



Sessão temática: Política Social e Serviço Social.

Mesa coordenada A radicalização do capital, impactos na saúde e no serviço social: lutas e resistências.

## AVANÇOS DAS CONTRARREFORMAS NA SAÚDE NO GOVERNO TEMER

MARIA INÊS SOUZA BRAVO<sup>1</sup>  
ELAINE JUNGER PELAEZ<sup>2</sup>

**Resumo:** O presente trabalho pretende abordar as contrarreformas que tem sido implementadas em ritmo acelerado desde o início do Governo Temer, com destaque para a política de saúde. Objetiva apontar os novos contornos da disputa entre os projetos de saúde de reforma sanitária, reforma sanitária flexibilizada e privatista, bem como os sujeitos e interesses privilegiados. Foram analisados documentos que fundamentam a ação governamental, portarias governamentais, reportagens de jornais e revistas sobre a política de saúde no atual governo. Por fim, são delineadas estratégias de resistência às contrarreformas na saúde.

**Palavras-chave:** Governo Temer. Política de Saúde. Contrarreformas.

**Abstract:** This paper intends to address the counter-reforms that have been implemented at an accelerated pace since the beginning of the Temer Government, with emphasis on health policy. It aims to point out the new contours of the dispute between sanitary and private health reform projects, as well as the privileged subjects and interests. documents that base the governmental action, government ordinances, newspaper and magazine reports on health policy in the current government were analyzed. Finally, strategies of resistance to counter-reforms in health are outlined

**Keywords:** Government Temer. Health Policy. Counter Reforms.

### 1. INTRODUÇÃO

Ao abordar as contrarreformas que tem sido implementadas em ritmo acelerado desde o início do Governo Temer, com destaque para a política de saúde, vai-se destacar que o Sistema Único de Saúde (SUS) em sua atual configuração é fruto das disputas entre projetos antagônicos existentes na sociedade brasileira para a área da saúde desde antes da redemocratização e da Constituição de 1988.

O Projeto da Reforma Sanitária foi construído a partir de meados dos anos 1970, com base nas lutas populares e sindicais pelo direito à saúde e nos

---

<sup>1</sup> Professora com formação em Serviço Social. Universidade do Estado do Rio De Janeiro. E-mail: <mibravo@uol.com.br>.

<sup>2</sup> Profissional de Serviço Social. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia.

posicionamentos críticos às limitações do modelo médico assistencial previdenciário vigente no Brasil até o advento do SUS. Para o mesmo, a saúde possui um caráter universal, configurando-se como direito social, a ser garantido por políticas públicas intersetoriais e ações em saúde com qualidade, respondendo a todas as necessidades da população, executadas, primordialmente, pelo próprio Estado.

O Projeto Privatista, oriundo da ditadura civil militar iniciada em 1964 e retomado nos anos 1990, tem sua lógica orientada pelas regras de mercado e fundamentada na exploração da doença como sua principal fonte de lucros. Além da exploração da população que faz uso de serviços através da compra direta de consultas, procedimentos e exames, ou utilização de planos e convênios privados, a partir da década de 1990 passa a atuar também na execução de ações de saúde, substituindo o Estado no provimento de serviços através dos chamados “Novos Modelos de Gestão” (Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Parcerias Público-privadas e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, entre outros) que, associado a subvenções e isenções fiscais, avança sob o fundo público como uma nova forma de garantia de acumulação de capital (BRAVO; MATOS, 2004).

A partir dos anos 2000, nos governos petistas, considera-se que foi formulado um terceiro projeto, o da Reforma Sanitária Flexibilizada, 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 (BRAVO, 2013). 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.

As disputas existentes entre esses projetos inscrevem-se no processo de desenvolvimento do próprio sistema capitalista em sua fase neoliberal, com redução do papel do Estado na sociedade, diminuição de direitos para a classe trabalhadora, políticas públicas compensatórias focalizadas para grupos mais

vulneráveis e participação cada vez maior do mercado em todos os aspectos da vida social.

As medidas adotadas pelos governos do Partido dos Trabalhadores, apesar dos resultados positivos de algumas políticas sobre os indicadores sociais, cumpriram um papel funcional ao capitalismo no Brasil. As políticas sociais, apesar de algumas inovações, sofreram influência da agenda da estabilidade fiscal e, conseqüentemente, os investimentos foram reduzidos. Avalia-se que não romperam com a lógica da contrarreforma realizada no governo Cardoso.

A análise que se faz é houve continuidade da disputa entre esses projetos na saúde. Algumas propostas procuraram enfatizar a Reforma Sanitária, mas não houve direção política e financiamento para viabilizá-las. O que se percebe é uma continuidade das políticas focais, a falta de democratização do acesso, a articulação com o mercado e a manutenção da política de ajuste fiscal. Com relação ao movimento sanitário, algumas entidades históricas, a partir de 2008, tem procurado debater alguns eixos temáticos importantes para a atualização da agenda da Reforma Sanitária brasileira, entretanto flexibilizando seu referencial teórico que vai ser orientado pela social democracia, não tendo como preocupação a superação do capitalismo e a emancipação humana pelo socialismo (BRAVO; MENEZES, 2013).

Com o governo Temer, verifica-se a aceleração e a intensificação das políticas que contribuem com o desmonte do Estado brasileiro, configurando uma nova fase de contrarreformas estruturais que atacam os direitos dos trabalhadores, como pode ser observado nos documentos *Agenda Brasil* (CALHEIROS, 2006), *Uma Ponte para o Futuro* (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015) e *Travessia Social* (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, [2016]) que serão abordados posteriormente. O que nos indica a consolidação de um quarto projeto para a saúde que é o SUS submetido totalmente a lógica do mercado. Percebe-se que não há interesse em acabar com o SUS mas sim com o princípio da universalidade.

No Desenvolvimento vai-se destacar dois subítens. Inicialmente, serão ressaltadas brevemente as questões vivenciadas pela saúde a partir dos anos

1990, a conjuntura do governo Temer e os documentos que fundamentaram sua ação, enfatizando a saúde. O segundo vai caracterizar as ações de desmonte na saúde durante esse governo nos anos de 2016, 2017 e início de 2018.

## **2. DESENVOLVIMENTO<sup>3</sup>**

### **2.1 Impasses vividos pela Saúde a partir dos Anos 1990 e a Conjuntura do Governo Temer**

Os processos de privatização e de retrocessos na política de saúde não começam no Governo Temer. Inserem-se no quadro social, econômico e político sintonizado com processos observados mundialmente e se concretiza com as mediações relacionadas às condições de inserção do Brasil no cenário político-econômico mundial e ao seu particular desenvolvimento histórico.

Vivencia-se o processo de contrarreforma do Estado (BEHRING, 2003) no Brasil desde os anos 1990, resultando em inflexões no campo das políticas sociais que atingem diretamente a saúde pública e o conjunto da Seguridade Social, em consonância com as orientações de mudanças no mundo do trabalho, por meio da reestruturação produtiva (HARVEY, 1993) e de redefinição das funções e responsabilidades do Estado com vistas à inserção do Brasil na economia mundializada (CHESNAIS, 1996). No contexto de crise estrutural do capital, 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 de Reforma Sanitária e aos lutadores da saúde, é ameaçado.

Destaca-se o avanço do Projeto de Saúde Privatista, oposto ao Projeto de Reforma Sanitária, desde os anos 1990. A eleição de membros do Partido dos Trabalhadores para o presidência da república federativa trouxe discussões, contradições e dilemas postos desde as respectivas campanhas eleitorais e que se agudizaram no decorrer dos mandatos no âmbito do

---

<sup>3</sup> Os itens que compõem o desenvolvimento do presente trabalho tem como base o artigo “As contrarreformas na política de saúde do governo Temer”, de autoria de Bravo, Pelaez e Pinheiro, publicado na Revista Argumentum, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018, constante das referências bibliográficas.

governo federal, na medida em que são apresentadas propostas de contrarreformas e ajustes no mesmo sentido das verificadas em governos anteriores.

As manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas que culminaram com o afastamento de Dilma Rousseff da presidência da república, em maio de 2016, desnudaram as fragilidades da democracia burguesa e o esgotamento da política de conciliação de classes. Em seu lugar assume, de maneira ilegítima, Michel Temer, representando os setores mais conservadores e reacionários da sociedade brasileira. O governo Temer consiste na restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional.

O peso da crise da acumulação é transferido para os trabalhadores tendo o comprometimento de seus direitos através de contrarreformas Trabalhista, Terceirização Irrestrita e Novo Regime Fiscal que congela por vinte anos os gastos públicos, medidas já aprovadas, e de Reforma da Previdência Social, em tramitação

Braz (2017) afirma que o consenso burguês está na necessidade de acelerar contrarreformas profundas que atendam a quatro objetivos centrais: a) recolocar o Brasil na área de influência prioritária dos EUA; b) reduzir os custos do trabalho no país e aumentar a produtividade média do trabalho com base em novas formas de combinação de mais-valia relativa (incremento tecnológico para reduzir trabalho necessário e baratear a reprodução social da força de trabalho) e mais-valia absoluta (via flexibilização das relações trabalhistas que reduzem as formas de proteção social do trabalhador); c) implementar uma cruzada conservadora e reacionária contra os avanços sociais, como forma de promover um retrocesso cultural e ideológico no país; d) readequar as políticas sociais a um programa neoliberal mais radical que crie condições para aprofundar políticas de austeridade fiscal.

Alguns documentos norteiam as propostas de contrarreformas implementadas pelo governo Temer, destacando-se as de maior impacto para a saúde divulgados em 2015 e 2016 com as principais propostas para o

governo formuladas pelo PMDB: *Agenda Brasil, Uma Ponte para o Futuro e Travessia Social*. Apontam para a aceleração e intensificação de medidas que contribuem com o desmonte do Estado configurando uma nova fase de contrarreformas estruturais em ritmo acelerado.

O PMDB apresenta a *Agenda Brasil* (Calheiros, 2006), em agosto de 2015, que com relação à saúde explicita as seguintes propostas: impedir o pagamento de tratamentos experimentais pelo SUS; ampliação da Desvinculação de Receitas da União; e introdução do copagamento no SUS. Esta última proposta foi deixada de lado pelo governo após grande repercussão negativa.

O documento *Uma Ponte para o Futuro* (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015), é apresentado pelo PMDB em outubro de 2015 e coloca como questões centrais: necessidade de maior ajuste fiscal para ampliar o crescimento econômico; acabar com as vinculações constitucionais para saúde e educação; fim de todas as indexações (de salários, benefícios previdenciários); nova contrarreforma da Previdência; viabilizar a participação mais efetiva do setor privado na construção de infraestrutura; maior cooperação do Estado com o setor privado na abertura dos mercados externos; executar política de desenvolvimento centrada na iniciativa privada; estabelecer uma agenda de avaliação de políticas públicas que permita identificação dos beneficiários e análise dos impactos dos programas. Uma consideração importante é que o documento afirma que o Brasil gasta muito com políticas públicas e teria resultados piores que de outros países.

Em abril de 2016, em plena discussão do impeachment, é apresentado pelo PMDB o documento *Travessia Social* (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2016), expressão da política social do programa *Uma Ponte para o Futuro*. De uma forma geral, tem como propostas: conter a inflação e realizar o ajuste fiscal; a retomada do crescimento que possibilitará a inserção das pessoas no mercado de trabalho; focalização das ações nos 40% mais pobres da população pobre. Com relação à Saúde, propõe: a ênfase no gerencialismo, considerando como problema do SUS a má gestão; a necessidade de focalização na parcela que não pode pagar planos privados de saúde; e o estímulo ao aumento de cobertura dos planos privados.

## 2.2 A Saúde no Governo Temer

No governo Temer tem-se a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização *não clássica* na saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, cortes orçamentários na política de saúde; a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB; articulação efetiva com o setor privado através da Coalizão Saúde. Em síntese, o Governo Temer repete na saúde a sua tática para o conjunto da gestão, que consiste no aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais.

O atual governo dá continuidade ao discurso de seus antecessores, mas com maior intensidade, conforme já salientado. Tenta-se fazer com que acreditemos que as propostas de ajustes e de retiradas de direitos são inevitáveis nesse contexto e que as perdas serão compartilhadas por todos. Na realidade, contudo, é a classe trabalhadora que está pagando o preço desta crise.

O discurso da falaciosa necessidade de redução do SUS inaugura a gestão do Ministro da Saúde Ricardo Barros, que afirma que o país não conseguirá sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988 como o acesso universal à saúde, e será preciso repensá-los, pois não haverá capacidade financeira para isso. O referido Ministro, que teve seu financiamento de campanha para deputado federal vinculado a um consórcio de planos de saúde privados<sup>4</sup>, apresenta a proposta de Planos de Saúde Populares como um dos pilares da sua gestão à frente do Ministério da Saúde.

Com esse objetivo, foi editada a Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016 (BRASIL, 2016b), que institui um grupo de trabalho para discutir o projeto de Plano de Saúde Acessível. O resultado das discussões realizadas foi

---

<sup>4</sup> O maior doador individual de campanha de Ricardo Barros para deputado federal em 2014 foi Elon Gomes de Almeida, presidente e fundador do Grupo Aliança, conforme apontado em reportagem da Carta Capital (TRUFFI, 2016).

sistematizado no ofício nº 60 da Secretaria de Atenção à Saúde, encaminhado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 18 de janeiro de 2017 (BRASIL, 2017a), para avaliação e manifestação com relação à sua viabilidade técnica. Neste ofício, encontra-se expresso a principal motivação utilizada pelo Ministério da Saúde para a defesa desse projeto: a redução de cerca de 1,5 milhões de pessoas que deixaram de fazer usos de planos privados de saúde em 2016.

Esse documento apresenta as seguintes propostas para o Plano de Saúde Acessível: a) Plano Simplificado: cobertura para atenção primária, restrita a consultas nas especialidades previstas no Conselho Federal de Medicina (CFM) e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade. Não há previsão para exames e terapias de alta complexidade, internação e atendimento de urgência e emergência; b) Plano Ambulatorial + hospitalar: cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade. O paciente passaria obrigatoriamente por uma prévia avaliação realizada por médico da família escolhido pelo beneficiário, que encaminhará para a rede especializada caso julgue necessário. Havendo indicação para atendimento hospitalar, o beneficiário deverá ser encaminhado para uma segunda avaliação médica. Vale ressaltar que a cobertura do plano está adaptada à criação de dupla autorização pela operadora, o que dificulta o acesso; c) Plano em Regime Misto de Pagamento: oferece serviço por intermédio de contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva, e, quando necessário, atendimento ambulatorial. Fica sob a responsabilidade do beneficiário o pagamento do procedimento, de acordo com valores previstos em contrato. As operadoras seriam livres para cobrar um fator moderador (coparticipação) de 50%.

Várias entidades apresentaram posicionamentos contrários à proposta. O Conselho Nacional de Saúde, em 10 de março de 2017, apresentou uma Moção de Repúdio enfatizando que a mesma subverte o papel do Estado e representa grave retrocesso, apresentando muitas restrições de cobertura e fere o princípio da integralidade; bem como diminui a competência regulatória da ANS. A Associação dos Servidores e demais Trabalhadores da ANS



(ASSETANS), em assembleia realizada em 05 de setembro de 2017, aprova um posicionamento contrário aos Planos de Saúde Acessíveis, destacando que suas características limitam as coberturas garantidas pela Lei 9.656 (BRASIL, 1998) e sua regulamentação, contrariando o princípio da integralidade da atenção; considera que fatores acima de 30% são considerados restritores severos ao acesso aos serviços.

Outras medidas do Ministério da Saúde neste governo são as propostas de Alterações na Lei dos Planos de Saúde. Em setembro de 2017, o relator da Comissão Especial sobre Planos de Saúde da Câmara dos Deputados, Rogério Marinho (PSDB/RN), apresentou os principais pontos que pretende inserir no seu relatório, quais sejam: a) Revogação da Lei dos Planos de Saúde; b) Segmentação de Cobertura Assistencial, na medida em que propõe que ao contratar um plano de saúde, o usuário, família ou empresa escolheria quais procedimentos quer incluir no plano e quais doenças seriam; c) reajuste após 60 anos de idade, o que denota a intenção de alterar o Estatuto do Idoso e na prática significará a expulsão dos idosos dos planos de saúde; diminuição do valor do ressarcimento ao SUS, o que acarreta perda de recursos pelo SUS bem como, Redução do Valor de Multas aplicadas pela ANS contra planos de saúde.

Uma medida drástica do governo com relação ao financiamento foi o congelamento dos gastos, através da PEC 95/2016 (BRASIL, 2016a), cujos impactos para a saúde são enormes. O estudo realizado pelo IPEA por meio da Nota Técnica 28, elaborada por Fabiola Vieira e Rodrigo Benevides (2016), apresenta algumas questões, dentre elas que a perda de recursos federais destinados ao SUS é estimada em R\$ 654 bilhões de reais em 20 anos, em um cenário conservador (crescimento do PIB de 2% ao ano). Com estimativa de crescimento maior (3% ao ano), a estimativa chega a R\$ 1 trilhão. Ou seja, quanto mais a economia brasileira crescer, maior a perda de recursos para a Saúde. Os pesquisadores do IPEA ainda chamam a atenção para o fato de que a população de idosos no Brasil deve dobrar entre 2016 e 2036, de 24,9 milhões para 48,9 milhões (12,1% a 21,5% do total). O impacto dessa mudança do perfil demográfico para o SUS é evidente, pois idosos adoecem e procuram mais os serviços de saúde, demandando mais estrutura e insumos.

A Política Nacional de Atenção Básica, sofre uma revisão pactuada na Reunião da CIT (Comissão Intergestora Tripartite, composta por Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselhos Nacionais dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) em 31/08/2017, não sendo analisada pelo Conselho Nacional de Saúde e nem discutida junto à sociedade, restringindo esse debate a uma consulta pública por meio eletrônico, em curtíssimo espaço de tempo. Apesar do texto afirmar que a Saúde da Família continua como a estratégia prioritária para a expansão e consolidação da Atenção Básica no Brasil, o mesmo rompe com sua centralidade e institui formas de financiamento para outros arranjos assistenciais que não contemplem equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde (ACS), possibilitando a organização da Atenção Básica com base em princípios opostos àqueles norteadores da Atenção Primária à Saúde (APS). Causa estranheza também a referência à diferenciação de ações e serviços *essenciais* e *ampliados* a serem executados na Atenção Básica, o que pode configurar restrições ao acesso à assistência e legitimar sua configuração como uma política focalista limitada à oferta ao *mínimo* dos serviços. Propõe a redução da carga horária da equipe, que poderá ser de 10 horas.

A Política de Saúde Mental tem tido propostas de alterações avaliadas como ameaça às conquistas da Reforma Psiquiátrica no país. Por meio da Portaria 3.588/2017 (BRASIL, 2017c), o atual Governo engendrou mudanças na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que apontam para 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. A proposta foi aprovada pela CIT em 21 de dezembro de 2017, sem que pesquisadores tivessem direito a fala e sem consulta à sociedade e ao Conselho Nacional de Saúde.

As alterações propostas tem sido alvo de críticas em face da ausência de participação social em sua formulação e por estar 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 (BRASIL, 2001). O Movimento Nacional

de Luta Antimanicomial repudia tais propostas por compreender que representa retrocesso na implantação da rede de atenção psicossocial territorializada, de base comunitária e construída com participação dos movimentos sociais da luta antimanicomial e do controle social, conforme consta na Nota de Repúdio contra o desmonte da Política de Saúde Mental, de 11 de dezembro 2017. A Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) também apresenta posição contrária, por entender que a nova política traz de volta a perspectiva manicomial e secundariza o investimento em serviços de base territorial e comunitária, de acordo com reportagem do Viomundo (LEMES, 2018).

Com relação à indústria farmacêutica, o ministério da saúde do Governo Temer defendeu, no início de 2018, a importação de medicamentos para doenças raras sem a exigência de um documento que comprove a autenticidade desses produtos, o que consistiu em uma tentativa de favorecimento do capital estrangeiro e desagradou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e parte da indústria farmacêutica.

Todas estas propostas caracterizam a articulação efetiva do governo com o setor empresarial de saúde. A medida mais importante de articulação do setor privado, até o momento, foi a elaboração do documento Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde, divulgado em 2017, elaborado pelo Instituto Coalizão Brasil, formado por representantes da cadeia produtiva do setor saúde e que objetiva construir um novo sistema de saúde para o Brasil. A tese defendida é a de que os setores público e privado precisam construir uma rede integrada de cuidados contínuos, a qual pressupõe maior participação da iniciativa privada na gestão dos serviços. O início deste processo data de 2014, primeiramente com a participação da Associação Nacional de Hospitais Privados em articulação com a Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP) e, em julho de 2014, surge o Coalizão Saúde. Avalia-se que o objetivo da criação desta articulação foi influenciar nas eleições (MATHIAS, 2016).

O número de associados desta articulação privada amplia-se a partir de 2016, totalizando vinte e quatro, cabendo destacar: Jonhson & Johnson; Qualicorp e Unimed Brasil; Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaude); Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma);

Confederação Nacional de Saúde (CNS) e Confederação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas. A agenda prioritária do grupo pauta-se nas seguintes proposições: as soluções para os sistemas de saúde público e privado ou simplesmente Sistema de Saúde Brasileiro (e não mais SUS) passam por fortalecer os mecanismos de livre mercado, como as parcerias público-privadas, as OS e um novo modelo de governança que amplie a participação dos prestadores privados na definição das políticas de saúde. Apresenta proposta de novas modalidades de Conselhos e conferências, compostos somente por especialistas e ligados ao gabinete dos prefeitos. Nacionalmente, propõe a criação de um Conselho Executivo, também formado por especialistas, com o poder de definir estratégias (Ibid). Em junho de 2016 estas propostas foram apresentadas ao Senado Brasileiro em Seminário realizado em parceria com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e a Associação Médica Brasileira (AMB) e, em agosto de 2016, ocorreu uma audiência sobre o tema com o presidente Michel Temer.

O documento intitulado *Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde*, é lançado em 2017 e contém diagnóstico e propostas mais detalhadas para o sistema de saúde brasileiro. No diagnóstico, explicita o aumento de doenças; falta de promoção e prevenção; alta expectativa e pouca informação do paciente; governança pouco efetiva; alocação de recursos inadequada; práticas de gestão ineficientes; uso de dados e inovação limitados; problemas de sustentabilidade. Com relação às iniciativas a serem priorizadas, ressalta: estimular mudança cultural para a promoção; fortalecer a atenção primária; ampliar acesso a medicamentos; estimular modelos inovadores de atenção; construir agenda nacional para inovação; estimular modelos assistenciais com foco no idoso e no doente crônico; estabelecer protocolos clínicos de referência nacional; discutir sobre os diferentes modelos de pagamentos; divulgar os dados nos sistemas público e privado; criar o prontuário eletrônico; reorganizar o sistema de redes de atenção (COALIZÃO SAÚDE BRASIL, 2017).

Em março de 2018, o Ministro da Saúde entrega sua carta de demissão ao presidente Temer, com o intuito de disputar novamente o próximo processo eleitoral para o legislativo. Em seu lugar, assumiu Gilberto Occhi, então

presidente da Caixa Econômica Federal e filiado ao Partido Progressista – PP, mesmo de Barros. O novo ministro iniciou sua gestão afirmando que o governo está elaborando decreto com o objetivo de dar nova utilidade as Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento construídas com recursos da União e que não estão em funcionamento. A proposta, apoiada pelo antecessor Ricardo Barros, seria permitir que as instalações físicas de tais unidades fossem utilizados para abrigar creches e escolas, funcionando de forma partilhada ora como escola, ora como posto de saúde. Ou seja, propõe a múltipla utilização dos equipamentos, em uma medida que resultará na desresponsabilização de prefeitos que no passado acordaram arcar com os custos de manutenção dos serviços e ressarcir a União pelos gastos iniciais, mas que não desejam ter tais gastos. A Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO criticou a proposta por considerar que coloca a saúde de crianças em risco e retarda a resolução do histórico problema da falta de acesso aos serviços de atenção básica (FORMENTI, 2018). O governo não deu seguimento à proposta até o momento.

A medida de ataque à saúde mais recente do Governo Temer foi a Medida Provisória 839/2018, que estabelece subsídios fiscais de R\$9,58 bilhões ao óleo diesel no país como forma de por fim à greve dos caminhoneiros que paralisou o país no final de maio. A desoneração e consequente abdicação do recolhimento de recursos da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS, em especial, trará impacto direto para o financiamento da política de saúde e prestação dos serviços, por se tratar de uma das contribuições basilares para o financiamento da Seguridade Social. Além disso, a política de saúde teve seu orçamento reduzido em R\$179 milhões, valores que seriam destinados inicialmente ao programa de fortalecimento do SUS responsável por ações de melhoria da estrutura e da qualidade dos serviços de saúde. Trata-se de mais uma medida que favorece o capital na disputa pelo fundo público.

No item a seguir vai-se ressaltar algumas propostas significativas vindas dos movimentos de luta e resistência na saúde.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerar a saúde – como determinada pelas condições de vida e trabalho, direito de todos e dever do Estado – é um desafio na atual conjuntura. Avançar no sentido de propostas convergentes com os princípios do SUS e, mais que isso, da Reforma Sanitária dos anos 1970/80, requer a retomada dos seus princípios e bandeiras, da organização e aglutinação das massas em torno das questões sanitárias, semelhante ao observado a partir do período da redemocratização, sem desconsiderar as singularidades do atual momento histórico.

As tarefas postas têm como cenário da sua concretização uma conjuntura distinta daquela verificada nos anos 1980, com modificações no mundo do trabalho que têm repercussões na organização e luta social, as quais resultam em fragmentação e setorização de reivindicações. A forma de atuação das entidades representativas dos trabalhadores não está alheia a tais transformações.

Trata-se de retomar a capacidade de organização e de luta com vistas à resistência contra as propostas de retirada de direitos na saúde e em outras políticas sociais, no sentido de impedir a flexibilização e/ou desmonte do marco legal constitucional e das legislações complementares que se seguiram, assim como na perspectiva do fortalecimento da mobilização dos trabalhadores e da ultrapassagem da fragmentação das pautas políticas.

As formulações de Berlinguer (1987), intelectual da Reforma Sanitária italiana, que foi um dos inspiradores da Reforma Sanitária Brasileira continuam atuais. É fundamental o seu debate sobre a necessidade de politização da saúde com o objetivo de aprofundar a *consciência sanitária*. O que o autor denomina de *consciência sanitária* consiste na ampliação do conhecimento da população sobre saúde e os seus determinantes sociais, mas também e, sobretudo, a ampliação das mobilizações e da ação coletiva voltada para a mudança desses determinantes estruturais, ou seja, da estrutura social e das relações sociais que produzem desigualdades e condições de vida e trabalho adversas que vão na contramão da produção de saúde em sua concepção ampliada.

As ações no sentido da mercantilização da Política de Saúde, todas as dificuldades de efetivação do SUS e as propostas de retirada dos direitos sociais em geral e do direito à saúde em específico resultaram, de forma dialética, no surgimento de novos mecanismos de lutas, como os Fóruns de Saúde e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Trata-se de uma luta que é fundamentalmente contra as relações sociais capitalistas que reproduzem a desigualdade social e a exploração dos trabalhadores e estão na raiz da determinação social da saúde.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde foi criada em 2010 como uma frente de esquerda, suprapartidária e anticapitalista, que articula diversas organizações, movimentos sociais e militantes da saúde. Desde sua criação vem se empenhando em um esforço coletivo para articular as diversas lutas em defesa do SUS de caráter público, 100% estatal e de qualidade; contra os processos de privatização com que o sistema de saúde brasileiro vem passando; e a favor de melhorias das precárias condições salariais e de trabalhos em que se encontram os diversos profissionais de saúde.

Nesse sentido, têm sido construídas reflexões e propostas, em termos de referenciais e de lutas para nortear as ações e a agenda política, procurando articular a luta por saúde a construção de um novo projeto societário. Como síntese das propostas apresentadas pela Frente Nacional contra a Privatização da Saúde ressalta-se<sup>5</sup>: a) Sistema de Saúde público, 100% estatal, universal e de qualidade, sob a administração direta do Estado e contra toda forma de privatização da saúde; b) Revogação das Leis que criaram as Organizações Sociais, Fundações Estatais de Direito Privado, EBSEH e Parcerias Público-privadas e retomada da gestão pública estatal bem como auditoria e devolução dos repasses públicos; c) Reajustes salariais e política de valorização do servidor público, estabilidade no trabalho e Planos de Cargos, Carreiras e Salários e contra todas as formas de precarização do trabalho; d) Defesa da utilização de, no mínimo, 10% do Produto Interno Bruto (PIB) para a saúde, garantindo o financiamento exclusivo da rede pública

---

<sup>5</sup> Na Nota da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde: "O ilegítimo governo Temer e os ataques ao Sistema Único de Saúde", de agosto de 2016 (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2016) e no Relatório do Seminário da Frente Nacional (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2017) ocorrido em Maceió, em 2017, encontram-se as propostas completas.

estatal de serviços; e) Contra a entrada de capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde e pela revogação do artigo nº 142 da Lei nº 13.097/2015; f) Pela Reforma Sanitária, Psiquiátrica e contra as Comunidades Terapêuticas.

## 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](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. 2018.

ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES E DEMAIS TRABALHADORES DA ANS. *Considerações iniciais da ASSETANS sobre a Proposta de Plano Acessível de Saúde*. Rio de Janeiro: ANS, 2017. Disponível em:

<<http://www.assetans.org.br/social/tag/planos-acessiveis/>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

BEHRING, E. R. **Brasil em Contra-Reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BERLINGUER, G. **Medicina e Política**. Tradução Pe. Bruno Giuliani. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1987.

BRASIL. Presidência da República. *Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências*. Brasília (DF), 2016a. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm)>. Acesso em: 20 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília (DF), 2001. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 20 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília (DF), 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/Ccivil\\_03/leis/L9656.htm](http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9656.htm)>. Acesso em: 20 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Ofício n. 60-GS/SAS. Proposta de Plano de Saúde Acessível*. 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: 20 fev. 2018.



\_\_\_\_\_. 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. Brasília (DF), 2017c. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 1.482, de 4 de agosto de 2016. **Institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível**. Brasília (DF), 2016b. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/sau/legis/gm/2016/prt1482\\_04\\_08\\_2016.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/sau/legis/gm/2016/prt1482_04_08_2016.html)> Acesso em: 20 fev. 2018.

BRAVO, M. I. S. Prefácio. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas: Papel Social, 2013.

\_\_\_\_\_; MENEZES, J. S. B. A Política de Saúde na Atual Conjuntura: Algumas Reflexões sobre os Governos Lula e Dilma. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas: Papel Social, 2013.

\_\_\_\_\_; MATOS, M. C. **Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social**: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et al (Org.). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

\_\_\_\_\_. 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.

BRAZ, M. O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 128, p. 85-103, jan./abr. 2017.

CALHEIROS, R. **Agenda Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2006. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/385386/000766380.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

CHESNAIS, F. **A Mundialização do Capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

COALIZÃO SAÚDE BRASIL. **Coalizão Saúde Brasil**: uma agenda para transformar o sistema de saúde. São Paulo: Coalizão Saúde Brasil, 2017.

FORMENTI, L. **A Abrasco critica ideia de postos de saúde com creches e escolas**. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/brasil/abrasco-critica-ideia-de-postos-de-saude-com-creches-e-escolas/>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Relatório do VII Seminário da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde**. Maceió,

out. 2017. Disponível em:  
<<http://www.contraprivatizacao.com.br/2018/01/relatorio-do-vii-seminario-da-frente.html>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES. **Ponte para o Futuro**. Brasília (DF), 2015. Disponível em: <<https://www.fundacaoulysses.org.br/blog/acervo/>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES. **Travessia Social**. Brasília (DF), [2016]. Disponível em: <<https://www.fundacaoulysses.org.br/blog/acervo/>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1993.

LEMES, C. Walter Oliveira, sobre a “nova” política de saúde mental: houve manobras parecidas às usadas para comprar votos no Congresso”. **Viomundo**, São Paulo, 15 fev. 2018. Disponível em:  
<<http://www.viomundo.com.br/denuncias/walter-oliveira-denuncia-mudancas-na-politica-de-saude-mental-manobras-parecidas-as-usadas-para-comprar-votos-no-congresso.html>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

MATHIAS, M. Uma segunda alma para o SUS? Entidades criadas por empresários da saúde abrem caminho para um Sistema Único totalmente integrado e gerido pelo setor privado. **Revista POLI: saúde, educação e trabalho**, Rio de Janeiro, ano 9, n. 48, nov./dez. 2016.

MOVIMENTO NACIONAL DE LUTA ANTIMANICOMIAL. **Nota de Repúdio contra o desmonte da Política de Saúde Mental**. [S.l.], 11 dez. 2017.

Disponível em:  
<[http://www.cressrj.org.br/site/wpcontent/uploads/2017/12/NOTA\\_DE\\_REPUDI\\_O\\_CONTRA\\_O\\_DESMONTE\\_DA\\_SA%C3%9ADE\\_MENTAL\\_MNLA.pdf](http://www.cressrj.org.br/site/wpcontent/uploads/2017/12/NOTA_DE_REPUDI_O_CONTRA_O_DESMONTE_DA_SA%C3%9ADE_MENTAL_MNLA.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2018.

TRUFFI, Renan. Ricardo Barros, o ministro dos planos de saúde. **Carta Capital**, São Paulo, 5 set. 2016. Disponível em:  
<<https://www.cartacapital.com.br/revista/916/ricardo-barros-o-ministro-dos-planos-de-saude>>. Acesso em: 20 fev. 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, 28).