elevar o preço dos serviços, contraditoriamente ao que é apresentado como objetivo da regulação. Além disso, a concentração cria maiores chances de "captura da Agência Nacional de Saúde (ANS)" pelas empresas privilegiando o lucro em detrimento das necessidades sócias (CISLAGHI, 2019).

Dessa forma, cabe ressaltar que, a partir da segunda metade do primeiro governo Dilma, ficaram evidentes diversos ataques ao SUS, principalmente partindo do Congresso Nacional, entre eles: 1) a abertura do setor de saúde ao capital estrangeiro; 2) o orçamento impositivo (PEC 358/2013), as duas primeiras medidas já mencionadas anteriormente; 3)a PEC 451/2014 propondo planos privados de saúde para todos os trabalhadores, exceto os empregados domésticos; 4) a tentativa de anistia para as multas

---

[22] Em dezembro de 2014 foi aprovada a MP 656/2014, sancionada posteriormente como Lei n° 13097/1015, sem nenhum debate com a sociedade, permitindo a entrada de capital estrangeiro em todos os subsetores da saúde. A medida vem sendo duramente contestada pelos movimentos sociais (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2015 *apud* CISLAGHI, 2019, p. 68).

[23] 10 Em 1999, foi criada pela MP n° 1928 e convertida na Lei n° 9961/2000 a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma autarquia especial ligada ao Ministério da Saúde com autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, responsável pela regulação dos planos de saúde individuais.

[24] Segundo Bahia e Scheffer (2010), em 2010 1/5 dos usuários de planos estavam vinculados às 6 maiores operadoras, metade dos usuários em 38 operadoras e 10% da população pulverizada em 750 operadoras. Dados do Valor Econômico apontam que, em 2011, os 40 maiores grupos já concentravam 70% da população e que, após a regulamentação da ANS, cerca de mil empresas de plano de saúde saíram do mercado (VALOR SETORIAL SAÚDE, 2012 *apud* CISLAGHI,2019)

das operadoras de planos de saúde, através da Medida Provisória – MP n° 627; 5) o rebaixamento do financiamento da Seguridade Social; 6) os cortes no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) resultando no fechamento de farmácias da modalidade rede própria; e 7) a proposta de perdão de R$ 2 bilhões para empresas de planos de saúde, entre outros (REIS; PAIM, 2018).

Nesse sentido, concordamos com Machado (2018) ao afirmar que o período analisado, mesmo sob um governo de base popular, persistia limitações no financiamento e nas relações público-privada em saúde. O orçamento da saúde continuou dependente de negociações, em detrimento de sua vinculação. Os investimentos em infraestrutura continuaram baixos e houve redução da participação do governo federal no gasto público com saúde (BARROS; BRITO, 2019, p. 77).

Por outro lado, as empresas e planos de saúde continuaram a crescer. Contando com o apoio do Estado. A partir da segunda metade da década de 2000 essas instituições adquirem feição notoriamente financeira, em função da presença de seus representantes nos centro de decisão do governo terem se tornado em algo corriqueiro. Essas empresas não se restringiram ao mercado de saúde, começaram a se apresentar como interlocutores legítimos para a formulação de políticas no setor (BAHIA, et al., 2006).

É importante ressaltar que todos os governos desde a redemocratização cuidaram de não esclarecer as contrarreformas na política de saúde, apresentando-as ora como uma necessidade de aperfeiçoamento da gestão, como é o caso do Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), ora como modernização da Reforma Sanitária, como é o caso do governo Dilma Rousseff. Seja como for, se deu sempre de maneira paulatina, minando resistências, abrindo espaço gradualmente ao capital na saúde, dentro e fora do SUS (SOARES, 2018). Durante o governo Temer que será analisado a seguir o tom do discurso muda significativamente. E o SUS passa a ser ameaçado abertamente

Durante o governo Dilma Rousseff, o Banco Mundial publicou dois documentos específicos para a área da saúde brasileira, o primeiro publicado em 2011, intitulado "*Documento de avaliação do projeto sobre a proposta de empréstimo no montante de 150 milhões de dólares, para a República Federativa do Brasil para o projeto de modernização dos hospitais universitários"*. Um grandioso e bem elaborado projeto, que tem como objetivo a modernização dos Hospitais Universitários (HU), através do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). "O Banco Mundial pretende com essas orientações, a inovação tecnológica dentro da

gestão, através de pesquisas educacionais de prestação de contas e no gerenciamento desses hospitais" (BANCO MUNDIAL, 2011, p. 68).

De acordo com o documento apresentado, o programa REHUF abrange duas áreas: a renovação da infraestrutura dos hospitais e a modernização da sua gestão e governança, colocando a privatização dos HUs, como uma alternativa para os problemas de gestão do SUS, transferência dentro da gestão do HU, para uma empresa pública estatal com personalidade jurídica de direito privado, ou seja, a entrega do público ao privado.

O Segundo documento, tem como título: *20 Anos de Construção do Sistema de Saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde*, cuja autoria refere-se respectivamente a Michele Gragnolati, Magnus Lindelow e Bernard Couttolenc[25].

Esse documento foi publicado em meados de 2013 e busca responder a algumas questões centrais tais como: o contexto em que se deu a construção do SUS, se o mesmo transformou o sistema brasileiro de saúde, se esta construção tem produzido resultados melhores (segundos os critérios do Banco Mundial), uma síntese dos 20 anos de implementação do SUS, analisa a avaliação de seu desempenho, a expansão e reorganização da provisão de serviços, a equidade no que diz respeito ao financiamento da saúde, bem como melhoria da governança do sistema de saúde (também segundo os critérios do Banco Mundial) (GARCIA, 2018).

Com base nesse documento, o Sistema Único de Saúde (SUS) pressupunha mudanças de cunho organizacional e financeiro no que concerne ao financiamento dos serviços e novas técnicas de governança e responsabilização para gestores do sistema. O Banco Mundial (2013, p. 2) aponta várias fragilidades existentes no sistema de saúde antes do SUS, como por exemplo, a disponibilidade limitada de alguns serviços em algumas regiões do país, o inadequado sistema de atenção primária em saúde e o excesso de centralização.

Nas discussões realizadas acerca da nova Constituição e as legislações do SUS, debateu-se amplamente qual seria o papel do setor privatizante face às novas mudanças, sendo que ao mesmo ficou atribuída apenas a responsabilidade de complementar os serviços públicos (GARCIA, 2018).

---

[25] Michele Gragnolati é Líder do Setor de Desenvolvimento Humano para Argentina, Paraguai e Uruguai no Banco Mundial, Buenos Aires. Magnus Lindelow é Líder do Setor de Desenvolvimento Humano (Saúde, Educação e proteção Social) do Banco Mundial no Brasil. Bernard Couttolenc é Diretor Geral do Performa Institute, um novo centro de pesquisas em políticas em São Paulo, Brasil (GARCIA, 2018).

Para os autores, das reformas advindas a partir da criação do SUS, a mudança organizacional na prestação de serviços mais notável foi à expansão da capacidade do sistema "passando de 22.000 estabelecimentos em 1981, para algo em torno de 75.000, em 2009" (BANCO MUNDIAL, 2013, p. 2). Segundo essas análises "o crescimento deu-se mais intensivamente na rede ambulatorial, com o número de hospitais mantendo-se estável (variação de 6.342 para 6.875) e uma queda observada no número de leitos" (BANCO MUNDIAL, 2013, p. 2).

É importante ressaltar que o documento cita o crescimento do número de estabelecimentos, sem, no entanto, identificar quais destes são públicos e quais são privados.

A unificação e integração de diversos sistemas independentes de prestação de serviços de saúde em um sistema único foi um ganho importante para a população.

> As reformas também desencadearam várias iniciativas voltadas a ampliar e estabilizar o financiamento público para a saúde, e, nesse período, pôde-se observar que os gastos públicos na saúde aumentaram consideravelmente desde o início da década de 1980, atingindo um acréscimo de 224 %, em termos reais, no período, repercutindo no gasto por habitante que, entre a primeira metade da década de 1980 e 2010, aumentou 111% em termos per capita. Tal crescimento nos gastos públicos na saúde deveu-se, também, às taxas de crescimento econômico do País. Embora os gastos públicos na saúde, como percentual do Produto Interno Bruto (PIB) tenham flutuado durante as décadas de 1980 e 1990, observou-se uma tendência significativa de aumento desde 2003. Os gastos do governo brasileiro na saúde atualmente representam pouco menos de 4% do PIB, considerado um nível baixo de despesa pública relativamente à maioria dos países da Organização para Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) e alguns países de renda média (BANCO MUNDIAL, 2013, p. 3).

De acordo com os autores, os dados apresentados revelam que no período de 1995 a 2010, a taxa média de crescimento anual em gastos públicos com a saúde foi menor no Brasil comparado com outros países que dispõem de renda média. Foram 3% por ano no Brasil, ao mesmo tempo em que países como a China, a República da Coreia, a África do Sul e a Turquia o percentual de gastos com a saúde giraram em torno de 8% a 12%.

É importante destacar que, embora o crescimento dos gastos reais tenha acelerado no início dos anos 2000, em torno de 6% ao ano, a taxa continua inferior a de vários países de economia semelhante a do Brasil. Com a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), várias mudanças foram efetuadas sobre a alocação de dotações orçamentárias do governo federal mudanças que desencadearam no aumento de 11% para 20% das transferências federais em favor da atenção básica em comparação ao total das transferências entre os anos de 1995 a 2002. Essas ações contribuíram para

diminuir o foco do sistema de saúde que anteriormente estava voltada somente para os hospitais, apesar dos serviços hospitalares continuarem representando quase metade dos gastos públicos em saúde (GARCIA, 2018).

> Após a criação do SUS, o financiamento do governo federal era de 85% do total de gastos públicos na saúde, a partir daí a parcela federal no financiamento da saúde tem recuado constantemente, chegando a 45% do total no fim da década de 2000. Os municípios e estados pelo contrário intensificaram seus gastos chegando a atingir no ano de 2009, 28% e 27% respectivamente, de participação no financiamento (BANCO MUNDIAL, 2013, p. 3).

O principal objetivo esperado com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) era a redução da importância do setor privado nos serviços de saúde no Brasil, todavia, esse efeito não foi alcançado, pelo contrário, "os gastos privados permaneceram estáveis nos últimos 15 anos, passando de aproximadamente 57% do total de gastos médicos em 1995 para 54% em 2009" (BANCO MUNDIAL, 2013, p. 4). De acordo com os autores "parcela de gastos médicos caiu no decorrer do tempo, mas ainda representa cerca de 30% do total de gastos médicos, por outro lado, o gasto em planos privados subiu, chegando um pouco acima do patamar atual de 20%" (BANCO MUNDIAL, 2013, p. 4).

O número de usuários cobertos pelos planos privados de saúde cresceu ao mesmo tempo em que o Brasil possui o menor financiamento público com gastos médicos se comparado aos países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (GARCIA, 2018).

Tendo em vista otimizar a operação da prestação dos serviços de saúde que agora seria um direito, o governo ampliou a rede de estabelecimentos de saúde e manteve a disposição jurídica de que toda a população tem acesso gratuito a serviços de saúde no SUS com base em um pacote ilimitado de benefícios. Porém até então o SUS não conseguiu atingir a meta referente à prestação de todos os serviços a população em geral, sendo recorrente às vezes em que os usuários são levados aos tribunais a fim de lutar para que o acesso a determinado serviço de saúde seja garantido e que o governo assuma essa responsabilidade, tanto com os tratamentos quantos aos medicamentos de alto custo. Em contrapartida, o Ministério da Saúde vem estabelecendo diálogo junto ao poder judiciário, a fim de esclarecê-lo sobre as diversas limitações que perpassa pelo sistema (GARCIA, 2018).

Verifica-se que o documento: *20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: Uma análise do Sistema Único de Saúde*, não debate o orçamento geral para a

saúde e não tocam no debate da política macroeconômica adotada que tem privilegiado a criação de superávit primário, corte de recursos da seguridade social para pagamentos de juros da dívida através da DRU, além do tardio estabelecimento do cumprimento de percentuais mínimos a serem aplicados por cada nível de gestão.

O documento, ainda em análise, apresenta ao final uma reflexão para "melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços de cuidado à saúde" situando, por exemplo, como alternativa as "parcerias púbico-privadas" e ressaltando iniciativas como o Programa Nacional para Melhorar o Acesso e a Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que tem como objetivo estabelecer indicadores e metas a serem alcançadas e fornecer incentivo aos municípios que atingirem tais metas.

A análise do documento sobre os 20 anos do SUS nos permite afirmar que, apesar de em determinados momentos o documento ressaltar os aspectos positivos do SUS, o mesmo não relaciona a falta de recursos com a política macroeconômica adotada. Há um privilégio às medidas apontadas de qualificação da gestão, o que atribui aos trabalhadores à responsabilidade de alcançar metas (como é o caso do PMAQ) e reforçam formas de investimento do fundo público no setor privado.

Tanto o documento de 2013 citado anteriormente como o relatório de 2016 apresentam a proposta de Estado mínimo, dando ainda mais abertura às organizações privadas sem fins lucrativos, as Organizações Sociais (OSs), as Parcerias Público-Privada (PPP) e as Fundações Públicas (FP) para gestão de unidades de saúde. Com isso, os documentos supramencionados, coloca a política de saúde brasileira em sombria onda de contrarreformas, que serão aprofundadas pelo governo Temer, que tem mostrado sua total ligação com as orientações desses organismos internacionais, adotando uma política nacional meramente conservadora e neoliberal.

2.2 **Elementos estruturadores do golpe de 2016**

Apesar de alguns avanços alcançados a partir da Carta Constitucional, existe uma distância enorme entre a proposta defendida pelo movimento de reforma sanitária do atual sistema público de saúde. O SUS real está muito distante do SUS constitucional uma vez que a "inclusão social" implementada pelo PT baseou-se na verdade no que poderia se chamar de uma cidadania pelo consumo.

Durante o segundo mandato de Lula e o primeiro de Dilma ocorreram o aumento do emprego formal não qualificado (precário, com alta rotatividade e baixos salários é importante destacar),valorização do salário mínimo, políticas sociais compensatórias,

ampliação do ensino superior (público e privado), abertura de concursos públicos em todos os níveis e credito consignado, que produziram mudanças significativas na pirâmide social brasileira mesmo que não tenha diminuído a obscena desigualdade social (DEMIER, 2017).

Milhões de trabalhadores pobres sem acesso a educação e a saúde entraram no mercado do consumo, podendo adquirir produtos parcelados ou a prazo. Por outro lado, essa ampliação do emprego formal, não qualificado, a custa da alta exploração da força de trabalho, resultou no rebaixamento geral dos salários, atingindo seguimentos médios superiores, seja porque suas funções qualificados/semiqualificados estagnaram ou mesmo decaíram, seja porque, em início de carreira passaram a ter mais concorrentes, como por exemplo (cotistas, "filhos de empregados") pelos postos de trabalho não qualificado em especial no setor de serviços (DEMIER,2017).

Essa mudança na conjuntura do país possibilitou que as camadas mais populares ocupassem espaços que anteriormente eram restritos as elites e com isso o cheiro de povo acirrou o ódio ao povo, o tradicional ódio de classe cultivado pelos estratos superiores brasileiro e nada melhor que a típica figura de Lula, ou de uma mulher por ele feita presidente, para fazer verter para si todo esse sentimento (DEMIER, 2017).

Com a crise, a volta da inflação e o aumento do custo de vida, o chamado "terror da proletarização" voltou a ter lugar entre os setores médios. Um mal-estar social crescente se intensificou devido às dívidas e contas a pagar e fez com que parcelas significativas dos setores médios passassem a dirigir sua insatisfação contra os de baixo, culpabilizando os sindicatos e partidos de esquerda pelo declínio social. Nesse sentido, o PT devido ao seu passado classista ofereceu os ingredientes necessários para essa ideologia reacionária (DEMIER, 2017).

Derrotados nas eleições de 2014, os setores médios conservadores revoltaram-se de vez e alimentando uma repulsa aos pobres, negros, sindicalistas, homossexuais, transexuais, haitianos e até mesmo por índios, saíram às ruas e modificaram o cenário político do Brasil. O direitismo político e o conservadorismo comportamental, tal como o reacionarismo cultural tomam conta do país e tem como resultado nos termos de Antunes (2018) o golpe parlamentar, jurídico e midiático, uma vez que setores do judiciário vêm implementando uma legislação de exceção para poder dar respaldo jurídico ao golpe (ANTUNES, 2018). Esse, por sua vez, é ancorado e impulsionado pela mídia privada, poderosíssima que sem nenhum escrúpulo apoiou um parlamento que é o mais desprezado da história da república do Brasil.

O golpe (legislativo, midiático, jurídico) revelou as fragilidades da democracia burguesa e abriu espaço para o debate frente às forças sociais de esquerda e populares, quanto a viabilização de política de conciliação de classes em países periféricos ao capital, com grande desigualdade social e econômica (HARDOON; AYELE; NEIVA, 2016, *apud* TEIXEIRA, 2018). Aumentando a necessidade de se pensar as particularidades da realidade brasileira, com sua formação fundada em bases escravocratas (SOUSA, 2017). Temer sem dúvida representa os setores mais reacionários, atrasados e conservadores da sociedade brasileira, aliado a burguesia "[...] ultraneoliberal, claramente a favor do capital, que visa solucionar os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante no país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional" (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p.12 *apud* TEIXEIRA, 2018, p.37).

Diante desse quadro, as classes dominantes optaram por reintroduzir um governo "puro" para garantir que todas as ações necessárias voltadas à retomada da expansão burguesa fossem realizadas, configurando assim uma nova fase de contrarreformas estruturais que atingem diretamente os diretos dos trabalhadores como se pode verificar nos três documentos formulados pelo PMDB: Agenda Brasil, Uma Ponte Para o Futuro e Travessia Social e que serão analisadas a seguir.

2.3 **O SUS sob ameaça: o (des)governo Temer e as investidas e orientações do Banco Mundial para a política de saúde na contemporaneidade**

Segundo Gramsci (2000) sociedades modernas, ou "ocidentais" nos termos do autor, caracterizar-se-iam por um equilíbrio dialético entre infraestrutura e superestrutura, onde as esferas econômico-produtivas seguiriam articuladas a uma base político-cultural viva, onde os vários interesses dos grupos, classes e frações de classes, permaneceriam em constante conflito. Os canais ou instituições responsáveis por conservar ou reproduzir esses interesses seriam seus aparelhos "privados de hegemonia", os quais comporiam a sociedade civil (BARROS; BRITO, 2019).

Ainda de acordo com Gramsci (2000), o moderno príncipe, ou seja, o governante que assume forma de partido seria tanto mais supremo na medida em que conseguisse conduzir tais interesses, não sendo mais suficiente o monopólio da força, que se materializa através dos aparelhos típicos de coerção, basicamente aparato jurídico-militar. Na ausência de um consenso mínimo se estabelece uma crise de hegemonia que

resultaria na queda do príncipe, e na possibilidade de ascensão de outras forças políticas (BARROS ; BRITO, 2019).

Dessa forma, Temer chega ao poder em 2016, em virtude da falência do pacto lulista e da falta de habilidade por parte do Partido dos Trabalhadores (PT) e da presidente Dilma Rousseff, em manter a direção e o consenso entre os grupos até aquele momento aliados.

O vice acaba por aglutinar os interesses dos seguimentos do empresariado nacional e internacional, insatisfeitos com uma manifesta incapacidade do PT de implementar reformas, que esses consideravam essenciais para a retomada das taxas de lucro, em queda vertiginosa diante da desvalorização dos *commodities*, que se intensifica em 2015 atingindo seu auge em 2016. Temer também buscará implantar em seu governo as diretrizes dos organismos financeiros internacionais FMI e BM.

Uma vez na presidência da república, Temer realiza uma série de reformas no interior do Estado, com o objetivo de enviar sinais positivos ao mercado (BORÓN, 1997, *apud* BARROS; BRITO, 2019, p.78), dando novos rumos ao capitalismo monopolista no Brasil, abrindo novas possibilidades e nichos de acumulação do capital.

Tais reformas (ou contrarreformas devido ao seu caráter regressivo) retiraram direitos dos trabalhadores, enfraqueceram suas instâncias de representação, promoveram o congelamento dos gastos públicos na área social, intensificando o processo de desfinanciamento já existente (BARROS; BRITO; 2019).

O discurso acerca da necessidade das reformas disseminado nas mídias tradicionais típicas dos aparelhos privados de hegemonia da burguesia procurou dar legitimidade a essas reformas buscando construir um consenso em torno de um projeto sucessivamente rejeitado pela sociedade brasileira em várias eleições seguidas.

Repete-se insistentemente a justificativa da crise, utilizando de certo terrorismo, a partir do qual se afirma que o Brasil irá “quebrar” caso as reformas não sejam efetivadas, que nossas legislações trabalhistas estão defasadas, que é preciso “flexibilizar”, “modernizar”, palavras que parecem ganhar vida própria. Na verdade, conforme afirma Mota (2006, p.06), “o que os intelectuais orgânicos da burguesia pretendem é reverter a intervenção social do Estado para construir um novo contrato entre Estado, sociedade e mercado”.

Com relação à saúde, esse novo contrato tem implicado na própria negação do SUS e tem se materializado em duas frentes: A nível de controle e restrição orçamentária como é o caso da EC 95 aprovada em 29 de novembro de 2016 que

congelou investimentos em saúde, educação assistência social e segurança pública por 20 anos

Com essa medida, o governo pretende ao mesmo tempo sucatear o SUS, aprofundar a privatização (aumento dos gastos das famílias e dos empregados com bens e serviços privados de saúde) e se apropriar de parcelas crescentes do Fundo Público para fins de pagamentos da dívida pública e aumentar a mais valia relativa e absoluta expropriada dos trabalhadores[26] com as reformas neoliberais previdenciária e trabalhista (OCKÉ-REIS, 2017)

No caso do Sistema Único de Saúde (SUS), a implementação da política de austeridade fiscal assume dimensão drástica (genocida) além de ser irracional tendo em vista ser um contingenciamento orçamentário seletivo, ou seja, que atinge apenas as políticas sociais e que acaba onerando ainda mais o sistema no médio prazo (OCKÉ-REIS, 2017).

Num país como o Brasil, periférico e dependente, que sofre pressão das multinacionais e do complexo médico-industrial, essa política tende a intensificar a pobreza, as desigualdades, a violência nas regiões metropolitanas e os baixos níveis educacionais e cultuais, que como um círculo vicioso voltam a pressionar o sistema.

Em suma, a EC 95 representa um verdadeiro ataque ao Estatuto de direito social, e tem como norte a internacionalização do mercado de serviços hospitalares (a Americanização perversa da saúde), a proposta de implantação dos planos privados populares de saúde ou nos termos de Stuckler e Basu (2014): a recessão fere, mas a austeridade mata. (OCKÉ-REIS, 2017).

E a nível ideológico, em que se observa a busca da construção de um projeto, que se pretende hegemônico: a privatização da saúde, redução do papel do Estado na sua garantia enquanto direito social e aumento do mercado na prestação desses serviços. Temos assim o acirramento do discurso privatista, que oscila entre a própria incapacidade de operação do SUS e a fabula de um mercado ávido para “ajudar” na resolução do problema.

Para fundamentar as críticas ao governo Temer, Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) adotam como procedimentos metodológicos a análise dos três documentos oficiais elaborados pelo PMDB, por considera-los significativos e emblemáticos, onde está presente a intenção central do partido em aprofundar as privatizações em curso

[26] Cf. MARX, 2013.

atingindo de forma destrutiva o setor saúde, sendo estes: Agenda Brasil, Uma Ponte para o Futuro e Travessia Social.

Com relação à saúde, o documento “Agenda Brasil” (Calheiros, 2016) apresenta as seguintes propostas: impedir o pagamento pelo SUS de tratamentos experimentais, sob o argumento de evitar a judicialização da saúde, maior desvinculação das receitas da união e introdução do copagamento no SUS, ou seja, começar a cobrar por consultas, exames e outros procedimentos no âmbito do sistema público de saúde, de acordo com a renda do cidadão. Esta última proposta foi deixada de lado pelo governo devido a repercussão negativa entre os diversos movimentos sociais que lutam em defesa do SUS embora possa retornar a qualquer momento (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Já o documento “Uma Ponte Para o Futuro” (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015) coloca como principais questões: a necessidade de maior ajuste fiscal para ampliar o crescimento econômico; acabar com as vinculações constitucionais, como no caso da saúde e educação; fim de todas as indexações sejam para salários, benefícios previdenciários, etc.; nova reforma da previdência com aumento da idade mínima para a aposentadoria; viabilizar maior participação do setor privado na construção de infraestrutura, maior cooperação do Estado com o setor privado na abertura dos mercados esternos; implementar uma política de desenvolvimento centrada na iniciativa privada; estabelecer uma agenda de transparência e avaliação de políticas públicas que possibilite a identificação dos beneficiários e analise os impactos dos programas; uma consideração importante é que o documento afirma que o Brasil gasta muito com políticas públicas embora tenha resultados piores que outros países (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Por fim, é apresentado o documento “Travessia Social” (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2016) expressão da política social do programa Uma Ponte para o Futuro, que entre outras medidas propõe: conter a inflação e realizar o ajuste fiscal, que necessitará de cortes nas políticas sociais e que possibilitaria a retomada do crescimento e a entrada das pessoas no mercado de trabalho, privatizações irrestritas; políticas sociais públicas focalizadas nos 40% mais pobres da população. Destaca como papel do Estado qualificar mão de obra para o capital. No que tange a educação, destaca-se a ênfase na formação técnica. Com relação a saúde e ao SUS coloca como questões importantes:

> ênfase no gerencialismo, considerando a má gestão como o principal problema do SUS: a necessidade de focalização na parcela que não pode

> pagar planos privados de saúde; e o estímulo ao aumento da cobertura dos planos privados (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018 p.13).

Outro documento que demonstra a articulação do governo Temer com o setor empresarial é o *"Coalizão Saúde Brasil: Uma Agenda para Transformar o Sistema de Saúde"* divulgado em 2017. Na verdade, esse documento tem como objetivo a (re)composição do setor privado ao setor produtivo (FIESP) paulistano inicialmente, na liderança (TEIXEIRA, 2018). Dessa forma, as sugestões são mais corajosas, pois assumidamente propõe em sistema de saúde que quer negar a existência do SUS e tirá-lo de cena de vez, ainda que se refira à "[...] necessidade de os setores públicos e privados necessitarem construir uma rede integrada de cuidados contínuos" (FEDERAÇÃO NACIONAL DE ACS E ACE, 2018 não paginado). Contudo, a integração defendida por seus representantes significa a gestão estar nas mãos do setor privado. Curiosamente, a entidade reúne-se e lança sua tese em espaço de uma universidade pública [27]. (TEIXEIRA, 2018).

O documento *Coalizão Brasil* [...], devido ao seu caráter contraditório nos leva a refletir acerca de algumas questões. O mesmo defende o fortalecimento da atenção primária, mas, como seria este fortalecimento, se o governo Temer, com sua mais recente portaria, desmontou esse nível de atenção? Como se ampliariam o acesso ao medicamento, de acordo com a proposta, se o governo Temer reduziu o número de farmácias populares? Recordamos que, apesar destes documentos e propostas apresentarem-se como discurso do novo, foram os governos militares que abriram este espaço de poder ao capital na área da saúde, o qual cresceu, considerando a economia financeirizada de hoje e a direção política que o país teve ao longo dos governos após a redemocratização. A questão pertinente que mais caracteriza o avanço do setor privado é a extensão de seus espaços de domínio também no aparelho do Estado.

Nesse sentido, destacamos a proposta de alteração quanto à composição, espaço territorial e função dos Conselhos de Saúde. Os novos integrantes serão "[...] especialistas ligados diretamente ao gabinete dos prefeitos [...]" (COALIZÃO SAÚDE BRASIL, 2017*apud* TEIXEIRA, 2018), e em âmbito nacional, seria um Conselho Executivo, também composto por especialistas, com poder decisório eliminando assim a participação social, ou seja, o controle social preconizada pelo SUS e o Ministério da

[27] Ainda que a Faculdade de Medicina da USP utiliza-se da parceria público-privada há algumas décadas (TEIXEIRA, 2018).

Saúde (inclusive o Conselho Nacional de Saúde como hoje está previsto) teria seu poder diluído (coerente com o neoliberalismo: sem cidadania (TEIXEIRA, 2018).

Em novembro de 2017, o Banco Mundial publicou o documento *Um Ajuste Justo: análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil.* Esse documento tem em sua essência um cerne meramente político, que veio compactuar com os desmontes acarretados nas políticas públicas no Brasil, após o golpe de Estado de 2016.

O Banco Mundial tem como objetivo, nesse relatório defender um Estado mínimo no campo social, no que se refere ao capítulo da saúde atribuiu explicitamente ao SUS ineficiências inerentes aos gastos públicos que gasta mais do que pode e, além disso gasta mal.

Dessa forma, as recomendações do Banco Mundial presentes nesse relatório visam sobre a necessidade de orientar cortes de gastos públicos e em especial nas políticas sociais. Entretanto, fundamentados na teoria social crítica de Marx torna-se necessário questionar a realidade: será que o governo brasileiro realmente gasta muito com saúde? A resposta é; claro que não. Ao comparar os gastos em saúde nacional com outros países da Organização de cooperação e Desenvolvimento (OECD) temos que os gastos públicos com saúde no Brasil correspondem a menos de 4% do Produto Interno Bruto (PIB),e em países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento – OECD, em média, o gasto com saúde é de cerca de 7% do PIB.

Pode-se concluir que teria condições de realizar cortes de gastos com saúde no Brasil levando em consideração a extensão populacional brasileira? Não. Ao contrário, entendemos que haveria espaço para aumentar os investimentos em saúde. O relatório coloca que existe a possibilidade de mudar o quadro dos atendimentos realizados pelo SUS, sem acarretar prejuízos aos serviços prestados desde que os municípios brasileiros aumentem seu desempenho (dependendo da localização da população), “identificando onde os recursos estão sendo administrados de maneira mais ineficiente, e buscar através de uma melhor gestão, onde seria possível melhorar” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 12). O foco do relatório é na eficiência produtiva do SUS, priorizando a eficiência e o corte de gastos públicos

O Banco Mundial também propõe a partir desse relatório, um corte de 23% no nível da atenção básica o que representaria uma economia de R$ 9,3 bilhões, e 34 % nos serviços hospitalares, o que traria uma economia de R$ 12,7 bilhões. O relatório ainda conclui que se poderia “cortar R$ 22 bilhões, ou seja, 0,3 do PIB, no SUS sem nenhum prejuízo aos resultados nos atendimentos da saúde” (BANCO MUNDIAL, 2017, p.

112). A eficiência nessas direções está associada ao porte, tamanho do município, o número de leitos e o tamanho dos hospitais.

> A ampliação do número de hospitais públicos de pequeno porte é uma consequência do processo de descentralização do SUS, por meio do qual os municípios passaram a assumir responsabilidades na prestação de serviços de saúde, na maioria das vezes na ausência de qualquer estrutura assistencial pública (GIOVANELLA, 2017, p. 05).

É importante ressaltar que, atualmente muitos destes hospitais de pequeno porte não se encontram cadastrados como hospital, bem como, os municípios pequenos não estão recebendo o repasse de média complexidade correspondente aos atendimentos realizados. Não obstante, é perceptível que o tema de regionalização e a relevância do nível estadual nesse processo, não aparecem no relatório. Suas diretrizes apenas reconhece a necessidade de uma maior integração do sistema e a coordenação entre os níveis primário, secundário e terciário, ou seja, atenção básica, média complexidade e alta complexidade, recomendando a ampliação da atenção primária forte para alcançar a eficiência.

Além dessas bárbaras orientações, o Banco Mundial ao desconhecer a realidade brasileira na atenção primária propõe a substituição dos médicos por enfermeiros nesse setor no que diz respeito à realização de determinados procedimentos.

> Se o número de consultas e internações aumentasse, e os procedimentos mais rotineiros fossem realizados por profissionais de saúde de nível mais baixo (por exemplo, enfermeiros), seria possível melhorar significativamente a eficiência e a qualidade dos atendimentos. As normas poderiam ser ajustadas para permitir que os profissionais de enfermagem realizassem consultas e prescrevessem certos medicamentos e exames em unidades de atendimento primário (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 117).

Essa é uma realidade existente na Estratégia Saúde da Família em muitos municípios brasileiros diante da ausência ou intermitência do médico em longos períodos sem médicos nas equipes. Outro ponto negativo que contribui para esta ampliação são as disputas corporativas, principalmente pelos médicos que não chegam a reconhecer que o Brasil apresenta uma carência de médicos.

Por outro lado, o relatório recomenda a abolição de subsídios fiscais para seguros privados e despesas com saúde. Afirma que é necessário melhorar a integração entre o sistema público e privado de forma a evitar a duplicidade de esforços.

A defesa dessas ideias objetiva a busca por lucro e a acumulação de capital e tem como estratégia colocar que o setor privado se apresenta como saída frente à ineficiência do SUS.

Compreendemos que o relatório é técnico e político cujo objetivo é fazer adeptos da agenda política recomentada pelo Banco Mundial que orienta para a construção de um Estado mínimo, e instituição dos princípios da focalização e seletividade para a política de saúde brasileira. O capítulo saúde do relatório, nega o desfinanciamento crônico do SUS e a tentativa de privatização, mas não é o que se revela durante suas deliberações para a política de saúde brasileira, compactuando e reforçando sucessivas contrarreformas que impossibilitam a materialização do SUS 100% estatal, tornado a política de saúde em um instrumento de financeirização, sobretudo pela política de superávit primário, a serviço da dívida pública, em nome de se transferir mais e mais recursos.

Todos esses processos de contrarreforma descritos fazem parte das orientações do Banco Mundial e tem impactado brutalmente no financiamento e na estruturação do Sistema de Saúde, tornando a assistência à população cada vez mais vulnerável, bem como estimulando a expansão do setor privado.

O governo Temer de ideário neoliberal cumpriu a risca tais orientações, promovendo um ataque brutal a seguridade social, em parceria com a bancada conservadora do Congresso Nacional que atacaram levianamente os direitos sociais dos trabalhadores e a política de saúde como é possível observar através da adoção de mecanismos de ajuste fiscal com longa duração sendo uma das principais medidas adotadas pelo governo a Proposta de Emenda Constitucional 241/2016 (PEC241), transformada em Emenda Constitucional 95 em 15/12/2016 que congela os investimentos em saúde, educação, segurança pública e assistência social por 20 anos. Essa medida é mais uma estratégia de apropriação do fundo público pelo capital com o argumento de que houve um aumento exagerado dos gastos primários com políticas sociais.

No entanto, esse argumento não se sustenta, ao contrário do que o governo diz, o grande responsável pelo desequilíbrio das contas públicas não foi, e não são as políticas sociais, mas sim a dívida pública, nunca auditada e que, em 2015, consumiu 42,43% do orçamento da união para pagamentos e amortização da dívida, ao passo que somente 4,4% foi utilizado para a saúde (FATORELI; ÁVILA; COLARES, 2016, apud BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Em síntese, a reforma fiscal proposta pelo governo não é um plano de estabilização da economia, mas trata-se de um projeto de redução drástica do tamanho do Estado e de implantação de um regime de ajuste fiscal permanente o que causará

profundos impactos sociais, pois sua lógica pressupõe um crescimento de zero do gasto público federal enquanto a população e a renda crescem o que resulta na diminuição do gasto público *per capita* em relação ao PIB e com isso transferir a responsabilidade para os usuários uma vez que a redução de gastos públicos impõe maior participação direta das famílias no custeio de sua atenção.

O Estado, através de um discurso ideológico, algo que podemos chamar de "[...] uma cultura política da crise [...]" (MOTA, 2015), já forjada desde os anos de 1990, busca criar um consenso entre a classe trabalhadora que as propostas de ajustes e retiradas de direitos são necessárias, nesse contexto, socializar os custos da crise. Na verdade, contudo, não é o que acontece, visto que o peso da crise da acumulação é transferido apenas para os trabalhadores.

Para a construção deste consenso, o Estado utiliza os aparelhos privados de hegemonia. Por exemplo, as emissoras de TV vêm dizendo que a reforma da previdência vai cortar privilégios. Na realidade, essa medida diz respeito a uma tentativa de se introduzir a previdência privada no país, o que representará grandes perdas para o conjunto da seguridade social.

Em suma, a saúde tem sido um espaço de grande interesse de grupos econômicos em sua busca por lucros e em seu movimento para impor a lógica privada nos espaços públicos. Nesse processo, o caráter público e universal da saúde tão caro ao Movimento Sanitário e aos militantes da saúde, está ameaçado. No entanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) apesar de fortes ataques segue como um limite para essa concretização.

Como dito anteriormente, os neoliberais atribuem as políticas sociais a crise econômica, porém esse argumento é contraditório. Com relação à política de saúde, por exemplo, o gasto público federal se manteve estável entre 2002 (1,66% do PIB) e 2015 (1,69% do PIB), já a participação da saúde nas despesas primárias foi reduzida passando de 10,5% em 2002 para 8,6% em 2015 (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). Segundo o IPEA (2016) no Brasil, o gasto público per capita com saúde é um dos mais baixos entre os países que possuem sistema universal de saúde.

Ainda segundo Vieira e Benevides (2016) com a Emenda Constitucional 95 (EC95), em 20 anos mais de R$ 400 bilhões deixaram de ser obrigatoriamente aplicados em saúde em um cenário de crescimento da economia de 2% ao ano.

É importante lembrar que inúmeros fatores estão sempre demandando por mais serviços da saúde e consequentemente elevando as despesas na área, como, por

exemplo, a incorporação de novas tecnologias e medicamentos e a própria realidade demográfica do país que aponta para o envelhecimento da população, o que exigirá mais atendimentos, mais leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), mais serviços de oncologia, entre outros. Dar conta das despesas na área da saúde, incluindo as pesquisas de novas tecnologias e insumos, quando a receita estiver vinculada apenas ao que foi gasto no ano anterior mais o processo inflacionário será um grande desafio.

Segundo o presidente do CONASEMS, (2016)[28]a EC 95 tende a trazer consequências como a redução de leitos, a redução de serviços, o fechamento de unidades de saúde e o acesso não universal da Saúde a toda população brasileira. Afinal, não só foi estabelecido um "teto" para as despesas primárias até 2036 com o objetivo de formar superávits primários para pagamento de juros e amortização da dívida pública (que correspondem às despesas financeiras não submetidas ao mesmo "teto"), mas também foi criada uma regra de cálculo de "congelamento" desse "teto" por 20 anos, ou seja, a manutenção do valor das despesas pagas em 2016 atualizadas anualmente pela respectiva variação do IPCA/IBGE (índice oficial da inflação) e, para a saúde, a manutenção do valor de 15% da Receita Corrente Líquida de 2017 como um "piso/teto" atualizado anualmente pela variação do IPCA/IBGE.

Com isso, o processo de subfinanciamento do SUS foi transformado em processo de desfinanciamento, onde se constata que os recursos federais para o SUS caíram e mantém projeção de queda até 2036.

Na prática, a consequência final desse processo é a deterioração das condições de saúde da população, pois o desfinanciamento federal do SUS prejudica também o financiamento das ações desenvolvidas pela rede de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios – cerca de 2/3 das despesas do Ministério da Saúde são transferências fundo-a-fundo.

Dessas agendas contraditórias é possível observar dualidades sendo colocadas em disputa o tempo inteiro, ou seja, ao mesmo tempo em que a lei estabelece políticas de universalização, o Estado promove o desfinanciamento. A descentralização, um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), transfere para os Estados é, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e, segundo a Norma Operacional da Assistência a Saúde NOAS-SUS 01/2001, transfere também recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) antes centradas no

[28] Acesso em 31 de julho de 2019, disponível em: HTTP://www.conass.org.br/consensus/pec-n-24116-e-os-impactos-sus/

nível federal (BRASIL, 2001). Porém, o que se observa na verdade é que a descentralização apenas transferiu para os Estados, Distrito Federal e Municípios responsabilidades e não recursos.

Assim, o financiamento do SUS nos Estados e Municípios tende a ser fortemente atingido, pois cerca de 2/3 das despesas do Ministério da Saúde são transferidas fundo a fundo para ações de atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância epidemiológica e sanitária, entre outras, a cargos dos entes federados.

A justificativa do governo para a imposição desse regime fiscal reside na retórica do déficit público, gerado supostamente pelo governo anterior, que teria gastado demais, gerando a necessidade de um ajuste fiscal, cuja opção foi tomada por meio do corte e limite dos gastos públicos como uma das medidas, ao lado das privatizações, para se atingir o chamado superávit primário.

Nesse sentido, a atual EC 95/2016 é uma medida de ajuste fiscal que atende à lógica imposta pelo capital imperialista aos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, que pode ser sintetizada no tripé "superávit primário, meta inflacionária e câmbio flutuante", cujo resultado é o aprofundamento da desigualdade social e da recessão econômica e geração de lucros exclusivos e exorbitantes para muito poucos.

No Brasil, alcançar superávits primários elevados virou sinônimo de austeridade fiscal desde os anos da década de 90, nos governos Collor e FHC. Superávit primário nada mais é do que o dinheiro que o governo consegue economizar, ou seja, é aquilo que ele gasta a menos do que arrecada, destinando o saldo remanescente para pagar os juros ou amortizações da dívida pública.

A partir de 2016, vive-se no Brasil um momento crucial da ofensiva do capitalismo no decorrer do golpe institucional. Tal ofensiva só encontra terreno fértil para a sua realização mediante a inviabilização ou profunda restrição das alternativas civilizatórias e democráticas, mesmo sob a ordem capitalista. Naquele momento, a prisão do ex-presidente Lula da Silva, constitui-se elemento importante nesse processo (SOARES, 2018).

> O programa do golpe precisa seguir sendo ampliado, porém, por meio de um governo respaldado pelas urnas [...]. A burguesia não só considera Lula incapaz de aplicar tal programa nos moldes exigidos por ela, como não encontram nenhum candidato confiável capaz de derrotar o petista nas urnas. Numa era de desagregação social sem precedentes e de contrarreformas pletóricas, a preservação do regime do sufrágio universal parece só ser

> possível, para a burguesia, se o próprio sufrágio universal for maculado ou cassado, e se a eleição não for apenas uma contrafação. É isto o que explica, fundamentalmente, a condenação de Lula e sua prisão, declarada hoje pelo juiz Sérgio Moro [...]. O Lula que será preso nos próximos instantes não é o Lula que se afastou de um projeto emancipatório da classe trabalhadora, mas sim aquele que dispõe a tentar de novo oferecer três refeições diárias para ela dentro do capitalismo (DEMIER, 2018, p. 1).

Na mesma semana em que ocorreu a prisão do ex-presidente, a Federação Brasileira de Planos de Saúde (FEBRAPLAN) criada recentemente, divulgou a organização do 1° Fórum Brasil, com o lema: participe do fórum que iniciará a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde. Ademais, de forma concomitante, no dia da referida prisão, a Revista veja publicou matéria assinada por Cutat e Médici (2018) intitulada Pela Reforma do SUS (SOARES, 2018).

De acordo com Braz (2017) todas as propostas contrarreformistas apresentadas pelo governo ilegítimo Temer a partir de 2016 tem como objetivo:

- Recolocar o Brasil (e a América Latina) na área de influência prioritária dos EUA no sentido de reestabelecer a dominação imperialista em nosso subcontinente;

- Reduzir os custos do trabalho no país e aumentar a produtividade média dos trabalhadores com base em novas formas de combinação de mais-valia relativa (incorporação de tecnologia nos processos produtivos com o objetivo de reduzir o trabalho necessário e baratear a produção social da força de trabalho e mais-valia absoluta, sobretudo, via flexibilização das relações trabalhistas com vistas a atacar as formas de proteção social do trabalhador);

- Implementar uma cruzada conservadora e reacionária contra as conquistas sociais no campo das minorias como forma de promover um retrocesso cultural e ideológico no país; e

- Readequar as políticas sociais a um novo programa neoliberal mais radical de modo a criar as condições para o ciclo profundo de políticas de austeridade fiscal que pesarão sobre os trabalhadores.

Ao final de seu governo Temer deu mais uma demonstração de sua falta de compromisso com a saúde universal, tirando dinheiro do SUS para subsidiar o preço do diesel, por ocasião da greve dos caminhoneiros. A Medida Provisória n° 838, de 2018, busca recursos em impostos que financiam o SUS, entre outros serviços da Seguridade Social brasileira. Essa medida vem somar-se a uma série de outros mecanismos, que ao longo dos últimos anos tem retirado recursos da saúde, promovendo:

> [...] acirramento da competição entre os entes federados e, nestes, entre os prestadores; à inviabilização de organização em rede dos serviços com

> fragmentação e segmentação dos cuidados; à redução dos investimentos em novas capacidades; e à queda da qualidade e segurança dos serviços. No setor privado, se tornaram visíveis a expansão de novos arranjos assistenciais como as clínicas de vizinhança e clínicas populares, bem como o desenvolvimento e fortalecimento de novas modalidades de pré-pagamento: planos populares, VGBL Saúde e franquias. É de se prever um aumento da desigualdade territorial por riqueza e da estratificação do atendimento e, da mesma forma, da concentração das inversões e inovações no setor privado de ponta (NORONHA et al., 2018, p. 2057).

Nesse sentido, o modelo de saúde proposto pelo governo Temer não era o modelo pensada pela constituinte e idealizada por milhões de brasileiros, pelo contrário, o ataque direto ao SUS se insere, assim, num contexto mais amplo de reformas ou contrarreforma, no interior do Estado, que tem reduzido suas responsabilidades para com os cidadãos, tornando-se um instrumento de financeirização, sobretudo pela política de superávit primário, a serviço da dívida pública, em nome do que se transfere mais e mais recursos (BARROS; BRITO, 2019).

Um SUS subfinanciado torna-se refém de um discurso a favor de sua reformulação, que não se dá em prol de sua ampliação e melhoria qualitativa, antes passa-se a defendera abertamente sua privatização, a partir de estratégias, como os “planos de saúde populares” que será analisado no capítulo a seguir.

3 **PROPOSTA DO PLANO DE SAÚDE ACESSÍVEL: REDUÇÃO DA COBERTURA COM COPAGAMENTO**

Nesse capítulo, será analisado o surgimento e a expansão do setor privado no Brasil, bem como a proposta do Plano de Saúde Acessível, que se revela como uma das maiores expressões do copagamento já proposto no país, e que, embora não tenha sido aprovado por causa do posicionamento contrário dos movimentos sociais em defesa do SUS, se torna objeto de atenção, pois uma das diretrizes do Banco Mundial é instituir mecanismos de copagamento.

3.1 **Considerações Gerais**

Desde o início dos anos de 1980, o Brasil passou por uma série de transformações com o objetivo de fortalecer o papel do Estado no financiamento e na provisão da atenção à saúde. Esse processo teve como resultado a criação de um dos maiores e mais abrangentes sistemas de saúde pública do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS). Ao longo dos anos, o SUS expandiu o acesso a bens e serviços de saúde, sobretudo na atenção básica e na atenção de urgência e emergência, assegurando cobertura universal de vacinação, pré-natal e terapia antirretroviral para o vírus da imunodeficiência humana, entre outros. O sistema também provê a maioria dos serviços de alto custo e alta complexidade, como transplantes (SÁ, 2018).

Segundo a Secretaria de Atenção a Saúde (SAS/MS) (BRASIL, 2017b), no ano de 2016, dos 7.522 hospitais brasileiros, 5.536 (73,60%) conveniados atendiam ao SUS, e, do total de 488.179 leitos, 333.988 (68,41%) atendiam ao SUS. De janeiro a novembro houve a aprovação de R$ 18.764.280.981,09 referentes aos procedimentos realizados pelos estabelecimentos hospitalares que compõem a rede SUS (MARINHO, 2017).

No final do ano de 2016, de acordo com o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2017b) o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192) com mais de 190 centrais de regulação oferecia cobertura para 164.838.357 pessoas, ou seja, 80,67% da população brasileira. Em dezembro de 2016, a Estratégia Saúde da Família (ESF) estava implantada em 5.382 municípios com 40.097 equipes, atingindo cerca de 73,1% de cobertura populacional. As 24.383 equipes de saúde bucal cobriram 40,30% da população. O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA) gerou

uma cobertura nacional de suplementação de vitamina A em crianças de 6 a 11 meses de idade de 61,90%, o que significa 946.455 crianças suplementadas. A cobertura de triagem neonatal auditiva (teste da orelhinha) cobriu 30,37% dos recém-nascidos vivos no país. A cobertura de triagem neonatal biológica (teste do pezinho), por sua vez, alcançou 83,57% dos recém-nascidos vivos (MARINHO, 2017).

É importante considerar, também, a enorme quantidade de bens públicos fornecidos pelo SUS e que beneficiam potencialmente a toda a população (por exemplo: combate de vetores; campanhas educativas; vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; etc.) e as externalidades positivas geradas pelo sistema como (por exemplo: vacinação em massa de pessoas e animais que diminui a probabilidade de contágio para todos, orientação, prevenção e tratamento de doenças transmissíveis etc.)

Embora se observe avanços significativos na saúde do país a partir da criação do SUS o gasto total é muito inferior se comparado com os países desenvolvidos. No Brasil, ao contrário dos países desenvolvidos, o gasto público brasileiro em saúde representa apenas algo em torno de 45% do gasto total (MARINHO, 2016, *apud* MARINHO, 2017, p.57).

Não obstante do preceito constitucional, o gasto público em saúde ainda é baixo, e a cobertura do SUS é incompleta e desigual (MARINHO, 2016 *apud* MARINNHO, 2017, p. 57). Na verdade, o que se instituiu foi um processo de "universalização excludente" [29], ou seja, ao mesmo tempo em que o acesso aos serviços de saúde tornou-se universal, sem o requisito de vínculo empregatício, diante da precarização dos serviços de saúde da rede pública, houve a "expulsão das camadas médias e do operariado melhor remunerado destes serviços, os quais passaram a recorrer a rede privada de saúde através de convênios com cooperativas médicas e/ou seguradoras privadas" (CORREIAS, 2005). Tendo em vista que o artigo 199 da Constituição Federal assegura: "a assistência a saúde é livre a iniciativa privada" (BRASIL, 1988).

Dessa forma, a saúde passa a ser um espaço de grande interesse pelo capital em sua busca constante por lucros. Esse processo foi funcional ao modelo de produção dos anos 80 que voltado para o mercado externo necessitou, segundo Mota (1995, p. 175 *apud* CORREIA, 2005, p. 158), "transformar a economia informal numa peça-chave para atender tanto o consumo popular (alimentando um mercado interno que não interessa tanto ao grande capital) como a chamada terceirização da força de trabalho das

[29] Termo usado por Faveret & Oliveira (1989).

grandes empresas". Desse modo, os trabalhadores juridicamente informais e com baixos salários teriam uma melhor proteção social, enquanto os trabalhadores mais organizados e empregados nas grandes empresas teriam os serviços privados oferecidos pela própria empresa, pagando duplamente pela assistência a saúde.

Nesse contexto, abre-se a oportunidade de expansão dos serviços privados de saúde, enquanto o Estado reduz. A saúde passa a ser comercializada, passando a ser vendida e comprada no livre mercado, transformada em mercadoria, contrariando o assegurado na Constituição Federal de 1988 na qual afirma em seu artigo 196 que "a saúde é direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 1988).

3.2 **O surgimento e a expansão do setor privado no Brasil**

O surgimento do setor privado no Brasil, só pode ser compreendido nos marcos da estruturação do sistema previdenciário brasileiro a partir da década de 1920.

Nesse período, a política de saúde organizava-se em dois subsetores: a medicina previdenciária e a saúde pública. A primeira buscava assegurar cobertura aos trabalhadores de carteira assinada constituída pela minoria da população (BRAVO, 2012). A medicina previdenciária teve como marco central a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) criadas a partir do Decreto n° 4.682 de 24 de janeiro de 1923, conhecida como Lei Eloy Chaves; a saúde pública destinava-se a atender o restante da população (BRAVO, 2012). Essa política buscava criar serviços de combate às endemias e de condições sanitárias que assegurassem ainda que minimamente as necessidades da população, período que predominou até meados da década de 1960 (BRAVO, 2009).

A organização e a concepção da Previdência Social sofreram profundas transformações após a revolução de 30. A Previdência Social foi claramente definida como seguro, privilegiando os benefícios e reduzindo a prestação de serviços de saúde. Os serviços de saúde passaram a ser entendidos enquanto concessão, e não mais como atribuição específica. Verificou-se uma inflexão no comportamento das despesas do sistema CAPs passando de 65% das receitas ao final do período anterior, para menos de 30% em 1938-1939 (ANDRADE, 1999 *apud* FLORÊNCIO, 2006). O sistema aumentou o número de segurados ativos passando de 22.991 segurados em 1923, para 142.464 em 1930, totalizando 2.762.822 associados em 1945 (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986 *apud* ANDRADE, 1999).

A partir de 1960 observa-se a ampliação da assistência médica privada no Brasil, por meio da utilização de convênio empresa-setor privado de prestação de serviços médicos. As empresas ou sindicatos poderiam prestar serviços médicos a seus funcionários diretamente ou através da terceirização dos serviços (convênios com empresas médicas). O convênio poderia ser voltado para cuidados ambulatoriais e hospitalares, estar destinado apenas para funcionários ou abranger dependentes.

Nessa época, a política de saúde desenvolveu-se buscando privilegiar o setor privado, articulando-se às tendências políticas e econômicas internacionais, buscando a ampliação da cobertura previdenciária, com ênfase nas práticas curativas em detrimento das práticas preventivas, com a criação de centros médicos no interior das indústrias e discriminação em relação ao atendimento à "clientela" (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Nesse momento, prevalece a concepção de cidadania regulada[30], uma vez que apenas uma parcela da população tinha acesso a determinados direitos sociais por estarem inseridos no mercado formal de trabalho e por contribuírem para a previdência social. Esse conceito ganha força em 1966 a partir da fusão da previdência social com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) criando assim o INPS. O conceito de cidadania invertida[31] diz respeito àqueles indivíduos que não estão inseridos no mercado de trabalho que eram considerados "não cidadãos" e estavam sujeitos a ações de caráter filantrópico.

Via cidadania regulada e cidadania invertida, o Estado cria estratégias para estabelecer uma hegemonia seletiva, ou seja, a concessão de determinados direitos sociais, entre eles a saúde, somente era assegurada àqueles que contribuíssem para a reprodução e manutenção do sistema capitalista; portanto, uma concessão orientada pelos princípios da focalização e da seletividade.

Observa-se nesse período que o setor da saúde necessitou ajustar-se às particularidades capitalistas, havendo assim a "medicalização da vida social" (CASTRO, 2009, p. 93) o que fez com que a saúde pública entrasse em declínio em

---

[30] "Entende-se por Cidadania Regulada o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade em que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei." (SANTOS, 1979, p. 75, apud PINHEIRO, 2012)

[31] "O conceito de Cidadania Invertida está relacionado à ideia de que o indivíduo tem que provar que fracassou no mercado para ser objeto da proteção social". (FLEURY, 2012, p.07). Isto é, o indivíduo passa a ser objeto da ação política a partir do seu próprio fracasso no meio social.

relação à medicina previdenciária, em que a política de saúde se caracteriza por beneficiar o setor privado com vistas à lucratividade do capital.

Em meados de 1970, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) já dava sinais de sucumbir devido à complexidade do sistema previdenciário. Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e, ao incorporar o INPS, o Ministério da Previdência passou a garantir a assistência médica individual aos segurados, instituindo-se assim o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Esse processo tem como resultado a ampliação da contratação de serviços do setor privado, através do Plano de Pronta Ação (PPA) instituído pela Portaria MPAS-39 de 05/09/74 proporcionando o estabelecimento de convênios com os hospitais e clínicas, bem como empresas, para a manutenção de serviços próprios ou contratados. A política governamental passa a ser favorável à utilização da rede privada na prestação de serviços públicos, caracterizando um modelo estatal-privatista, cujo discurso defendia a contratação do setor privado para a realização de responsabilidade do Estado (MÉDICI, 1992 *apud* FLORÊNCIO, 2006).

Assim, dada à presença de investimentos e garantia da demanda por parte do setor público, o setor privado atrelado ao Estado expandiu-se ao longo da década de 1970. Ainda no ano de 1974, foi promulgada a Portaria n°78 de 10 de outubro de 1974, que regulamentou a prática do seguro-saúde privado, articulando-a com o sistema previdenciário mediante o credenciamento de entidades médicas.

Dessa forma, as instituições de Previdência Social passariam a poder credenciar instituições de seguro-saúde, sistemas próprios de pré-pagamento de serviços médicos e/ou hospitalares; cooperativas médicas e até mesmo empresas de medicina de grupo. Porém, o contexto da época em que boa parte do esforço do setor privado estava voltado para atender o mercado criado pelo setor público, somado à boa percepção sobre a qualidade da assistência, faziam com que as formas privadas autônomas de serviços de saúde; medicina de grupo, cooperativas médicas, seguro-saúde, autogestão, não teriam o crescimento e a importância que lhes seriam conferidas na década seguinte (MÉDICI, 1992 *apud* FLORÊNCIO, 2006).

A década de 1980 iniciou-se sob forte crise econômica o que fez com que os estabelecimentos privados sofressem constantes aumentos de custos, pela inflação e pela incorporação de tecnologia sem que o INAMPS reajustasse o valor de suas tabelas de pagamento. Entre novembro de 1982 e novembro de 1983, o valor da unidade de

serviço do INAMPS era tão baixo, que não interessa mais aos prestadores privados o seu pagamento. A continuidade da política de redução do valor da tabela de pagamento resultou no progressivo abandono por parte dos hospitais privados aos convênios com o INAMPS. Essa crise momentânea dos anos 1982/83 criou as condições favoráveis para o crescimento do setor privado autônomo. O MPAS, em dezembro de 1986, publica a Portaria MPAS n° 2.079 tornando livre a complementação de honorários e de serviços pelo uso de acomodações especiais. Os valores pagos pelo INAMPS eram irrisórios, e os valores da assistência médica subiam rapidamente, tornando-se mais vantajoso para a classe média e para as empresas o uso de modalidades privadas autônomas em detrimento da contribuição da Previdência Social, pois aquelas passavam, supostamente, a representar um seguro de menor risco (MÉDICI, 1992 *apud* FLORÊNCIO, 2006).

De acordo com Médici (1992, p.91 *apud* FLORÊCIO, 2006, p. 34) "[...] a política do INAMPS tem sido considerada a principal responsável pela falência do modelo estatal-privatista de assistência médica dos anos 1980. O novo modelo que vem se gestando tem sido ao lado do INAMPS, estatal-universalizante e, do setor privado, liberal-privatista, que tem como características a presença de formas de organização da atenção médica, autônomas em relação ao setor público".

Ao final da década de 1980, em função da crise do sistema previdenciário a sociedade mobilizou-se para viabilizar a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como objetivo garantir a universalização da assistência à saúde à população brasileira. Entretanto, nessa época, o contingente da população coberta pelo setor privado de saúde já dava sinais de crescimento. Esse segmento do setor privado de assistência à saúde cresceu rapidamente no país chegando a cobrir 31.140.000 pessoas em 1989 (ROQUETE, 2002).

O crescimento do setor privado no Brasil teve uma dupla origem:

> A) Do lado das famílias a insatisfação com o sistema público de saúde ou privado de assistência médica previdenciária, e a necessidade de uma atenção médica cujo atendimento fosse mais rápido, de melhor qualidade ou propiciasse sistemas de padrões de conforto diferenciado para quem pudesse pagar (quartos particulares com direito a acompanhante, em vez de enfermarias, por exemplo);
> B) Do lado das empresas, a necessidade de manter padrões de regularidade e satisfação da força de trabalho, tendo em vista reduzir o absenteísmo, aumentar a produtividade e a qualidade da mão de obra. Em geral, na medida em que os sistemas públicos vão tornando insuficientes para cobrir esses requisitos, abre-se um grande espaço para o funcionamento do setor privado autônomo, o qual surgiu sob forma de organização das

> empresas médicas (MÉDICI, 1992, p. 80 *apud* FLORÊNCIO, 2006, p. 34-35).

O Brasil, atualmente possui dois seguimentos de assistência a saúde, que são: O Sistema Único de Saúde (SUS) cujas ações e serviços são regulados pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) Lei n° 8.080/90, e o setor privado de planos de assistência a saúde, cujas ações foram regulamentadas pela Lei n° 9.656/98 (FLORÊNCIO, 2006).

O debate acerca do tema da regulação do setor privado ainda é muito recente no Brasil. A Lei n° 9.656/98 introduziu novas pautas no mercado, tais como a ampliação da cobertura assistencial, o ressarcimento ao SUS, o registro de operadoras, o acompanhamento de preços pelo governo, a obrigatoriedade da comprovação de solvência, reservas técnicas, entre outros. Todas elas estão em consonância com as recomendações do Banco Mundial (ANS, 2003 *apud* FLORÊNCIO, 2006).

Anteriormente à promulgação da Lei n° 9.656 em 1998 crescia-se o debate sobre a regulação do setor suplementar e confrontam-se diferentes modelos de regulação, por um lado, o Ministério da Fazenda defendia um modelo de regulação de menor intensidade através da manutenção Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), por outro lado, o Ministério da Saúde defendia uma maior intervenção do Estado. Esse confronto e a regulação bipartite (entre SUSEP e Ministério da Saúde) arrastou-se até a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) através da Lei n° 9.961/2000, defendida como único órgão regulador, tornando-se vitoriosa a tese defendida à época pelo Ministério da Saúde (BAHIA, 1999).

Autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, a ANS é um órgão de regulação é um órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem o setor privado de planos de assistência à saúde no Brasil. Sua natureza de autarquia especial é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, possui liberdade nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes (FLORÊNCIO, 2006).

Esta instituição tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público no setor privado de saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quando às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo, assim, para o desenvolvimento das ações de saúde no Brasil (BRASIL, 2000).

A Agência é dirigida por uma diretoria colegiada, composta por até cinco diretores, sendo um deles, o seu diretor presidente designado pelo presidente da república que permanece na função por três anos, podendo ser reconduzido uma única vez por mais três anos. A administração da ANS é regida por um contrato de gestão

negociado entre seu diretor presidente e o Ministério da Saúde, aprovado pelo Conselho de Saúde Suplementar, que estabelece parâmetros para a administração interna da Agência, bem como os indicadores que possibilitam avaliar objetivamente, a sua atuação administrativa e o seu desempenho. O descumprimento sem justificativa do contrato de gestão tem como consequência a exoneração do diretor-presidente, pelo presidente da república por intermédio de solicitação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

Dessa forma, como resultado do processo legislativo, que envolveu a promulgação da Lei n° 9.656/98, e criação da ANS através da Lei n° 9.961/2000, o setor privado passou a organizar-se da seguinte forma.

As empresas e entidades que operam os planos privados de assistência à saúde foram definidas como Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. A resolução da diretoria colegiada (RDC)– n° 39 de 27 de outubro de 2000, conceituou "operar" como sendo atividade de administração, comercialização ou disponibilização dos planos de saúde e dividiu a atenção prestada pelas operadoras de planos de assistência à saúde em dois tipos que são:

> Planos médico-hospitalares: os planos oferecidos por entidade ou empresas que operam planos médico-hospitalares com ou sem odontologia;
> Planos odontológicos: os planos oferecidos por entidades ou empresas que operam exclusivamente planos odontológicos (FLORÊNCIO, 2006, p. 36).

Também no âmbito da saúde foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)[32] através da Lei n° 9.782, de 26 de janeiro de 1999. A ANVISA é "uma agência reguladora caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes durante o período de mandato e autonomia financeira" e tem como missão "*Proteger e promover a saúde da população garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços e participando da construção de seu acesso"* [33] (CORREIA, 2005).

A criação dessas duas agências reguladoras está em consonância com a proposta de contrarreforma do Estado brasileiro. Dessa forma, as ações do Ministério da Saúde se

---

[32] A finalidade institucional da ANVISA é promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos r das tecnologias a eles relacionados. Além disso, a Agência exerce o controle de portos, aeroportos e fronteiras e a interlocução junto ao Ministério das Relações Exteriores e instituições estrangeiras para tratar de assuntos internacionais na área de vigilância sanitária. Na estrutura da Administração Pública Federal, a Agência está vinculada ao Ministério da Saúde, sendo que este relacionamento é regulado por Contrato de Gestão (CORREIA, 2005).

[33] Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 05 de Junho de 2020.

ampliam da esfera pública para o mercado (BRAVO, 2002, p. 210), passando a haver "uma diluição do papel da administração pública como fornecedor exclusivo ou principal de serviços públicos e, simultaneamente, um processo, ainda em curso, de regular atividades produtivas de interesse público mediante o estímulo à competição e à inovação, atuando preferencialmente no gerenciamento de recursos e na função de controle[34].

O modelo de regulação da ANS e da ANVISA está nos padrões da "regulação estatal normativa", que segundo Ribeiro, Costa e Silva (2000, p.81 *apud* CORREIA, 2005, p. 162) está nos moldes utilizados para as agências regulatórias de setores privatizados com características de monopólios naturais (setores elétrico, energético e de telecomunicações). Também, na perspectiva regulatória, o Ministério da Saúde criou a Organização Nacional de Acreditação (ONA), seguindo a orientação do Banco Mundial de "em conjunto com organizações profissionais, estabelecer diretrizes de garantia de qualidade, com suficiente flexibilidade para permitir adaptações por parte dos diferentes prestadores de serviços" (BANCO MUNDIAL, 1995). A ONA, instituição de direito privado, "tem como missão a promoção do desenvolvimento de um Processo de Acreditação visando melhorar a qualidade da assistência à saúde em todo o país[35].

Está organização foi criada em 1997[36] para instituir um programa de acreditação hospitalar, que promove a classificação dos hospitais brasileiros de acordo com seu desempenho, relacionando avaliação de processos com certificação de qualidade dos serviços. O tipo de regulamentação desenvolvida pela ONA foi classificado por Ribeiro, Castro e Silva (2000, p.78 *apud* CORREIA, 2005, p. 163) de "auto regulação controlada" em função da sua composição e atribuição com a presença de representantes governamentais e do mercado. As instituições fundadoras são grupos de prestadores de serviços ao SUS, operadoras de planos e seguros de saúde, cooperativas médicas, além do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

---

[34] Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 05 de junho de 2020.

[35] Disponível em: <http://www.ona.org.br>. Acesso em: 05 de Junho de 2020

[36] Desde 1996, o programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade – PBQP estabeleceu Avaliação e Certificação de Serviços de Saúde como sendo um projeto estratégico do ministério da Saúde, prioridade para o biênio 97/98. Em 1997, o Ministério da Saúde iniciou um projeto junto ao REFORSUS/Banco Mundial chamado Acreditação Hospitalar. A preocupação da ONA é assegurar aos cidadãos brasileiros, qualidade na assistência à saúde em todas as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) do País. Disponível em: <htpp://www.ona.org.br>. Acesso em 05 de Junho de 2020.

Apesar das instituições fundadoras serem associações de direito privado, o status público é conferido pela presença dessas duas últimas instituições representando autoridades sanitárias como também pela condução do Ministério da Saúde.

Bravo (2002, p. 211) faz uma importante reflexão acerca das regulamentações afirmando que elas trazem nitidamente uma contradição, "que é a regulamentação da ação do capital estrangeiro na saúde, mas ao mesmo tempo naturaliza a concepção de cidadão consumidor, rompendo com o conceito do movimento da Reforma Sanitária, em que a saúde é um direito de todos e sua efetivação um dever do Estado". Desse modo, "as propostas de normatizações estão em coerência com a contrarreforma em curso no Brasil" (idem, ibidem).

De acordo com Rizzotto (2000, p. 214) a criação das agências reguladoras com esta natureza e este poder caracteriza a transferência para órgãos não estatais do "controle e avaliação de processos que são do interesse de todos, transferindo o foco de cobrança e de responsabilidade do governo para a sociedade. Posição e estratégia defendida pelo Banco Mundial a muito tempo".

A constituição cidadão cliente ou consumidor e a regulamentação do setor privado estão previstos no projeto de reforma da saúde que propõe a "construção de um processo permanente de mudança cultural, em que o cidadão cada vez menos será um paciente e cada vez mais um cliente e agente do setor de saúde em várias instâncias e oportunidades", e a "organização de um sistema assistencial privado, devidamente regulamentado" (BRASIL, 1995ª, p.16).

Segundo Mota (1995, p. 191), a partir dos anos oitenta, ocorre no Brasil a difusão de uma "cultura da crise"- elemento do fazer político burguês do consenso em torno da hegemonia do capital em meio às transformações no mundo do trabalho cujos componentes centrais são o pensamento privatista e a constituição do cidadão-consumidor nas tendências em curso de implementação da seguridade social. De acordo com a autora, para o enfrentamento da crise atual, a classe dominante defende o programa de privatizações como "expressão material do novo projeto do capital" (MOTA, 1995, p.115). A modalidade de expansão do capital está

> Marcada pela ampla e irrestrita utilização dos fundos públicos nos investimentos privados. Agora, o capital pode se reproduzir, transformando a previdência e a saúde em negócios rentáveis, isto é, em mercadorias ou, ainda, captar recursos dos trabalhadores valendo-se dos fundos de pensão ou dos seguros privados (MOTA, 1995, p. 225 *apud* CORREIA, 2005, p. 164).

A proposta do grande capital é “privatizar e assistencializar a seguridade” (ibidem, p. 227). Desse modo, “não casualmente, o ‘setor’ empresarial se dirige a atender demandas nas áreas da previdência social e da saúde, enquanto o ‘terceiro setor’ dirigiu-se fundamentalmente à assistência” (MONTAÑO, 2001, p. 22 *apud* CORREIA, 2005, p. 164).

Laurell (1996) destaca que todas as medidas de privatização se combinam com a permanência das instituições públicas de saúde, isto porque, o capital explora as áreas mais rentáveis da saúde, ficando o restante a cargo do setor público. O argumento do Banco Mundial para defender a participação do setor privado, é que, este é superior, em termos de eficiência e qualidade na prestação dos serviços de saúde se comparado ao público (BANCO MUNDIAL, 1991, p.119).

Entretanto, Possas (1996 *apud* CORREIA, 2005, p. 164-165) refuta o argumento do Banco Mundial de que a privatização dos serviços de saúde impõe menores gastos públicos, pois o setor público se dedicaria a atender apenas aos grupos mais pobres. Afirma que, pelo contrário, a aumento da privatização exige maiores gastos públicos, uma vez que os prestadores de serviços privados são altamente subsidiados pelo governo, sem que ofereçam a contrapartida de maior eficiência ou melhor qualidade dos serviços. E acrescenta que, como o setor privado depende das “transferências diretas e indiretas de recursos públicos para sobreviverem num mercado restrito e altamente concentrado, as políticas de privatização tende a exigir mais e não menos gastos públicos (POSSAS, 1996, p. 56 *apud* CORREIA, 2005, p. 164-165).

Segundo Florêncio (2006, p. 36-37) as operadoras de planos médico-hospitalar foram classificadas nas seguintes modalidades jurídicas:

a) Cooperativa Médica: classificam-se como modalidade de cooperativa médica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos constituídas conforme o disposto na Lei n° 5.764 de 16 dezembro de 1971, que operam planos privados de assistência a saúde. Nessa modalidade, os médicos simultaneamente exercem a função de sócios e prestadores de serviços, recebendo tanto pela produção individual, como pela divisão do lucro obtido pela cooperativa. A forma de organização da assistência é bastante semelhante com a medicina de grupo. A Unimed, a mais representativa desse seguimento, organiza-se por unidades municipais (singulares), com ampla autonomia, vincula-se a uma confederação, conseguindo dessa maneira, uma ampla abrangência territorial (UNIDAS, 2005).

b) Autogestão: identifica-se como modalidade de autogestão as associações de pessoas físicas ou jurídicas, as fundações, sindicatos e entidades de classes profissionais que operam planos de assistência à saúde, ou empresas que, através de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo plano privado de assistência a saúde, com o objetivo exclusivo de oferecer cobertura aos trabalhadores ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos de familiares definidos, limitando-se ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim reforçando a lógica de cidadania regulada. Essa modalidade não possui fins lucrativos, e é a modalidade dominante nas empresas estatais e órgãos da administração pública, que, em muitos casos criam instituições privadas sem fins lucrativos para a gestão da assistência (UNIDAS, 2005). A forma de financiamento dessa modalidade ocorre através de recursos da própria empresa, nesse caso denominado como singular, podendo haver contribuição do empregado ou a copagamento entre a empresa e o empregado. O plano de assistência a saúde é gerenciado por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão semelhante. O financiamento pode congregar mais de patrocinador, nesse caso, a forma de financiamento é denominada como multipatrocinada.

c) Filantrópica: consiste na modalidade as entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência a saúde e tenham conseguido certificado de instituição filantrópica, junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça, ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal, junto aos órgãos dos governos Estaduais e Municipais. São exemplos, e principalmente, os planos de saúde comercializados pelas Santas Casas.

d) Administradoras: o surgimento de planos próprios por iniciativa de sindicatos, associações de trabalhadores associado à dificuldade operacional de administração e negociação com rede credenciada viabilizaram o surgimento de empresas especializadas em: a) manter o cadastro de usuários; b) controlar e fazer a manutenção da rede de provedores; c) receber, processar, pagar conta e emitir relatório de desempenho. As operadoras administrativas possuem dois seguimentos:

- **Administradoras de Planos**: são aquelas empresas que administram exclusivamente planos privados de assistência a saúde, as quais não assumem o risco decorrente da operação desses planos, essas empresas não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da sua operadora contratante. Esses planos são financiados por outras operadoras, através do acordo de tabela para o pagamento das ações de saúde e honorários. O pagamento para a rede credenciada ocorre após a prestação dos serviços, dessa forma, o pagamento é posterior e relacionado ao consumo efetivamente realizado, e calculado segundo as tabelas adotadas, acrescido um valor destinado a ressarcir o custo administrativo da administradora.

- **Administradoras de Serviços:** são aquelas empresas que administram exclusivamente serviços de assistência a saúde, possuindo ou não rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológico.

e) Seguradoras Especializadas em Saúde: a resolução RDC n° 39, de 27 de outubro de 2000, não trata sobre a modalidade seguradora que passa a ser regulada pela ANS através da Lei n° 10.185, de 12 de fevereiro de 2001 que enquadra o seguro saúde como plano privado de assistência a saúde e a sociedade seguradora especializada em saúde como operadora de plano de assistência a saúde, devendo o estatuto social vedar a atuação em qualquer outro ramo ou modalidade de seguro. Nesta modalidade há a intermediação financeira de uma entidade seguradora, que cobre ou reembolsa gastos com assistência médica ao prestador ou ao segurado de acordo com as condições contratuais. A Federação Nacional de Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG) é uma instituição que congrega as empresas do setor de seguro (UNIDAS, 2005).

f) Medicina de Grupo: enquadram-se na modalidade de medicina de grupo as empresas ou entidades que operam planos de assistência à saúde, que não preenchem os critérios de classificação nas modalidades: filantropia, administrativa, cooperativa médica, autogestão e seguradora especializada em saúde. A maioria destas empresas não oferece assistência em serviços próprios, dessa forma, terceirizam serviços médicos, ou credenciam médicos, hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapêutica. O usuário, seja ele, individuo, família ou empresa, vincula-se ao plano, por intermédio de pré-pagamento, e tem direito a cobertura prevista contratualmente (UNIDAS, 2005).

Além da modalidade jurídica, a vigência do plano de assistência à saúde passa por um critério diferenciador das diversas modalidades de operadora em ação no setor: quanto a vigência do plano, dependendo da época em que o plano de saúde foi contratado, o contrato poderá ser considerado como antigo, novo ou adaptado.

Os planos antigos são aqueles contratados antes da promulgação da Lei n° 9.656/98, isto é, antes de 02/01/1999. A retroatividade da lei fio julgada pelo Supremo Tribuna Federal (STF) em 2003, que pronunciou quanto a inconstitucionalidade da extensão dos direitos da Lei 9.656/98 aos contratos antigos, prevalecendo, então, a cobertura assim como as exclusões exatamente como consta no contratato antigo.

Já os planos novos são os planos contratados a partir de 02/01/1999 e comercializados de acordo com as regras da Lei n° 9.656/98, que proporcionam aos usuários cobertura assistencial definida pela ANS relativa a todas as doenças reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Os planos adaptados são aqueles planos firmados antes de 02/01/1999 e posteriormente adaptados às regras da Lei n° 9656/98 passando a garantir ao consumidor a mesma cobertura dos planos novos (FLORÊNCIO, 2006, p.39-40).

Quanto aos tipos de contratos de planos de saúde existentes, estes podem ser considerados como individual/familiar ou coletivo (FLORÊNCIO, 2006).

O que caracterizou o setor saúde a partir da década de 1990 foi o significativo crescimento da atenção ambulatorial e básica nas pequenas cidades brasileiras e o crescimento equivalente desse nível de atenção no setor de seguro de saúde nas médias e grandes cidades. Nesse contexto, as instituições públicas desempenham o papel de atender a população pobre e com alto risco de adoecer, ao passo que o papel central no sistema de saúde e desempenhado pelas empresas médicas ou agencias seguradoras – representação do grande capital (CORREIA, 2005).

A orientação do Banco Mundial para ampliar a participação da rede privada na oferta de serviços foi cumprida a risca. Observa-se que o houve um expressivo aumento do sistema de planos e seguros privados. O número de operadoras de planos e seguros quase triplicou entre 1987 e 1998 e o número de clientes cresceu cerca de 70%[37],

[37] Gerschman & Santos (2004, p. 12 *apud* CORREIA, 2005, p. 159) afirmam que apesar da recessão econômica e do SUS, até aquele momento, não tinha ocorrido retração do mercado dos planos de saúde. Ressaltam que "os números de filiados a planos de saúde da ANS não levam em conta o crescimento de clínicas e laboratórios populares e 'planos' não registrados na ANS [...] Há indicações de que esse segmento e o desembolso direto por populações mais pobres possa estar crescendo" (idem, ibidem). Contudo, Noronha & Soares (2001, p. 4) destacam limites da expansão da demanda dos

indicando um forte movimento de disputa pela clientela[38]. Informações dessas empresas indicavam a existência de 41,5 milhões de segurados em sistemas privados em 1998[39].

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2008, cerca de 26,3% da população brasileira é conveniada a empresas de planos de saúde, sendo que 70% dos planos são empresariais, isto é, estão vinculados a contratos formais de trabalho (BAHIA; SCHEFFER, 2010 *apud* CISLAGHI, 2015). O que significa que cerca de 75% da população brasileira necessita de serviços públicos de saúde. Segundo Elias (2000, p.223) o crescimento vertiginoso do setor privado de saúde, aprofunda cada vez mais a divisão do sistema de saúde, supostamente entre pobres e ricos, e a transformação das necessidades de saúde em mercadoria.

Como mencionado anteriormente, em 1998, pela primeira vez, os planos de saúde foram regulamentados no Brasil através da Lei n°9.656/98, com exceção dos planos coletivos, empresariais ou não, justamente a maior parte do mercado. Essa legislação estabeleceu padrões mínimos de cobertura e o funcionamento das empresas do setor. A disputa entre os interessados nos direitos dos clientes e os defensores do lucro das empresas levaram a uma legislação confusa, sendo recorrente desde o seu surgimento edição de sucessivas medidas provisórias, resoluções do órgão regulador e a adoção de recursos judiciais de parte a parte (BAHIA; SCHEFFER, 2010 *apud* CISLAGHI, 2015)

Ocké-Reis (2012) demonstra mudanças significativas no mercado de planos de saúde após sua regulamentação, dentre elas a concentração das empresa[40], essa é uma característica do capitalismo monopolista cuja organização obedeceu à urgência de viabilizar um objetivo primário: o acréscimo de lucros capitalistas através do controle dos mercados (NETO, 2011). Devido a monopolização que acarreta, esse fator pode reduzir a qualidade e aumentar os preços dos serviços prestados a população, contraditoriamente ao que é apresentado como objetivo da sua regulamentação. Além

---

seguros privados, os quais são de natureza estrutural e financeira própria dos países latino-americanos, devido à renda da classe média que "vem empobrecendo a olhos vistos".

[38] Ver BAHIA, Ligia, O mercado de Planos e Seguros de Saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação, in: Negri, B & Giovanni, G (orgs.) **Brasil, Radiografia da Saúde.** Unicamp, 2001.

[39] Bahia (2001).

[40] Segundo Bahia e Scheffer (2010), em 2010 um quinto dos usuários de planos estão vinculados às 6 maiores operadoras, metade dos usuários em 38 operadoras e 10% da população estava pulverizada em 750 operadoras. Dados do Valor Econômico (2012) apontam que os 40 maiores grupos já concentram 70% da população. acredita-se, ainda, que após a regulamentação da ANS cerca de mil empresas de plano de saúde saíram do mercado.

disso, a concentração cria maiores chances de "captura da ANS" pelas empresas[41] privilegiando o lucro em detrimento das necessidades sociais (CISLAGHI, 2015).

Bahia e Scheffer (2010, *apud* CISLAGHI, 2015) apontam algumas lacunas na regulamentação e práticas abusivas recorrentes:

> a) Exclusões de cobertura: principalmente procedimentos de alto custo e complexidade, doenças preexistentes, transplantes, urgência e emergências, órteses e próteses;
> b) Barreiras de acesso: triagens, necessidade de autorizações prévias, transferências de pacientes, exigência de cheque caução, falta de vagas na rede conveniada;
> c) Descredenciamento da rede conveniada: sem aviso aos usuários au à ANS
> d) Interferência na ação de médicos e prestadores; negação de consultas, internações, exames, limitação do tempo de internação. Além disso, os pagamentos por procedimento médico são baixos e são estipulados metas individuais de quantidade máxima de procedimentos pedidos que, se ultrapassada reduz os valores pagos e se não atingida pode gerar bonificações;
> e) "Expulsão dos idosos": aumentos abusivos por idades inviabilizam a permanência dos idosos no momento de maior necessidade de atendimento; e
> f) Ausência de assistência farmacêutica (BAHIA; SCHEFFER, 2010 *apud* CISLAGHI, 2015, p. 128-129).

Todos esses mecanismos têm como objetivo garantir os enormes lucros das empresas de planos de saúde, em geral sociedades por ações vinculadas ao setor financeiro da economia. De acordo com dados de setembro de 2012, no Brasil, existem 1245 operadoras de planos médico-odontológico[42], com cerca de 47,6 milhões de clientes. O faturamento global dessas operadoras foi, em 2011, de R$ 85,5 bilhões de reais. Estima-se que em 2012 essas operadoras alcançaram R$ 100 bilhões de reais, mais do que o dobro do orçamento da união para o setor de saúde no mesmo ano (CARVALHO, 2013 *apud* CISLAGHI, 2015).

---

[41] De acordo com Cislaghi (2015), Elio Gaspari, em coluna no Jornal o Globo de 26 de maio de 2013, denunciou o que o jornalista chama de "porta giratória da ANS", isto é, a ida de executivos dos planos de saúde para a direção da ANS e vice-versa. Mauricio Ceschin, que presidiu a ANS entre 2009 e 2012, vinha da empresa Qualicorp. "Um diretor que veio dos quadros a Amil a eles retornou. Outro saiu a Amil, passou pela agência e hoje está na Unimed. Um quadro da Hapvida que litigava contra a ANS tornou-se seu diretor adjunto". Privilegiando o lucro

[42] De acordo com Cislaghi (2015) essas operadoras atuam na esfera da circulação, oferecendo seguros que garantem acesso a certos serviços hospitalares e de médicos autônomos. A extensão da cobertura depende dos valores das apólices. Assim, parte dos lucros de hospitais, clinicas e serviços de saúde é dividido com as operadoras em questão, como representantes do capital comercial. Algumas operadoras também oferecem sua própria rede de serviços, associando, assim, capital comercial e produtivo.

Além disso, existem outros mecanismos que garantem a transferência direta de fundo público para as empresas de planos de saúde. um desses mecanismos é o pagamento de planos privados para os servidores públicos.

Outro mecanismo é a chamada “dupla porta”, isto é, a reserva de vagas para usuários de planos de saúde que passam na fila a frente dos usuários do SUS. Esse mecanismo foi formalizado na década de 1990 em hospitais especializados e universitários sob o argumento de solucionar déficits devido ao subfinanciamento (CISLAGHI, 2015). Mas tal prática não tem respaldo jurídico, sendo contestada diversas vezes, sem reverter à situação. Segundo Bahia e Scheffer, (2010 *apud* CISLAGHI, 2015, p. 130).

O Instituto do Coração da USP atende 83 empresas de planos de saúde além dos servidores estaduais de regime de “dupla porta”. O Hospital das Clínicas, da mesma instituição, atende conveniados de 66 planos privados. O Hospital de São Paulo, ligado a UNIFESP, atende a 63 planos. O Hospital das Clínicas gerido como empresa pública e ligado a UFRGS, que inspirou a criação da EBSERH, atende 35 empresas além do Instituto de Servidores Estaduais do Rio Grande do Sul. Nas universidades federais de MG e RJ o atendimento em “dupla porta” é realizado em internações e para servidores vinculados a caixas de assistência da própria instituição (CISLAGHI, 2015).

Embora os valores pagos pelos planos para os procedimentos serem superiores à tabela do SUS, esses recursos não cobrem os gastos fixos, de custeio e de investimentos requeridos,” ou seja, tem como essência a construção da ideia de que o atendimento diferenciado aos pacientes de planos e seguros se converte na sobrevivência e sustentabilidade de unidades do SUS” (BAHIA; SCHEFFER, 2010, p. 117 *apud* CISLAGHI, 2015, p. 130).

Os planos também, ao não financiar os procedimentos caros e complexos transferem para ao SUS seus usuários. Entre os anos de 2005 a 2010 a internação de usuários de planos de saúde no SUS cresceu 59,7%.

Esse mecanismo tentou ser corrigido com a lei de planos de saúde que previa o ressarcimento das ações ao SUS nesses casos. No entanto, essa arrecadação é muito baixa, pois as empresas de planos de saúde frequentemente entram com recursos administrativos e ações judiciais contestando a cobrança. Segundo o Tribunal de Contas da União (TCU) em 2009, o SUS deixou de receber R$ 3,8 bilhões, declarando que a ANS é ineficiente na cobrança e desconsidera procedimentos ambulatoriais para fins de ressarcimento (BAHIA; SCHEFFER, 2010, p. 120 *apud* CISLAGHI, 2015, p. 130).

Com isso, a ANS, que deveria ser auto-sustentável como órgão regulador, arrecada muito pouco, dependendo, assim de recursos da união para se manter. Entre 2012 e 2013, a ANS conseguiu um aumento de 158% da arrecadação de ressarcimentos, atingindo R$ 183,24 milhões no ano. Entretanto, esses valores representam apenas 0,5% do atendimento do SUS e 4% do gasto com internações (VALOR ECONÔMICO, 2014).

De acordo com reportagem do Globo, só em 2010 a ANS estimava um gasto anual de R$ 537 milhões com internações de usuários de planos de saúde no SUS, o que demonstra que os gastos ainda são muito superiores ao ressarcimento do SUS.

O crescimento dos subsetores privados da saúde também está relacionado à concessão de benefícios fiscais oferecidos pelo Estado. Segundo dados da Receita Federal, a renúncia fiscal da União, com saúde, para 2013, é de cerca de R$ 20,9 bilhões. Em relação ao imposto de renda, R$ 13,3 bilhões (pessoa física, 9,9 bilhões de reais; e pessoas jurídicas, R$ 3,4 bilhões de reais); para medicamentos e produtos químicos e farmacêuticos; 4,2 bilhões de reais e para as organizações filantrópicas; 2,6 bilhões de reais. Outros dois programas, para oncologia e deficientes, tem uma desoneração esperada de 8 milhões de reais (CARVALHO,2013).

Com relação aos planos de saúde as cooperativas médicas e os planos relacionados a entidades filantrópicas têm diversos tipos de isenções tributarias, incluindo sobre a Cofins e a CSLL, que são fontes de financiamento da saúde pública (CISLAGHI, 2015).

No caso da assistência suplementar, esses mecanismos de transferência de fundo público demonstram que:

> Torna[m] equivocada a afirmação de que os planos e seguros de saúde ‘aliviam’ ou desoneram o SUS. É plausível a assertiva inversa: são os serviços públicos que subsidiam e atuam como retaguarda para a assistência suplementar (BAHIA; SCHEFFER, 2010, p. 131 *apud* CISLAGHI, 2015, p. 131).

Todos esses mecanismos possibilitaram a expansão do setor privado no Brasil. De acordo com os dados da ANS entre março de 2000 a março de 2015, houve um crescimento contínuo do sistema de saúde suplementar brasileiro, respectivamente, de 30,5 milhões de usuários para 50,2 milhões.

Entretanto, em um contexto de crise econômica entre março de 2015 e março de 2016 a expansão da saúde suplementar sofre uma retração, com a perda aproximadamente de 1,5 milhão de usuários de planos de assistência à saúde. Em março

de 2016, existiam 48,8 milhões de beneficiários de planos privados de saúde. de acordo com os mesmos dados divulgados pela ANS, essa queda teve sua maior porcentagem referente a contratação estabelecida entre o plano e o coletivo empresarial (aproximadamente 900 mil usuários), compreendida como resultado da crise conjuntural que o país vive atualmente. Esse processo tem como resultado, o aumento dos usuários dos serviços públicos de saúde, tendo como pressuposto a análise de que com a diminuição da contratação realizada entre planos e empresas, não houve aumento da contratação da contratação entre usuários e planos individuais. Ao invés disso, houve uma queda de 200 mil usuários referentes aos planos individuais e familiares.

Em função desse processo, o ministro o então ministro da saúde Ricardo Barros enviou a ANS proposta de Grupo de Trabalho criado no âmbito do Ministério da Saúde (MS) para discutir a elaboração do projeto denominado de "Plano de Saúde Acessível" ou "Planos Privados Populares", por meio da Portaria n° 1.482, de 04 de agosto de 2016. As propostas apresentadas pelo Grupo de Trabalho foram consolidadas no Ofício n° 60-GS/SAS da Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde, datado 18 de janeiro de 2017. De acordo com a proposta, esse procedimento foi realizado com o seguinte objetivo:

> Visando da alternativa aos 1,5 milhões de brasileiros que perderam seus planos de saúde, a participação do Ministério da Saúde foi reunir, para discussão, as mais de 20 instituições ligadas à Saúde Suplementar, como Abramge, Proteste e Unimed, além de representantes do Ministério da Saúde (coordenação), Agência Nacional de Saúde Suplementar e da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (BRASIL, 2017, *apud* MARINHO, 2017, p.56).

Ainda de acordo com o referido documento "cabe a ANS verificar a legalidade e a pertinência das medidas sugeridas e, eventualmente, adotar alguma ou parte das medidas" (BRASIL, 2017).

De acordo com Bravo; Pelaez; Pinheiro (2018) o documento apresenta as seguintes propostas para o plano de saúde acessível:

- Plano Simplificado: Cobertura para atenção primária, incluindo consultas nas especialidades estabelecidas no Conselho Federal de Medicina (CFM) e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade. Essa proposta não disponibiliza exames laboratoriais de alta complexidade, para internação, terapias e exames de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência e hospital dia.

- Plano Ambulatorial + Hospitalar: Cobertura de toda atenção primária, atenção especializada de média e alta complexidade. O paciente obrigatoriamente seria

submetido a uma prévia avaliação realizada pelo médico da família escolhido pelo beneficiário, se necessário, caberá ao médico encaminhar o paciente para a rede especializada. Havendo indicação para atendimento hospitalar, o beneficiário poderá ser encaminhado para uma segunda avaliação média que reafirme a necessidade de realização do procedimento. É importante destacar que a cobertura do plano está adaptada à disponibilidade de infraestrutura do município e a capacidade operacional da rede particular. Bem como a criação de dupla autorização pela operadora, o que é vedado pela legislação, tornando difícil o acesso após a autorização.

- Plano em Regime Misto de Pagamento: Oferece serviço por intermédio de contrapartida mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva, assim como, se necessário atendimento ambulatorial. Fica sob a responsabilidade do beneficiário o pagamento do procedimento, de acordo com os valores estabelecidos em contrato. Os modelos pré e pós-pagamentos serão acordados, assegurando o rol de procedimentos da ANS. Nessa modalidade as operadoras estariam livres para cobrar o fator moderador (coparticipação) de 50%.

Propõe-se também um arcabouço regulatório diferente para permitir a cobrança de prêmios de seguros menores e aumentar a cobertura populacional por planos privados de saúde. Maior cobertura populacional pela Saúde Suplementar, segundo a argumentação, aliviará os gastos do governo com o SUS e ajudará a *"Construir a universalização que está prevista na constituição"*. Contudo, não é o que se observa na prática. O quadro abaixo apresenta as regras propostas, os argumentos usados para sua adoção e possíveis consequências indesejadas.

Quadro 1 –Arcabouço regulatório proposto e suas possíveis consequências

Regra	**Intenção**	**Consequências Indesejadas**
Rede hierarquizada com acesso inicial obrigatório pela atenção primária	Racionalizar o uso da rede assistencial evitando utilização excessiva de cuidados mais complexos e caros ou ineficazes.	Aumentar a demanda por atenção básica no SUS, onde este segmento da atenção está mais bem organizado; limitar as opções do segurado

		direcionando-os para provedores específicos; dificultar acesso a serviços mais caros e complexos aumentando a demanda por estes mesmos serviços no SUS e/ou o gasto direto (pagamento de bolso) não programado por parte do segurado.
Coparticipação de pelo menos 50% do valor dos procedimentos	Forçar o segurado a participar mais ativamente das decisões que envolvem sua saúde, tornando-o menos suscetível a aceitar cuidados desnecessários ou muito custosos.	Reduzir o grau de mutualismo entre os segurados e limitar o acesso dos mesmos aos cuidados necessários, especialmente aos mais caros, podendo forçá-los a recorrer ao SUS e/ou pagar do próprio bolso. Esse problema pode ter sérias consequências no caso de pacientes crônicos que necessitam de cuidados permanentes.
Protocolos clínicos definidos	Basear a tomada de decisão sobre o cuidado necessário em evidências científicas e uniformizar a assistência de forma a minimizar erros de diagnósticos e melhorar a qualidade dos serviços prestados seguindo os mesmos protocolos	Restringir a liberdade dos médicos e os cuidados disponibilizados.

	adotados no SUS.	
Recomposição de preços com base em planilhas de custos das operadoras	Assegurar a sustentabilidade financeira dos planos.	Repassar custos e risco do negócio para o segurado retirando incentivos para busca de eficiência por parte das operadoras, além de permitir comportamentos abusivos nos reajustes de preços.
Obrigatoriedade de segunda opinião médica para os procedimentos de alta complexidade	Evitar a prescrição de tratamentos desnecessários ou ineficazes.	Afetar a tempestividade ou impedir o acesso ao cuidado necessário, principalmente internações, procedimentos caros e complexos e atendimentos de urgência, podendo forçar o segurado a recorrer ao SUS e/ou incorrer em gastos diretos não programados, para pagamento a prestadores de serviços
Alargamento dos prazos de atendimento	Adequar os prazos à rede assistencial disponível.	Afetar a tempestividade e a integralidade do cuidado, principalmente nas especialidades que requerem maior celeridade como, por exemplo, a cardiologia e a oncologia. Novamente, o segurado pode terminar recorrendo ao SUS e/ou incorrer em gastos diretos não

		programados, para pagamento a prestadores de serviços.
Canal digital de comunicação	Reduzir custos administrativos usando a internet como meio de interação entre as operadoras e os segurados.	Impor barreiras à comunicação, especialmente considerando-se o perfil do público-alvo, qual seja a população de mais baixa renda que não necessariamente tem fácil acesso à internet.
Plano regionalizado com cobertura adaptada à disponibilidade da rede assistencial privada no município.	Adaptar a cobertura à rede disponível para reduzir custos da assistência e cobrar menores mensalidades do segurado.	Restringir o acesso a cuidados necessários e aumentar desigualdades na utilização da assistência à saúde, sem que necessariamente a redução de custos seja repassada para as mensalidades pagas pelos segurados. Novamente, o segurado pode terminar recorrendo ao SUS e/ou incorrer em gastos diretos não programados, para pagamento a prestadores de serviços. A proliferação de planos regionalizados exacerba os problemas de informação e cria oportunidades para que as operadoras adotem

		comportamentos abusivos, como, por exemplo, a exclusão de tratamentos para determinadas doenças mesmo quando disponíveis na localidade e a venda de cobertura para procedimentos não disponíveis na localidade.

Fonte: O público e o privado no sistema de saúde: Uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível. Edvaldo Batista de Sá. Nota Técnica N° 47 IPEA Diretoria de Estudos e Políticas Sociais, 2018.

De modo geral, as regras propostas têm como objetivo racionalizar a assistência prestada à população, e deve contribuir para um maior controle do uso de assistência à saúde reduzindo custos para as operadoras. Por outro lado, o controle de custos pode acontecer à custa de barreiras ao acesso a cuidados necessários por parte dos segurados e à transferência de riscos e custos tanto para segurados, o que cria a possibilidade de gastos catastróficos, especialmente considerando as condições econômicas da população-alvo da proposta, como para o SUS.

Diante das propostas defendidas pelo governo diversas entidades manifestaram posicionamentos contrários. O Conselho Nacional de Saúde, em 10 de março de 2017 apresentou uma moção de repúdio à proposta, enfatizando que a mesma subverte o papel do Estado e representa grave retrocesso, apresentando diversos limites de cobertura, o que fere o princípio da integralidade da assistência, destaca ainda a diminuição da competência regulatória da ANS. A Associação de Servidores e Demais Trabalhadores da ANS (ASSETANS) em assembleia realizada no dia 05 de setembro de 2017 aprova um posicionamento contrário aos Planos de Saúde Acessíveis, enfatizando que suas características limitam as coberturas previstas pela Lei n° 9.656 (BRASIL, 1998) e sua regulamentação, contrariando o princípio da integralidade da atenção em cada seguimento existente hoje; considera que fatores acima de 30% são considerados restritores severos ao acesso, o mesmo está previsto em 50%. Ressalta também que os serviços oferecidos serão parcelados, de baixa qualidade jogando para o sistema público procedimentos de alto custo (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

A ASSETANS também afirma que os planos populares “certamente beneficiará apenas as operadoras, dada a redução da cobertura assistencial exigida pela ANS”, uma vez que “a venda de ‘planos populares’ traz a falsa impressão à população de que o acesso a saúde será facilitado, quando, na verdade, sua cobertura excluirá a população vulnerável, integrada sobretudo por doentes crônicos e idosos, por se limitar a consultas e exames de menor complexidade”.

O Conselho Federal de Medina (CFM) publicou, em 5 de agosto de 2016, nota de Esclarecimento à sociedade, com o seguinte teor:

> “1. A autorização da venda de “planos populares” apenas beneficiará os empresários da saúde suplementar, setor que movimentou, em 2015 e em 2016, em torno de R$ 180 bilhões, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); 2. Se implementada, esta proposta não trará solução para os problemas do Sistema Único de Saúde (SUS), possivelmente sem a inclusão de doentes crônicos e idosos, resultando em planos limitados a consultas ambulatoriais e a exames subsidiários de menor complexidade. Portanto, não evitarão a procura pela rede pública ou impacto prejudicial ao financiamento do SUS; 3. Propostas como a de criação de “planos populares de saúde” apropriam-se e distorcem legítimos desejos e anseios da sociedade; 4. Na expectativa de um novo governo e de uma nova cultura de proficiência, eficácia e probidade na Nação, a sociedade conta, na verdade, com a adoção de medidas estruturantes para o SUS, como: o fim do subfinanciamento; o aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão; a criação de políticas de valorização dos profissionais, como uma carreira de Estado para os médicos; e o combate a corrupção. Somente a adoção de mediadas dessa magnitude será capaz de devolver à rede pública condições de oferecer, de forma universal, o acesso à assistência segundo parâmetros previstos na Constituição de 1988 e com pleno respeito a dignidade humana” (CFM, 2016, não paginado).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informou que não tinha conhecimento prévio a respeito do Grupo de Trabalho, tendo tomado conhecimento no momento em que o mesmo foi publicado no Diário Oficial da União. A Agência reitera sua autonomia técnica para regular o mercado de Saúde Suplementar, nos termos definidos pelas leis 9.656/98 e 9.961/2000.

A Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) reuniu, em audiência pública de 9 de agosto de 2016, diferentes entidades, incluindo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), entidades médicas e da sociedade civil, que defenderam a “priorização orçamentária federal para o setor saúde” e contra a criação do “plano de saúde popular”.

A Frente Parlamentar Mista em Defesa do SUS manifestou sua preocupação com o fato de “que o ministério da Saúde exclua dessa discussão, as entidades representativas dos entes federativos (Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS) e

da sociedade Conselho Nacional de Saúde – CNS), fato inédito nesses 26 anos de Constituição e Sistema Único de Saúde (SUS); sendo preocupante, também, a invasão de competência da Agência Nacional de Saúde, criada por esta Casa Legislativa para regulamentar, fiscalizar e controlar o mercado de planos e seguros de saúde" (PFDC, 2017).

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), foi convidado a participar do Grupo de Trabalho criado pela Portaria MS 1.482/2016, entretanto, não aceitou por considerar a proposta *"ilegal e tecnicamente equivocada"*, solicitando a revogação da Portaria e consequentemente extinção do Grupo de Trabalho.

Diversas outras instituições incluindo sociedades médicas e associações da sociedade civil também se posicionaram contra a criação dos "planos de saúde acessível" por considerarem que a proposta fere os princípios constitucionais.

Na verdade, o governo pretende com este novo quadro legal para o mercado de planos e seguros de saúde, atender os interesses particulares e as exigências exclusivas das empresas de planos de saúde, com base nas seguintes propostas: segmentação de coberturas assistenciais, redução da lista de procedimentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde estipulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Dentre outros aspectos, o governo Temer pretendia naquele momento reduzir o valor a ser restituído pelas operadoras ao SUS, na forma da Lei, sempre que clientes de planos de saúde são atendidos na rede pública, além da redução do valor de gradação das multas aplicadas pela ANS contra planos de saúde, no caso de ilegalidade das operadoras e reajustar a mensalidade dos planos de saúde de pessoas com mais de 60 anos de idade (idosos) a quem é vedado (ABRASCO; CEBES; IDEC, 2017).

Juntamente com à proposta dos planos populares de saúde, voltou a tramitar em agosto de 2014, na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJC) da Câmara de Deputados Federal a Proposta de Emenda Constitucional – PEC 451/2014, o projeto de Lei que obriga a todos os empregadores brasileiros a garantirem aos empregados serviços de assistência à saúde (SERAPIONI, 2019).

Dessa forma, os planos de saúde "populares" ou "acessíveis" representam a possibilidade de rentabilidade para o setor privado e um prejuízo incalculável no campo do direito a saúde. Segundo Silva (2017) essa é uma estratégia de um intelectual coletivo contemporâneo que representa o setor empresarial da saúde, o Instituto Coalizão Saúde – ICOS "intitula-se uma associação cível e privada, de âmbito nacional

e sem fins lucrativos. Tem como principal objetivo congregar e articular os princípios integrantes da cadeia produtiva de saúde" (SILVA, 2017, p.37).

De acordo com Nota Técnica n° 03/2017 elaborada pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) em 2017, o "Plano de Saúde Acessível" que tem como pressuposto o pagamento pelo usuário, comprometendo assim os princípios da universalidade e equidade no acesso e da integralidade da atenção, valores centrais defendidos pelo SUS. Ao determinar que todos terão acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, a Constituição de 1988 viabilizou a inclusão, na atenção sanitária de um terço da população rural e urbana brasileira não vinculada ao mercado formal de trabalho. O "Plano de Saúde acessível", a um só tempo, restringe o conceito de saúde como direito e amplia com bem, sujeito ao regime de exploração econômica pelos agentes do mercado.

Nesse panorama, o SUS pode converter-se em mero programa assistencial para pobres e desvalidos. A perda, além da força simbólica que representa no plano da conquista de direitos, atinge mais fortemente esse segmento da população, que verá os serviços a ele prestado decaírem por redução no investimento.

O princípio da integralidade na atenção diz respeito ao reconhecimento de que o estado da saúde e bem estar do indivíduo e das populações não resulta unicamente da ausência de doenças, mas está relacionado ao estado geral de bem estar físico, mental e social[43]. Intimamente relacionado com as condições sociais da saúde, distancia-se de abordagens segmentadas e parciais do processo saúde-doença, para propor uma atenção integral que leve em consideração simultaneamente todo o espectro da atenção sanitária, com ações preventivas e curativas, com a integração dos três níveis de atenção à saúde, isto é, atenção primária, secundaria e terciaria.

A dissociação da atenção à saúde em componentes, quaisquer que sejam, ambulatorial e hospitalar, primária, secundária ou terciária, preventiva ou curativa, etc., sem perspectiva integralizadora sistêmica, fragmenta, fragiliza e desfigura o desenho constitucional do SUS, comprometendo o modelo de atenção à saúde preconizado por ele.

E, pela proposta apresentada pelo governo, haverá uma lacuna na prestação da saúde, uma vez que o sistema público continuará a responder por procedimentos de

---

[43] "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" WHO (World Health Organization) 1946. Constitution of the World Health Organization. Basic Documentes. Genebra: WHO, 1948.

média e alta complexidade, porém sem informação ou controle sobre aquela parcela de ações e serviços básicos que forem transferidos para a iniciativa privada. Para o usuário do sistema, a consequência pode ser o aumento das barreiras de acesso em ambos os sistemas, público e privado a aumento das desigualdades, entre segurados e não segurados pelo sistema privado, a despeito de continuarem a compartilhar e concorrer pelos mesmos equipamentos do sistema público, para média e alta complexidade.

O SUS propõe uma lógica sistêmica e integral, enquanto a exploração privada de planos e seguros de saúde possui uma lógica da segmentação da assistência e do risco a ser coberto, são, portanto, lógicas distintas e imiscíveis.

Em linhas gerais, a proposta de "Plano de Saúde Acessível" significa aumento de gastos em saúde das famílias, sem a garantia da contrapartida de uma ampliação efetiva da cobertura recebida. E, ainda, o cidadão que não puder arcar com tais custos terá que recorrer a um serviço público subfinanciado e estigmatizado como baixa categoria e qualidade.

3.3 **As lutas por saúde em defesa do SUS**

As mudanças na economia mundial impõem mudanças na intervenção do Estado, na sua forma de regular a economia e a sociedade. Porém, do lado dos trabalhadores e de alguns setores organizados da sociedade civil, existem resistências políticas a essas mudanças. Por isso, as reformas sanitárias propostas pelos organismos financeiros internacionais não vêm se consolidando da mesma forma em todos os países dependentes. Existem particularidades no processo político de cada realidade

A nível mundial, uma das principais formas de resistência na área da saúde, tem sido os Fóruns Internacionais em Defesa da Saúde dos Povos que congregam diversos setores organizados da sociedade civil para a "luta pela universalização dos direitos sociais, e particularmente pelo direito à saúde como expressão do direito à vida, compreendendo a saúde como expressão das condições e da qualidade de vida, e não apenas como acesso eventual a serviços de saúde" (CONCLUSÃO DO I FÓRUM INTERNACIONAL EM DEFESA DA SAÚDE DOS POVOS, 2002). Esses têm acontecido precedendo os quatro últimos Fóruns Sociais Mundiais e caracterizam-se como um foco de denúncias e resistências aos males causados pelas políticas econômicas de ajuste estrutural implementadas:

> Queremos denunciar ao mundo os efeitos devastadores das políticas de ajuste macroeconômico e da militarização das relações internacionais, sobre a possibilidade de e a qualidade de vida dos povos, e afirmar que esses efeitos

> não são acidentes excepcionais das políticas econômicas neoliberais, mas sim a própria essência de uma lógica que objetiva a maximização do lucro, a destruição da capacidade de seguridade social dos Estados e da própria identidade dos Estados nacionais, dividindo o mundo através de um imenso *apartheid* social, onde regiões, países e continentes são relegados à condição de espectadores da monstruosa acumulação de capitais internacionais. Disto resulta a face mais impiedosa da chamada globalização econômica ou mundialização do capital: a profunda iniquidade que se estabelece como uma lógica perpetuadora da injustiça social (CONCLUSÕES DO I FÓRUM INTERNACIONAL EM DEFESA DA SAÚDE DOS POVOS, 2002, *apud* CORREIA, 2005, p. 166).

Os Fóruns Internacionais em Defesa da Saúde dos Povos também denunciam as condicionalidades do Banco Mundial e do FMI, que provocam a degradação das condições de vida e saúde dos povos. Consideram que estes organismos realizam a mundialização do capital e "refletem as diretrizes dos grandes conglomerados capitalistas que hoje dominam o mundo" (DECLARAÇÃO DO II FÓRUM INTERNACIONAL EM DEFESA DA SAÚDE DOS POVOS, 2003). Chamam a atenção para a falta de combatividade por parte da OMS para zelar pela saúde dos povos e pela subordinação da mesma a essas condicionalidades, à OMC e as multinacionais. Rejeitam a lógica das reformas, a lógica das reformas centradas nos interesses de mercado do capital internacional:

> As chamadas 'reformas' e 'modernizações' neoliberais do setor saúde – que são apenas disfarces para a privatização – aprofundam a desigualdade e a falta de acesso. Há várias formas de privatização; uma delas é a entrega de serviços a prestadores privados e seguradoras, outra a incorporação da lógica mercantil no setor público. Tanto uma como a outra prejudicam o direito à saúde (DECLARAÇÃO DO II FÓRUM INTERNACIONAL EM DEFESA DA SAÚDE DOS POVOS, 2003, *apud* CORREIA, 2005, p.166).

Os Fóruns consideram a saúde um direito humano essencial, um bem público e um dever do Estado, posicionando-se contra a sua mercantilização. Manifestam-se firmemente "contra a lógica neoliberal e suas consequências sobre o direito a vida" e contestam "a integração como Zona de Livre Comércio das Américas (ALCA), entendida como mais um ataque contra nossas economias e nossa soberania" (CONCLUSÕES DO I FÓRUM INTERNACIONAL EM DEFESA DA SAÚDE DOS POVOS, 2002). Defende a descentralização, desde que ela se constitua como forma de aprofundar e desenvolver a democracia, reconhecem que ela por si só não é suficiente, pois a mudança se dá a partir de sistemas públicos nacionais, estaduais e locais, "porque esses sistemas locais não podem suprir a responsabilidade dos governos nacionais. A descentralização incompleta gera barreiras de acesso e provoca mais iniquidades" (DECLARAÇÃO DO II FÓRUM INTERNACIONAL EM DEFESA DA SAÚDE DOS POVOS, 2003).

Em janeiro de 2005 ocorreu o I Fórum Social Mundial da Saúde[44] que tratou da efetivação do Direito Humano à Saúde articulado ao modelo econômico e social vigente e a construção de sistemas e políticas públicas nacionais e globais que assegurem os princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação social como poder de decisão. Destacou-se a incompatibilidade entre o avanço das políticas neoliberais, dos acordos comerciais, da atuação da Organização Mundial do Comércio (OMC) e do Banco Mundial com o direito à saúde, pois esses organismos internacionais impõe a criação de sistemas de seguros parciais em que se institucionaliza a focalização e naturaliza a seletividade (CORREIA, 2005). As discussões giraram em torno da condenação da mercantilização da saúde, afirmando que a saúde não pode estar condicionada as leis de mercado, sob pena da continuidade da "legalização" do sofrimento ou da morte de milhares de pessoas que não tem condições de pagar os custo da saúde, impostos pelo mercado (CORREIA, 2005).

Um dos objetivos deste Fórum foi preparar os aportes sobre as reformas alternativas dos sistemas de saúde e seguridade social que nortearão a II Assembléia Mundial da Saúde dos Povos, que foi realizada em Cuenca – Equador, em julho de 2005. Estas assembleias congregaram mundialmente, pessoas sociais, e politicamente progressistas e grupos e movimentos ligados à defesa da saúde. A primeira ocorreu em dezembro de 2000, em Bangladesth (CORREIA, 2005).

A declaração desta primeira assembleia conclamou os povos a: opor-se às políticas internacionais e nacionais de privatização de serviços que convertem à saúde em mercadoria; exigir uma transformação radical da Organização Mundial da Saúde (OMS) para que de respostas às metas em saúde de tal maneira que beneficiem os pobres, evite enfoques verticais, assegure trabalho intersetorial, envolva as organizações dos povos na Assembleia Mundial de Saúde, e assegure independência dos interesses empresariais; promover, apoiar e executar ações que beneficiem a participação dos povos na tomada de decisões nos serviços públicos em todos os níveis; entre outros. Consideram que, enquanto os governos têm a responsabilidade fundamental de

---

[44] O I Fórum Social Mundial de Saúde, realizado em janeiro de 2005, com o tema *Saúde para todas e todos é possível e necessária,* foi idealizado dentro da mesma perspectiva dos Fóruns Sociais Mundiais, congregando forças internacionais mundialistas para lutar na defesa da saúde dos povos e da afirmação do direito universal à saúde, como propostas anti-neoliberais de resistência e formulação de alternativas. Envolveu os diferentes movimentos sociais, os Conselhos de Saúde, os movimentos comunitários de usuários e camponeses, sindicatos, parlamentares, partidos e governos que lutam pela saúde, assim como os atores acadêmicos e suas organizações, intelectuais, organismos multilaterais, ONG e os indivíduos que sentem convocados por esse desafio (CORREIA, 2005, p. 167)

promover um enfoque mais equitativo dos direitos humanos e da saúde, os grupos e movimentos da sociedade civil bem como os meios de comunicação desempenha um importante papel de realizar o controle social, isto, é, monitorando a implementação dessas políticas (DECLARAÇÃO PARA SAÚDE DOS POVOS – ASSEMBLEIA MUNDIAL DE SAÚDE DOS POVOS, 2000).

Com relação ao Brasil, a questão da saúde, a partir da distensão política (BRAVO, 2011), sofreu um processo de alterações na sua dimensão política, com à introdução de um conjunto de medidas e processos que contribuíram para transformar a relação do Estado-sociedade civil, através da participação de diversos atores e instâncias de mediação dentre os quais podemos destacar: entidades profissionais, (sindicatos, associações, grupos de estudo, partidos políticos, organizações populares e instituições sociais, universidades e instituições de saúde).

O Estado buscando modernizar-se, alterou sua relação com a sociedade civil, tornando-se mais receptivo ao reconhecimento dos movimentos sociais como interlocutores necessários (JACOBI,1989 e CARDOSO, 1988 *apud* BRAVO, 2011).

A política de saúde também passa por alguns processos de reformulação já enunciados nos capítulos anteriores, sobretudo a partir da década de 1980, com a penetração e ocupação de cargos de direção no aparelho do Estado, de profissionais progressistas, alguns deles ligados a partidos de esquerda que contribuíram para a formulação da proposta da Reforma Sanitária Brasileira. Nesse contexto, as instituições de saúde, abriram espaço para as manifestações populares, sendo gestado embriões de políticas de participação popular como os Conselhos de Saúde, as Comissões de Saúde, entre outros (BRAVO, 2011).

Nesse processo, não ocorre apenas a alteração do conceito de saúde, que passa a ser concebida como direito de todo o cidadão e dever do Estado, relacionando as condições concretas de vida, como também a criação de mecanismos de enfrentamento das demandas sociais. Em determinadas conjunturas históricas essas práticas atingiram níveis de mobilização e organização elevados, mediante lutas e reivindicações sociais, pressão entra e extra institucional; processo este que resultou em algumas reformulações na política de saúde e modificações jurídico-institucionais como é o caso da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em outros, porém, ocorre o enfraquecimento das instâncias de representação da classe trabalhadora como ocorreu a partir da crise estrutural do capitalismo, sobretudo com a adoção do modelo de acumulação flexível, e no Brasil, a partir da entrada do neoliberalismo em 1990.

Observa-se, nesse período, diferente efervescência política da década de 1980, a substituição das lutas coletivas por lutas corporativas em defesa de grupos de interesses particulares e imediatos dos trabalhadores (BRAVO, 2011). A partir desse momento foram criadas diversas iniciativas para conter o processo de organização e mobilização dos trabalhadores.

Desde a abertura dos anos de 1990, a implementação das políticas de ajuste vem sendo apresentada, pelo capital e pelos governos, como a única saída para a crise brasileira como assinala Mota (1995, p. 164 *apud* MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 244), essa "crise" vem sendo enfocada através de "uma visão socializadora", cujo objetivo é conseguir o consentimento dos trabalhadores acerca dos novos valores políticos, sociais e éticos, que legitimem mudanças requeridas pelo processo de reestruturação produtiva e o desmonte dos mecanismos de proteção social. Dessa forma, segundo os autores "a partir de 1989, há paulatinamente um deslocamento de natureza ideológica na ofensiva do capital e na posição dos trabalhadores que passam a privilegiar a conjuntura de crise econômica, em detrimento da luta em torno de projetos societários".

Esse deslocamento redireciona o conteúdo das suas reivindicações para o campo das ideologias práticas mascaradas pela satisfação de suas necessidades imediatas. Nesse sentido, os trabalhadores terminam por reduzir as suas propostas ao campo da preservação das conquistas ou, tão somente, das possibilidades postas pela conjuntura da crise (MOTA, 1995, p. 191 *apud* MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 244). Assim a burguesia necessita criar condições para instituir os novos objetos de consenso, socializando uma visão de crise no contexto do neoliberalismo, as quais são:

> A desqualificação teórica, política e histórica da existência de alternativas positivas à ordem capitalista e a negação de qualquer mecanismo de controle sobre o movimento do capital, seja enquanto regulação estatal seja por meio de outros mecanismos democráticos de controle social, em favor da regulação do mercado (MOTA, 1995, p.97).

Esse processo incide diretamente na política de saúde, pois ocorre o desmonte dos mecanismos de proteção social, fragilizando a luta dos movimentos sociais por direitos.

O movimento sanitário, sujeito político fundamental na formulação do Projeto de Reforma Sanitária na década de 1980, ficou recuado a partir dos anos de 1990. A inovação que ocorre nesse momento foi à criação dos Conselhos de Saúde que foram concebidos como mecanismo de democratização do poder na perspectiva de estabelecer

novas bases de relação Estado-sociedade por meio da introdução de novos sujeitos políticos (BRAVO, 2011)

Na conjuntura de fragilização das lutas sociais, observa-se que as entidades da sociedade civil não conseguiram uma defesa da seguridade social e da saúde em particular sendo recorrentes medidas de desmonte dessas políticas como é o caso da recém-aprovada reforma da previdência,, Constata-se também que o movimento sanitário constituído de intelectuais da saúde e alguns históricos que participaram de sua construção na década de 1980, não tem se articulado com os demais movimentos sociais como ocorreu na sua origem, identificando-se, portanto, um pluralismo teórico com a preocupação de utilizar abordagens não marxistas, o que tem influenciado em suas posições políticas (BRAVO; MENEZES, 2011 *apud* BRAVO; MENEZES, 2015).

O marco das lutas na década de 1990 foi no campo do modelo assistencial e a defesa do PSF como estratégia, foi o caminho. Esse também foi o caminho das reformas recomendadas para a área da saúde pelo Banco Mundial cujos resultados foram a:

> Transferência dos serviços públicos potencialmente lucrativos ao setor privado; a concentração da ação direta do Estado em programas de baixo custo e voltados para as populações pobres; a ampliação dos recursos dos ‘planos de saúde’ para as camadas médias da população, submetendo-as a uma certa ‘regulação’ para refrear a voracidade das empresas do setor (RELATÓRIO FINAL DA 11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2000, p.4).

É importante ressaltar que, a partir da década de 1990 as agências internacionais promoveram uma série de mudanças que restringiu o papel do Estado como demonstrado nos capítulos anteriores e dificultou a consolidação do SUS constitucional, bem como houve retrocessos nos canais de participação e desrespeito a sociedade civil por parte do Estado que não formulou nenhuma estratégia para alimentar uma política descentralizadora e efetivamente participativa, conforme previsto nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (SANTOS, 2013).

Nesse sentido, o projeto do grande capital aponta para a saúde não como direito universal, mas como um serviço que pode ser comprado no âmbito do privado. A saúde torna-se mercadoria, vista como fonte de lucro e acumulação de capital. Dessa forma, vivencia-se um processo de privatização do SUS com os chamados novos modelos de gestão, que fortalecem a autonomia do mercado com a abertura da iniciativa privada para os serviços de saúde. Assim vivencia-se a privatização da saúde pública no Brasil.

> Desde o início do SUS, portanto, a implantação do direito universal, a saúde teve de conviver e competir com os interesses do mercado privado, que vê a saúde como um negócio a ser explorado, seja na prestação de serviços, seja

> através da venda de seguros privados e serviços de saúde. Todas as formas assumidas pelo setor privado para negociar a saúde no Brasil se beneficiaram historicamente de políticas e recursos públicos, que são mantidos até hoje (CENTO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2014, p. 3).

Nessa perspectiva, a saúde é tomada como nicho de mercado pelo capitalismo como estratégia para o seu fortalecimento. Tal contexto intensificou-se com a crise cíclica do capital em 2008, que evidenciou a continuidade da aliança feita entre Estado e capital, diante do apoio do Estado às agências financeiras, na sequência a um longo período de despolitização e mercantilização da política (HARVEY, 2011, p. 178 *apud* LUZA, 2017)

Nessa acepção, ao invés da saúde ser vislumbrada, no âmbito do Estado, por meio de serviços organizados e oferecidos à população, enquanto condições de vida e trabalho têm sua gestão e desenvolvimento atrelados aos interesses do capital, o qual utiliza o fundo público. Nessa direção, as estratégias, têm abordado várias dimensões desta política, contemplando sua gestão e execução, bem como a vinculando a transações no âmbito do capital financeiro (LUZA, 2017).

Diante dos avanços e retrocessos pelos quais o SUS vem passando ao longo dos anos diversos movimentos em defesa da saúde pública surgiram, dentre eles destaca-se a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) criada em 2010 e inicialmente denominada de “Frente Nacional Contra as OSs e pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) n. 1.923/98”.

Esta Frente foi criada na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e nasceu da articulação dos Fóruns de saúde

> A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde surgiu em 2010, em um seminário no Rio de Janeiro, a partir da articulação de quatro fóruns: Rio de Janeiro, Alagoas, Paraná e São Paulo. Inicialmente, a nossa atuação centrou-se na luta em torno as Ação Direta de Inconstitucionalidade1923/98, que questiona a lei sobre as Organizações Sociais (lei 9637/98). Mais de 500 pessoas participaram desse seminário, o que superou nossas expectativas. Conhecemos pessoas de Fóruns que não sabíamos que existiam, como é o do Rio Grande do Norte, e colegas de outras localidades saíram com o compromisso de criar novos Fóruns (BRAVO, 2012, ONLINE *apud* RAVAGNANI, 2013, p. 123).

De acordo com Bravo e Menezes (2011, p. 32) o surgimento da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde é “[...] fundamental na contra-corrente a defesa da democracia, da participação da sociedade nas políticas públicas, o acesso a socialização das informações”. Nesse sentido, segundo as autoras a Frente localiza-se como mecanismo de participação a pressionar os conselhos, a partir da concepção da saúde como melhores condições de vida e trabalho.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde priorizou inicialmente, a luta contra a criação e implementação das OSs, uma vez que estava tramitando no Supremo Tribunal Federal (STF) para julgamento desde 1998, e podendo sua votação acontecer a qualquer momento, a sua inconstitucionalidade "Seria um precedente para desmontar a estrutura da privatização dos serviços públicos no Brasil" (BRAVO; CORREIA, 2012, p.141). tendo como resultado a possibilidade de barrar a expansão e por fim nas OSs nos estados e municípios onde já tinham sido criadas. Desde então diversas ações, documentos e manifestações coletivas têm denunciado a privatização da saúde no país, conseguindo avançar no entendimento e envolvimento de vários seguimentos da sociedade e movimentos sociais em defesa do SUS relacionado a melhores condições de vida e trabalho, fundada na construção de uma sociedade sem exploração e dominação.

A preocupação em elaborar a Agenda para a Saúde: desafios a serem enfrentados. buscou possibilitar o enfrentamento coletivo dos principais impasses na efetivação do SUS e da Reforma Sanitária brasileira. A agenda é fruto de seminários realizados pelo Projeto Políticas Públicas de Saúde da Faculdade de Serviço Social da UERJ entre os anos de 2006 e 2007, sendo estes: Novos Modelos de Gestão na saúde, em 25 de outubro de 2006; A Política de Saúde na Atualidade: alguns desafios, realizado em 30 de novembro de 2006; e Agenda para a Saúde e o Desafio para Gestão do Trabalho, que ocorreu em 08 de fevereiro de 2007. O projeto era coordenado pela Professora Maria Inês Bravo.

A realização dos seminários resultou na publicação da coletânea intitulada Política de Saúde na Atual Conjuntura: modelos de gestão e a agenda para a saúde[45] em 2007, onde publica a Agenda. A elaboração coletiva da Agenda pelos defensores do SUS apresenta as principais questões e proposições abordadas nos seminários. Têm com referência a construção de uma nova ordem societária pautada na liberdade e igualdade, intencionando ser o documento elaborado um instrumento que fundamente as discussões e debates da saúde na realidade brasileira.

Uma segunda publicação do referido projeto é concretizada em 2011 com o intuito de democratizar o conhecimento. Com o título Saúde na Atualidade: por um Sistema Único de Saúde, estatal, universal, gratuito e de qualidade[46]. A coletânea foi publicada conjuntamente pelos Projetos universitários Políticas Públicas de Saúde e

[45] Organização: Maria Inês Souza Bravo, Débora de Sales Pereira, Juliana Souza Bravo de Menezes e Mariana Maciel do Nascimento Oliveira (RAVAGNANI, 2013).
[46] Organização: Maria Inês Souza Bravo Juliana Souza Bravo de Menezes (RAVAGNANI, 2013).

Saúde e Serviço Social e Movimentos Sociais da Faculdade de Serviço Social da UERJ sob coordenação da Prof.ª Dr.ª Maria Inês de Souza Bravo e pela Seção Sindical dos Docentes da Universidade Federal do Rio de Janeiro do Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ADUFRJ-SSIND) que se estruturou no Documento Agenda para Saúde.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde também vai se preocupar com a construção de uma Agenda para a Saúde. Apresenta cinco eixos estruturantes da sua Agenda, que contém a exposição de questões e aspectos que torna difícil a implantação do SUS, caracterizados como problemas, também apresenta propostas para a garantia da saúde como direito social tal como instituída na carta constitucional no âmbito do Movimento Sanitário nos anos de 1980 que são:

> Determinação social do processo saúde e doença: saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais; Gestão e Financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde; Modelo assistencial que garanta o acesso universal com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade; Política de Valorização do Trabalhador da Saúde E Efetivação do Controle Social (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 73 *apud* RAVAGNANI, 2013, p. 127).

O eixo da **Gestão e Financiamento** do sistema de saúde do Documento Agenda para a Saúde, afirma a necessidade de condições materiais para a efetivação do SUS, não a adoção de novos modelos de gestão, o que implica a ampliação de recursos sob administração estatal, com efetivo controle social. Dentre suas formulações destaca-se a defesa de ampliação de 6% do Produto Interno Bruto (PIB) para a saúde de forma a garantir a universalidade, assim como a não manutenção da Desvinculação das Receitas da União (DRU)[47], que desvincula 30% dos recursos da seguridade social, direcionados à ciranda financeira. Transparência na gestão e nos gastos, revisão dos modelos burocratizados e formação para gestor que deve ser concursado, eleito e não indicado, com responsabilidade sanitária. Destaca-se a necessidade do fortalecimento da concepção da intersetorialidade e das relações da saúde com as demais instâncias e poderes da sociedade; aumento da fiscalização da rede privada e a eliminação da Lei de Responsabilidade Fiscal para despesa com profissionais da saúde, que tem possibilitado a terceirização na contratação dos trabalhadores (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2011).

---

[47] Anteriormente denominada Fundo Social de Emergência (FSE) em 1993 e Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) em 1994 e 1995. A partir de 2000 a denominação DRU.

Outro mecanismo que retira recursos da seguridade social é a Lei de responsabilidade fiscal (LRF) criada em 2000 favorecendo a apropriação do fundo público, uma vez que elimina as despesas priorizando o pagamento de juros da dívida contraída após as eleições de 1998 em acordos com o FMI (RAVAGNANI, 2013). O empréstimo de US$ 41 bilhões ocorreu a partir do compromisso assumido pelo Brasil de garantir condições para apropriação financeira, com destaque para a geração de superávit primário (SALVADOR, 2010, p. 380). O autor sintetiza essa lei como um instrumento neoliberal de contingenciamento do gasto público que compromete o desenvolvimento econômico e social assegurando o fundo público no favorecimento do capital (RAVAGNANI, 2013).

De acordo com Conceição, Cislaghi e Teixeira (2012), a limitação na contratação de pessoal estabelecido pela LRF tem causado impactos negativos tanto na saúde como na educação resultando no desprovimento da força de trabalho e na redução da realização de concursos públicos. O pagamento de juros da dívida sem o estabelecimento de metas de redução das desigualdades sociais e em consequência sem avaliação da necessidade de ampliação de recursos para políticas sociais colocam, segundo as autoras, a área social submetida às necessidades da área fiscal, e dessa forma, a irresponsabilidade social como a outra face da responsabilidade fiscal.

Dessa maneira, um dos espaços de luta contra a privatização é o âmbito jurídico. A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde se faz presente através das ações civis públicas, ação direta de inconstitucionalidade contra as leis municipais e estaduais e contra suas implementações, tendo criado um abaixo assinado online (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2012a, online) com o título "OS não! Pela procedência da ADIn nº 1923/98 que contava com aproximadamente 7.400 signatários (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 141 *apud* RAVAGNANI, 2013, p.129). Dentre suas produções, foi elaborada uma carta com aproximadamente quatrocentas assinaturas de entidades, que foi entregue aos ministros do Supremo Tribunal Federal (RAVAGNANI, 2013).

Esse movimento em defesa do SUS nos termos da Reforma sanitária brasileira dos anos de 1980 demonstra os impactos causados pelas OSs nos municípios em que ela foi implementada e o prejuízo trazido a usuários, trabalhadores e aos cofres públicos por meio do documento "Contra fatos não há argumentos que sustentem as organizações

sociais no Brasil" [48]. A partir de pesquisa na imprensa, depoimentos de trabalhadores, os fatos relatados "[...] Demonstram a necessidade dos Ministros do Supremo Tribunal Federal julgarem procedentes os pedidos de inconstitucionalidade formulados no âmbito da ADI 1.923/98" (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2012b, p.1). Devido a apresentação de fraudes, desvios, a não prestação de serviços devidos a população, ausência de controle social, de fiscalização e de licitação para contratação dessas organizações.

Dessa forma, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, ancorada na apropriação histórica da realidade, denuncia o desvio e usurpação do fundo público, que sucateia o SUS e fortalecem as privatizações por meio dos denominados novos modelos de gestão. E essa denúncia se convertem na produção de documentos, debates, pesquisas, e na própria socialização do conhecimento que possibilita a compreensão do real. Vale ressaltar que, essa produção informa, esclarece e não reproduz ilusões acerca do recurso público expropriado e destinado ao atendimento dos interesses corporativos, privatistas e que alimenta a ciranda financeira no atual estágio de desenvolvimento do sistema capitalista (RAVAGNANI, 2013).

Assim, a definição da Frente como movimento contra-hegêmonico se dá justamente num contexto de total desrespeito aos espaços legalmente constituídos como de controle social e às suas decisões como os conselhos e conferências de políticas públicas. Sua atuação se faz presente no âmbito jurídico e do parlamento. Propõe a gestão estatal da saúde que defenda a redistribuição da renda e da propriedade, que tem função social, o financiamento das políticas que, para não onerar o trabalhador e o usuário, pressupõe a taxação das grandes fortunas.

Vimos no conjunto das ações desenvolvidas pela Frente a sua concepção de saúde fundamentada na perspectiva de valorização do trabalhador dessa área, denunciando a precarização das condições de trabalho e defendo, em contra partida, a formação continuada, o trabalho em equipe, a estabilidade e a isonomia salarial constituindo-se planos de cargos, carreiras e salários.

O serviço social também tem um papel fundamental na luta pela defesa e consolidação do SUS, tendo em vista que existe uma estreita relação entre o Projeto Ético-Político profissional e o de Reforma Sanitária, através da afinidade entre os princípios, aportes e referências teóricas e metodológicas, além da semelhança no

[48] Relatório Analítico de Prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário por parte das Organizações Sociais (OSs). (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2012b) .

momento histórico em que estes projetos são construídos, ambos no processo de redemocratização da sociedade brasileira nos anos de 1980.

Nesse sentido, o assistente social deve apropriar-se das contradições que perpassam a política de saúde para que engaje no processo de defesa do SUS, através de uma atuação pedagógica no âmbito dos espaços sócio-ocupacionais e como fomentadores do debate acerca da luta pela efetivação do direito a saúde.

Assim, o trabalho por direitos e efetivação das políticas públicas, a partir do entendimento das expressões da questão social para além de fato, situação ou fenômeno social desvinculado da forma como a sociedade produz e reproduz as relações sociais, ocorre quando a profissão se apropria das categorias totalidade, movimento, contradição inerentes à perspectiva crítica de orientação marxista. Assim, entendida como manifestação das desigualdades inerentes às relações sociais capitalistas de produção, no contexto de emersão e consolidação da sociedade burguesa, significa uma postura teórico-metodológica reconciliada com a realidade e a historicidade (RAVAGNANI, 2013).

Considerar o exercício profissional nessa perspectiva remete-nos aos desafios colocados atualmente, que requer do assistente social uma postura propositiva, tendo como norte as dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ética-política fundamentais a profissão diante do contexto de desconstrução dos direitos sociais historicamente conquistados pela classe trabalhadora frente ao domínio do capital sobre o trabalho, que globaliza não apenas a economia, mas, sobretudo a pobreza, e em consequência, esvazia e fragiliza os movimentos sociais. São tempos em que o projeto de sociedade em vigor precariza e prescinde do trabalho, propaga o consumo e o individualismo como necessidade de primeira ordem, violenta e se respalda na chamada violência estrutural. Dessa forma, de acordo com Ravagnani (2013), o fortalecimento de processos coletivos a favor da emancipação dos seguimentos populares não pode desvincular-se de uma postura profissional voltada para a participação, referenciada à noção de democracia. Por essa razão, a presente secção busca resgatar a relação do projeto de reforma sanitária brasileira com o Projeto Ético-Político do serviço social como apreensão necessária ao exercício profissional nessa política pública (RAVAGNANI, 2013).

Ainda sobre a autora, existe o descompasso no movimento histórico dos dois projetos no âmbito da profissão, mas por outro lado, existe sintonia de princípios que ambos constituem. As produções teóricas no âmbito da profissão têm respaldado nossa

percepção e, em consequência, nossas ações profissionais, onde, vivemos experiências exitosas no cotidiano em que estão dadas as possibilidades, sem dúvidas quanto ao papel desse sistema de saúde e da profissão, para integramos coletivamente a concretização de direitos.

Vasconcellos (2009) destaca que, diante do Projeto Ético-Político profissional bem como suas dimensões de intervenção, o serviço social deve promover a reflexão crítica dos usuários nos processos de saúde, no sentido de politizar ações, isso contribui para o fortalecimento do sistema de saúde público na perspectiva do direito social.

Os fatores destacados aqui neste item contribuem para o papel dos assistentes sociais no SUS diante da democratização do acesso e das informações. Contribuem também para dar respostas concretas às necessidades dos usuários frente às expressões da questão social que se manifestam no campo da saúde. O profissional que tiver, no percurso de sua prática, orientação teórica, ética e metodológica à luz do Projeto de Reforma Sanitária e do Projeto Profissional, bem como do Código de Ética, legitimará a concepção de saúde como direito social e o enfrentamento da privatização da saúde, à medida que "[...] resgatar o exercício de uma consciência social: consciência do direito do cidadão e dever do Estado [...]" (VASCONCELLOS, 2009, p. 269 *apud* CASTRO; ANDRADE, 2014, p. 115).

Dessa forma, é de fundamental importância que o trabalho do assistente social na saúde tenha como norte o Projeto Ético-Político profissional e este esteja articulado ao Projeto de Reforma Sanitária (MATOS, 2003). Considera-se que o nosso Código de Ética apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos assistentes social na saúde. destacam-se, entre seus onze princípios fundamentais:

- "Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo";

- "Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática";

- "Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores";

- "Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional" (BRAVO; MATOS, 2009).

Concordamos com as análises dos autores acima mencionados que pensar hoje uma atuação competente e crítica do serviço social na área da saúde, a nosso ver, é:

> - Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
> - Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário ao serviço de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos arranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no Projeto de Reforma Sanitária;
> - Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas;
> - Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde (BRAVO; MATOS, 2009, p. 214).

Enfim, não existe fórmulas prontas para a construção de um projeto democrático e a sua defesa não é tarefa apenas de uma única categoria profissional. O assistente social em seu cotidiano profissional deve se articular com outros sujeitos que compartilham dos princípios na busca pelo enfrentamento do projeto neoliberal, uma vez que este retira direitos historicamente conquistados pela classe trabalhadora.

O assistente social não pode ficar acuado diante dos desafios que se fazem presentes na atualidade, mais do que nunca estes profissionais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e levar em consideração que existem um leque de atividades e alternativas a serem desenvolvidas nos diversos espaços de trabalho no qual atuam e que podem fazer toda diferença na politização de novos sujeitos sociais. E assim, os Assistentes Sociais seguem “Quebrando pedras e plantando fores” (CORA CORALINA, 1985).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste momento em que concluo provisoriamente este trabalho de investigação, obrigo-me a fazer dois movimentos: pensar nos resultados que foram alcançados e sobre o que não foi possível abordar no presente trabalho quer seja pelo tempo, pela temática, pelo recorte ou, porque aquilo que aparece como uma "questão pendente" só emergiu como consequência, do caminho percorrido, cujos resultados em parte foram apresentados na forma de texto escrito, o restante fica como acumulo de conhecimento ainda não sistematizado. Dessa forma, o texto não revela todo o processo de mudanças que ocorre com o pesquisador, com o objeto de estudo e, consequentemente com a maneira de apreendê-lo e de relacionar-se com a realidade.

Sem dúvida, estudar os aspectos políticos e institucionais do Banco Mundial e sua influência na política de saúde brasileira ao longo dos 30 anos do SUS (1988-2018), possibilitou, não só compreender a emergência e a trajetória da saúde no interior desta instituição, como as questões político/ideológicas e econômicas envolvidas, bem como os nexos que se estabelecem entre este organismo e o campo da saúde. Embora negue-se, às vezes com veemência, a interferência externa na definição das políticas nacionais, o trabalho demonstrou que elas existem, não como uma relação mecânica de fora para dentro, mas como resultado de uma conciliação de interesses, em última instância econômico entre setores nacionais e internacionais, envolvendo o campo público e o privado que em muitas situações não mais se diferenciam.

Durante o processo de conclusão do presente trabalho o mundo foi surpreendido pela pandemia do coronavírus – COrona Vírus Diseose (COVID-19) que tem sido enfrentada a partir da orientação dos órgãos de saúde pública, por meio do isolamento social e quarentena. A pandemia colocou em xeque diversos sistemas de saúde em vários países considerados de primeiro mundo como os Estados Unidos, Reino Unido, Itália, França, Espanha, entre outros, devido o grande número de mortos e a incapacidade dos referidos sistemas de saúde suportarem o crescente número de casos. Nos países de tradição de sistemas universais como a Inglaterra, o impacto foi menor e a resposta mais efetiva.

A pandemia COVID-19 é considerada uma das maiores crises sanitária vivenciada pela humanidade em todos os tempos uma vez que já atingiu mais de 150 países do mundo causando milhares de mortes e impactando negativamente a economia em todo o planeta. É importante ressaltar que esta nova crise é bem distinta das crises

anteriores, uma vez que aquelas eram crises derivadas do próprio funcionamento das estruturas econômicas. Agora, as sociedades estão enfrentando uma crise sanitária de proporção global que além de ceifar vidas em todos os lugares, tem causado impactos negativos expressivos na economia de todos os países. Hoje já se sabe que os efeitos econômicos da COVID-19 não serão de curta duração (3 a 4 meses como vinha sendo dito pelo Ministro da economia do Brasil) e que seus impactos poderão destruir a estrutura econômica de um país, caso os governos não adotem medidas efetivas a nova realidade.

Dessa forma, diversas instituições internacionais (Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional (FMI), Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), etc.) entendem que os governos nacionais devem deixar de lado o discurso de austeridade fiscal e dotar medidas urgentes em duas direções; por um lado, conter a pandemia, salvando vidas; por outro, buscar estimular a economia para evitar o caos econômico e social.

Sem dúvidas, essa nova fase está mostrando claramente ao mundo que o ideário econômico neoliberal que pautou as intervenções econômicas nas últimas cinco décadas está sendo fortemente questionado, ao mesmo tempo em que se manifesta novamente a importância do Estado enquanto agente decisivo para implementar políticas públicas capazes de reaquecer as atividades econômicas.

De acordo com alguns indicadores básicos, desde 2015 a economia brasileira está dando sinais de crise, como é possível observar com o comportamento do PIB que, em média apresentou taxa de crescimento negativo da ordem de 0,90% ao ano entre 2015 e 2019.

Nesse período, foram implementadas diversas contrarreformas tratadas como salvadoras da pátria como já foi demonstrado no decorrer deste trabalho, mas que serviram para piorar a vida dos trabalhadores e retirar seus direitos. Cabe destacar entre estas: a limitação do teto de gastos públicos por 20 anos (EC95), reforma trabalhista, reforma da previdência entre outras, que fez com que o país convivesse com uma taxa de desemprego bastante elevada (quase 12 milhões de pessoas), bem como uma das piores taxas de investimento econômico das duas últimas décadas.

Uma economia nessas condições, e sendo atingida diretamente pela crise decorrente da COVID-19 terá enormes desafios pela frente. Diante dessa conjuntura, entendemos que o governo federal precisa atuar rapidamente em três frentes essenciais: garantir a solvência das empresas (sobretudo do capital de giro) para que elas continuem

funcionando; garantir a manutenção dos níveis de emprego e de salários dos trabalhadores; e atender os seguimentos mais vulneráveis da população que, além de excluídos economicamente, estão mais expostos à própria pandemia.

Ressalta-se que são estratégias bastante semelhantes a essas que já se pode observar na maioria dos países do mundo. Infelizmente, não parece ser o que a área econômica do governo brasileiro está fazendo, uma vez que a maioria das medidas até agora anunciadas em conta gotas estão demorando muito a serem implementadas, como por exemplo, o auxílio emergencial, onde muitos brasileiros não estão conseguindo ter acesso ao benefício de R$ 600,00 reais mensais, o que poderá levar ao caos social caso a pandemia avance mais rapidamente.

No Brasil, as recomendações de isolamento social e higienização ocorrem junto ao desemprego, o subemprego, a ausência de moradia, de abastecimento de água e saneamento básico. O ato de lavar as mãos e a proteção de um teto não são iguais para todos (CFESS,2020). Em um país em que grande parte da população vive com menos de um salário mínimo e milhões estão desempregados/as ou subempregados/as. Assim esse momento exige medidas governamentais voltadas para toda a classe trabalhadora em especial, as pessoas em situação de rua; negros/as; LGBTI; trabalhadores/as do sexo; catadores/as de lixo e cooperativados/as de reciclagem; populações ribeirinhas e de rua; pescadores artesanais; população indígena; empregadas/os domésticas/os; artesãos e camelôs, quilombolas.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das maiores conquistas alcançadas pela classe trabalhadora nos últimos tempos como foi demonstrado no decorrer do trabalho. No entanto, desde o seu surgimento, isto é, a partir da Constituição Federal da República de 1988, o SUS vem vivenciando imensos boicotes, sendo o principal destes: o desfinaciamento público (a exemplo da Emenda Constitucional (EC) n° 95/2016, que congelou por 20 anos os investimentos em Saúde, Educação, Assistência Social e Segurança Pública); a sistemática alteração do seu modelo de gestão para perspectivas privatizantes. O Plano de Atendimento à Saúde (PAC), em São Paulo, e “cooperativa” no Rio de Janeiro, a partir de 1990, as Organizações Sociais (OSs) desde o governo FHC, Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) desde os governos do PT; e o avanço do setor privado criando á ideologia da impossibilidade de assistência pública à saúde de qualidade, expulsando amplos seguimentos que, iludidos com a compra de plano de saúde, julgam não ser fundamental a defesa do SUS

(MATOS, 2014 BRAVO, et al, 2015) configurando assim como formas de copagamento no âmbito da saúde pública como apresentado no decorrer do trabalho.

Dessa forma, concordamos com Matos (2020) ao afirmar que a pandemia produz medos e incertezas, pois ela chega ao Brasil, com uma história de desigualdades social e com anos de destruição do SUS colocando no horizonte imensas dificuldades de se pensar um futuro tranquilo para esse quadro desolador que a pandemia tem gerado nos países por onde antecipadamente já passou.

E para dificultar ainda mais a situação o presidente da república Jair Messias Bolsonaro sistematicamente tem realizado discursos desqualificando o potencial do vírus, o tratando como uma “gripezinha”, bem como se posicionando contrário ao isolamento social, além da rotatividade no Ministério da Saúde pelo qual já passaram Luiz Henrique Mandetta, Nelson Teich e atualmente busca a militarização do Ministério da Saúde com a entrada o general Eduardo Pazuello que não tem experiência em área.

O General do exército, que ficou como ministro interino por quase quatro meses à frente da pasta, vem avançando em uma política que promove o negacionismo, a censura e o obscurantismo. Não existe um comando nacional para o combate a pandemia no país, nem mesmo um Plano com diretrizes orientadoras. (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2020).

Cabe destacar algumas outras medidas do General Eduardo Pazuello no Ministério da Saúde:

- Publicação de portaria permitindo o uso da cloroquina e hidroxicloroquina para pacientes com sintomas leves;

- Divulgação dos boletins com dados de infectados e mortos pela doença com atraso pelo governo federal;

- Substituição de técnicos do Programa de Saúde da Mulher que estavam trabalhando para valorizar o Programa de Saúde Reprodutiva e a questão do aborto legal, bem como a substituição dos técnicos do Programa de Saúde do Trabalhador que estavam defendendo incluir a Covid-19 como acidente de trabalho;

- Suspensão, em julho de 2020, do convênio com a Universidade Federal de Pelotas para o financiamento da Pesquisa EPICOVID19-BR uma das mais abrangentes pesquisas em nível nacional sobre a Covid-19;

- Publicação do Decreto presidencial nº 10.530, de 26/10/2020, que permiti a inclusão da Atenção Primária de Saúde no programa de concessões e privatizações, com foco em construção, modernização e operação de Unidades Básicas de Saúde (UBS)[49];

- Decreto nº 10.531/2020 que institui a Estratégia Federal de Desenvolvimento para o Brasil, no período 2020 a 2031, sob comando do Ministério da Economia. Linha mestra: reforçar a parceria com o setor privado. Menciona o espaço que a saúde deve ter neste projeto. Este decreto salienta a importância do agronegócio como referência na promoção da saúde e qualidade de vida.

Tal postura, não por acaso, também tem sido a de empresários que o apoiam sob o discurso de que a economia não pode parar. As falas do presidente demonstram seu caráter neofacista, banalizando a vida, ao tratar como mais importante à possibilidade de mortes de contingente de seres humanos, em detrimento da manutenção dos lucros do capital.

Outro aspecto que tem causado muitas preocupações é a precarização das condições de trabalho dos profissionais que atuam na linha de frente no combate a pandemia da COVID-19 com a falta de acesso a Equipamentos de Proteção Individual (EPI), elevadas jornadas de trabalho, falta de medicamentos essenciais no processo de intubação dos pacientes.

No dia 22 de junho de 2020, o Brasil chegou ao triste número de 1.106.470 infectados e 51.271 óbitos pelo novo coronavírus, ao mesmo tempo em que os casos continuam aumentando na América Latina, atual epicentro da crise sanitária. Em uma conferência virtual organizada por Dubai o diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, afirmou que a pandemia do COVID-19 “continua acelerando”, com “um milhão de casos registrados em apenas oito dias”. Afirmou ainda que a pandemia é muito mais do que uma crise de saúde, ela é uma crise econômica, social e, em muitos países, política e que seus efeitos serão sentidos por décadas. O diretor-geral da OMS pediu aos laboratórios farmacêuticos que aumentasse a produção de dexametasona e que se “distribua rapidamente no mundo inteiro” tendo em vista que este medicamento se mostrou muito eficaz no tratamento de pacientes graves da COVID-19.

Com relação à economia, o FMI tinha previsto a reativação da mesma para abril, entretanto, a instituição mudou o enfoque. Segundo Kristalina Georgieva diretora gerente do Fundo Monetário Internacional (FMI), em entrevista à CNN “a reativação da

[49] Depois de toda a repercussão negativa da publicação e da pressão de diversos movimentos, o presidente Jair Bolsonaro anunciou a revogação do decreto.

economia coexistirá com a pandemia" e revelou preocupação com algumas regiões do sul da Ásia e a incerteza sobre a evolução do vírus na África que registrou no dia 22 de junho de 2020 mais de 100.000 casos com quase 2.000 óbitos, segundo dados oficiais.

Segundo Tedros Adhanom Ghebreyesus um fator que tem potencializado a crise é a politização da pandemia, onde se observa divisões em detrimento a da união entre as nações, como é possível observar através dos discursos do presidente dos Estados Unidos Donald Trump que vem acusando a OMS de não prestar informações corretas acerca da pandemia, o mesmo deixou de contribuir com a instituição em plena crise sanitária. E também através do posicionamento do presidente da república brasileira Jair Bolsonaro buscando a flexibilização do isolamento social no momento em que o número de novos casos e óbitos continuam crescendo, além dos casos de corrupção envolvendo a compra de respiradores. Por outro lado, um alento veio da Alemanha e da França que aumentaram a contribuição com a OMS.

Diante desse contexto, é necessário que o Estado brasileiro assegure com absoluta prioridade todas as medidas de salvaguarda da população, sendo estas de curto, médio e longo prazo, tendo em vista que a preocupação primeira deve ser sempre a vida da população. Dentre essas medidas destacamos: a importância da quarentena, ou do isolamento social. O Estado brasileiro deve buscar a constante conscientização da população sobre os riscos da circulação em espaços públicos e privados com o objetivo de diminuir o número de casos, manutenção dos cuidados de higiene pessoal e nos estabelecimentos comerciais, testagem em grande escala da população.

Com relação à economia, o Estado brasileiro, através das ferramentas já existentes como a Política de Assistência Social e o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único) deve fortalecer os programas de transferência de renda já existentes, distribuição de cestas básicas para os/as trabalhadores/as pobres e extremamente pobres (Programa Bolsa Família) e desempregados/as enquanto medidas de maior fôlego, como a manutenção da Renda Básica Emergencial, parcerias entre a União e os Estados para ampliar o número de trabalhadores da previdência social brasileira para agilizar o atendimento , em articulação com os municípios e garantir liberação imediata de aposentadorias, auxílio doença, Benefício de Prestação Continuada (BPC) e demais direitos previdenciários paralisados por causa da "fila" do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Tal medida é urgente e necessária à população. Suspensão temporária da conta de água, Luz, internet, IPTU, IPVA, para toda a população brasileira, liberação de linhas de

crédito para amortecer os impactos econômicos da crise, com taxas de juros reduzidas e prazos ampliados com atenção às pequenas e médias empresas. Essa oferta de crédito deve atender dois objetivos, a saber: primeiro, garantir a manutenção dos empregos e salários dos funcionários; em segundo, possibilitar a adequações dos negócios, onde for possível para o novo contexto da quarentena. O Serviço Brasileiro de Apoio a Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE) é um importante parceiro nesse processo. O governo também deve conceder tempo de carência, além do período de suspensão dos débitos da quarentena, de no mínimo três meses e de forma parcelada. A solvência dos contratos privados dependerá desse arranjo, em que a manutenção do contrato social com o crescimento do nível de emprego e renda vai condicionar o grau de civilidade (qualidade) da transição da retomada do ambiente econômico.

Acerca da saúde e do SUS, é de fundamental importância priorizar investimentos em saúde pública, é necessário também à distribuição do álcool em gel, máscaras, congelamento dos preços nas farmácias e mercados desses itens e outros de primeira necessidade como: alimentos, remédios, produtos de higiene e limpeza e gás de cozinha, a higienização dos transportes de circulação também é fundamental.

Entendemos como medida central para o combate a pandemia, a revogação da Emenda Constitucional – EC 95 para a liberação de recursos financeiros necessários para se construir estratégias em todos os âmbitos, sobretudo ações voltadas para os profissionais da educação pública (professores e técnicos) via secretaria de educação (SEDU) para o período pós-pandemia, haja vista que novas demandas sociais irão surgir e outras que deverão ser trabalhadas (pensar currículos escolares, capacitações, espaços diferenciados no contra-turno escolar, garantia de espaços artísticos e atividade física, estratégias para o Ensino de Jovens e Adultos – EJA, etc.).

O Estado brasileiro também deve fomentar pesquisas cientificas no campo da saúde através de editais públicos específicos de modo a garantir recursos para pesquisadores focarem seus estudos no desenvolvimento de vacina contra o COVID-19, em demandas pós-pandemia, realizar estudos epidemiológicos sobre o consumo de drogas e demais demandas de saúde que sofreram impactos da pandemia, promover Projetos de Lei que visem ações de promoção à saúde e prevenção de doenças por meio da educação popular; criar meios de valorizar os saberes dos povos tradicionais no que diz respeito às suas noções de saúde e suas formas de lidar com as demandas nessa área. Fortalecer o trabalho da Rede de Atenção Psicossocial como os Centros de Atenção Psicossocial Infantil e Juvenil (CAPSi), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro Pop,

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Valorização da Vida (CVV), entre outros, na prevenção, promoção e proteção das pessoas que necessitem de suporte. Enfim, essas e outras ações são primordiais diante do quadro de crise que se instaurou no mundo nos últimos meses.

O surgimento da COVID-19, além do temor da morte, revelou uma das maiores fragilidades do ser humano, o medo da solidão. Revelou que somos seres sociais e como tal precisamos uns dos outros. Em sua expansão o vírus desnudou o mito, e fez isso mostrando que o individualismo econômico é apenas uma ficção que não se sustenta ao menos tremor, ainda que de curto prazo.

Todos os valores impostos pelo neoliberalismo que defende a economia de mercado como melhor conduta social foram fortemente questionados diante da atual conjuntura. Durante esse processo, os estímulos sociais se manifestam como verdadeiros pilares da civilização. Valores como solidariedade (ao invés do egoísmo), a cooperação (ao invés da competição), a partilha (ao invés da acumulação), a compaixão (ao invés da indiferença) e, sobretudo a amizade (ao invés do oportunismo) se tornam primordiais como norte de superação da crise. Assim, o exercício do que há de melhor em cada indivíduo em sua individualidade, depende mais do que nunca, de uma sociedade coletiva e unida nos principais valores que nos tornam mais seres humanos, mais fraternos e menos mercadoria de um negócio que não pode parar. É centrado nesse sentimento humanista que este trabalho que por hora se encerra busca contribuir com a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e até mesmo faz um apelo à ação decisiva de salvar vidas.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Relatório Descritivo do GT de Planos Acessíveis:* relatório de consolidação das informações e contribuições ao Projeto de Plano de Saúde Acessível. Brasília (DF), 2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/VERS%C3%83O_FINAL_RELATORIO_DESCRITIVO_GT_ANS_PROJETO_PLANO_DE_SAUDE_ACESSIVEL_FINAL__.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

ALMEIDA, S. R. P. de.; VÉRAS, M. P. B. O Programa Farmácia Popular**:** alcance e limites como alternativa de acesso a medicamentos essenciais. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, São Paulo, v. 22, n. 72, p. 269-286, maio/ago. 2017.

ANDRADE, Eli Iola Gurgel. *(Dês) Equilíbrio da Previdência Social Brasileira 1945-1997*. 1999. 232 f. (Doutorado em Demografia) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

ANDREAZZI, M. F. S. de. Recuperação de Custos em unidades públicas de saúde*:* subsídios para o debate sobre novas fontes de financiamento. *Rio de Janeiro*, 31(5): p. 153-169. set./out. 1997.

ANTUNES, R. *O Privilégio da Servidão:* o novo proletariado de serviços na era digital/Ricardo Antunes. 1. ed. – São Paulo: Boitempo, 2018.

ATENÇÃO BÁSICA, *Desafio é fazer mais com melhor gestão dos recursos.* Valor econômico, São Paulo, ago. 2014.

BAHIA, Ligia. *Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado:* Seguros e Planos de Saúde no Brasil. 1999. 265 f. (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

BAHIA, Ligia. O mercado de Planos e Seguros de Saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: B. Negre & G. Di Giovanni, G (orgs.) *Brasil, Radiografia da Saúde*. Campinas: Unicamp, 2001.

BAHIA, L.; COSTA, N. R.; VAN STRALEN, C. A saúde na agenda pública*:* convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1791-1818, 2007. Suplemento.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. *Planos e seguros de saúde***:** o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil. São Paulo: Unesp, 2010.

BANCO MUNDIAL. *Salud:* documento de política sectorial. Washington D.C., 1975

_____. *Financiando os Serviço de Saúde nos países em desenvolvimento:* uma agenda para a reforma. Washington D.C., 1987.

_____. *Brasil:* novo desafio à saúde do adulto. Washington, D.C., (série de estudos do Banco Mundial sobre países), 1991.

_____. *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993:* investindo em saúde. Rio de Janeiro: FGV, 1993.

_____. *A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil:* uma agenda para os anos 90. Washington, D.C., (Relatório n. 12655 – BR), 1995.

_____. *El grupo Del Banco Mundial.* México, (Nota Informativa), 1995a.

_____. *Diretrizes para aquisições no âmbito de empréstimo do BIRD e créditos da AID.* Washington, D.C. 1997.

_____. *Do Confronto à Colaboração:* Relações entre sociedade Civil, o Governo e o Banco Mundial. Washington, D.C. Junho de 2000.

_____. *Projeto Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde –* REFORSUS (Acordo de Empréstimo 4047-BR), 1996

_____. *Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos.* Washington: Banco Mundial. 2007 Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/616691468226447118/pdf/3660110portugu ese.pdf.> Acesso em: 13 jan. 2020.

_____. *20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil:* uma análise do sistema único de saúde / Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Único de Saúde. Washington, D.C; The world bank; 2013.

_____. *Um ajuste justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil: Brasil:* revisão das despesas públicas. v.I: Síntese. Whasington (DC), nov. 2017.

BARROS, B. T. S.; BRITO, A. E. C de. A Política de Saúde sob o governo Temer*:* aspectos ideológicos do acirramento do discurso privatista. *O Social em Questão,* n. 44, maio/ago 2019.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil.* Brasília: Senado, 1988.

_____. Ministério da saúde. *Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ).* Brasilia (DF). Disponível em: Acesso em: 13 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL/MG – CRESS 6ª Região. Coletânea das Leis. Belo Horizonte; Conselho Regional de Serviço Social (CREES) 6ª Região, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL/MG – CRESS 6ª Região. Coletânea das Leis. Belo Horizonte: Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) 6ª Região, 2013.

_____. *Agência Nacional de Saúde Suplementar.* Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, Medida Provisória no 2.177-43, de 27 de julho de 2001. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=412_idoriginal =4 55.> Acesso em: 30 out. 2005.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. *Política Social:* fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, M. I. S. *Serviço Social e Reforma Sanitária*: lutas sociais e práticas profissionais. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete et al. *Serviço Social e Saúde*: formação e trabalho profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez. Distrito Federal: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, p 197-217, 2009.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V.C. Desafios do controle social na atualidade. *Serviço Social e Sociedade***,** São Paulo, n.109, p. 126-150, jan./mar.2012.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: _____.; _____. (Org.) *Saúde na atualidade:* por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: Ed. UERJ: Rede Sirius, 2011.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. *Serviço Social & Sociedade,* São Paulo: Cortez, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As Contrarreformas na Política de Saúde do Governo Temer. *Revista Argumentum*, Vitória, v. 10, n.1, p. 9-23, jan./abr.2018.

CARVALHO, Gilson. Saúde Pública. *Revista Estudos Avançados,* São Paulo, n. 27, 2013.

CISLAGHI. J. F. Hospitais universitários Federais e Novos Modelos de Gestão: faces da Contrarreforma do Estado no Brasil**.** In: *Saúde na atualidade*: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1.ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2011.

_____. *Elementos para a Crítica da Economia Política da Saúde no Brasil:* parcerias público-privada e valorização do capital. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

_____. Privatização da Saúde no Brasil*:* da ditadura do grande capital aos governos do PT. *Em Pauta*, Rio de Janeiro, v. 17, n 43, p. 60-73, 2019.

_____. Hospitais Universitários Federais e novos modelos de gestão*:* faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Bravo de. *Cadernos de Saúde:* Saúde na atualidade: por um sistema único estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

_____. Financiamento do ensino superior no Brasil: novos e antigos mecanismos de privatização do fundo público. In: SALVADOR. Evilásio et al. *Financeirização, fundo público e política social.* São Paulo: Cortez, 2012.

CONCEIÇÃO, T. S.; CISLAGHI, J. F.; TEIXEIRA, S. O. O financiamento da saúde no Brasil: principais dilemas. *Revista Temporalis***,** Brasília, n. 23, p. 97-124, jan/jun. 2012.

CORREIA, M. V. C. *O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira:* mecanismos de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. Tese (Doutorado em Serviço Social), Universidade Federal de Pernambuco, 2005.

CORREIA, M. V. C. Entre a Reforma Sanitária e o SUS*:* os interesses do capital na saúde. In: CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. dos. *Reforma Sanitária e contrarreforma da saúde*: interesses do capital em curso. Maceió: EDUFAL, 2015.

COSTA, Nilson do Rosário; MELO, Marcos André C. de. Reforma de Estado e as mudanças organizacionais no setor saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1, 1998.

COSTA, Nilson do Rosário. *Políticas públicas, justiça e inovação*: saúde e saneamento na agenda social. São Paulo: Editora HUCITEC, 1998.

CONCLUSÕES DO I FORÚM INTERNACIONAL EM DEFESA DA SAÚDE DOS POVOS. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.26, n.60, jan./abr. 2002.

DECLARAÇÃO PARA A SAÚDE DOS POVOS – Assembleia Mundial de Saúde dos Povos. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.27, n.63, jan./abr.2003.

DECLARAÇÃO DO II FORÚM INTERNACIONAL EM DEFESA DA SAÚDE DOS POVOS. *Revista Daúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n.63., jan./abr. 2003.

DEMIER, F. *Depois do Golpe:* a dialética da democracia blindada no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: Mauad X, 2017.

DEMIER, F.; MELO, D. Onda Conservadora, crise Orgânica e Cesarismo de Toda no Brasil**.** In: BOSCHETTI, Ivanete et al. *Marxismo, Política Social e Direitos.* 1.ed . São Paulo: Cortez, 2018.

ELIAS, P. E. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: COHN, A.& ELIAS, *Políticas de Saúde no Brasil*: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. Relações de responsabilidade entre os gestores do SUS: perspectivas para a garantia do acesso, qualidade e humanização da atenção. *Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde*, CNS/MS, Brasília, p. 215-231, 2000.

FAGNANI, Eduardo. A política social do governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica/Social. Policy in the Lula Government (2003-2010*):* Historical Perspective. *SER Social*. Brasília, v. 13, n. 28, p. 41-80, jan./jun. 2011.

FATTORELLI, M. L.; ÁVILA, R.; COLARES, G. Sobraram R$480 bilhões no caixa do governo em 2015. *Auditoria cidadã da dívida*, Brasília (DF), 26 jul. 2016. Disponível em: <https://auditoriacidada.org.br/conteudo/sobraram-r-480-bilhoes-no-caixa-do-governo-em-2015/>. Acesso em: 29 set. 2016.

FEDERAÇÃO NACIONAL DE ACS EACE. *Entrevista.* Mar. 2018. Disponível em: <http://www.susconecto.org.br>. Acesso em: 26 mar. 2018.

FERREIRA, Pedro. Américo de Almeida. Efeitos do copagamento de medicamentos sobre a saúde no Brasil*:* evidências do programa Aqui Tem Farmácia Popular. *Revista do BNDES*, Rio de Janeiro, n. 47, p. 67-117, jun.2017.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 23-64.

FLORÊNCIO, L. P. *Setor privado de planos de assistência à saúde*: identificação das ações de atenção à saúde voltadas à população idosa, no município de Belo Horizonte. 2006. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. *Em defesa do SUS:* público, estatal, universal e de qualidade. nov. 2011. Disponível em: <http://susbrasil.net/wp-content/uploads/2011/11/CARTILHA_CNS.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

GARCIA, M. C. dos S. *As Recomendações do Banco Mundial Para a Política de Saúde No Brasil Durante os Governos Lula*. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), Universidade Federal de Ouro Preto, Mariana, 2018.

GRANEMANN, Sara. Fundações estatais: projetos de estado do capital. In: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Bravo de. *Cadernos de Saúde*. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

HARDOON, D.; AYELE, S.; NIEVA, R. Uma economia para o 1%: como privilégios e poderes exercidos sobre a economia geram situações desigualdade extrema e com esse quadro pode ser revertido. *Documento Informativo 210 OXFAM*, Oxford, 18 jan. 2016. Disponível em: <https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/bp210-economy-one-percent-tax-havens-180116-summ-pt.pdf>. Acesso em: 18 out. 2017.

HARVEY, D. A. *Condição pós-moderna***.** São Paulo: Edições Loyola, 2017.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. *Relações Sociais e Serviço Social*: esboço de uma interpretação histórico-metodológica, 21. ed. São Paulo: Cortez; CELATS, 2007.

IAMAMOTO, M. V. *Serviço Social na Contemporaneidade:* trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, M. V. *Serviço Social Em Tempo De Capital Fetiche***:** capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

KRÜGER, T. R; SERAPIONI, M. *SUS: 30 anos comemorados com desconstitucionalização.* Oficina do CES n.º 449, Maio de 2019.

LAURELL, A. C. La lógica de la privatizacion em salud. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.) *Política de Saúde:* o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

LEITE, José Corrêa. *Fórum Social Mundial* – A história de uma intervenção política. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2003.

MACHADO, Cristiani Vieira.; LIMA, Luciana Dias de.; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de Saúde no Brasil em Tempos Contraditórios**:** caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*, 33 Sup 2:e00129616, 2017.

MARX, Karl. *O capital*: contribuição à crítica da economia política. Livro I. São Paulo: Boitempo, 2013.

MATTOS, Ruben Araújo de. *Desenvolvendo e Oferecendo Ideias*: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial. 2000. 307 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

MEDICI, A. C. Incentivos Governamentais ao Setor Privado de Saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n. 2, p 79-115, 1992.

MENICUCCI, Telma Maria Gonsalves. *Público e Privado na política de assistência à saúde no Brasil:* atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A Política de Saúde no Governo Lula. *Saúde Soc*., São Paulo, v.20, n.2, p.522-532, 2011.

MINAYO, M. C. de S. (org.). *Pesquisa Social:* Teoria, método e criatividade. 18.ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO. *Nota Técnica 03/2017 PFDC***,** de 20 de março de 2017.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. *Estado, classe e movimento social.* 3.ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca básica de Serviço Social, v. 5).

MONTAÑO, Carlos Eduardo, *"Terceiro Setor" e "Questão Social" na Reestruturação do Capital*: O Canto da Sereia. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.

MARINHO, A. Saúde. *Brasil em Números***,** v. 24, p. 91-99, 2016.

MARINHO, Alexandre. A Crise do Mercado de Planos De Saúde*:* devemos apostar nos planos populares ou no SUS? *Planejamento e políticas públicas*, n. 49, jul./dez. 2017.

MOTA, Ana Elizabete. *Cultura da Crise e Seguridade Social:* um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

NETTO, José Paulo. *Capitalismo Monopolista e Serviço Social.* São Paulo: Cortez, 2011.

_____. *Introdução ao estudo do método de Marx.* São Paulo: Expressão Popular, 2011.

OLIVEIRA, G. A. *A compatibilidade dos princípios e modelo de Estado que subjazem ao SUS e a EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares).* 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Faculdade de Filosofia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

OLIVEIRA J. A. A. & TEIXEIRA, S. M. F. *(IM) previdência social:* 60 anos de história de previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes; ABRASCO, 1986

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. *SUS o desafio de ser único.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

POSSAS, C. A. A articulação público-privado e o cuidado com a saúde dos pobres: implicações das políticas de ajuste estrutural na América Latina. In: EIBERNSCHUTZ. C. (Org.). *Política de Saúde*: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

PROGRAMA DE GOVERNO 2002/2006 – *Coligação Lula presidente.* Disponível em. Acesso em: mar. 2020.

PROGRAMA DE GOVERNO 2007/2010 – *Coligação Lula de novo com a força do povo.* Disponível em. Acesso em: mar. 2020.

RAVAGNANI, Carmem Lúcia Cruz. *A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde:* direito garantido, não se compra e não se vende. 2013. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Ciência Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho, 2013.

REIS, Camila Ramos.; PAIM Jairnison Silva. A Saúde nos Períodos dos Governos Dilma Rousseff (2011-2016). *Divulgação Em Saúde Para Debate*|, Rio de Janeiro, n. 58, p. 101-114, jul. 2018.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. *O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS.* 2000. 260 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal de Campinas, Campinas, 2000.

RIZZOTO, Maria Lucia Frizon; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Saúde Soc,* São Paulo, v.25, n.2. p. 263-276, 2016.

ROQUETE, Fátima Ferreira. *Impactos da Regulação Estatal na Gestão Organizacional.* 2002. 226 f. (Mestrado em Administração) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

SALVADOR, E. *Fundo público e seguridade social no Brasil.* São Paulo: Cortez, 2010.

SILVA, Luiz Inácio Lula da. *Carta ao povo brasileiro.* São Paulo, 22 de junho de 2002. Disponível em: https://fpabramo.org.br/csbh/programas-de-governo/. Acesso em: 21 jan. 2020.

SOARES, Raquel Cavalcante. *A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS Hoje:* impactos e demandas ao serviço social. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, 2010.

SOARES, José de Lima. As centrais sindicais e o fenômeno do transformismo no governo Lula. *Revista Sociedade e Estado,* v. 28, n. 3, set/dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v28n3/a05v28n3.pdf.> Acesso em: 30 dez. 2019.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. *Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.

SODRÉ, F; LITTIKE, D; DRAGO, L.M.B E PERIM, M.C.M. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?. *Serviço Social e Sociedade***,** São Paulo, n. 114, p. 365-380, abr/jun. 2013.

SOUSA, J. *A elite do atraso*: da escravidão à Lava-Jato. Rio de Janeiro: Leya Casa da Palavra, 2017.

TEIXEIRA, M. J. de O. A Urgência do Debate*:* contrarreformas na política de saúde no governo Temer. Vitória. *Revista Argumentum,* v.10, n.1, p. 33-50, jan./abr.2018.

UNIDAS. União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Autogestão de Saúde no Brasil: 1980 – 2005. *História da organização e consolidação do setor*. São Paulo: 2005.

VIANNA, Maria Lucia Werneck. Política versus Economia: Notas (menos pessimistas) sobre Globalização e Estado de Bem-Estar. In: GERSCHAMN, Silvia e VIANNA, Maria Lucia W. (orgs.). *A Miragem da Pós-Modernidade:* democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

VALOR ECONÔMICO. *Valor setorial saúde:* apoio à produção nacional. Outubro de 2012.

_____. *Atenção básica:* desafio é fazer mais com melhor gestão dos recursos. Agosto de 2014.

VIANNA, Sólon M., PIOLA, Sérgio F. & REIS, Carlos O. *Gratuidade no SUS:* controvérsia em torno do co-pagamento. IPEA, Texto para discussão n.587, Brasília, 1998.

_____. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil***:** Estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revan: UCAM, IUPERJ, 1998.

ZIGATO, J. O. *A Implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) No Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF):* dilemas presentes e perspectivas futuras. Juiz de Fora, 2015, Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2015.