



A captura do fundo público na política de saúde: o fortalecimento do setor privado

*The capture of public funding in healthcare policy:
the strengthening of the private sector*

Viviane Medeiros dos SANTOS*

Resumo: O presente artigo pretende abordar o papel do fundo público em face das demandas do capitalismo contemporâneo, em sua fase financeirizada e de contrarreforma do Estado. Neste sentido, busca apontar como tem se dado a captura do fundo público pelo setor privado na saúde. Para tanto, utiliza-se de uma revisão de literatura a fim de entender o conceito de fundo público e o atual contexto do capital. Ademais, como forma de evidenciar como tem se dado o fortalecimento do setor privado da saúde, lança-se mão da pesquisa documental com a coleta de dados em *sites* do Ministério da Saúde (DATASUS), da Receita Federal e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e no Plano Plurianual 2016-2019, com o objetivo de verificar a alocação de recursos públicos para o setor privado/filantrópico e o crescimento do mercado livre de saúde por meio de planos privados.

Palavras-chave: Saúde pública. Fundo público. Setor privado.

Abstract: This article addresses the role of public funding in the face of the demands of contemporary capitalism during its financialisation phase and accompanied by a wave of State counter-reforms. It seeks to highlight how the capturing of public funding has been driven by the private healthcare sector. A literature review was undertaken to better understand the concept of public funding in the current context of Capital. As a way of evidencing the strengthening of private healthcare sector, documentary research was used with data collected from the websites of the Ministry of Health (DATASUS), the Federal Revenue Service, the National Agency for Supplementary Healthcare (ANS) and Pluriannual Plan (2016-2019), with the objective of verifying the allocation of public resources to the private/philanthropic sector and the growth of free-market healthcare through private plans.

Keywords: Public Health. Public Funding. Private Sector.

Submetido em: 31/12/2017. Aceito em: 22/10/2018.

INTRODUÇÃO

Este artigo objetiva tecer uma sistematização teórica acerca do conceito de fundo público e sua imbricação com o processo de contrarreforma do Estado brasileiro, em especial sobre os impasses por que tem passado a política pública de saúde brasileira no contexto

* Assistente Social. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas. (Ufal, Maceió, Brasil). Av. Lourival Melo Mota, s/nº, Tabuleiro do Martins, Maceió (AL). ORC ID: <<https://orcid.org/0000-0003-0274-8066>>. E-mail: <vivianemedeiros.al@gmail.com>.

 © A(s) Autora(s)/O(s) Autor(es). 2018 **Acesso Aberto** Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR), que permite copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato, bem como adaptar, transformar e criar a partir deste material para qualquer fim, mesmo que comercial. O licenciante não pode revogar estes direitos desde que você respeite os termos da licença.

do capitalismo contemporâneo financeirizado, que tem requerido cada vez mais esse fundo público em favor da acumulação de lucros.

Buscou-se ainda evidenciar o processo de captura do fundo público através de dados que demonstram a mercantilização da saúde via planos privados de saúde, ao montante de recursos do fundo público que tem sido repassado às prestadores de serviços via contrato de gestão ou convênios com entidades privadas/filantrópicas; e ainda, o montante de recursos que tem deixado de ser arrecadado através de isenções fiscais para entidades filantrópicas.

Assinala-se a tendência do repasse da gestão para os modelos de gestão privatizantes, como as OSs. É preciso ressaltar que tais processos têm sido acirrados no contexto atual, sob a direção do governo ilegítimo de Michel Temer, que tem buscado cumprir as normas da cartilha neoliberal em detrimento das demandas dos trabalhadores, que têm sofrido os impactos do processo de contrarreforma empreendido por este governo.

O projeto da Reforma Sanitária, que resultou na criação de um sistema público de saúde com caráter universalizante, gratuito e equânime, apesar de garantido legalmente, tem encontrado diversos entraves para o seu processo de consolidação. Trata-se de um sistema que se acha na contramão dos interesses mercantilistas de assistência à saúde, defendidos pelo projeto do capital. As tendências mais recentes evidenciam um fortalecimento da atuação do setor privado na área da saúde; o que tem se revelado na saúde pública brasileira é um sistema cada vez mais focalizado, seletivo e privatizado.

O projeto político que está posto desde os anos 1990 é um projeto de acumulação e reposição das taxas de lucro do capital em escala global, que o Estado brasileiro vem incorporando através da elaboração e da imposição de metas administrativas para a denominada reforma gerencial do Estado. Este tem reestruturado sua atuação no que se refere, especialmente, às políticas sociais.

A condução da atual política de saúde tem levado à sua desestruturação como política pública, com a quebra de seu caráter universal, tendo como um dos fatores determinantes a sua privatização, no contexto mais amplo de enfrentamento da crise do capital. Isso tem exigido a intervenção crescente do Estado. Constata-se que as tendências regressivas para a saúde têm sido agudizadas no atual contexto político.

A CONTRARREFORMA DO ESTADO E A CAPTURA DO FUNDO PÚBLICO NA SAÚDE

Nesse cenário, o setor privado tem requerido cada vez mais o fundo público em seu favor, para a reprodução do capital. Conforme Mendes (2015), a atual fase do capitalismo contemporâneo tem demonstrado uma dominação da esfera financeira; os interesses do capital portador de juros tende a se intensificar na busca pelos recursos do fundo público brasileiro. “Nessas circunstâncias, em geral, o capital portador de juros, por meio de suas formas assumidas, utiliza o fundo público sob a apropriação de parte da receita pública, remunerando os títulos públicos emitidos pelo governo federal e negociados no sistema financeiro brasileiro” (MENDES, 2015, p. 84).

Salvador (2012) enfatiza o papel ativo do fundo público no capitalismo contemporâneo, no qual exerce uma função ativa tanto nas políticas macroeconômicas, com vistas a garantir a acumulação produtiva, como nas políticas sociais, porquanto o alargamento destas garante a expansão do mercado de consumo.

De acordo com Oliveira (1998, p. 8), o fundo público “[...] em suas diversas formas, passou a ser o pressuposto do financiamento da acumulação de capital, de um lado, e, de outro, do financiamento da reprodução da força de trabalho, atingindo globalmente toda a população por meio dos gastos sociais” (OLIVEIRA, 1998, p. 8). Ainda segundo o autor sob a forma de “[...] títulos públicos e dos vários tipos de incentivos e subsídios, é o fundo público que agiliza a circulação do capital” (OLIVEIRA, 1998, p. 14).

Em síntese, pode-se afirmar que o fundo público é tudo aquilo que é obtido pelo Estado sob a forma de tributos, oriundos da acumulação do capital e da reprodução da força de trabalho. Neste sentido, o fundo público aparece, antagonicamente, como pressuposto da acumulação privada e como instrumento de manutenção e expansão da lógica do sistema capitalista. Esta relação, segundo Oliveira (1998), é constitutiva do capitalismo moderno, fazendo parte das relações de produção e consistindo em recursos públicos que podem ser utilizados para financiar tanto a acumulação do capital quanto a reprodução da força do trabalho, com investimentos sociais em bens e serviços de consumo coletivo.

Salvador (2010) acrescenta que

[...] o fundo público está presente no processo de produção e reprodução do capital enquanto: 1. [...] fonte importante para a realização do investimento capitalista. No capitalismo contemporâneo, o fundo público comparece por meio de subsídios, de desoneração tributária, por incentivos fiscais, por redução da base tributária da renda do capital, como base de financiamento integral ou parcial dos meios de produção que viabilizam [...] a reprodução do capital; 2. Como fonte que viabiliza a reprodução da força de trabalho, por meio dos salários indiretos, reduzindo o custo do capitalista na sua aquisição. Além disso, é a força de trabalho responsável diretamente, no capitalismo, pela criação do valor; 3. Por meio das funções diretas do Estado, que no capitalismo atual garante vultosos recursos do orçamento para investimentos em meios de transporte e infraestrutura, nos gastos com investigação e pesquisa, além dos subsídios e renúncias fiscais para empresas; 4. No capitalismo contemporâneo, o fundo público é responsável por uma transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro, em especial para as classes dos rentistas (SALVADOR, 2010, p. 91).

De acordo com Silva, o avanço do processo de produção e reprodução capitalista faz com que o dinheiro em si se torne uma mercadoria, porém, uma mercadoria que não pode ser comprada e vendida e que, por isso, adquire a forma de empréstimo. “A esta forma, Marx chamou de capital portador de juros” (SILVA, 2011, p. 11).

Nos dias atuais, essa forma de capital portador de juros

[...] assume um novo papel no sistema monetário, pois está organicamente associado ao capital industrial. Na era do capital dos monopólios temos o capital financeiro, que segundo Lênin (2005) é a fusão entre o capital industrial e o capital bancário, em elevado grau de desenvolvimento do capital, no qual a concentração conduz aos

monopólios capitalistas [...]. O capital financeiro cria a chamada oligarquia financeira, uma classe de *rentiers* que vive apenas dos rendimentos do capital financeiro, dos juros do capital monetário e da especulação (SILVA, 2011, p. 11).

No processo denominado por Chesnais (1996) de mundialização do capital¹, “[...] esses rentistas darão a direção política e ideológica ao Estado e requisitarão a atuação do fundo público diretamente em favor de seus interesses” (CHESNAIS, 1996, p. 15).

O referido autor (CHESNAIS, 1996) identifica um crescimento acentuado da esfera financeira nos últimos 15 anos, a qual vem comandando cada vez mais a repartição e a destinação social da riqueza produzida. Tal crescimento vem se alimentando de dois mecanismos diferentes. Segundo Chesnais (1996), “[...] os primeiros referem-se à ‘inflação do valor dos ativos’, ou seja, à formação de ‘capital fictício’. Já os outros se baseiam em transferências efetivas de riqueza para a esfera financeira” (CHESNAIS, 1996, p. 15). Neste último, o autor destaca o importante mecanismo da dívida pública.

Esse processo de desregulamentação da movimentação financeira é impensável sem a intervenção do Estado. Iamamoto (2011) observa que este se faz presente para estabilizar a anarquia do mercado e contribuir na superação das crises dos sistemas financeiros e das empresas, através de recursos oriundos das mais diversas fontes, em especial dos contribuintes, inclusive os de baixa renda. “Assim, o Estado continua forte; o que muda é a direção socioeconômica da atividade e da intervenção estatal, estabelecendo novas regras para governar a favor do grande capital financeiro” (IAMAMOTO, 2011, p. 123), conforme a autora, que acrescenta:

Essa dominação é impensável sem a intervenção política e o apoio efetivo dos Estados nacionais, pois só na vulgata neoliberal o Estado é externo aos “mercados”. O triunfo dos mercados é inconcebível sem a ativa intervenção das instâncias políticas dos Estados nacionais, no lastro dos tratados internacionais como o *Consenso de Washington*, o *Tratado de Marrakesh*, que cria a Organização Mundial do Comércio (OMC), o Acordo do Livre Comércio Americano (ALCA), e o *Tratado de Maastricht*, que cria a “unificação” europeia. Isto é, estabelece-se o quadro jurídico e político da liberalização e da privatização, pelos agentes financeiros, do conjunto dos países da União Europeia (IAMAMOTO, 2011, p. 123).

Nesse processo, o capitalismo contemporâneo, sob um novo estilo de acumulação – a financeirização² –, tem requisitado a atuação do fundo público em favor dos interesses do capital. As contrarreformas têm sido o instrumento utilizado para viabilizar tal transferência.

Silva (2011) assevera que se está diante de um vasto processo de desmonte das políticas sociais, especialmente das mais universais,

¹ De acordo com Chesnais (1996, p. 17), “[...] a expressão ‘mundialização do capital’ é a que corresponde mais exatamente à substância do termo inglês ‘globalização’, que traduz a capacidade estratégica de todo o grande grupo oligopolista, voltado para a produção manufatureira ou para as principais atividades de serviços, de adotar, por conta própria, um enfoque e conduta ‘globais’” (CHESNAIS, 1996, p. 17).

² De acordo com Mendes (2015, p. 73), “[...] o aumento da órbita financeira, denominado ‘financeirização’, pode ser entendido como uma das respostas empreendidas pelos capitalistas para retomarem sua rentabilidade. O resultado disso foi o crescimento para níveis nunca antes vistos da esfera financeira, completamente dissociada da base material da produção capitalista”.

[...] destinadas à reprodução da classe trabalhadora, alargando-se a apropriação privada de parte do fundo público pelos rentistas donos do capital que porta juros. Os mecanismos utilizados se dão na transferência de crescentes recursos sociais para a esfera financeira por meio de contrarreformas das políticas sociais e do repasse de recursos do fundo público para o pagamento da dívida pública (SILVA, 2011, p. 10).

Ainda com relação às políticas sociais, Silva (2012) destaca que o capitalismo contemporâneo, sobre o lastro da financeirização, recoloca a política social em novos patamares e perspectivas, diferentemente do que ocorria no período conhecido como *anos de ouro*, caracterizado pelo Estado de Bem-Estar Social nos países de capitalismo central.

Conforme Silva (2012), “[...] a política social contemporânea tem sido alvo de sucessivos ataques em tempos de crise do capital, desde a década de 1970, e os mecanismos usados são as contrarreformas” (SILVA, 2012, p. 217).

Ainda segundo SILVA (2012), com base na análise de Behring, a supremacia do capital fetiche atinge todos os aspectos da vida social, indo além dos investimentos privados e atingindo sobremaneira as políticas sociais – com destaque para a Seguridade Social –, as quais se tornam mecanismos de investimento do capital financeiro, na busca por solucionar o fenômeno da superacumulação. Esse processo desencadeia a privatização direta ou indireta das áreas sociais, a exemplo de saúde, educação e previdência.

Nesse processo, a chamada crise fiscal do Estado passa a ser o argumento utilizado para a defesa das reformas neoliberais, de corte de gastos sociais, que esconde as reais intenções de diminuição dos custos com a força de trabalho e o redirecionamento do fundo público para atender em maior escala às demandas do grande capital. É evidente a reorientação do fundo público para as demandas do empresariado, combinada à queda da receita engendrada pelo ciclo depressivo e à diminuição da taxa sobre o capital, o que alimenta a crise fiscal (BEHRING, 2008).

É a partir dos anos 1960 e 1970 que isso acontece. E, desde então, o avanço de entidades privadas no fundo público significa um processo crescente de privatização da gestão e um aumento da exploração dessas atividades por empresas, que se responsabilizam por fazer uma parcela da política social com a contraparte dos recursos públicos (FONTES, 2011, p. 21).

Ainda no que concerne às políticas sociais, especialmente a política de saúde, Soares (2010) assinala que estas “[...] se tornam cada vez mais espaços de supercapitalização³ e relevantes fontes de maximização do capital” (SOARES, 2010, p. 41).

De acordo com a autora:

As diversas formas de capital, em tempos de dominância financeira, conectam a cadeia de mercadorias e serviços desde o espaço da produção e comercialização até as finanças: indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, sistema público de saúde, redes de hospitais, clínicas, farmácias, planos privados de saúde,

³ Segundo Silva (2012), o termo mandeliano supercapitalização consiste na tendência à industrialização da esfera da reprodução como forma de valorizar o capital superacumulado, que insere todas as esferas da vida social nas relações tipicamente capitalistas; daí decorre a mercantilização das políticas sociais.

seguros saúde, bolsa de valores, linhas de crédito e financiamento bancários, entre outros (SOARES, 2010, p. 41-42).

Nessa perspectiva, o Estado brasileiro, desde os anos de 1990⁴, tem sido direcionado a atender, cada vez mais, aos interesses do capital, em consonância com as propostas de ajuste estrutural propugnadas pelos organismos financeiros internacionais (Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional), que têm como eixo a atuação do Estado em parceria com o setor privado na destinação de fundo público, através do deslocamento de prestação de bens e serviços públicos para o setor privado, como no setor público da saúde.

O projeto da reforma sanitária previa uma estatização progressiva do sistema público de saúde, com sua expansão e fortalecimento nas três esferas de governo. Entretanto, o que se tem percebido é uma dependência cada vez maior do sistema público ao privado.

Nesse processo de ampliação do setor privado no SUS, destaca-se outra tendência crescente de repasse da gestão e do fundo público para o setor privado (denominado *público não estatal*) ou para instituições ditas *estatais*, mas com personalidade jurídica de direito privado. Estas últimas permitem a regência dos interesses do mercado dentro das instituições *estatais*, liberando-as das amarras impostas pelas regras da administração direta do Estado.

Este processo tem seu marco histórico explicitado em 1995 no Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado, no governo de Fernando Henrique Cardoso, tendo como princípio que as funções do Estado deveriam ser coordenar e financiar as políticas públicas, e não executá-las, transferindo sua execução para o setor *público não estatal*, através da instituição dos novos modelos de gestão.

TENDÊNCIAS PARA A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: O FORTALECIMENTO DO SETOR PRIVADO NA SAÚDE

Acerca da tese da contrarreforma que tem impactado a política de saúde brasileira, Bravo e Matos (2001) apontam a existência, nesse contexto, de dois projetos antagônicos em disputa, a saber: o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista; estes, mesmo após a legalização do SUS, seguem tensionando a política de saúde.

A partir dos anos 1990, o projeto privatista na saúde consolida-se, assentado nas ideais neoliberais defendidas pelos organismos multilaterais (Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional), orientando para uma política focalista, seletiva e com a desresponsabilização do Estado, buscando favorecer o capital em sua busca incessante de manutenção e acumulação de lucros.

⁴ No cenário brasileiro, essas transformações foram materializadas no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE), proposto no governo de Fernando Henrique Cardoso e encaminhado ao Congresso Nacional durante o seu primeiro mandato. Este Plano estabelecia uma série de medidas com o objetivo de combater a inflação; o Estado tinha de renunciar a seu papel regulador e provedor, deixando esses serviços aos cuidados das livres forças do mercado.

O interesse do setor privado na prestação dos serviços públicos de saúde foi mantido na Carta Magna, ainda que de modo parcial. A participação da iniciativa privada na prestação da assistência à saúde foi garantida de forma complementar aos serviços públicos, abrindo, assim, precedentes para a continuidade da privatização da saúde dentro do próprio serviço, de modo que, na atual conjuntura, essa complementaridade tem sido invertida, como se verá mais à frente.

Em seu art. 199, a Constituição Federal de 1988 estabelece:

As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (BRASIL, 1988, Art. 199).

Na pesquisa sobre Assistência Médico-Sanitária (AMS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2009, evidenciou-se que os estabelecimentos privados que informam prestar atendimento ao SUS são responsáveis por 72,4% das internações do setor. Na AMS 2009, foram pesquisados 19.294 estabelecimentos de atendimento exclusivo de apoio ao diagnóstico ou à terapia, o Serviço de Apoio a Diagnose e Terapia (SADT). Esses serviços, quase em sua totalidade privados (90,8%), vêm apresentando altos índices de crescimento (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

De acordo com Correia (2012), a contratualização de serviços privados filantrópicos, ditos complementares, ao sistema público de saúde constitui-se numa das formas de captura do fundo público pelo setor privado. O volume de recursos públicos alocados na compra de serviços privados filantrópicos pelo setor público no Brasil, especialmente nos procedimentos hospitalares, demonstra que a referida complementaridade, prevista constitucionalmente, está invertida na prática. Entre os anos de 2013 e 2017⁵, a média de recursos que foram destinados à esfera pública na produção ambulatorial foi de 49%, e na produção hospitalar, de 45%; e de 51% na produção ambulatorial e 55% na produção hospitalar, na rede privada/filantrópica, através da compra desses serviços para o SUS.

No que se refere à mercantilização da saúde, de acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em outubro de 2017 foi registrado um total de 47,3 milhões de brasileiros vinculados a algum plano privado de saúde⁶. Esse mercado opera mais de 1.600 empresas no país e movimentou no ano de 2011 uma receita em torno de R\$ 83 bilhões, valor superior ao investimento do Governo Federal para assistir uma população três vezes maior, que depende exclusivamente do SUS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012).

O modelo assistencial brasileiro tem sido orientado pelo modelo americano⁷, no qual as pessoas pagam por formas privadas de atenção médica. Nessa lógica, constata-se a

⁵ Dados coletados a partir do Departamento Nacional de Informática do SUS (DATASUS).

⁶ Dados informados pelo *site* da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

⁷ Nos Estados Unidos, dez companhias de seguro privado controlam quase 70% de todo o mercado. São elas que controlam a gestão e o financiamento do sistema de saúde do país. Calcula-se que os custos de saúde por lar, em 2007, chegaram à média de US\$ 15 mil. No entanto, o país está em 37º lugar em qualidade de atendimento segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Esse sistema de saúde é considerado o mais

proliferação dos planos e seguros de saúde privados, que, segundo a ANS (2012), “[...] em um ano (junho de 2011 a junho de 2012), quase 3 milhões de novos beneficiários foram incorporados ao mercado de saúde suplementar (1,3 milhão em planos de assistência médica e 1,7 milhão em planos exclusivamente odontológicos)”. Entretanto, segundo dados disponíveis no *site* da ANS, a taxa de crescimento do número de beneficiários entre os anos de 2007 e 2017 vem decaindo: em 2007 a taxa era de 5,6%, e a partir de 2015 vem apresentando saldo negativo, quando chegou a -2,3%; em 2017 apresentou uma melhora, com -0,8%.

Outro aspecto que merece ser salientado refere-se ao incentivo concedido pelo governo federal à saúde privada, na forma de renúncia de arrecadação de impostos. Os dados de um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) mostram que 30,5% dos gastos na área de saúde representam renúncia de arrecadação de impostos:

Ainda de acordo com o Ipea, em 2013 a União gastou R\$ 108,4 bilhões em saúde, o equivalente a 2,1% do PIB. Desse montante, R\$ 83 bilhões foram destinados para ações e serviços públicos de saúde, e R\$ 25,4 bilhões deixaram de ser arrecadados em renúncias fiscais. Também não há incidência de PIS/Cofins sobre a cadeia de produção e comercialização de medicamentos, nem sobre insumos para a fabricação de remédios. Hospitais filantrópicos ficam isentos do pagamento de alguns impostos se ofertarem, no mínimo, 60% de seus atendimentos ao SUS (WARTH, 2016, não paginado).

Ao se analisar o Plano Plurianual (PPA) 2016-2019, o orçamento previsto para o Ministério da Saúde foi de R\$ 5.284.770.555; desse montante, R\$ 442.007.143 previstos para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Já de acordo com o relatório demonstrativo de Gastos Tributários – PLOA 2017 – que apresenta os valores de renúncia por tributo e por modalidade de gasto –, o montante referente à isenção fiscal no Imposto de Renda Pessoa Jurídica para Entidades sem Fins Lucrativos – Filantrópicas⁸ no ano 2017 foi de R\$ 460.238.738. Pode-se perceber que esse valor supera o que foi destinado no PPA citado para o fortalecimento do SUS.

Mendes (2015) destaca nesse processo que as renúncias fiscais se estendem às entidades sem fins lucrativos e à indústria farmacêutica, por meio de seus medicamentos. “Não resta dúvida que o aumento desses incentivos fiscais ao capital privado vem respondendo à necessidade de valorização desse capital no contexto do capitalismo financeirizado e sua crise” (MENDES, 2015, p. 78).

A apropriação privada do fundo público da saúde, ou seja, o repasse de recursos públicos para o setor privado, tem se dado também através dos denominados *novos modelos de gestão*: Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs); e, mais recentemente, através da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Trata-se da privatização e da terceirização dos serviços públicos, uma vez que o Estado abdica de ser o executor direto desses serviços, mediante repasse de recursos, de equipamento e instalações públicas, e de pessoal para

caro e o menos eficiente de todo o mundo, um bom retrato sobre o que acontece no setor quando todas as cartas são dadas pelas empresas de seguro privado de saúde.

⁸ De acordo com a Receita Federal, esse montante se refere à Isenção do Imposto de Renda, da CSLL, da COFINS para as instituições de caráter filantrópico, recreativo, cultural e científico e as associações civis que prestem os serviços para os quais houverem sido constituídas e os coloquem à disposição do grupo de pessoas a que se destinam, sem fins lucrativos, que atendam às exigências estabelecidas em lei.

entidades de direito privado gerir, permitindo fazer tudo o que o setor privado faz no espaço estatal e quebrando as amarras impostas pelo direito público.

Sob o argumento de uma melhoria da gestão dos serviços de saúde e de uma maior eficiência com relação a atendimento e economicidade do recurso público, a exemplo das Organizações Sociais, vem se demonstrando através de resultados de estudos e investigações de órgãos de controle – Ministério Público, Tribunal de Contas da União, Tribunais de Contas dos Estados – que as Organizações Sociais são modelos de gestão que requerem um volume maior de recursos públicos, todavia não têm apresentado uma melhoria dos serviços em comparação ao mesmo serviço quando prestado pela administração direta⁹.

Durante evento realizado pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDF) em 2016, o *Encontro Organizações Sociais na Saúde Pública: a visão dos órgãos de controle e fiscalização*, bem como os painéis de discussão *A Fiscalização das Organizações Sociais pelos Órgãos de Controle Externo* e *A Fiscalização das Organizações Sociais pelo Ministério Público e Polícia Federal*, a avaliação dos dados apresentados

[...] demonstra que a economicidade e a desburocratização, quando detalhadas as informações financeiras das despesas, ficam constatadas como serviços abusivamente mais caros, falta de controle dos recursos diante dos milhões de reais em saques, alguns ‘não identificados’. Os dados dos recursos públicos repassados aos serviços de saúde próprios da Secretaria de Saúde e os recursos repassados às Organizações Sociais para realizar os mesmos serviços evidenciam discrepância nos valores repassados. O que temos no Brasil é a disseminação de grupos empresariais figurando como Organizações Sociais, de grupos que atuam de forma cada vez mais ampla, assumindo gradativamente a função da Secretaria de Saúde (INSTITUTO ALTA COMPLEXIDADE POLÍTICA & SAÚDE, 2017, não paginado).

O governo de Michel Temer tem demonstrado interesse em acelerar esse processo, na pessoa do ministro da saúde, Ricardo Barros, que vem anunciando algumas tendências para a política da saúde; estas têm apresentado como perspectiva a ampliação do setor privado. Para o ministro, “[...] quanto mais gente tiver planos, melhor’, pois o Estado não tem condições de assumir todas as garantias previstas na Constituição – incluindo o acesso universal em saúde, proposta do SUS” (BARROS, 2016 apud CANSIAN, 2016, não paginado).

Ao tempo que o ministro declara ser preciso repensar o tamanho do SUS, defende a ideia de alterar exigências mínimas de cobertura hoje vigentes para estimular as empresas operadoras de planos a oferecer produtos mais baratos à população. O argumento do governo é que tal medida desafogará os serviços públicos e gerará economia de recursos para o Sistema Único de Saúde (SCHEFFER, 2016, não paginado).

Para o economista Carlos Ocké, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), a proposta cumpre um duplo papel para o governo neste momento: “Num contexto de recessão, de desemprego, de redução da renda média, e, portanto, de maiores dificuldades para a expansão do mercado de planos de saúde, do ponto de vista de um governo liberal ou neoliberal, essa proposta é a tentativa de criar um novo filão de mercado” (OCKÉ, 2016, não

⁹ Os dados do estudo podem ser consultados no periódico *Política & Saúde* do Instituto Alta Complexidade Política & Saúde (2017).

paginado). O segundo ponto destacado por ele é a tentativa de legitimação junto às classes populares, com a criação dos planos populares, tendo em vista que o consumo de plano de saúde se tornou um valor positivo na sociedade brasileira.

A proposta dos planos populares de saúde foi desaprovada pela ANS. Segundo o relatório de conclusão do grupo de trabalho instituído para análise, “[...] as propostas encaminhadas pelo Ministério da Saúde sobre planos populares são conflitantes com as ações regulatórias já em andamento na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), algumas inclusive recentemente editadas” (ANS..., 2017, não paginado).

Ainda no que se refere a essa articulação entre o público e o privado na área da saúde, o documento Travessia Social (FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES, 2016)¹⁰, elaborado pela Fundação Ulysses Guimarães, defende:

É preciso identificar oportunidades de colaboração com o setor privado, para desenvolver parcerias público-privadas com compartilhamento de riscos operacionais e financeiros, para estimular aumentos de produtividade e ganhos de eficiência (FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES, 2016, p. 14).

Outras medidas para fortalecer o setor privado por dentro do SUS têm sido constatadas no atual governo. O ministro da Saúde, Ricardo Barros, em seus 100 dias à frente da pasta, intenta fortalecer essa complementaridade com as entidades filantrópicas, em especial as Santas Casas. Em setembro de 2016, anunciou a liberação R\$ 516 milhões às Santas Casas e aos demais hospitais filantrópicos. Segundo o governo: “[...] o repasse vai reforçar e qualificar os serviços oferecidos em 255 instituições, localizadas em 19 Estados, que desempenham um papel importante na assistência à população por meio do Sistema Único de Saúde (SUS)” (SAÚDE..., 2016, não paginado).

Recentemente, foi aprovada a nova Política Nacional de Atenção Básica. Num prazo curtíssimo, foi realizada uma consulta pública, por meio eletrônico, de um eixo estratégico como é a Atenção Básica.

Segundo a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (2017):

A proposta de revisão da Política Nacional de Atenção Básica não faz alusão clara a questões como financiamento, infraestrutura necessária para funcionamento, condições de trabalho, concurso público, garantia de direitos para os trabalhadores em saúde, acesso a serviços, medicamentos e insumos por parte dos usuários, e

¹⁰ Os autores (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018) observam que em abril de 2016, em plena discussão do *impeachment*, é apresentado pelo PMDB o documento Travessia Social (FUNDAÇÃO ULLYSSES 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, o que exigirá cortes nos gastos sociais; a retomada do crescimento, que possibilitará a inserção das pessoas no mercado de trabalho; transferir para o setor privado tudo o que for possível; focalização das ações nos 40% mais pobres da população pobre. Destaca como papel do Estado qualificar as pessoas para que tenham mais competitividade no mercado de trabalho. No que se refere à Educação, é ressaltada a ênfase na formação técnica. Com relação à Saúde e ao SUS, coloca como questões importantes: 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.

tampouco a garantias de articulação da atenção primária à saúde com os outros níveis de atenção (média e alta complexidade). O que se pode identificar de maneira explícita é uma proposta de flexibilização da forma como a atenção primária à saúde é operacionalizada no Brasil, através da Estratégia de Saúde da Família (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2017, não paginado).

Dessa forma, agudizam-se os desafios para o pleno funcionamento do SUS. Ao crônico subfinanciamento e cortes recorrentes de recursos específicos da saúde, medidas de desfinanciamento das políticas sociais são adotadas com impacto direto sobre a capacidade de provimento de serviços de saúde, como a aprovação da Desvinculação de Receitas da União (DRU), que aumenta para 30% a utilização dos recursos da Seguridade Social para outros fins até 2023, e a PEC 55, aprovada como Emenda Constitucional 94 em dezembro de 2016, que congela por vinte anos os gastos sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental entender as tendências que estão em curso na política de saúde no capitalismo contemporâneo, as quais vêm transformando a área social, em especial a saúde, em novos nichos de acumulação para o capital, paralelamente ao desmonte do sistema público de saúde. Tais tendências estão no bojo do processo de acumulação e reposição das taxas de lucro do capital, que têm nas políticas sociais mais um campo para a acumulação.

Nesse processo, as empresas privadas de saúde têm disputado o espaço público, seja através da ampliação no livre mercado com o fortalecimento dos planos privados de saúde, seja dentro do próprio SUS, por meio da complementaridade invertida¹¹ e do repasse da gestão para o setor denominado *público não estatal*¹², em que se destaca a implementação de modelos privatizantes¹³ de gestão para a execução das políticas sociais.

O ilegítimo governo Temer tem aprofundado o processo de contrarreforma brasileiro em favor do capital internacional. Seguindo o receituário neoliberal, tem insistido no ajuste dos gastos sociais, obrigando os trabalhadores a pagar a conta para que se possam garantir os custos da acumulação de lucro do grande capital.

¹¹ Expressão utilizada por Correia (2012) para indicar o processo de alocação de recursos públicos no setor privado através de convênios e contratos, que demonstra a inversão da complementaridade do setor privado ao SUS, assegurada constitucionalmente, já que os recursos públicos destinados à produção ambulatorial e aos procedimentos hospitalares têm sido alocados, em sua maioria, no setor privado/filantropico.

¹² Soares (2010) desvela que esta expressão possui em si uma mistificação. Para a autora, “[...] opera-se um feito digno de ilusionismo: cria-se uma entidade que se afirma ser meio pública e meio privada, aglutinando os interesses do espaço público e a eficácia e agilidade da lógica privada. No entanto, essa criação é ideal, ou ideológica. No concreto, na materialidade do real, é impossível tal constituição, tendo em vista que ao dispor de instrumentos da lógica privada na gestão, tal entidade constitui-se num ente privado. O mais grave é que a racionalidade que organiza esse ideário e essa lógica institucional, ao misturar o público com o privado no âmbito do discurso, reproduz a ideia de que independentemente dos interesses privados presentes na gestão pública esta sempre será pública, o que tem consequências drásticas para as práticas sociais no cotidiano do sistema” (SOARES, 2010, p. 85).

¹³ Considera-se que o processo de implementação desses modelos de gestão faz parte do que Granemann denomina de *privatizações não clássicas*, “[...] porque não se realizam pelo mecanismo da venda típica, mas envolvem também no plano dos argumentos uma afirmação de que tais mecanismos operarão com mais e não menos Estado!” (GRANEMANN, 2011, p. 54).

Assim, em lugar da ampliação e consolidação do Sistema Público de Saúde, o Estado tem fortalecido os interesses do capital, com “[...] a defesa do SUS para os pobres e a refilantropização da assistência social, com forte expansão da ação do setor privado na área das políticas sociais” (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p. 18). Ademais, incentiva e busca consolidar o processo de privatização progressiva da saúde pública brasileira, reafirmando assim o Estado máximo para o capital e mínimo para o trabalho.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

ANS desaprova proposta de plano de saúde popular. *Extra*, 13 set. 2017. Disponível em:

<<https://oglobo.globo.com/economia/ans-desaprova-proposta-de-plano-de-saude-popular-21819226>>. Acesso em: 14 de set. de 2018.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF), 1988.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde no governo Temer. *Argumentum*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

CANCIAN, N. Ministro da Saúde defende plano de saúde mais popular para aliviar o SUS.

Folha de São Paulo. São Paulo, 6 jul. 2016. Disponível em:

<<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/07/1789101-ministro-da-saude-defende-plano-de-saude-mais-popular-para-aliviar-o-sus.shtml>>. Acesso em: 6 mar. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília (DF), 2010.

CHESNAIS, François. **A Mundialização do Capital**. Trad.: Silvana Finzi Foá. São Paulo: Xamã, 1996.

CORREIA, Maria Valéria Costa. As tendências da privatização da política de saúde brasileira: desafios para a atuação do Serviço Social. In: COLÓQUIO NACIONAL SOBRE O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL, 2., 2012, Maceió. **Anais...** Maceió, 2012.

FONTES, Virgínia. Público e privado na saúde: o SUS e a filantropia. *Revista POLI: saúde, educação e trabalho*, Rio de Janeiro, ano 4, n. 20, nov./dez. 2011. Disponível em:

<<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/EdicoesRevistaPoli/R22.pdf>>. Acesso em: nov. de 2011.

FRENTE NACIONAL CONTRA PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Nota da FNCPS sobre a revisão da PNAB**. Brasília(DF), 2017.

FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES. **Travessia Social**. Brasília (DF), [2016]. Disponível em: <<https://www.fundacaoulysses.org.br/blog/acervo/>>. Acesso em: 03 out. 2018.

GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, S. B. de. (Orgs.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **ESTATÍSTICAS da saúde: assistência médico-sanitária 2009**. Rio de Janeiro, 2010. 167 p. Disponível em: <http://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/825_IBGE.pdf>. Acesso em: maio de 2014.

INSTITUTO ALTA COMPLEXIDADE POLÍTICA & SAÚDE. Organizações Sociais na Saúde. **Política & Saúde**, Brasília (DF), ano 3, n. 6, Número Especial, 3 abr. 2017. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpd/documentos/a-edicao-ndego1-2015-do-politica-saude/politica-saude-edicao-no-06-2017/view>>. Acesso em: 30 maio 2018.

MENDES, Áquilas. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? **Saúde Soc.**, São Paulo, n. 24, Suppl. 1, p. 63-78, 2015.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. O plano B ao SUS. **EPSJV/FioCruz**, Notícias, 12 ago. 2016. Entrevista concedida a Maíra Mathias. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-plano-b-ao-SUS>>. Acesso em: 17 dez. 2017.

OLIVEIRA, F. de. O surgimento do antivalor: capital, força de trabalho e fundo público. **Novos Estudos**, São Paulo: Cebrap, n. 22, p. 8-28, out. 1998.

PLANOS de saúde têm 48,7 milhões de beneficiários em junho de 2012. **Gov.Br**, 22/10/2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2012/10/planos-de-saude-tem-48-7-milhoes-de-beneficiarios-em-junho-de-2012>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez 2010.

SALVADOR, Evilásio et al. **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

SAÚDE libera 513 bilhões para 500 serviços em Santas Casas. **Notícias**, Brasília, 2 set. 2016. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/683-sas-noticias/25425-saude-libera-r-513-milhoes-para-500-servicos-em-santas-casa>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

SCHEFFER, Mario. O plano B ao SUS. **EPSJV/FioCruz**, Notícias, 12 ago. 2016. Entrevista concedida a Maíra Mathias. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-plano-b-ao-SUS>>. Acesso em: 17 dez. 2017.

SILVA, Giselle Souza da. Transferência de renda e monetarização das políticas sociais: estratégia de captura do fundo público pelo capital portador de juros. In: BEHRING, BOSCHETTI, GRANEMANN [et al.] (orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez editora, 2012.

SILVA, Giselle Souza da. Financeirização do Capital, fundo público e políticas sociais em tempos de crise. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius – ADUFRJ, 2011.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma da política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social)-Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2010.

WARTH, A. Governo deixa de arrecadar R\$ 25,4 bilhões com renúncia fiscal na área de saúde. **O Estadão**, São Paulo, 31 mai. 2016. Disponível em: <https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,governo-deixa-de-arrecadar-r-25-4-bilhoes-com-renuncia-fiscal-na-area-de-saude,10000054359>. Acesso em: 6 mar. 2018.

Viviane Medeiros dos SANTOS

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas. Mestra em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas. É integrante do Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais - da Faculdade de Serviço Social -Ufal.
