



Sessão temática: Política Social e Serviço Social.

Mesa coordenada Ajuste fiscal, fundo público e seguridade social no Brasil recente.

A SAÚDE NO BRASIL EM TEMPOS TEMEROSOS

RODRIANE DE OLIVEIRA SOUZA¹

MARCELA NATACHA DOS SANTOS CAXIAS DE LIMA²

Resumo: O objeto de estudo desse trabalho é a política de saúde do Governo Temer. Com base em análises bibliográficas e documentais, aborda as principais contrarreformas do período, com ênfase nos impactos da Emenda Constitucional nº 95/2016 sobre a seguridade social. Prioriza as medidas de privatização da saúde e as ações de desmonte do Sistema Único de Saúde, ressaltando a revisão das Políticas Nacionais de Atenção Básica e de Saúde Mental bem como a proposta dos planos de saúde acessíveis. Por fim, destaca a articulação de movimentos sociais contrários à privatização como estratégia de mobilização em defesa da saúde.

Palavras-chaves: Contrarreforma do Estado; Privatização da Saúde; Governo Temer; Lutas Sociais.

Abstract: The object of study of this work is the health policy of Temer Government. Based on bibliographical and documentary analyzes, it's approached the main counter-reforms of the period, with emphasis on the impacts of Constitutional Amendment nº. 95/2016 on social security. Priority is given to measures for the privatization of health and dismantling actions of the Unified Health System, emphasizing the revision of the National Policies for Primary Care and Mental Health as well as the proposal of *affordable* health plans. Finally, articulation of social movements opposed to privatization as a strategy of mobilization in defense of health stands out.

Keywords: Contrarreforma State; Health Privatization; Government Temer; Social Struggles.

1 INTRODUÇÃO

As reflexões ora apresentadas versam sobre o acirramento da privatização da saúde na gestão de Michel Temer. Toma-se a política nacional de saúde como objeto de estudo para se discutir o desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da pressão do Estado para acelerar a mercantilização do setor, seja pelo sucateamento das unidades e serviços que ainda permanecem sob a gestão pública, seja ainda pela revisão das políticas

¹Professora com formação em Serviço Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: <trabalhos@alvoseventos.com.br>.

²Profissional de Serviço Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

constitutivas do SUS, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e de Saúde Mental, seja principalmente pela proposta dos planos de saúde acessíveis.

Desde o final do ano de 2015, tem-se, no país, a maior crise da saúde já vivida, caracterizada, dentre outras questões, pela falta de custeio - o que causou o fechamento de unidades de saúde -, atraso de pagamento de trabalhadores, suspensão de cirurgias, cancelamento de consultas, interrupção de internações, ausência de insumos. Essa crise aprofundou o processo de sucateamento, em curso desde a década de 1990, ampliando as condições de consolidação dos diferentes *modelos de gestão*, porém, marcados pela lógica mercantil. Mas, é no contexto do golpe institucional de 2016 que desenha a ofensiva privatizante por meio da elaboração da proposta de um novo sistema de saúde.

A partir disso, a presente sistematização foi produzida com base em uma pesquisa bibliográfica e documental sobre a atual configuração da política nacional de saúde. Está estruturada em duas seções. A primeira aborda brevemente as principais contrarreformas do governo Temer, com ênfase nos efeitos deletérios da Emenda Constitucional nº 95/2016. Já o segundo item discute as medidas de privatização da saúde e as ações de desmonte do SUS nos últimos dois anos. Nas considerações finais, serão apresentados alguns apontamentos acerca das lutas e resistência frente a esse processo de destruição do sistema brasileiro de saúde.

2 A CONTRARREFORMA DO ESTADO NO GOVERNO TEMER

O governo ilegítimo de Michel Temer³ é concebido a partir de manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas que provocaram a destituição da presidente Dilma Rousseff, então representante eleita pelo Partido dos Trabalhadores (PT).

O plano de governo do presidente Temer pode ser compreendido como a radicalização do projeto liberal, que tem como intuito a reforma do Estado

³ Filiado ao atual Movimento Democrático Brasileiro (MDB), anteriormente Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), Michel Miguel Elias Temer Lulia iniciou seu governo em 31 de agosto de 2016, marcado pelos retrocessos diante das propostas de reformulação dos direitos trabalhistas, previdenciários e sociais, dificultando o acesso da população às políticas públicas.

pautada na privatização da infraestrutura econômica e social⁴. Segundo Fagnani (2017, p. 10), o governo tem como objetivo *privatizar tudo o que for possível*, destruindo o Estado social gestado desde 1988. Com o apoio da grande mídia, o governo Temer utiliza a recessão econômica em curso para criar o consenso em torno da busca da estabilização da economia, sustentando a necessidade de maiores cortes de gastos por parte do Estado.

A política econômica de Temer opera em duas frentes com a proposição do novo regime fiscal. A primeira é o desmonte do Estado na promoção de políticas sociais e a fragilização da posição dos trabalhadores, a partir do comprometimento do gasto social, das reformas da previdência social e trabalhista. Na segunda frente, desmantela a capacidade do Estado de induzir o crescimento e transformar o quadro econômico, limitando o gasto com investimento público e privatizando empresas estatais (ROSSI; MELLO, 2017, p. 5).

Fagnani (2017, p. 11) aponta que o processo de destruição do Estado social no governo Temer tem seis atos principais: o novo regime fiscal⁵, o fim de vinculações de recursos para a área social, a reforma da Previdência Social⁶, a reforma tributária⁷ e o retrocesso nos direitos trabalhistas⁸ e sindicais.

⁴ O primeiro discurso de Michel Temer como presidente reforça que o seu plano de governo está voltado para o desmonte do Estado. Durante seu primeiro pronunciamento em cadeia nacional, defendeu a reforma previdenciária e trabalhista, com a justificativa que sem a reforma previdenciária os pagamentos de aposentadorias e benefícios serão prejudicados (MATOSO, 31 ago. 2016).

⁵ O *novo regime fiscal* deriva da aprovação da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 55/2016 pelo Senado Federal por 53 votos a favor e 16 contrários em 13 de dezembro de 2016. Foi publicada no Diário Oficial da União (DOU), em 12 de dezembro de 2016, como Emenda Constitucional (EC) nº 95.

⁶ A proposta da reforma da previdência restringe ainda mais o acesso à aposentadoria dos trabalhadores, pois envolvia a unificação da idade mínima para aposentadoria a todas as categorias, sendo necessária a comprovação mínima de 65 anos de idade e 49 anos de contribuição para que os contribuintes tenham acesso à aposentadoria no seu valor integral, desconsiderando as desigualdades de gênero ou as condições de trabalho que o trabalhador é submetido (FAGNANI, 2017, p. 14-15). Diante da dificuldade da aprovação por parte do legislativo, algumas propostas foram alteradas. Assim, a idade mínima para aposentadoria de 65 anos para ambos os sexos e categorias passou para 62 anos, no caso das mulheres e 65 para homens; os critérios para a aposentadoria do trabalhador rural vigente atualmente não foram alterados; o tempo mínimo de contribuição, antes de 25 anos, retornou para os 15 de contribuição; o acesso ao valor integral da aposentadoria ocorrerá após 40 anos de contribuição (LAPORTA; TREVIZAN, 23 nov. 2017).

⁷ A reforma tributária do governo Temer não prevê a taxação sobre a renda ou propriedade, mantendo a maior carga tributação de impostos advindos sobre bens e serviços, onde a população mais pobre é penalizada pelos maiores pagamentos dos impostos a União. Limita-se a simplificar a estrutura de

Outro destaque dado pelo autor é a ampliação da desvinculação constitucional de recursos das políticas sociais que estende até o ano de 2023 a utilização de até 30% dos impostos recolhidos para a seguridade social por parte da União em outras áreas que não seja a saúde, assistência social ou previdência social, legitimando o desfinanciamento dessas políticas setoriais e encolhimento do Estado.

O novo regime fiscal do governo vincula o crescimento das despesas do Estado à inflação durante o período de 20 anos, consistindo no congelamento dos recursos aplicado às políticas sociais, como educação e saúde.

O regime proposto por Temer não engloba somente o ajuste fiscal, mas também rompe com o modelo de proteção social garantido na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988, art. 194-195). Com base na análise de Dwek e Rossi (2016), Fagnani (2017, p. 12) avalia que o novo regime fiscal irá reduzir a receita da educação de 18% para 11,3% e da saúde de 15% para 9,3%.

As medidas de austeridades do governo contra o sistema de proteção social brasileiro não se limita a contenção dos gastos durante o período de 20 anos. O novo regime fiscal também prevê o fim da vinculação constitucional para os recursos da educação e da saúde. Assim, o financiamento das políticas não será advindo de uma vinculação de determinadas receitas da União, ficando a mercê do Estado como ocorrerá o custeio (FAGNANI, 2017, p. 14).

A *reforma da previdência social* consiste em uma das principais contrarreformas do governo Temer, que, caso aprovada, levará a classe trabalhadora a se inserir no mercado de trabalho cada vez mais cedo, ocasionando a busca desordenada por uma vaga no mercado formal de trabalho e crescimento do exército de reserva, conseqüentemente, acarretará

impostos e ameaça de desfinanciamento as políticas sociais, com a exclusão das principais fontes de financiamento da área social garantidos constitucionalmente (FAGNANI, 2017, p. 17).

⁸ A reforma trabalhista aprovada em julho de 2017 afeta a toda classe trabalhadora; amplia a terceirização para atividades-fim; permite a precarização do trabalho, ao aumentar a jornada semanal de trabalho e possibilitar a realização de jornadas diárias de trabalho de até 12 horas consecutivas; exclui a regra de valorização do salário mínimo; admite também o negociado sobre o legislado, autorizando a negociação entre patrão e empregado, no qual os acordos não precisam seguir o que está descrito nas leis das relações de trabalho; permite também a realização de contratos de trabalho de curta duração ou temporário; e impede o trabalhador de recorrer a Justiça do Trabalho, penalizando-o com os custos do processo, dentre outras conseqüências (FAGNANI, 2017, p. 16).

na desvalorização do valor da força de trabalho, no aumento da exploração pelo capital e na precarização das condições de trabalho.

Em fevereiro de 2018, o projeto da *reforma da previdência social* foi suspenso em razão da intervenção federal na segurança pública do estado do Rio de Janeiro⁹, válido até 31 de dezembro de 2018 (BETIM, 17 fev. 2018). Mas, isso não significa que o governo de Temer tenha abdicado das suas propostas reformistas. O governo já sinalizou que quando houver coró suficiente para a aprovação da *reforma da previdência*, suspenderá a intervenção federal¹⁰ imediatamente ou a votação ocorrerá após as eleições gerais de 2018 (MAZUI; CASTILHOS, 19 fev. 2018).

Para o Governo Temer, esta medida visa frear o avanço da violência e o combate ao tráfico de drogas. Porém, as práticas desenvolvidas continuam a penalizar e a criminalizar os moradores das favelas, pessoas em sua maioria pobre e negra. Não visa o combate estrutural ao narcotráfico ou acabar com a violência, mas, garantir o funcionamento da ordem por meio da coerção, destinada à camada mais pobre da população, e a censura da sociedade por meio do medo.

3 A POLÍTICA DE SAÚDE NA CORDA BAMBA DE SOMBRINHA

No governo Temer, o SUS é sucateado pelas medidas governamentais advindas dos órgãos de gestão, como o próprio Ministério da Saúde. A vigente política de saúde é marcada pelas seguintes características: redução do tamanho do SUS e seu financiamento; a versão popular dos planos de saúde; a diminuição da regulação da Agência Nacional de Saúde (ANS); a revisão da PNAB e da política de saúde mental, sem a realização do debate com a sociedade e com o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Se durante os governos do PT, segmentos do movimento sanitário conseguiram se inserir nos espaços de gestão do Ministério da Saúde, no

⁹ A votação do projeto pelo Poder Legislativo encontra-se suspensa porque enquanto vigorar intervenção federal não é possível ocorrer aprovações de emendas à Carta Magna (BRASIL, 1988, art. 60, inciso III, parágrafo 2º).

¹⁰ A referida intervenção foi decretada por Temer e aprovada pelo Congresso Nacional em fevereiro de 2018, transferindo o controle do setor de segurança pública do Estado, papel do Governo e da Secretaria de Segurança Pública do Estado, ao general do exército Braga Netto, cujas ações serão reportadas diretamente à Presidência da República e ao seu Gabinete de Segurança Institucional (BETIM, 19 fev. 2018).

governo Temer, um grande retrocesso foi a nomeação de Ricardo Barros¹¹ e Gilberto Occhi¹² como Ministros da Saúde.

Chama atenção as posturas conservadoras e preconceituosas do primeiro ministro da saúde do governo Temer, presentes em suas declarações, que expressam uma concepção de saúde restrita e de assistência em saúde centrada no adoecimento, como:

- a ideia que os homens procuram menos os serviços de saúde porque trabalham mais (BEDINELLI, 12 ago. 2016) e a associação da obesidade infantil às mães que não ficam em casa e por isso não podem ensinar seus filhos a manipularem os alimentos. Declarações marcadamente machistas e patriarcais desconsideram a realidade brasileira atual que registra diferentes arranjos familiares e a ascensão de famílias chefiadas por mulheres que, cada vez mais, assumem o papel de provedoras do lar, sendo responsabilizadas pelo cuidado dos filhos e pelo seu sustento;
- o posicionamento contrário à dispensação de medicamentos e à prevenção em saúde como desperdício de recursos públicos (CAMBRICOLI, 16 jul. 2016); desconsiderando que um dos objetivos do SUS prevê “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.” (BRASIL, 1990).
- a posição favorável ao fechamento de 80% dos hospitais públicos sem prejuízos ao sistema de saúde brasileiro por se tratar de leitos utilizados por pessoas sob cuidados paliativos, ocupando espaço com tecnologias que não serão utilizadas para sua avaliação e que medidas como hospital-dia e a

¹¹ Ricardo José Magalhães Barros foi o primeiro ministro da saúde, desde 2003, a assumir o cargo sem nenhuma formação na área. Engenheiro civil de formação, permaneceu no cargo entre 13 de maio de 2016 e 02 de abril de 2018, quando se desligou para disputar as eleições gerais. Deputado federal pelo estado do Paraná em 1995 e reeleito em 2015 teve financiamento para sua campanha eleitoral oriundo de um consórcio de planos de saúde privados, daí seu compromisso com a defesa da proposta de planos de saúde *acessíveis*.

¹² No Ministério da Saúde desde 02 de abril de 2018, Gilberto Magalhães Occhi é advogado e funcionário de carreira da Caixa Econômica Federal (CEF). Assumiu, em períodos distintos, o Ministério da Integração Nacional e o Ministério das Cidades, porém, ambos no governo de Dilma Rousseff. Já no governo Temer, retornou à CEF, mas no exercício da presidência. Atualmente, é investigado pelo Ministério Público, acusado junto com ex-integrantes da cúpula da CEF, de ser intermediário de propinas para o MDB.

ESF são capazes de diminuir a necessidade de internação (FURLAN, 21 set. 2017);

- o combate a judicialização da saúde em função do alto custo dos processos ao Estado (BEDINELLI, 24 jul. 2016), cuja solução encontrada não é a ampliação dos serviços de saúde ou o aumento do financiamento do SUS, mas sim a melhoria da gestão, a economia de recursos, a diminuição dos custos com a prestação de serviços, a redução do SUS e implementação dos planos de saúde populares.

Os posicionamentos do Ministro Ricardo Barros davam visibilidade, no entanto, às novas configurações da política de saúde no governo Temer, que ocorre em duas frentes fundamentais: a criação dos planos de saúde populares e a redução dos investimentos que pode ocasionar em prejuízos para o SUS nos próximos 20 anos, devido ao novo regime fiscal aqui já referido.

A EC nº 95/2016 acarreta uma redução drástica dos gastos com saúde e a educação, havendo grande impacto sobre o segmento mais pobre da população e o estímulo aos negócios do capital privado. A política de saúde acumulará uma perda de cerca de 654 bilhões de reais no cenário de crescimento médio do PIB de 2% ao ano (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Entretanto, a diminuição do orçamento na saúde no governo Temer é anterior à promulgação da Emenda Constitucional. Em julho de 2017, o relatório anual de gestão de 2016 do Ministério da Saúde foi rejeitado pela análise da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (COFIN) do Conselho Nacional de Saúde. O valor despendido com as despesas do SUS no ano de 2016 foi de 14,96% da Receita Corrente Líquida inferior ao piso mínimo constitucional de 15% da Receita, ou seja, 253 milhões de reais abaixo do piso. Soma-se a esse valor a não compensação integral em 2016 dos restos a pagar do ano de 2015, subindo a insuficiência, constitucional e legal para 692 milhões de reais (CNS; COFIN, 2017, p. 2-3).

Da política de redução dos investimentos na saúde decorrem as contrarreformas setoriais, que serão a seguir pontuadas.

Assim como as demais contrarreformas do governo ilegítimo de Temer, a revisão da PNAB ocorre a partir da pactuação entre gestores, ou seja, por

meio da pactuação da Comissão Intergestora Tripartite¹³ (CIT) (BRAVO, PELAEZ, PINHEIRO, 2018, p. 15-16).

As reformas propostas não foram debatidas com a sociedade, excluindo desse processo de decisão o CNS e a sociedade civil. Após a deliberação da CIT, o debate com sociedade ficou restrito a uma consulta pública realizada em um período de 10 dias. Mesmo com prazo curto, a consulta pública recebeu milhares de contribuições. Sem que essas contribuições gerassem mudanças significativas no texto apresentado originalmente, a *nova* PNAB foi aprovada na CIT em 30 de agosto de 2017 (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018, p. 14) e publicada a partir da Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

As mudanças geradas pela *nova* política têm como consequência a “relativização da cobertura universal, a segmentação do acesso, a recomposição das equipes de saúde, a reorganização do processo de trabalho” (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018, p. 11) e o desfinanciamento da Estratégia de Saúde da Família.

A cobertura da Atenção Básica (AB) deixa de ter como parâmetro a cobertura universal, iniciando o processo denominado por Morosini, Fonseca e Lima (2018, p. 15) de relativização da cobertura. Se anteriormente a cobertura da AB era destinada a 100% da população cadastrada, atualmente, essa cobertura é flexibilizada e restringe-se a áreas denominadas de *risco* e *vulnerabilidade social* (Ibidem). Ocasionalmente prejudiza a cobertura da AB e gera seletividade na condução dos serviços e ações de saúde, tendo uma oferta em saúde diferenciada para a população *vulnerável* e outra para o restante da população.

A reconfiguração da PNAB estabelece novos padrões de ações e cuidados culminando na segmentação do acesso a Atenção Básica. Estes padrões são elencados como padrões essenciais (ações e procedimentos básicos) e os padrões ampliados (ações e procedimentos recomendados de acordo com a especificidade local e da gestão). Ambos os padrões remetem a ideia de cuidados mínimos presentes na concepção de Atenção Primária em

¹³ A CIT é formada por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Saúde seletiva, pautada na restrição do acesso à assistência a população mais vulnerável ou agravos mais comuns (BRAVO, PELAEZ, PINHEIRO, 2018, p. 16; MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018, p. 16).

As mudanças previstas na nova PNAB desconfiguram a ABS passando a estabelecer duas modalidades de equipes de saúde: a equipes de Saúde da Família e as equipes tradicionais de Atenção Básica. O Agente Comunitário de Saúde fica excluído da equipe de AB tradicional, cuja composição passa a ser definida pelo somatório da carga horária, por categoria, que deve ser no mínimo de 40 horas semanais, sendo cada categoria composta por no máximo três profissionais. Deve-se considerar também que a carga horária mínima de cada profissional deve ser de 10 horas semanais (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018, p. 18-19), ou seja, essa revisão impõe a recomposição das equipes de saúde e a reorganização do processo de trabalho, o que na prática possibilita a contratação de trabalhadores com carga horária reduzida, menores salários e o crescimento de equipe de AB centradas no “modelo biomédico, curativo e de controle de riscos individuais.” (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018, p. 19).

Outra medida do Ministério da Saúde, regulamentada pela Portaria nº 1.717, de 12 de junho de 2018, foi o descredenciamento de unidades de Saúde da Família em todo país, cuja justificativa se deve ao descumprimento do prazo para cadastramento no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES). Nesse sentido, não se vislumbra a construção de alternativas para melhorias na rede de AB, mas o contrário: redução da porta de entrada do sistema de saúde, quer dizer, a extinção dos serviços que atendem a maioria dos problemas de saúde da população.

Com isso, o desfinanciamento da ESF vai se constituindo como outra medida de retração de direito, visto que os recursos destinados às equipes multiprofissionais da Estratégia são transferidos para o financiamento de outros arranjos assistenciais (BRAVO, PELAEZ, PINHEIRO, 2018, p. 16). Diante do processo de subfinanciamento do SUS e com o corte de verbas oriundos da EC nº 95/2016, corre-se o risco de retomar práticas tradicionais de saúde, ao financiar outros modelos assistenciais.

Assim como a PNAB, a reformulação da Política Nacional de Saúde Mental foi construída a partir de uma proposição da CIT e aprovada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Tais alterações foram propostas pelo alto escalão da gestão do Ministério da Saúde, excluindo de sua discussão, mais uma vez, o CNS, os representantes do movimento da luta antimanicomial e pesquisadores do campo da saúde mental (BRAVO, PELAEZ, PINHEIRO, 2018, p. 16).

A reformulação dirigida à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é vista como retrocesso pelos movimentos da luta antimanicomial, ao fortalecer o processo de internação em hospitais psiquiátricos e a criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais, ampliando os recursos para esses fins. Essas medidas atuam na “contramão do modelo de atenção em saúde mental que preconiza a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais, como consubstanciado na Lei 10.216/2001” (Ibidem).

O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) são contrários a estas mudanças por compreenderem que significam o retrocesso na implementação da RAPS territorializada de base comunitária, construída com a participação dos movimentos sociais e do controle social (Ibidem). A *nova* política retoma a perspectiva manicomial com o retorno do financiamento dos hospitais psiquiátricos em detrimento dos recursos da RAPS do Sistema Único de Saúde.

Há de se destacar também ataques a outras políticas setoriais, como a Política Nacional de Combate ao HIV/Aids. Embora o Ministério da Saúde tenha divulgado o orçamento de R\$ 1,1 bilhão para compra do Dolutegravir - medicamento mais moderno e eficaz - destinado, a partir de 2018, a todas as pessoas que vivem com HIV e Aids no Brasil e a introdução no país do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV (VIEIRA, 2018, p. 81), pessoas com HIV/Aids vêm denunciando a falta de medicamento na rede pública de saúde (BOM DIA RIO, 21 MAR. 2018; MARQUES, 08 ago. 2017).

O que se vê é uma política orquestrada de desmonte do sistema público e universal de saúde brasileiro em prol de uma das principais bandeiras defendidas pelo Ministério da Saúde do governo Temer, que é a criação dos planos de saúde populares e/ou *acessíveis*, voltados a oferecer assistência em saúde privada mais barata para a população, que ficariam limitados a ofertas de consultas e exames laboratoriais. Os demais procedimentos seriam por conta do usuário-cliente ou retornariam para o Sistema Único de Saúde.

Nessa lógica, foi publicada a Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016, que instituiu um grupo de trabalho, com vistas a pensar o projeto de Plano de Saúde Acessível¹⁴. O argumento do ministro Ricardo Barros era que se tratava de uma medida necessária para desafogar os serviços públicos de saúde e economizar os recursos da saúde pública (TRUFFI, 05 set. 2016; MATHIAS, 18 ago. 2016), quando, na verdade, a justificativa central é a diminuição de 1,5 milhões de pessoas, aproximadamente, que cancelaram contratos com planos privados de saúde em 2016, em função da recessão econômica e da elevada taxa de desemprego (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A proposta dos planos de saúde populares abre precedentes perigosos, pois existe a preocupação de que o mercado de saúde retroceda ao período anterior a sua regulamentação na década de 1980 que estabeleceu um quadro mínimo de atendimentos a serem disponibilizados pelos planos privados. Logo, há a preocupação que ocorra um recuo dos direitos e da assistência prestadas aos usuários pelos planos de saúde privados (TRUFFI, 05 set. 2016).

A criação dos planos de saúde populares legitimará uma política de saúde pública voltada para a camada mais pobre da população, descaracterizando por completo a universalidade, equidade e a integralidade do sistema de saúde brasileiro. O país retornará à lógica das décadas anteriores ao SUS em que ação preventiva de saúde pública era orientada para campanhas de combate as endemias e a assistência pontuais aos cidadãos não consumidores. O argumento da economia que o Estado teria com a criação dos planos se revela frágil diante do retorno dos usuários para a

¹⁴ O resultado desse grupo de trabalho aponta para três modalidades de Plano de Saúde Acessível: o Plano Simplificado; o Plano Ambulatorial + hospitalar; e o Plano em Regime Misto de Pagamento.

realização de procedimentos especializados na rede pública. Em síntese, os planos de saúde populares são favoráveis ao capital privado por intermédio do acesso a saúde privada, ampliando o número de assegurados e o seu lucro.

A justificativa de desafogar o SUS é totalmente equivocada porque os planos acessíveis remeterão ao sistema público os atendimentos mais caros e complexos. Com a desfinanciamento do SUS, aumentará ainda mais o gargalo para o atendimento de especialidades porque ocorrerá a diminuição da capacidade de alta e média complexidade (MATHIAS, 18 ago. 2016).

A proposta da criação dos planos populares é uma proposta que beneficia as empresas de saúde privada. A proposta da criação dos planos populares resulta na tentativa do governo e das entidades de capital privado de ampliar a arrecadação diante do cenário de recessão, de redução de renda e aumento do desemprego (MATHIAS, 2016).

Outras medidas do governo Temer demonstram sua aliança com o setor empresarial de saúde. Considerada por Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018, p. 16) como a medida mais importante do setor privado, até o momento, tem-se o documento Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde, publicizado em 2017. Construído pelo Instituto Coalizão Brasil, propõe um novo sistema de saúde para o país.

Com o apoio do atual ministro Gilberto Occhi, a mais recente medida que caminha nesta mesma direção foi a publicação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) da Resolução Normativa nº 433, de 27 de junho de 2018, que atualiza as regras para a aplicação da coparticipação e franquia em planos de saúde. Essa medida provocou a manifestação contrária de entidades de defesa do consumidor e da saúde, que apontam que essa Portaria é orientada pela recomendação do Grupo de Trabalho dos Planos *Acessíveis*, devido ao aumento dos valores de coparticipação e franquia, pois, assim, as mensalidades podem parecer acessíveis ao consumidor, “mas traz surpresas impagáveis porque necessidades de saúde são imprevisíveis” (ABRASCO et al., 2018). Destaca-se aqui que tais entidades, ainda que critiquem essa medida, não explicitam no documento uma posição em defesa do Sistema Único de Saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS: A RESISTÊNCIA É O CAMINHO

Percebe-se, ao longo dos apontamentos acerca das contrarreformas do Estado, no governo Temer, que a lógica da acumulação capitalista insiste no pressuposto da insuficiência da gestão pública em gerir os recursos sociais e da incapacidade do sistema de garantir acesso a toda população à saúde pública. O governo de Temer responsabiliza o usuário por buscar o acesso aos serviços de saúde via judicialização pela precarização da assistência em saúde e pelo desfinanciamento da política por buscar a garantia do acesso. Não se discute o desfinanciamento do sistema a partir da locação dos recursos da saúde em outros setores de interesses do governo e o subfinanciamento como estratégia de ampliação do mercado privado de saúde.

Se durante o governo petista, era possível observar a defesa do projeto da Reforma Sanitária Flexibilizada (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018) ou do SUS possível (SOARES, 2018), o governo Temer resgata e implementa os princípios defendidos pelo *projeto privatista* da saúde ao: reduzir os gastos com as políticas públicas, fragmentando seus atendimentos e focalizando suas ações nas camadas mais periféricas da população; enfraquecer o sistema de saúde público, privilegiando o setor privado, com a ampliação do mercado de saúde privada por meio da regulamentação dos planos de saúde populares.

São medidas que expressam tendências de sustentação do sistema da dívida pública, de esgotamento das funções do Estado, de promoção de prejuízo aos serviços públicos oferecidos à população, de precarização as condições de trabalho e salariais dos trabalhadores públicos e de incentivo às terceirizações, contribuindo com a privatização do sistema público de saúde brasileiro (FNCPS, 2016).

A focalização do atendimento nas camadas mais pobres do Brasil propicia ao capital a expansão do serviço privado de saúde ofertado para os *cidadãos consumidores* excluídos dos programas focais do governo. A contrarreforma também possibilita ao capital a sua inserção na gestão pública de atenção em saúde, atuando por meio de novos modelos de gestão e introduzindo racionalidades burguesas na área pública, como metas, programas, precarização do processo de trabalho.

Como afirma Soares (2018, p. 27-28), ao fazer com que a gestão seja aprisionada pelos interesses privados, na saúde, o governo Temer apresenta-se distante e antagônico ao projeto de Reforma Sanitária, derruindo, fundamentalmente, três dos seus princípios basilares. São eles, a *universalidade do acesso à saúde*, quando institui o novo regime fiscal, sobretudo, quando se considera a restrição orçamentária por 20 anos. Essa configuração da atual política de saúde reforça o pressuposto da focalização e da seletividade, deixando as questões como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de gestão da força de trabalho e a política nacional de medicamentos sem respostas e esquecidas; a *publicidade do direito à saúde*, quando o Ministério da Saúde difunde o pensamento de que o problema da crise de financiamento do sistema precisa ser enfrentado por todos, ou seja, a solução para a crise de financiamento da saúde está na aquisição de um plano de saúde acessível; a *participação social*, quando o controle social é alijado dos processos decisórios, transferindo para outros mecanismos de gestão as grandes decisões da política de saúde. Essa realidade demonstra o tensionamento da disputa pela direção da política de saúde, que vem sendo assumida pelo modelo do projeto voltado para o mercado.

O fortalecimento da luta pela Reforma Sanitária é necessário e urgente; é a única possibilidade para a implementação do SUS constitucional. Para isso, Bravo (2006, p. 21) aponta que é fundamental a defesa das propostas aprovadas no 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, realizado em Brasília, no ano de 2005. São elas: definição de uma *política nacional de desenvolvimento* que garanta uma redistribuição de renda cunho social; defesa da seguridade social como política de proteção social universal; defesa intransigente dos princípios e diretrizes do SUS; retomada dos princípios que regem o orçamento da seguridade social, entre outras.

Se durante os anos 1990 houve um refluxo dos movimentos sociais que dificultou a intervenção no desmonte da Seguridade Social, os anos 2000 apresentam experiências organizativas dos movimentos sociais baseados por um projeto classista de resistência ao processo de cooptação, capitulação,

passividade e conformismo (DURIGUETTO, 2008). Podemos citar como movimentos sociais contra hegemônicos que atuam no campo da saúde: a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, que composta por entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários, objetiva defender o SUS público, estatal, gratuito e para todos; e lutar contra a privatização da saúde e pelos princípios da Reforma Sanitária (BRAVO; PELAEZ; PENHEIRO, 2017).

Diante do quadro de desmonte da saúde pública com a ofensiva do projeto privatista do governo Temer, os movimentos contra hegemônicos alcançaram importantes conquistas no ano de 2017. Segundo Bravo (2017), essas vitórias abarca a realização da primeira Conferência Saúde da Mulher; a oposição do CNS, contrário às medidas do Ministério da Saúde; e tentativa de rearticulação do Movimento da Reforma Sanitária.

Apesar de todos os avanços alcançados pelo movimento da Reforma Sanitária na década de 1980, com a promulgação de uma política de saúde gratuita e universal fundamentada na unificação e organização em um único sistema, o SUS, vê-se que a contrarreforma do Estado de cunho neoliberal promove a desregulamentação do Estado, passando a responsabilidade da promoção do desenvolvimento social para a sociedade e provoca o desfinanciamento, a desregulamentação e desmonte dos direitos sociais conquistados.

Nesse sentido, a saúde torna-se, cada vez mais, uma grande arena de interesses políticos e privados, assim como o SUS se apresenta como espaço de luta, resistências e contradição, a ser disputado no cotidiano dos serviços, da política e da vida.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. et al. **Nota conjunta de repúdio**. 03 jul. 2018. Disponível em: <https://idec.org.br/sites/default/files/arquivos/nota_conjunta_de_repudio_-_franquia_e_coparticipacao_0.pdf >. Acesso em: 05 jul. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS. **Resolução Normativa nº 433, de 27 de junho de 2018**. Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzU5NA==>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

BEDINELLI, T. Homens trabalham mais que mulheres: mais uma para a lista das gafes da equipe de Temer. **El País**, 12 ago. 2016. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2016/07/28/politica/1469742650_528144.html>. Acesso em: 30 out. 2017.

_____. Não há recursos para se dar tudo a todos. **El País**, 24 jul. 2016. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2016/07/23/politica/1469280731_547176.html>. Acesso em: 01 nov. 2017.

BETIM, F. Intervenção federal no Rio decretada por Temer abre inquérito e incerto capítulo. **El País**, 17 fev. 2018. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2018/02/16/politica/1518803598_360807.html>. Acesso em: 01 mar. 2018.

BOM DIA RIO. **Portadores de HIV enfrentam dificuldades para encontrar medicamentos no Rio**. G1 RJ, 21 mar. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/portadores-de-hiv-enfrentam-dificuldades-para-encontrar-medicamentos-no-rio.ghtml>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 08 fev. 2017.

_____. Lei nº 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**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 08 fev. 2018.

_____. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 01 nov. 2017.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. CNS; Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde. COFIN. **Análise da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (COFIN/CNS) sobre o Relatório Anual de Gestão 2016 do Ministério da Saúde (RAG2016/MS) e sobre o Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (RQPC) – 3º quadrimestre/2016 do Ministério da Saúde**. Disponível

em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso551_anexo.pdf>. Acesso em: 29 out. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. **Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 27 jun. 2018.

_____. Portaria nº 1.717, de 12 de junho de 2018. **Descredencia Equipes de Saúde da Família (ESF) por não cumprimento de prazo estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1717_21_06_2018.html>. Acesso em: 03 jul. 2018.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Ofício nº 60-GS/SAS. Assunto: **Proposta de Plano de Saúde Acessível.** Brasília (DF), 18 jan. 2017. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/Proposta-de-Plano-de-Saude-Acessivel.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2018.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez, OPAS/OMS, Ministério da Saúde, 2006, p. 88-110.

_____. **Trabalho, Seguridade Social e Ajuste Fiscal.** In: Seminário Nacional Procad/CAPEs, 3., 2017, Rio de Janeiro, palestra proferida.

BRAVO, M. I. S; PELAEZ, E. J; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n.1, p. 9-23, jan./abr. 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139/13218>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

CAMBRICOLI, F. **Para ministro da Saúde, pacientes imaginam doenças.** Estadão, 16 jul. 2016. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,para-ministro-pacientes-imaginam-doencas,10000063163>>. Acesso em: 30 out. 2017.

EL PAÍS. **O que se sabe sobre a intervenção federal do RJ e quem é quem no comando militar.** 19 fev. 2018. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2018/02/16/politica/1518809925_167595.html>. Acesso em: 01 mar. 2018.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. Ofensiva Capitalista, Despolitização e Politização dos Conflitos Sociais de Classe. **Temporalis**, Brasília, ABEPSS, n. 16, p. 45-66, 2008.

FAGNANI, E. **O fim do breve ciclo de cidadania no Brasil (1988-2015)**. Texto para Discussão. n. 308. Camoninas: Instituto de Economia, UNICAMP, Jun, 2017, p. 2-21. Disponível em: <<https://www8.eco.unicamp.br/Publicacoes/textos-para-discussao> >. Acesso em: 01 nov. 2017.

FURLAN, F. *Para o ministro da Saúde, há excessos de hospitais no Brasil*. Exame, 21 set. 2017. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/revista-exame/para-o-ministro-da-saude-ha-excesso-de-hospitais-no-brasil/> >. Acesso em: 29 out. 2017.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. FNCPS. **O ilegítimo governo Temer e os ataques ao Sistema Único de Saúde**. 5 ago. 2016. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2016/08/1049.html> >. Acesso em: 01 nov. 2017.

GOLDANI, A. M. As famílias no Brasil contemporâneo e o mito da desestruturação. **Cadernos Pagu**, Campinas, n.1, p. 67-110, 1993. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1681/1664>>. Acesso em: 29 nov. 2017.

LAPORTA, T; TREVIZA, K. **Novo texto da reforma da Previdência**: veja o que muda na proposta do governo. G1, 23 nov. 2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/veja-os-principais-pontos-da-nova-versao-da-proposta-do-governo-para-a-reforma-da-previdencia.ghtml>>. Acesso em: 29 nov. 2017.

MARQUES, M. **Pacientes com HIV denunciam falta de medicamento na rede pública do DF**. G1 DF. 01 ago. 2017. Disponível em: <<https://www.google.com.br/search?q=falta+rem%C3%A9dio+para+PVHA&oq=falta+rem%C3%A9dio+para+PVHA&aqs=chrome..69i57.10930j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8> >. Acesso em: 27 jun. 2018.

MATHIAS, M. **Os planos de saúde “populares” e a lógica da segregação**. Carta Capital, 18 ago. 2016. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/blogs/outras-palavras/saude-os-planos-da-segregacao> >. Acesso em: 30 out. 2017.

MATOSO, F. Em 1ª fala na TV, Temer defende reforma previdenciária e trabalhista. **G1**, 31 ago. 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/politica/processo-de-impeachment-de-dilma/noticia/2016/08/temer-faz-pronunciamento-em-cadeia-nacional-de-radio-e-tv.html> > Acesso em: 30 out. 2017.

MAZUI, G; CASTILHOS, R. **Governo desiste da votação da Previdência e anuncia nova pauta prioritária no Congresso**. G1. 19 fev. 2018. Disponível

em: < <https://g1.globo.com/politica/noticia/governo-desiste-da-votacao-da-previdencia-e-anuncia-nova-pauta-prioritaria-no-congresso.ghtml> >. Acesso em: 01 mar. 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf> >. Acesso em: 28 jun. 2018.

ROSSI, P.; MELLO, G. Da Austeridade ao desmonte: dois anos da maior crise da história. **Le Monde Diplomatique**, maio 2017. Disponível em: < <http://diplomatique.org.br/da-austeridade-ao-desmonte-dois-anos-da-maior-crise-da-historia/> >. Acesso em: 01 nov. 2017.

SOARES, R. C. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. p. 24-32, jan./abr. 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19496/13178>>. Acesso em: 25 jun. 2018.
TRUFFI, R. **Ricardo Barros, o ministro dos planos de saúde**. Carta Capital, 05 set. 2016. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/revista/916/ricardo-barros-o-ministro-dos-planos-de-saude> >. Acesso em: 29 out. 2017.

VIEIRA, A. C. S. Política de saúde e HIV: direito à saúde e reformas regressivas. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 72-83, jan./abr. 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18622/13182>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica, n. 28). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2018.