

# Política de saúde e a formação dos trabalhadores no sistema único de saúde

María Inês Souza Bravo\*  
Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi\*\*

## RESUMO

O presente artigo apresenta discussão acerca das contrarreformas na política de saúde que tem tensionado o processo formativo dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Apresenta a correção de forças existente para implantação de diferentes projetos para área da saúde e defende a perspectiva do projeto de reforma sanitária construído nos anos 1970 e reforça as pautas que a Frente Nacional contra a privatização da saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** saúde, formação, Frente Nacional.

## Health policy and training of workers in the Unified Health System

### ABSTRACT

This article presents a discussion about counterreforms in health policy that has strained the training process of the workers of the Unified Health System (SUS). It presents the existing correction of forces to implement different health projects and supports the perspective of the sanitary reform project built in the 1970s and reinforces the guidelines that the National Front against the privatization of health.

**KEYWORDS:** health, formation, National Front.

Enviado em: 14/07/2019  
Aprovado em: 20/10/2019

## Introdução

Para a formação profissional das diversas profissões da saúde e, na atual coletânea, da residência no Serviço Social, é fundamental ter por suporte a análise da Política de Saúde e

O texto tem por referência a defesa do Projeto de Reforma Sanitária construído, a partir de meados dos anos 1970 e consolidado na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986,

\* Doutora em Serviço Social (PUC/SP). Professora aposentada da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Professora Adjunta da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Coordenadora do projeto “Políticas públicas de saúde: o potencial dos conselhos do Rio de Janeiro”. E-mail: mibravo@uol.com.br.

\*\* Doutora em Saúde Coletiva/UERJ, Professora Adjunta da Faculdade de Medicina/UFRJ, Participante do Grupo de Pesquisa Gestão Democrática da Saúde e Serviço Social/UERJ. E-mail: siliansky@iec.ufjf.br

com base nas lutas populares e sindicais pelo direito à saúde e nos posicionamentos críticos às limitações do modelo médico assistencial previdenciário vigente no Brasil até o advento do Sistema Único de Saúde (SUS). Os movimentos pela redemocratização do país também foram fundamentais neste processo. 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.

No contexto atual de crise estrutural do capital, Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) afirmam que 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. Dessa forma, o caráter público e universal da saúde, tão defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária dos anos 1980 e pelos lutadores da saúde, vem sendo ameaçado. Desta forma, é fundamental o conhecimento da relação público-privada no Brasil, principalmente a partir do governo ilegítimo do Temer para que se possa defender a saúde pública, 100% estatal. É nesta direção que o projeto ético-político do Serviço Social, consolidado nos anos 1990, defende a formação profissional competente, crítica e compromissada. Desta forma, precisa-se pensar a formação profissional em todos os níveis como também, na modalidade de residência como uma estratégia para contrapor-se a direção hegemônica da política de saúde privatizante e enfatizar o projeto de reforma sanitária.

Nesta direção, é importante verificar as possibilidades de viabilização do Projeto Ético-Político e da Reforma Sanitária no cotidiano profissional, procurando qualificar o trabalho do assistente social, subsidiar a melhoria das ações em saúde e possibilitar um melhor atendimento às necessidades sociais e de saúde aos usuários dos serviços bem como estimular a sua participação popular. Ressalta-se também a necessidade de inserção dos residentes nas lutas a serem empreendidas para a defesa da Saúde pública, 100% Estatal.

Este texto está dividido em três eixos centrais: a) a privatização da saúde primordialmente a partir dos anos 1990, até os anos 2000, nos governos do PT, ressaltando os governos de Dilma. Rousseff; b) as contrarreformas do governo ilegítimo do Temer, ou seja, a hegemonia do setor privado ressaltando alguns aspectos do programa e início de governo de Jair Bolsonaro. No final, apresenta-se, algumas reflexões destacando a importância da formação profissional crítica e compromissada com o Sistema Único de Saúde (SUS) defendido pelo Projeto de Reforma Sanitária, ressaltando algumas propostas a serem defendidas com base no VIII Seminário Nacional da Frente Nacional contra a Privatização da

Saúde realizado em 2018, em Porto Alegre/Rio Grande do Sul.

## **A privatização da saúde a partir dos anos 1990 até o governo Dilma Rousseff**

Pode-se afirmar que desde os anos 1980, a dinâmica do setor privado no Brasil assume características já antevistas nos anos setenta (1970) de crescimento do grande capital, especialmente no setor de seguros privados de saúde, que vai se autonomizar do financiamento público direto através de contrato de compra de serviços, embora os subsídios através de renúncias fiscais permaneçam no seu apoio.

A luta pela construção do projeto de Reforma Sanitária neste período foi para combater esta tendência.

Entretanto, nos anos 1990, vai se consolidando o setor privado através da ligação entre os seguros e os serviços, formando conglomerados e sua submissão ao capital financeiro que se conforma a partir daí.

O processo de contrarreforma do Estado no Brasil vem 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. (BRAVO; PELAEZ e PINHEIRO, 2018).

A internacionalização do mercado, como fato político importante do governo Dilma, já era fato desde então. Apesar da concentração das empresas, o setor privado ainda era bastante heterogêneo do ponto de vista econômico, o que se refletia numa grande diversidade de organizações representativas. Neste governo o setor privado vai se consolidar decorrente de diversos fatores: o esgotamento do modelo de crescimento econômico baseado na exportação de produtos primários, no financiamento público para grandes empresas, especialmente na área de infraestrutura, e no crédito de massa como estímulo à demanda.

Com a crise que afeta o sistema imperialista em 2008, os fatores favoráveis a esse

papel do Brasil na divisão internacional do trabalho deixaram de estarem presentes. Ajustes fiscais são efetuados, assim como se mantém e aumentam as retiradas de recursos da seguridade social via Desvinculação de Receitas da União/DRU. Quando da campanha para o primeiro mandato de Dilma Rousseff, organizações do setor privado da saúde procuraram defender suas propostas, empatando, inclusive, aportes financeiros. Todas as propostas eram destinadas a ampliar o uso de fundos públicos para o setor e desregulamentá-lo.

As principais propostas foram: ampliação das parcerias público-privadas; revisão da tributação do setor, considerada excessiva; expansão do mercado privado de assistência à saúde, especialmente para as classes D e E; linhas de financiamento para incorporação tecnológica; melhor política remuneratória do SUS para os prestadores privados; mais estímulos creditícios e tributários para uma suposta indústria "nacional" de insumos para a saúde: medicamentos, equipamentos, materiais; e mais recursos para o SUS (MAHIN, 2010). Medidas implantadas na gerência Dilma foram de encontro a esses interesses. De iniciativa própria do governo federal foi elaborada e sancionada a Lei n. 13.019/2015 que permitiu a entrada de capital estrangeiro nos serviços de assistência à Saúde, na medida em que na indústria e no mercado de seguros de saúde isso já ocorria. No campo da política pública de saúde, Dilma viabilizou e fortaleceu a criação de empresas públicas para gerir Hospitais Universitários (EBSERH) e seu primeiro Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, defendeu a expansão das Organizações Sociais como modelo que teria o mesmo status que a administração pública, e também fortaleceu as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo, as articulações público privadas para produção interna de alguns fármacos. Refletindo a correlação de forças no Congresso, que também possuía uma bancada financiada pelo setor privado de saúde, a PEC 451 foi apresentada, afrontando a Constituição Federal por tornar obrigatório que as empresas contratem plano de saúde para o trabalhador, pago com benefício fiscal (MENEZES, 2016).

Pode-se considerar que, com o advento do governo Temer, ficaram mais claras as diretrizes governamentais quanto ao papel protagonista do setor privado na formulação e condução da política de saúde no Brasil, papel este já existente na condução concreta da política do governo Dilma, porém não ainda como algo a ser explicitamente formulado.

Esta situação será analisada no item a seguir.

## **As relações público privadas no Governo ilegítimo de Temer**

Há, portanto, que se rever brevemente de que patamar se parte em termos político-

ideológicos e materiais no que se refere ao papel do setor privado na saúde no Brasil no início do governo Temer, como resultado do período anterior.

O governo Temer teve como seu pano de fundo a profunda crise econômica brasileira iniciada em 2015 e não revertida durante todo seu mandato. As repercussões da crise sobre o mercado de planos e serviços de saúde já se faziam sentir desde o final do governo Dilma. Já em dezembro de 2015 claramente se nota uma inflexão no crescimento de beneficiários de planos privados de saúde. De dezembro de 2014 a dezembro de 2018, três milhões de beneficiários de planos de assistência médica com ou sem odontologia tiveram cancelados seus planos privados de saúde, segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS), passando de 50 milhões para 47 milhões. As receitas das operadoras entre 2015 e 2016 cresceram cerca de 12,7% (inflação anual de 6,29%). Em 2018 houve uma redução real das receitas<sup>1</sup>.

Tais elementos derivados da crise econômica demandaram, no período, que empresários e a bancada mantida por eles no Congresso Nacional, assim como o Ministro da Saúde, apresentassem projetos para atenuar os efeitos dessa crise através de medidas que prejudicavam os usuários.

As principais medidas apresentadas foram:

– Criação de planos que afrontam a Lei 9656/98 que regulou o mercado de planos de saúde e estabeleceu a integralidade das coberturas de saúde. Estes foram denominados “Planos acessíveis”. Esta proposta foi encomendada pelo Ministério da Saúde a um grupo de trabalho composto pela ANS e representantes empresariais. Os principais pontos da proposta foram:

- A) Possibilidade de venda de planos de saúde com coberturas reduzidas, a escolha do consumidor.
- B) Possibilidade de as coberturas serem regionalizadas.
- C) Ampliação da coparticipação, ou seja, da parcela do preço de um procedimento que o consumidor paga diretamente do bolso (40% do valor dos procedimentos, podendo no caso dos coletivos chegarem a 60%).

Isso faria com que a empresa cobrasse um preço arbitrário e o consumidor não teria como prever necessidades, face à incerteza sobre eventos de saúde, acabando sem cobertura quando mais necessitasse. As coberturas regionalizadas acabariam sendo insuficientes, caso a oferta de serviços fosse baixa, o que era realidade em muitos municípios, liberando a

---

<sup>1</sup> Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acessado em 31 de janeiro de 2019.

operadora de buscar alternativas.

No Congresso Nacional, a iniciativa foi o impulsionamento de antigo Projeto de Lei - PL 7419/06—que institui o “plano barato” (acessível ou popular), mediante congelamento do rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que é a lista dos procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde. A adesão ao rol completo e atualizado seria, segundo o relator, facultativa. A pessoa, família ou empresa que contrata um plano de saúde, escolheria quais procedimentos incluir no plano, quais doenças seriam cobertas e, com isso, pagaria menor preço da mensalidade. Além disso, outros projetos foram apensados, propondo a alteração do Estatuto do Idoso, que hoje proíbe reajuste após os 60 anos, a redução do valor do ressarcimento, repassando-o para estados e municípios e a redução do valor das multas tornando menos custoso para as empresas o desrespeito à regulação<sup>2</sup>. Há que registrar que as propostas tiveram resistências importantes por parte de entidades ligadas às lutas dos consumidores como o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor/IDEC e de movimentos sociais pela saúde como a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e também órgãos acadêmicos e técnico-científicos como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Os projetos ainda estão em tramitação.

Quanto aos serviços de saúde, a novidade foi o crescimento expressivo das chamadas “clínicas populares”, onde os serviços são pagos diretamente aos prestadores, sem intermediação de operadoras. Essas clínicas não passam à margem das empresas de planos de saúde, ao contrário, alguns grupos que controlam operadoras de planos de saúde criaram CNPJs para atuar nesse segmento (CHRISPIM, 2018). Podemos associar o fenômeno com a redução da cobertura de planos de saúde por parte de parcelas da população. Nota-se uma “uberização” nestas clínicas:

Esses serviços foram incrementados por meio de aplicativos (uberização) facilitadores da vida do consumidor, que consegue encontrar um especialista com mais agilidade, sem contar o baixo tempo de espera para a consulta. Há, inclusive, serviços que disponibilizam a consulta na residência do paciente (GUIDI, s/data).

Uma das medidas mais importantes do governo Temer e de grande impacto para a saúde foi o encaminhamento e sanção da Emenda Constitucional 95/2016 que estabelece um teto de gastos sociais, congelando recursos federais para a saúde, já insuficientes, por vinte

---

<sup>2</sup> Disponível em: <https://idec.org.br/noticia/organizacoes-se-mobilizam-contrano-nova-lei-de-planos-de-saude>. Acessado em 31 de janeiro de 2019.

(20) anos.

Temer encomenda ao Banco Mundial um estudo para priorizar o alvo desses cortes (BANCO MUNDIAL, 2017). Vale analisar as principais propostas consideradas, tendo em vista o peso do Banco Mundial na definição de políticas de saúde desde os anos 1990:

a) Redução do número de hospitais de pequeno porte, considerados pelo Banco como ineficientes, sem apresentar alternativas para atender a demanda hospitalar da população desses pequenos municípios, ou seja, deixando as populações sem atendimento. Além, disso, propõe a expansão de modelos de gestão baseados em Organizações Sociais de Saúde, consideradas eficientes, a despeito das ineficiências encontradas em outros estudos, a partir de práticas de superfaturamento e gastos administrativos que encobrem desvios de recursos públicos para diretores dessas organizações (ANDREAZZI, BRAVO E PACHECO, 2015).

b) Redução do gasto tributário em saúde. Na verdade, embora sob esta classificação se encontrem vários tipos de renúncia fiscal que o Estado brasileiro fornece a pessoas jurídicas com gastos com saúde, a indústrias de medicamentos e a instituições filantrópicas, o Banco quer rever apenas o benefício para as pessoas físicas. De acordo com análise do Boletim Rumos da UFRJ (2018),

Caso o abatimento com saúde do IRPF seja retirado, os segmentos populacionais beneficiados, além de pagarem planos privados, aumentariam o percentual de sua renda com impostos. Isso deveria estar englobado numa reforma tributária mais ampla que fosse baseada em impostos progressivos, isto é, que taxasse proporcionalmente mais os possuidores de maiores rendas e patrimônios. Tal reforma já discutida há décadas no Congresso, tem tido dificuldades, pois prevê a taxação dos mais ricos” (RUMOS, jun/jul/ago de 2018).

Olhando-se para o próprio setor privado, destaca-se, em 2015, a criação de uma entidade, o Instituto Coalizão, que organiza quase o conjunto dos distintos segmentos empresariais, desde a indústria farmacêutica até os hospitais privados, passando por planos de saúde. E, inclusive, pela Unimed, o que bota uma pá de cal nas suas contradições de origem com a chamada “medicina empresarial”: Em 2017, o Instituto divulga sua agenda através do documento “Coalizão Saúde Brasil Uma agenda para transformar o sistema de saúde”<sup>3</sup> As parcerias público-privadas são as principais estratégias por ele propostas e que passam por desenvolver “*com maior segurança jurídica*” o modelo de Organizações Sociais de Saúde e estimular as Parcerias para Desenvolvimento de Produtos. Defendem, ainda, as carreiras de

---

<sup>3</sup> Disponível em <http://icos.org.br/>. Acessado em 01 de maio de 2018.

Estado para funcionários do Ministério da Saúde e Agências Reguladoras e não para prestadores de saúde, como os médicos defendem. Importante considerar que os planos de saúde de autogestão, que se organizam através da UNIDAS, ficaram de fora do Instituto, O que parece mostrar que querem manter as iniciativas próprias no campo da defesa de seus interesses, provavelmente marcando seu objetivo institucional de não se constituir como empresas mercantis da saúde e sim, facilitadoras de benefícios ocupacionais.

Os médicos, organizados em suas entidades nacionais, Conselho Federal de Medicina, Associação Médico Brasileira e Federação Nacional de Médicos, também ficaram a parte e sua principal bandeira que reafirmaram na campanha presidencial de 2018 foi a carreira de Estado para médicos. Temer não considerou esta reivindicação, pois, manteve inalterado o Programa Mais Médicos, herdado do governo Dilma. O Programa Mais Médicos foi a resposta dada por Dilma as jornadas de junho de 2013 onde, através de massivas e regionalmente abrangentes manifestações, a população brasileira contestou a pretensa “*pax*” petista, de país que caminhava para o pleno emprego e pobreza que se transformava em classe média. Entre a série de reivindicações presentes nas jornadas, estava a “Saúde padrão FIFA” (supostamente um padrão de qualidade, tendo em vista as exigências do órgão para os estádios na realização da Copa do Mundo de 2014). Ela foi respondida por um programa de bolsas de treinamento de médicos, principalmente captados internacionalmente, onde se inseriu um convênio com Cuba para contratação de médicos de família. Isso entrou em contradição com os médicos nacionais, pois a justificativa para essa opção foi que a culpa de não haver médicos em pequenas cidades e periferias era que o brasileiro não estaria disposto a ir, por ser mercantilista e outros adjetivos assemelhados. O programa não considerou os determinantes reais na falta de estrutura, dificuldades de referência para serviços mais complexos e na precariedade da bolsa oferecida, ou seja, não levou em conta estudos que avaliassem as reais dificuldades da baixa oferta de atenção médica nessas regiões. Além disso, o programa optou por não expandir o serviço público, através de concurso, pois a crítica a esse modelo de gestão se tornou um dos pilares de construção do Estado sob a orientação ideológica liberal, assumida, na prática pelo lulo-petismo. As entidades médicas, críticas ao Mais Médicos, defenderam um programa que tem como base a implantação da carreira de Estado para médicos. Essas entidades, nas suas propostas, não se chocaram com o fortalecimento do SUS, defendendo mais recursos públicos e expansão da rede de serviços, mas ficaram, entretanto, no campo do corporativismo estreito, ao não considerar a carreira de Estado e concurso para todas as categorias da saúde. Com as operadoras de planos de saúde,

os médicos mantêm suas reivindicações tradicionais: atuação da ANS contra os abusos das operadoras, fim dos subsídios públicos aos planos de saúde, garantia do ressarcimento das operadoras ao SUS e respeito a autonomia do trabalho médico<sup>4</sup>. O que está em contradição com as propostas do Banco Mundial e do próprio Instituto Coalizão de maior intervenção sobre o seu trabalho.

A partir do exposto, pode-se apresentar como síntese que com o governo Temer se aprofundam as tendências a maior privatização do sistema de saúde brasileiro, com parcerias público-privadas e parcerias de desenvolvimento produtivo. Ele é fruto do avanço da grande burguesia e latifúndio, subservientes aos ditames do capital financeiro internacional, por utilizar o fundo público para contrarestar sua crise, e para tal, o governo de conciliação de classes já não era mais funcional para conter a luta de classes, que explode em 2013. E ele cumpre o papel de levar a frente projetos nesse sentido. Nem todos foram concluídos, pela resistência imposta por diversos segmentos da população haja vista a Contrarreforma da Previdência e os projetos que flexibilizavam alguns direitos conquistados por consumidores de planos de saúde, que ficaram até o fim do governo Temer pendentes de aprovação no Congresso Nacional.

Importa considerar que o grande capital busca organizar os interesses dos demais segmentos do setor privado sob sua égide. Embora tenha conseguido domesticar as cooperativas médicas, não lograram o êxito com os médicos nem com as operadoras de saúde de autogestão. Com os primeiros, permanecem contradições antagônicas, ligadas a maior ou menos exploração de sua força-de-trabalho, ainda que camufladas pelo regime jurídico de pequeno empresário que o mercado impôs aos prestadores de serviços autônomos, médicos e não-médicos, a chamada pejetização do trabalho.

A agenda do grande capital coincide com a do Banco Mundial e tem grande possibilidade de ser assumida pelo governo Bolsonaro, especialmente no que toca a redução de hospitais de pequeno porte e a utilização de Organizações Sociais na gestão das unidades públicas. A defesa do modelo de Organizações Sociais pode não ser algo apenas programático, pois, com maior segurança jurídica, o próprio grande capital pode considerar esse mercado atrativo, especialmente tendo em vista a redução de seu mercado tradicional, que não se expandirá em situações de estagnação econômica. Não há pontos de coincidência entre a agenda apresentada pelas entidades médicas e o grande capital que hegemoniza hoje o setor.

---

<sup>4</sup> Disponível em: [http://www.flip3d.com.br/web/temp\\_site/edicao-25c0e943c73bb8a0840ab524fdcbd08.pdf](http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-25c0e943c73bb8a0840ab524fdcbd08.pdf). Acessado em 01 de maio de 2018.

Bolsonaro no seu programa de governo, apresentou pouquíssimas propostas concretas, embora a orientação mais geral ultraliberal apresente um ambiente bastante favorável à expansão do papel do setor privado na saúde. Curiosamente as propostas foram claramente voltadas a consolidação de uma posição eleitoral na categoria médica, que ficou suscetível pelas sequelas do programa Mais Médicos. Coincide com as entidades médicas nacionais na defesa da carreira de Estado para médicos. Acrescenta um projeto liberal de credenciamento universal de médicos pagos pelo Estado, o que não estava na agenda dessas entidades. Se essas propostas vão ser implantadas ou será mais um estelionato eleitoral que a população brasileira já está acostumada desde sempre, é algo ainda a ser avaliado.

A carreira de Estado se choca com o neoliberalismo da equipe econômica, com a EC 95/2016 e com a própria crise econômica, cujos determinantes consideramos estruturais, ou seja, não serão afetados pelas medidas apontadas de aprofundamento do modelo econômico vigente de concentração da riqueza e empobrecimento da maioria da população, de desindustrialização e de remuneração preferencial de capital especulativo. O credenciamento universal é caro por estimular a superprodução de consultas e não trabalhar com princípios da vigilância à saúde. É importante ressaltar que esta proposta já foi tentada em 1968 e teve como resultado a ampliação das consultas. (Andreazzi, 1991).

O que se evidencia é que as propostas de governo de Bolsonaro privilegiam alianças com os médicos, mas o programa liberal se aproxima muito mais do Banco Mundial e do Instituto Coalizão Saúde, o que sugere uma possível tensão dos médicos com o governo, que pode ou não evoluir para uma ruptura, na dependência desta categoria reavaliar que a polarização que se expressou nas eleições de 2018 entre petismo e antipetismo não reflete as reais contradições da sociedade brasileira.

Em 04 de abril de 2019, foi realizada uma audiência pública na Câmara dos Deputados - requerida pelo ex-ministro da saúde do Governo Temer, Ricardo Barros - que debateu o documento *Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro*, elaborada pelo Banco Mundial. Nessa audiência pública, foi afirmado pelo atual Secretário Executivo do Ministério da Saúde - João Gabbardo dos Reis - que o documento do Banco Mundial é um guia para o governo avançar no setor e que os hospitais sob a gestão de OSs são mais bem geridos que os hospitais sob a administração pública (TORRES, 2019).

No que concerne à proposta de *reforma da saúde*, parece existir pontos de alinhamento entre os representantes do Governo Temer e do Governo Bolsonaro, sendo um elemento importante para pensar as aproximações e rupturas políticas no âmbito dos dois

últimos governos. Compreende-se que tal proposta caminha no sentido contrário do fortalecimento e consolidação do SUS e reforça o projeto do SUS totalmente submetido ao mercado, especialmente por desconsiderar a universalidade e, portanto, a saúde como direito de todos e dever do Estado.

A retirada do subsídio fiscal com atenção privada à saúde das pessoas físicas, defendido pelo Banco Mundial, pode parecer a princípio coincidir com a agenda de setores democráticos e populares (e de fato é defendido por alguns pesquisadores da Saúde Coletiva). Sem estar inserida numa reforma tributária mais ampla, que tenha caráter progressivo, taxando os de maior renda e riqueza, coisa que não está nos planos do novo governo, apenas será mais um encargo para camadas médias e trabalhadores mais bem situados no mercado de trabalho.

## Considerações Finais

A avaliação das políticas de saúde para os profissionais que se capacitam para atuar no setor, como aqueles formados pelas Residências Multiprofissionais em Saúde, é fundamental na identificação dos interesses organizados e da correlação das forças que lutam por implantar diferentes projetos. Sistemas universais de saúde não necessitam da convivência com planos de saúde. Assim como não necessitam terceirizar a gestão e prestação de serviços para entidades privadas, especialmente aquelas, como as Organizações Sociais, que nascem sem experiência prévia e, muitas vezes, por iniciativa de gestores públicos.

Sistemas mistos público e privados amplificam gastos em saúde gerando dupla taxação que atinge, principalmente, as camadas médias e trabalhadores formais. Planos privados de saúde acentuam as características mercantis do sistema de saúde que acabam contaminando o sistema público, pois, de maneira geral, e no Brasil em especial, influenciam trabalhadores e gestores. O mercado de planos de saúde continua seu processo de concentração e internacionalização sob a dominância do capital financeiro. A principal operadora, a United Health/AMIL lidera o mercado na direção do “*managedcare*” (cuidados gerenciados) que, na verdade é “*managedcost*” (custos racionados), o que é uma característica do mercado do USA. Usa princípios da atenção primária para criar várias barreiras a utilização de serviços. Através do controle e cooptação de médicos implanta um racionamento que, sob protocolos rígidos e medidas drásticas de contenção de acesso a média complexidade acabam prejudicando a saúde dos usuários.

Parte-se do pressuposto que é fundamental na formação dos futuros profissionais

defender que saúde não é mercadoria e, sim, um bem público entendendo que seguro privado de saúde é um serviço caro e desnecessário no contexto da universalização do direito à saúde pública, estatal e gratuita. Permanece, portanto, como tarefa necessária e fundamental a defesa do SUS público, 100% estatal bem como a mobilização, organização e participação em movimentos sociais, sindical e forças políticas em sua defesa articulados em fóruns em defesa do SUS e na Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Esta Frente é um importante mecanismo de articulação dos movimentos contrahegemônicos na saúde. Esta Frente tem o caráter anticapitalista e suprapartidário, e tem articulado a ela vinte e três (23) Fóruns ou Frentes de Saúde estaduais, além de entidades, movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários, que objetivam defender o SUS público, estatal, gratuito e para todos, além de lutar contra a privatização da saúde e pelos princípios da Reforma Sanitária dos anos 1980.

Como principais propostas defendidas pela Frente Nacional contra a Privatização da Saúde ressaltam-se<sup>5</sup>:

- Revogação imediatista das contrarreformas e retrocessos do governo Temer: Contrarreforma Trabalhista, Terceirização Irrestrita e Emenda Constitucional 95/2016 - que institui o Novo Regime Fiscal e congela por vinte anos os gastos sociais - e retirada da PEC 287 da Reforma da Previdência Social;

- Pela imediata Auditoria Cidadã da Dívida Pública, com suspensão do pagamento, pela tributação das grandes transações financeiras, pela taxação das grandes fortunas e contra a qualquer tipo de renúncia fiscal que comprometa os investimentos sociais, destinando-se, obrigatoriamente, parte dos recursos destas medidas às políticas sociais;

- Pela estatização completa do sistema de saúde com a proibição do capital estrangeiro na saúde, o fim dos subsídios públicos aos serviços privados de saúde e a revogação das leis que instituem e regulamentam as Fundações Públicas de Direito Privado, as Organizações Sociais, as OSCIPS, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares -EBSERH e as parcerias público-privadas;

- Pela ampliação imediata do financiamento público do SUS, em todas as suas áreas de atuação. Nesta direção, tem-se defendido a utilização de no mínimo 10% do Produto Interno Bruto (PIB) Para a saúde por parte da união, além do cumprimento do gasto de no mínimo de 12% de arrecadação por parte dos estados e de 15% de arrecadação por parte dos municípios, garantindo o investimento público e financiamento exclusivo da rede pública estatal de

---

<sup>5</sup> Propostas aprovadas na Plenária do VIII Seminário da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, 2018.

serviços;

- Revogação da Emenda Constitucional 93/2016, que prevê a extensão da Desvinculação das Receitas da União (DRU) até 2023 e aumenta seu patamar de desvinculação para 30%. Assim como a retirada de recursos do orçamento da Seguridade Social através dos planos de saúde para servidores federais e redes específicas de saúde aos militares. Isso permite ao governo a formação de superávit primário e o pagamento de juros da dívida pública;

- Pela revogação da Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF e pela criação da Lei de responsabilidade social;

- Pela implantação do Plano de Carreira Nacional do SUS para os servidores e servidoras das três esferas de governo com isonomia de vencimentos e estabilidade no trabalho, com base no Regime Jurídico Único (Regime Estatutário).e com estratégias para garantir a fixação de trabalhadores em lugares remotos e de difícil acesso;

- Pela revogação da Portaria 2436/2017 que regulamenta a nova proposta de Política Nacional de Atenção Básica (PNAB);

- Defesa do fortalecimento da presença do/a Agente Comunitário de Saúde nas equipes da Atenção Primária em Saúde, com condições concretas para o exercício de sua função como elemento agregador das demandas da comunidade e da atuação das equipes de saúde da família;

- Inversão do modelo de saúde com valorização da promoção e prevenção, garantindo a defesa das unidades básicas de saúde bem equipadas com equipes completas e resolutivas e atendimento a todas as pessoas por local de moradia e/ou trabalho assegurando encaminhamento para unidade de maior complexidade sempre que necessário;

- Contra a mercantilização da educação e da formação em saúde, com defesa do ensino público, gratuito e de qualidade que garanta formação em saúde alinhada a um projeto voltado a atender aos interesses da classe trabalhadora a partir de um entendimento crítico do projeto da Reforma Sanitária;

- Apoio aos institutos técnicos, científicos, universidades, centros de pesquisa e laboratórios estatais no desenvolvimento de pesquisas básicas e aplicadas na produção de insumos, materiais e medicamentos que garantam a autonomia e soberania com relação ao atendimento das necessidades da população;

- Pela assistência farmacêutica plena e gratuita, estruturada nos três níveis da rede pública de acordo com a competência de cada um dos entes federados, atendendo às necessidades da população em todos os níveis de atenção à saúde com profissionais

treinados/as e qualificados/as para tal fim;

- Pelo fim dos subsídios às indústrias multinacionais de medicamentos e aumento no investimento na produção, pesquisa e desenvolvimento farmacêutico e biotecnológico estatais;

- Pelo fim de isenções fiscais à importação de equipamentos para o setor privado de saúde;

- Respeito às deliberações e fortalecimento das Conferências de Saúde nas três esferas de governo e dos Conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde;

- Defesa da implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (prevenção vigilância, assistência e reabilitação) e luta contra todo e qualquer processo de precarização decorrente de terceirização e quarteirização das condições de trabalho e seus reflexos na saúde do trabalhador e da trabalhadora, que levam a um processo de sofrimento e de adoecimento mental, inclusive ao suicídio;

- Pela aprovação da legalização do aborto por decisão da mulher até a 12ª semana de gestação;

- Pela descriminalização das drogas, entendendo esta como uma questão de saúde pública que necessita de suporte socioassistencial através de ação intersetorial não tratando como questão de segurança pública;

- Contra o viés proibicionista, higienista e de encarceramento com relação à população usuária de álcool e outras drogas e pessoas que necessitam de cuidados de saúde mental, considerando seu viés de raça gênero e classe. Com defesa da redução de danos e cuidado antimanicomial com ampliação da rede de serviços públicos estatais em detrimento de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas;

- Defesa da estruturação da rede assistencial que garanta o cuidado em saúde mental que contraponha o caráter de estigmatização e segregação contidos na proposta de serviços específicos para esse tipo de atendimento, consoante com os princípios antimanicomiais e em oposição às internações compulsórias e à privatização dos recursos destinados aos serviços, via ampliação e manutenção de hospital psiquiátrico e comunidade terapêutica ou qualquer outra forma de terceirização do cuidado e da gestão;

- Defesa da efetivação da política nacional de saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais;

- Contra o Projeto de Lei nº 6299/02, conhecido como “PL do veneno”, que atende aos interesses do Agronegócio, flexibilizando o controle sobre o uso de agrotóxicos e liberando a

utilização de venenos banidos em grande parte do mundo para as lavouras no Brasil.e lutar “lutar pela aprovação do PL6670/2016 (Política Nacional de Redução de Agrotóxicos/ PNaRA);

- Contra o modelo de educação à distância na saúde por se tratar de uma modalidade que precariza a condição de trabalho do/da educador/a e o processo de ensino e aprendizagem;

- Resistir contra todo o processo de mercantilização da vida, expresso, entre outras, pelas propostas de privatização de saúde, educação e de bens comuns como a água e o saneamento;

- Contra o PLS 209/2015 que corta 50% dos recursos do fundo social do pré-sal criado para ampliar os investimentos nas áreas da saúde e da educação.

## Referências bibliográficas

ANDREAZZI, M. F. S. **O Seguro Saúde Privado no Brasil. Dissertação.** Mestrado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social da UERJ, 1991.

ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I; PACHECO, J. Novos agentes econômicos fomentados pela contrarreforma liberal na saúde: um panorama das organizações sociais atuantes no município do Rio de Janeiro, Brasil. BRAVO, M I et al (orgs). **A mercantilização da saúde em debate:** as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. 1 ed.Rio de Janeiro : Rede Sirius, 2015, v.1, p. 61-69.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS). **Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2009-2019).** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acessado em 31 de janeiro de 2019.

BANCO MUNDIAL Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Volume I. Síntese. **Saúde: Uma alternativa para oferecer mais e melhores serviços.** Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_. **Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro.** Brasília. s/d.Disponível em: <<http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2019

BRAVO, M. I. S; PELAEZ, E. J; PINHEIRO, W. N. **As contrarreformas na política de saúde do governo Temer.** *Argumentum*, Vitória (ES), v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

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

CHRISPIM, M. **Por ande anda a atividade regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS:** um informe. Boletim Rumos, n. 2. IESC-UFRJ, mai/jun/jul de 2018.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE – **Plenária Final do VIII Seminário da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. O Avanço do Capital sobre a classe trabalhadora.** 23 a 25 de novembro de 2018 em Porto Alegre/RGS.

GUIDI, S. **Planos de saúde acessíveis e a uberização da saúde.** SaudeOnline.net, s/data. Disponível em: <https://saudeonline.grupomidia.com/blog/planos-de-saude-acessiveis-e-a->

uberizacao-da-saude/. Acessado em: 31 de janeiro de 2019.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (IDECO). Disponível em: <https://idec.org.br/noticia/organizacoes-se-mobilizam-contranova-lei-de-planos-de-saude>. Acessado em 31 de janeiro de 2019.

INSTITUTO COALIZAÇÃO SAÚDE. Disponível em <http://icos.org.br/>. Acessado em 01 de maio de 2018

MAHIN, D. **A agenda do capitalismo burocrático para a saúde**: Mais ataque à poupança pública. *A Nova Democracia*, ano IX, nº 70, outubro de 2010.

MENEZES, J. S. B. **As lutas por saúde no Brasil: o Projeto de Reforma Sanitária em face das Contrarreformas**. *Tese*. Doutorado em Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2016.

RUMOS n. 2 **Banco Mundial, a pedido de Temer, recomenda reduzir acesso da população de cidades pequenas a hospitalização e ampliar a privatização para Organizações Sociais de Saúde**. Rio de Janeiro, IESC-UFRJ, jun/jul/ago de 2018.

TORRES, R. **Na Câmara, o SUS a perigo**. *Outra Saúde (Blog)*. 05 abr. 2019. Disponível em: < <https://outraspalavras.net/outrasaude/na-camara-o-sus-a-perigo/> >. Acesso em: 19 abr. 2019.