
SER Social

ALIMENTAÇÃO,
ABASTECIMENTO E CRISE

Brasília, v. 23, n. 48, janeiro a junho de 2021

Política de Saúde e desmonte do SUS no Governo Temer

Health Policy and Disassemble of the SUS in the Temer's
Government / Política de Salud y Desmantelamiento
del SUS en el Gobierno de Temer

Joelcio Jackson Lima Silva¹

Viviane Medeiros dos Santos²

Maria Valéria Costa Correia³

Resumo: Este artigo tem como objetivo discutir sobre o protagonismo do setor privado na Política de Saúde brasileira e sua relação com o desmonte do Sistema Único de Saúde no Governo Temer. O desenvolvimento deste estudo se deu por meio de uma ampla pesquisa bibliográfica, abrangendo as referências teóricas fundamentais para

1 Graduando em Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas (UFal). E-mail: joelcio.silva@fssso.ufal.br.

2 Assistente Social, doutoranda em Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas (UFal) E-mail: vivianemedeiros.al@gmail.com.

3 Assistente Social, doutora em Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas (UFal) E-mail: correia.mariavaleria@gmail.com.

comprender o objeto de pesquisa em questão; e também utilizando os recursos da pesquisa aos documentos que contêm as principais orientações das políticas estatais do Governo Temer: “Uma Ponte para o Futuro”, “A Travessia Social” e a Emenda Constitucional 95. Além dos documentos que expressaram as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica e na Política de Saúde Mental, como também os que propõem a criação de planos acessíveis. Os resultados deste artigo contribuem para dar visibilidade ao desmonte do SUS e à histórica priorização do setor privado na Política de Saúde brasileira, como parte de um projeto amplo de mercantilização da vida.

Palavras-chave: Governo Temer; Sistema Único de Saúde (SUS); protagonismo do setor privado.

Abstract: This article aims to discuss the role of the private sector in the Brazilian Health Policy and its relationship with the dismantling of the Sistema Único de Saúde (Unified Health System) in the Temer Government. The development of this study took place through extensive bibliographic research, covering the fundamental theoretical references to understand the research object in question; and also using the resources of documentary research to the documents that contain the main guidelines of the state policies of the Temer Government: “Uma Ponte para o Futuro”; “A Travessia Social”; and Constitutional Amendment 95. In addition to the documents that expressed the changes in the National Primary Care Policy and the Mental Health Policy, as well as those that propose the creation of accessible plans. The results of this article contribute to give visibility to the dismantling of the SUS and the historical prioritization of the private sector in the Brazilian Health Policy, as part of a broad project to commercialize life.

Keywords: Temer’s Government; Sistema Único de Saúde (SUS); protagonism of the private sector.

Resumen: Este artículo tiene como objetivo discutir el papel del sector privado en la Política de Salud de Brasil y su relación con el desmantelamiento del Sistema Único de Saúde (Sistema Único de Salud) en el Gobierno de Temer. El desarrollo de este estudio se llevó a cabo a través de una extensa investigación bibliográfica, que abarca las referencias teóricas fundamentales para comprender el objeto de investigación en cuestión; y también utilizando los recursos de la investigación para los documentos que contienen las principales pautas de las políticas estatales del gobierno de Temer: “Uma Ponte para o Futuro”; “A Travessia Social”; y Enmienda Constitucional 95. Además de los documentos que expresaron los cambios en la Política Nacional de Atención Primaria y la Política de Salud Mental, así como los que proponen la creación de planes accesibles. Los resultados

de este artículo contribuyen a dar visibilidad al desmantelamiento del SUS y la priorización histórica del sector privado en la Política de Salud de Brasil, como parte de un amplio proyecto para comercializar la vida.

Palabras clave: Temer Gobierno; Sistema Único de Saúde (SUS); protagonismo del sector privado.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos do mundo e foi fruto de lutas de vários setores organizados da sociedade civil, capitaneados pelo denominado Movimento da Reforma Sanitária (MRS), que articulava as lutas no campo da saúde às lutas contra a ditadura militar e pela redemocratização do país na década de 1980. O MRS conduziu essas lutas criticando o modelo de saúde anterior que beneficiava o setor privado e só garantia o direito à saúde a quem trabalhava com carteira assinada. A saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, com a Constituição de 1988, fruto das lutas sociais.

A consolidação do SUS tem sido impedida pela histórica e estrutural disputa entre os interesses do capital e os interesses do trabalho no campo da saúde, que remete a dois projetos: Projeto da Reforma Sanitária (dos anos de 1970 e 1980), com a defesa do caráter universal e público-estatal da saúde, e o Projeto Privatista que concebe a saúde como mercadoria e fonte de lucro, com ataques constantes à saúde como direito de todos (acesso universal) e dever do Estado. A tensão entre estes dois projetos conduz a uma incessante construção e desmonte do SUS. Entretanto, a partir de 2016, quando o Governo de Michel Temer assumiu, tem havido uma intensificação do favorecimento do setor privado em detrimento do setor público, além do protagonismo político do setor privado na definição da Política de Saúde, resultando num progressivo desmonte do SUS.

Para melhor entendimento deste processo, este artigo tem como objetivo geral analisar o protagonismo do setor privado na Política de Saúde brasileira e sua influência no desmonte do Sistema Único de Saúde, a partir do Governo Temer; e como objetivos específicos: 1) situar as tendências recentes da Política de Saúde dentro das

mudanças mais amplas operadas pelo Governo Temer para enfrentar a crise do capital; 2) indicar as principais iniciativas e medidas do Governo Federal/Ministério da Saúde que revelam o protagonismo do setor privado na Política de Saúde brasileira, desde 2016; e 3) discutir sobre as mudanças em programas do Ministério da Saúde e/ou iniciativas governamentais que mais influenciaram no desmonte do SUS durante o Governo Temer, especialmente no seu caráter público e universal, tais como: Política Nacional de Atenção Básica, Política de Saúde Mental e proposta de criação de planos acessíveis.

Este artigo tem como referência o método, materialismo histórico-dialético (LESSA; TONET, 2011), com o intuito de abordar o objeto de estudo por meio de uma perspectiva crítica que analisa a totalidade social e as transformações históricas em seus aspectos políticos, econômicos e culturais. O estudo se deu por meio de uma ampla pesquisa bibliográfica de caráter exploratório, abrangendo as referências teóricas fundamentais para compreender o objeto em questão. Também foi utilizado o recurso da pesquisa aos documentos que contêm as principais orientações das políticas estatais do Governo Temer: “Uma Ponte para o Futuro”, de outubro de 2015, “A Travessia Social”, de abril de 2016, e a Emenda Constitucional 95, de 2016, que impacta negativamente no orçamento da saúde; e aos documentos produzidos pelo Ministério da Saúde, especialmente os que expressam as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica e na Política de Saúde Mental, além dos que divulgam a proposta de criação de planos acessíveis, e dos registros na internet que demonstram a aproximação do governo federal com o setor privado.

Iniciar-se-á esta discussão com um breve resgate histórico dos principais pontos sobre protagonismo do setor privado na Política de Saúde a partir da década de 1960, pois foi quando se explicitou de fato a saúde enquanto política estatal, mas entende-se que as raízes deste problema têm início desde o surgimento das Caixas de Aposentadorias e Pensões (Caps) (1923), que “[...] eram organizadas por empresas, [...] sob a forma de seguro contributivo, formalizado mediante um contrato compulsório, e tinham como objetivo a prestação de serviços de âmbito previdenciário (pensão e aposentadorias [...])” (SOARES, 2010, p. 30). Em seguida, tratar-se-á exclusivamente

do desmonte do SUS e da priorização do setor privado na Política de Saúde durante o Governo Temer.

O protagonismo do setor privado na Política de Saúde a partir da década de 1960 e a constituição do SUS diante dos ajustes neoliberais

Na década de 1960, exatamente no auge da ditadura militar, foi explicitada a assistência à saúde enquanto uma política estatal e unificada à previdência social por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1966. Embora os dedicados esforços para tornar a Política de Saúde, de fato governamental, esta:

[...] neste período passou a privilegiar a assistência médica previdenciária em detrimento da saúde pública. Além disso, o aparato hospitalar privado tornou-se central no atendimento dos segurados, respondendo às necessidades das grandes multinacionais da área de equipamentos médicos e de medicamentos, além da própria rede privada de serviços [...]. (SOARES, 2010, p. 33).

Em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) e, em sua composição, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), prestador de assistência médica apenas aos trabalhadores que contribuía com a previdência social. Nesse período, evidenciou-se ainda uma Política de Saúde baseada em um modelo médico assistencial privatista⁴ hegemônico, que, seguindo o padrão liberal, foi caracterizado por uma medicina previdenciária, assistencialista, hospitalocêntrica, curativa, centralista e com uma concepção restrita de saúde. Desta forma, deu-se continuidade a uma progressiva priorização do setor privado da saúde por meio do processo produtivo e conforme afirma Menicucci (2003), também dando preferência à efetivação de convênios com as empresas de caráter público e privado

4 Mendes (1994) utiliza essa expressão articulando o modelo de saúde assistencial a um entendimento restrito de saúde e aos interesses de classe, no qual se sobrepõe o protagonismo do setor privado e a mercantilização da saúde.

já existentes na comunidade, fato registrado no Decreto-Lei 200/67. Ainda segundo Menicucci (2003):

[...] as análises do período apontam evidências sólidas de que a expansão da assistência médica no âmbito da Previdência Social, com a opção pela compra de serviços de prestadores privados, reflete também a pressão de uma parcela mais organizada da corporação médica ligada aos interesses capitalistas no setor saúde – empresas médicas e hospitais –, uma vez que a expansão da rede hospitalar privado-lucrativa criara fortes interesses econômicos já antes da reforma previdenciária. [...]. (MENICUCCI, 2003, p. 77).

Concomitante a esse momento de priorização do setor privado, surgiu, nos meados da década de 1970, entre os movimentos sociais e as organizações sindicais o Movimento da Reforma Sanitária (MRS), constituído por perspectivas heterogêneas, entre a emancipação política e o socialismo (CORREIA, 2015). O MRS questionava principalmente o alinhamento do Estado ditatorial aos interesses do setor privado, mas tinha uma luta mais ampla pela democracia: 1) na saúde, adotando a concepção ampliada de saúde, reconhecendo os determinantes sociais e o direito público e universal à saúde; 2) no Estado, lutando pela ruptura com o modelo autocrático centralizador, respeitando o pacto federativo e descentralizando as políticas com participação social via controle social; 3) na sociedade, com o intuito de uma reforma intelectual, democratização da economia e da cultura. (SOARES, 2010).

Esta década também foi marcada pela crise do capital, que tem seu início nos anos 1960 com o esgotamento do padrão de desenvolvimento fordista-keynesiano, posteriormente inviabilizando os modelos internacionais de Estado de Bem-Estar Social. Marca-se, então, o início do neoliberalismo,⁵ o que implica na contrarreforma do Estado (BEHRING, 2003), na América Latina, direcionado pela ideopolítica do Consenso de Washington (1989) e principalmente dos organismos

5 Anderson (1995) explica que o termo neoliberalismo é utilizado para falar de uma doutrina econômica, fundamentada principalmente no livro *O Caminho da Servidão* (1944), de Hayek. O neoliberalismo alcançou sua hegemonia a partir de 1979 e foi considerado a **redefinição do liberalismo clássico**, agora tendo como objetivo único o lucro.

internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI).

Diante da crise, o Estado ditatorial brasileiro lançou propostas de políticas alternativas para a saúde que privilegiariam ainda mais o setor privado, confrontando-se com o posicionamento do MRS durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (1986), quando foi possível uma discussão ampliada sobre a Política de Saúde e também se deu visibilidade às possibilidades de superação do modelo médico assistencial privatista.

Na contramão das respostas à crise internacional, o Brasil evidenciou após a ditadura empresarial militar um breve Estado de Direito, que se deu diante da pressão popular e de segmentos organizados, como do MRS, culminando no “marco legal original” (SOARES, 2010, p. 47), que foi a Constituição Federal de 1988, na saúde, a Lei Orgânica 8080/90 (marco para Política de Saúde brasileira como direito social). Porém, já na década de 1990, inicia-se a adoção do neoliberalismo no Brasil, aproximando-se do contexto internacional e conseqüentemente impactando diretamente nas políticas sociais. Na Política de Saúde, criou-se uma grande dicotomia entre o SUS instituído e o SUS materializado, evidenciada por seu propositual sucateamento, principalmente nos investimentos de recursos públicos. O que Paiva e Lima (2013) chamam de subfinanciamento ou o financiamento “dentro do possível” acaba favorecendo o avanço da saúde privada, agravando o sucateamento do SUS e propiciando a disseminação de uma “cultura de crise” (MOTA, 2017), direcionando o mercado da saúde como primeiro plano e o SUS como uma “política pobre para pobres” (SOARES, 2010, p. 42-43). Nesta perspectiva, Paiva e Lima (2013) afirmam que:

[...] a relativa escassez de dinheiro destinado à saúde pública no Brasil tem reforçado a tese de ineficiência do setor público. Descrentes na viabilidade do modelo de saúde desenhado pelo SUS, os cidadãos “consumidores” da saúde, como dito, tendem a buscar a medicina privada, especialmente, por meio dos planos de saúde. Além disso, se o sistema público é tido como ineficiente, facilmente são instituídas pelos governos

alternativas no campo privado gerencial para a gestão da saúde pública. (PAIVA E LIMA, 2013, p. 06-07).

Na década de 1990, também década de implantação do SUS, deu-se início à contrarreforma do Estado brasileiro (BEHRING, 2003) com o Governo Collor de Melo (1990-1992) e posteriormente com Itamar Franco (1992-1995), pois foi nestes governos que se propiciaram as bases para o desenvolvimento do explícito Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE), executado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare), no Governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003). Foi um período de constantes ataques ao SUS, por meio da inviabilização do sistema assegurado constitucionalmente e por redução nos investimentos na Política de Saúde, tudo parametrado pelo grande capital internacional, dando os primeiros passos para um novo projeto com racionalidade instrumental⁶ à classe burguesa (Projeto Privatista) por meio dos vínculos com o mercado privado da saúde, conseqüentemente, afastando-se do Projeto da Reforma Sanitária. (SOARES, 2010).

No Governo de FHC (1995-2003), a contrarreforma tem um ápice de intensificação por meio da “reforma administrativa do Estado” proposta no PDRE, tomando medidas que atacam diretamente o SUS, inclusive situando a saúde como não exclusividade do Estado, fato que, apesar das definições constitucionais de sistema público, único, gratuito e universal, vai propiciar a efetivação de um sistema híbrido no caso da assistência à saúde, criando-se também um campo ideológico que sustenta a implementação de um SUS que atua apenas com as “possibilidades acessíveis” e dirigidas pelos ajustes neoliberais (CORREIA, 2015). Na proposta de “reforma” do Estado, foi incluída por Bresser-Pereira (Ministro do Mare no Governo FHC) a de Reforma Gerencial na Saúde, visando descentralizar a administração e controle dos gastos com a saúde, desencadeando num sistema concorrencial do mercado privado da saúde. O encerramento desse Governo não pôs um fim na contrarreforma da Política de Saúde, pelo

6 Segundo Soares (2010) “[...], a política social expressa interesses diversos de classes e grupos de classes e, para que ganhe forma, desde o seu planejamento até a sua gestão e execução, comporta uma racionalidade que a fundamenta e organiza. [...]” (Ibidem, 2010, p. 24).

contrário, destacando os breves aspectos sobre Governos do Partido dos Trabalhadores (PT) (2003-2016), identificou-se uma nova fase da contrarreforma da Política de Saúde. Diferente do que se esperava, desde o primeiro mandato a direção das ações na Política de Saúde direcionavam-se progressivamente – porém aparentemente a passos mais lentos – à privatização da saúde.

Conforme afirma Bravo (2006), o Governo Lula manteve a política macroeconômica do Governo de FHC, fragmentando e subordinando as políticas sociais à lógica econômica. Na Política de Saúde, as expectativas de fortalecimento do Projeto da Reforma Sanitária defrontou-se com uma polarização entre o Projeto Privatista e o Projeto da Reforma Sanitária, sendo que essa polarização foi evidenciada por aspectos inovadores e aspectos de continuidade. Dentre os inovadores, destacaram-se as citações da concepção de saúde da Reforma Sanitária nos documentos do Ministério da Saúde, como o espaço para discussão na sua agenda; na estrutura do Ministério, houve a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Atenção à Saúde e da Secretaria de Gestão Participativa; também houve a aproximação do Ministro com o Conselho Nacional de Saúde; e a antecipação da 12^a Conferência Nacional de Saúde, que teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde. Porém, evidenciou-se como ponto negativo determinante nessa antecipação a não ampliação do número de participantes e a falta de uma discussão ampliada para o fortalecimento da Reforma Sanitária.

Ainda segundo Bravo (2006), os aspectos reproduzidos pelo Governo Lula estiveram centrados na focalização, precarização e terceirização dos recursos humanos. Referente a focalização, ressaltou-se a centralidade do Programa Saúde da Família, como uma extensão de cobertura para as populações carentes; sobre a precarização e a terceirização dos recursos humanos, destacou-se a ampliação da contratação de agentes comunitários de saúde, a inserção de outras categorias que não são regulamentadas e a incorporação dos agentes comunitários de saúde na equipe do Programa Saúde da Família, gerando polêmicas devido à ausência de regulamentação da profissão

como também da imprecisão de suas funções; já no contexto econômico, perpetuou-se o subfinanciamento da saúde pública e os desvios de recursos via Desvinculação de Recursos da União (DRU).

Uma das mudanças mais marcantes dos Governos do PT foi o surgimento de um terceiro projeto na Política de Saúde (Projeto SUS Possível⁷), que, mediante o contexto, defendia uma flexibilização ou reatualização da reforma sanitária, porém “termina por favorecer a ampliação dos espaços do Projeto Privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois Projetos [...] se imbricam mutuamente numa mesma racionalidade que, dessa vez, avança mais rapidamente na disputa hegemônica” (SOARES, 2010, p. 52-53). Em seguida, o Projeto de Lei Complementar 92/2007, que trata sobre a criação das Fundações Estatais de Direito Privado, e o Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) da Saúde, foram considerados marcos na contrarreforma na Política de Saúde durante estes governos, também a criação (2011) da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), concedida pelo Governo Dilma, para atuar no âmbito dos hospitais universitários federais. Este último Governo, implementou ações na Política de Saúde, principalmente em relação a estas “novas” formas de privatização no âmbito da gestão, direcionando as Organizações Sociais (OSs), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) e as Fundações Estatais de Direitos Privados (FDEPs) como a “melhor” alternativa para a gestão da Política de Saúde.

O protagonismo do setor privado na Política de Saúde, as contrarreformas e o desmonte do SUS no Governo Temer

As contrarreformas na Política de Saúde “[...] não vêm ocorrendo na forma de um movimento explícito e amplo, muito pelo contrário, para burlar as possíveis resistências vêm se constituindo de modo fragmentado, experimental e se espalhando [...] no interior do sistema” (SOARES, 2010, p. 56). Desta forma, evidencia-se um esgotamento

7 Segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), “[...] esse projeto do SUS possível é pautado por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da Política de Saúde às exigências de uma política de rebaixamento da proposta inicial do Projeto da Reforma Sanitária [...]”. (Ibidem, 2018, p. 10).

das estratégias de contenção da crise do capital por parte do neodesenvolvimentismo⁸ implementado a partir dos governos do PT, substituído pelo governo neoliberal de Michel Temer, que, na Política de Saúde, dá continuidade ao Projeto Privatista, intensificando as privatizações e destruindo a proposta inicial do Projeto da Reforma Sanitária. Segundo a Nota da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) (2016):

As manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas que culminaram com o afastamento de Dilma Rousseff da Presidência da República, no dia 12 de maio [de 2016], desnudaram as fragilidades da democracia burguesa e o esgotamento dessa funcionalidade na tentativa de superação da crise pela qual passa o capital. Em seu lugar assume, de maneira ilegítima, Michel Temer, representando os setores mais atrasados, conservadores e reacionários da sociedade brasileira. Os documentos que anunciam as ações a serem adotadas pelo governo que se inicia (“Ponte para o Futuro” e “Travessia Social”) apontam para a aceleração e intensificação de medidas que contribuem com o desmonte do Estado brasileiro, configurando uma nova fase de contrarreformas estruturais que atacam os direitos dos trabalhadores (FNCPS 2016).

Com a nomeação do deputado federal Ricardo Barros para o Ministério da Saúde, ficou cada vez mais explícito o vínculo do Governo com o setor privado da saúde, evidenciando a aproximação, desde sua campanha para deputado, com o Grupo Aliança;⁹ “contato permanente com setores e entidades privadas da saúde, como se fossem efetivamente conselhos consultivos orientadores da gestão da política” (SOARES, 2018, p. 27); e também por meio de seus

8 Conforme Sampaio Jr. (2012), neodesenvolvimentismo é uma tendência econômica e política implementada no Brasil a partir dos anos 2000, buscando relacionar aspectos como crescimento econômico, industrialização e o papel regulador do Estado, do antigo desenvolvimentismo e aspectos como competitividade internacional, estabilidade da moeda e a busca por vínculos com o capital internacional, do neoliberalismo.

9 “[...] empresa que comercializa planos de assistência médica e odontológica”. (FNCPS, 2016).

discursos, que continham afirmativas como: “[...] sou o ministro da saúde, não sou o ministro do SUS”.¹⁰ De acordo com Soares (2018):

Ainda em suas declarações iniciais, o Ministro da Saúde Ricardo Barros afirma abertamente à imprensa a necessidade de rever o tamanho do SUS. Tal estratégia é reveladora da direção das alterações impetradas pelo governo Temer e, ao mesmo tempo, do momento do Estado brasileiro e seus vínculos com o capital nacional e internacional. (SOARES, 2018, p. 26).

O Governo Temer atendeu à necessidade de respostas neoliberais para as demandas urgentes do capital no contexto de esgotamento do caráter de conciliação de classe dos Governos do PT. Sendo assim, o primeiro passo deste Governo que dá continuidade às contrarreformas é a criação da Emenda Constitucional 95/2016,¹¹ que institui um Novo Regime Fiscal no âmbito do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União, prevendo que durante vinte anos, as despesas primárias do **orçamento público** ficariam limitadas à variação inflacionária, o que indica um estrangulamento financeiro de todas as políticas sociais (FERRAZ; BERNARDES, 2018). De acordo com ambas as autoras:

[...] tudo isso para que o Estado brasileiro continue a destinar mais de 40% de suas receitas para o pagamento de juros da dívida, alimentando o sistema financeiro internacional, além de manter elevados os subsídios estatais ao setor privado via terceirização e entrega dos equipamentos públicos de saúde para Organizações Sociais. Ou seja, atravessamos uma brutal reforma regressiva e antidemocrática do Estado, aprofundando de forma acelerada um processo de penalização dos pobres e trabalhadores que se estabeleceu desde os anos 1990, para que o capital possa se apropriar de todo o fundo público, até mesmo dos poucos recursos destinados à reprodução

10 BAHIA, Lígia. **Ministro contra a Saúde**. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniaio/ministro-contrasau-de-por-ligia-bahia/28600/>>. Acesso em: 02/02/2019

11 Ver: BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016**. Brasília (DF), 2016a. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>>. Acesso em: 15/07/2019

da força de trabalho no Brasil. (FERRAZ, BERNARDES, 2018, p. 5).

Ainda sobre esse processo de reestruturação conservadora, entre 2015 e 2016 dois documentos “Uma Ponte Para o Futuro” e “A Travessia Social”, elaborados pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) com a organização da Fundação Ulysses Guimarães foram divulgados, e o “Agenda Brasil” foi retomado em agosto de 2015, por intermédio do presidente do Senado.¹² Os documentos tinham as seguintes abordagens e propostas: 1) “Agenda Brasil” (2006): segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), as propostas desse documento que mais afetam a Política de Saúde consistem em uma maior desvinculação da Receita da União e o impedimento de pagamento de tratamentos experimentais pelo SUS, sob discurso de que a medida visa evitar judicialização da saúde.

2) “Uma Ponte para o Futuro” (2015): inicialmente descreve de forma conturbada sobre uma “profunda recessão brasileira” apontando reformas estruturais e um maior ajuste fiscal como a solução e informando que o intuito do programa “destina-se a preservar a economia brasileira e tornar viável o seu desenvolvimento, devolvendo ao Estado a capacidade de executar políticas sociais que combatam efetivamente a pobreza e criem oportunidades para todos. [...]” (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015, p. 02). O documento também apresenta um entendimento de que o problema do Brasil não é o tamanho do Estado, mas a necessidade de ter um Estado funcional e moderno que coopere com o setor privado na abertura dos mercados externos e na execução de uma política de desenvolvimento centrada na iniciativa privada: “[...] para ser funcional, ele deve distribuir os incentivos corretos para a iniciativa privada e administrar de modo racional e equilibrado os conflitos distributivos que proliferam no interior de qualquer sociedade” (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015, p. 04). Além disso, o documento contém questões sobre a Reforma da Previdência do Governo Temer.

12 BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018; CALHEIROS, 2006; FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015 e 2016.

3) “Travessia Social” (2016): este documento segue o mesmo modelo do anterior e inicia com uma descrição mais elaborada sobre a crise brasileira. Porém, seguindo a lógica de que “é preciso fazer o bolo crescer para depois reparti-lo”, foi elaborado um item chamado “O caminho do crescimento”, que tem como objetivo principal defender a queda das restrições fiscais em vigor no país, em seguida apontando uma revisão das políticas sociais e um investimento em programas de capacitação, como afirma: “este ativo, por não encontrar reconhecimento formal, é subvalorizado pela sociedade e pelo mercado. Para endereçar esta questão, nossa ideia é criar um abrangente programa de certificação de capacidades” (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2016, p. 10), citando em particular o investimento nos programas de capacitação para jovens.

Em um item exclusivo e destacado nomeado como “O desafio da saúde”, no documento “Travessia Social”, expõe-se a importância do SUS, evidenciando certo avanço no sentido de assistência à saúde. Porém, o documento também aponta as “debilidades” do SUS, prosseguindo com oito pontos de ação com ênfase no gerencialismo, considerando a má gestão como o maior problema do SUS, a necessidade de focalização na parcela que não pode pagar planos privados de saúde (desencadeando nos chamados planos de saúde acessíveis) e o estímulo ao aumento de cobertura dos planos privados, apontando, assim, a aceleração e intensificação das contrarreformas. Além disso, o documento dispõe sobre questões de saneamento, transporte e habitação urbana e a necessidade de uma reformulação do ensino médio.

As principais mudanças em programas do Ministério da Saúde e iniciativas governamentais que contribuíram para o desmonte do SUS no Governo Temer iniciaram-se com a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, que foi sistematizada no Ofício nº 60 (2017) da Secretaria de Atenção à Saúde e teve o intuito de reagir à perda de usuários dos planos de saúde, propondo então, planos de saúde que possam atingir a todas as camadas sociais. A proposta está dividida em três: Plano Simplificado, Plano Ambulatorial+Hospitalar e Plano em Regime Misto de Pagamento, sendo que o principal ponto desse retrocesso são as restrições de cobertura, que ferem diretamente à integralidade da assistência.

Quanto aos retrocessos na Política de Saúde Mental, foi publicada a Portaria 3.588/2017, que prevê o fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos e criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais, por meio de ampliação de recursos para tais fins, medida que se defronta diretamente com o princípio da desinstitucionalização presente no Projeto da Reforma Psiquiátrica.

Já a proposta de alterações na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) traz como mudança uma ruptura com a centralidade da Saúde da Família, instituindo formas de financiamento para outros arranjos assistenciais que não contemplem equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde (ACS), efetivando princípios opostos aos da Atenção Primária à Saúde (APS) – a atenção contínua e sistematizada que integra as ações preventivas e curativas para o indivíduo e a comunidade. Esta mudança também aponta uma diferenciação entre ações e serviços essenciais e ampliados a serem executados na Atenção Básica, configurando restrições ao acesso à assistência e legitimando sua configuração como uma política focalista, restrita a populações mais vulneráveis ou agravos mais comuns (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018). Teixeira (2018) analisa que:

Se as ações do Governo Temer, representam o retrocesso na Atenção Básica, na Política de Saúde Mental entre outras políticas, e em especial no controle social como questão pétrea do SUS, ele prepara o terreno para os planos privados darem a cobertura que o setor público (SUS) não conseguirá. Como? Entre uma das propostas facilitadoras seria a alteração da legislação dos Planos de Saúde, criando os modestos Planos Populares. Não é o acaso que escolhe um deputado do PSDB para ser o relator da Comissão Especial sobre estes Planos de Saúde, é a articulação ideológica, político-partidária que o define. [...]. (TEIXEIRA, 2018, p. 44).

Ainda diante de todos esses retrocessos, o Governo Temer deixa mais explícita sua articulação efetiva com o setor privado através do documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o

sistema de saúde”, elaborado pelo Instituto Coalizão Brasil¹³ e, divulgado em 2017, com o intuito de construir um novo sistema de saúde para o Brasil. A tese propunha para os setores público e privado uma rede integrada de cuidados contínuos, que iria se dar pelo setor privado gerindo os serviços. Além disso, foi apresentado um “diagnóstico” do SUS que continha apontamentos de diversas falhas no sistema, focando principalmente na gestão e dando respostas a essas falhas por meio das iniciativas a serem priorizadas, ou seja, indicando o setor privado para correção das falhas apontadas (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018). O que impacta nesse documento é que a proposta do novo modelo segue em consonância com a proposta do Banco Mundial para Cobertura Universal de Saúde (CUS),¹⁴ prevendo o fim do sistema de saúde universal e gratuito e a sua substituição por um sistema misto estatal-privado, assim como o favorecimento da gestão por parte das Organizações Sociais (OSs), atacando os princípios da universalidade e gratuidade do SUS e reafirmando a saúde como fonte de lucro para o capital.

Conclusão

Diante dos resultados obtidos sobre o objeto de estudo, fica claro que, datando a saúde como política estatal, a priorização do setor privado na Política de Saúde tem início desde o modelo médico assistencial privatista, se expressando na atualidade por meio de renúncias fiscais; redução do imposto de renda de pessoa física ou jurídica; emissão de certificação filantrópica às entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde; compra de planos de saúde para os funcionários públicos; como também, isenção

13 Segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), o grupo Coalizão Saúde surge em 2014, lançado na Faculdade de Medicina da USP, reunindo parte significativa da “cadeia produtiva da saúde”. Porém, é em 2016 que se amplia o número de associados, totalizando 24 entidades articuladoras do capital da saúde, com uma composição que varia entre indústrias, indústria farmacêutica, entidades e operadoras de planos de saúde, associação de hospitais privados, confederação dos hospitais e entidades filantrópicas. O grupo tem como suas pautas principais a solução para os sistemas de saúde públicos através das parcerias público-privadas e as OSs como novo modelo de gestão, o que amplia a participação dos prestadores privados de assistência à saúde na definição das políticas de saúde.

14 Discussão disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/cobertura-universal-de-saude-a-nova-aposta-do-capital>>. Acesso em: 30/11/2019.

de impostos a grandes hospitais privados como Sírio Libanês e Albert Einstein. O que de fato vem acontecendo é uma atualização das tendências estratégicas alinhadas aos interesses do capital e incorporadas aos governos, à medida que as estratégias anteriores vão se esgotando no contexto nacional e macroeconômico da crise do capital. (CORREIA, 2018).

O Governo Temer seguiu priorizando o projeto do capital na sociedade brasileira, que, na forma mais impactante para a classe trabalhadora, materializa-se através da mercantilização da saúde, dos recursos necessários para a reprodução social e da vida como um todo. Destacando a Saúde, suas propostas articulavam-se com os segmentos da classe dominante, contrariando a democracia constitucional e a própria Política de Saúde. O Governo se apoiou na “cultura de crise” (MOTA, 2017), como fator ideológico para justificar a contratação do setor privado, a ponto de evidenciarmos que parte das empresas privadas de saúde expandiram e diversificaram suas atividades ou até vincularam-se a grandes instituições bancárias. (SILVA, 2018).

Nas tendências do Governo Temer, ficaram mais explícitas às alianças com o setor privado e a continuidade e intensificação da transferência de valor ao setor privado e filantrópico, extremamente alinhados à política macroeconômica neoliberal. Este Governo seguiu de forma mais agressiva a etapa de contrarreforma e desmonte da Política de Saúde por parte do Projeto Privatista. Além disso, o *impeachment* de Dilma Rousseff e o início desse Governo marcam uma nova etapa que se insere no contexto “ultraliberal na economia, fascista na política, retrógrado nos costumes e entreguista na soberania nacional” (STAVANIM, 2019), personificada em Jair Bolsonaro, conseqüentemente assumindo fielmente o caráter de um Estado que não incorpora as necessidades da classe que produz a riqueza, refletindo num desmonte estrutural do SUS, conforme Netto (1993) um “Estado mínimo para a classe trabalhadora e máximo para o capital”.

Aceito para publicação em 03/08/2020.

Referências

- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.) **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- BAHIA, Ligia. **Ministro contra a Saúde**. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opinioao/ministro-contra-saude-por-ligia-bahia/28600/>>. Acesso em: 02/02/2019.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contrarreforma: desestruturação de Estado e perda de direitos**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Ofício nº 60-GS/SAS**. Brasília (DF), 18 jan. 2017a. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/Proposta-de-Plano-de-Saude-Acessivel.pdf..>>. Acesso em: 02/02/2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Brasília (DF), 2017c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em 02/02/2019.
- BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016**. Brasília (DF), 2016a. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>. Acesso em 03/02/2019.
- BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.
- BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Juguer; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na Política de Saúde do governo Temer. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.
- CALHEIROS, R. **Agenda Brasil**. Brasília (DF): Senado Federal, 2006. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/385386/000766380.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 02/02/2019.
- COALIZÃO SAÚDE BRASIL. **Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde**. São Paulo: Coalizão Saúde Brasil, 2017.
- CORREIA, Maria Valéria Costa. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. In: CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos (Orgs.). **Reforma Sanitária e Contrarreforma da Saúde: interesses do capital em curso**. Maceió: EDUFAL, 2015.
- CORREIA, Maria Valéria Costa. **O Conselho Nacional de Saúde e o Rumo da Política de Saúde Brasileira: mecanismos do controle social frente as condicionalidades dos organismos financeiros internacionais**. 2005. 342p. Tese (Doutorado em Serviço Social). Centro de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, 2005.

CORREIA, Maria Valéria Costa (Org.). **Política de Saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado**: desmonte do SUS público, estatal e universal. Maceió: Edufal, 2018.

FERRAZ, Ana Targina Rodrigues; BERNARDES, Franciani. Reformas Regressivas e Política de Saúde. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 4-8, jan./abr. 2018.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **O ilegítimo Governo Temer e os ataques ao Sistema Único de Saúde**: nota da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. [S.I.], 2016. Disponível em: <<http://sindsaudepr.org.br/disco/arquivos/gerenciaarquivos/Documento%20FNCPS%20Final%20Final.pdf>>. Acesso em: 02/02/2019.

FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES. **Ponte para o futuro**. Brasília (DF), 2015. Disponível em: <<https://www.fundacaoulysses.org.br/blog/acervo/>>. Acesso em: 02/02/2019.

FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES. **A travessia social**. Brasília (DF), [2016]. Disponível em: <<https://www.fundacaoulysses.org.br/blog/acervo/>>. Acesso em: 02/02/2019.

HAYEK, F. A. **O caminho da servidão**. 6 ed. São Paulo: Instituto Ludwig von Mises Brasil, 2010.

LESSA, Sérgio; TONET, Ivo. **Introdução à filosofia de Marx**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário**: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil**: atores processos e trajetória. 2003. 402p. Tese (Doutorado em Ciências Humanas – Sociologia e Política). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, 2003.

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. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

NETTO, José Paulo. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal**. São Paulo: Cortez, 1993.

OLIVEIRA, André A. D. de; SILVA, Máira S. M. da. **Cobertura Universal de Saúde**: a nova aposta do capital. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/cobertura-universal-de-saude-a-nova-aposta-do-capital>>. Acesso em: 30/11/2019.

PAIVA, Williams Silva de; LIMA, Antônia Jesuíta de. A financeirização da saúde pública brasileira: uma análise do subfinanciamento da saúde pública e da priorização do campo privado na saúde brasileira. JORNADA INTERNACIONAL

DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 6, 2013, São Luís. Artigo... São Luís: Universidade Federal do Maranhão (UFMA) 2013.

SAMPAIO Jr.; Plínio de Arruda. Desenvolvimentismo e Neodesenvolvimentismo: tragédia e farsa. **Serviço Social e Sociedade**, n. 112, p. 672-688, out./dez. 2012.

SILVA, Adriana Ilha da. A aceleração das contrarreformas no SUS e a transferência de valor ao setor privado pelo Governo Temer. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 51-56, jan./abr. 2018.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na Política de Saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao serviço social**. 2010. 209p. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, 2010.

SOARES, Raquel Cavalcante.. Governo Temer e a contrarreforma na Política de Saúde: a inviabilização do SUS. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 24-32, jan./abr. 2018.

STAVANIM, Luiz Felipe F. Democracia inacabada: por que o Brasil não superou as desigualdades e ainda falha em garantir direitos essenciais como a saúde. **Radis**, n. 205, p. 10-17, out. de 2019.

TEIXEIRA, Mary Jane de Oliveira. A urgência do debate: as contrarreformas na Política de Saúde no governo Temer. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 33-50, jan./abr. 2018.