

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
CURSO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E SOCIAL**

JULIANE SILVA SCHNEIDER

**O AVANÇO DA NOÇÃO PRIVATISTA NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: UMA
ANÁLISE DA PROPOSTA DOS PLANOS DE SAÚDE ACESSÍVEIS E A EMENDA
CONSTITUCIONAL 95/2016**

PORTO ALEGRE

2021

JULIANE SILVA SCHNEIDER

**O AVANÇO DA NOÇÃO PRIVATISTA NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: UMA
ANÁLISE DA PROPOSTA DOS PLANOS DE SAÚDE ACESSÍVEIS E A EMENDA
CONSTITUCIONAL 95/2016**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Administração.

Orientador: Prof. Dr.^a Luciana Pazini Papi

Porto Alegre

2021

JULIANE SILVA SCHNEIDER

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Administração.

Conceito Final: A

Aprovado em: Porto Alegre, 10 de Novembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Luciana Pazini Papi – UFRGS (Orientadora)

Prof. Dra. Camila Furlan da Costa Panizzon - UFRGS

Prof. Dr. Jarbas Ricardo Almeida Cunha - UNB

AGRADECIMENTOS

Durante minha trajetória escolar e acadêmica, algumas pessoas foram essenciais para que a conquista da graduação se tornasse realidade, uma vez que sou filha da educação pública e de qualidade, tendo sempre estudado em escolas públicas, primeiro do município e mais tarde no estado.

Tudo começou com o meu grande incentivador aos estudos ainda na infância, o meu primo Jefferson Ferrão. Sempre que eu tinha alguma prova na escola, seja de português ou matemática, era ele que, prontamente, após um dia exaustivo de trabalho, tirava do seu tempo de lazer e descanso para estudar comigo, me ensinar, fazer exercícios e nunca me deixar desistir. Além disso, foi a primeira pessoa a me ligar para me parabenizar pela aprovação no vestibular da UFRGS, tendo ficado tão ansioso quanto eu pela espera do listão. Foi a partir da influência do meu primo (o primeiro da família a cursar o ensino superior) que sempre dei meu melhor em toda a minha trajetória escolar. Por influência dele também cursei o Técnico em Administração ofertado por nossa escola estadual.

Mais tarde, em 2013, após a conclusão do curso técnico em Administração e um resultado frustrante no ENEM de 2012, tomei a decisão de me matricular no cursinho pré-vestibular. Lá fiz uma amizade que foi um divisor de águas entre mim e o tão temido vestibular da Federal, o Lucas Seferin, meu parceiro de estudos no cursinho. Eu sempre tive muita dificuldade com as exatas, mas com a companhia do Lucas e seus ensinamentos esse medo foi desaparecendo e o aprendizado ganhando espaço, até que me encorajei de apostar todas as fichas no vestibular. Ele contribuiu muito para que minha aprovação se tornasse realidade. O dia 17 de Janeiro de 2014 foi o dia mais feliz da minha vida, dia da minha tão sonhada aprovação no vestibular da UFRGS. Nesse dia eu não dormi de tanta felicidade por ter realizado um sonho que me parecia tão distante. Não fosse pela política de cotas para estudantes oriundos de escolas públicas, dificilmente eu conseguiria acessar à UFRGS.

Com o início da minha trajetória acadêmica em agosto de 2014, surgiu mais um obstáculo para que eu cursasse a graduação, o de voltar pra casa de Porto Alegre para Cachoeirinha tendo que atravessar o centro da capital à noite para pegar meu ônibus. Foi então que surgiu o tio Antônio Quoos na minha vida. O

conheci através de uma indicação de transporte entre a faculdade em Porto Alegre e minha casa em Cachoeirinha, e ele foi, além de um grande amigo, um pai, para mim. Incansável e pontual estava todos os dias ao final das aulas para me levar até em casa junto com outras amigas que também residiam em Cachoeirinha. Sempre com muito zelo por nossas vidas e ternura, ele nos tratava como se fôssemos suas filhas.

O primeiro semestre se iniciou e logo me deparei com a disciplina de Cálculo I-B. Esse foi o meu primeiro grande desafio após a aprovação do vestibular, uma vez que sempre tive dificuldade com a matemática. Nessa cadeira eu encontrei outro amigo do cursinho que também havia sido aprovado no vestibular de 2014, mas para o curso de Engenharia de Produção, o Edemar Júnior, ou simplesmente Júnior. Íamos juntos todos os sábados pela manhã na monitoria de cálculo realizar exercícios, e ele sempre, com toda paciência, me ensinava matemática como se ensina para uma criança em séries iniciais. A partir dali o meu progresso com a disciplina foi acontecendo, mesmo após duas derrotas em provas (risos).

Junto com o Júnior me ensinando Cálculo, teve mais dois amigos que me deram essa força, ambos da Engenharia de Computação, o Vinicius Hoff, que conheci na disciplina de Economia, e a Bruna Fiorentin, que era minha colega de trabalho na época. O Vinicius sempre me ajudava a resolver os exercícios por áudio e fotos no Whatsapp, e a Bruna dedicava parte do seu horário de intervalo no trabalho para resolver exercícios comigo. Esses três amigos foram essenciais e decisivos para a minha aprovação na disciplina de Cálculo no primeiro semestre, no meu primeiro e tão grande desafio de aprovar em uma disciplina com alto índice de reprovação. Por isso, minha eterna gratidão a esses amigos, ao qual terão o meu carinho para sempre.

Após vencer a maioria das disciplinas de exatas, a última foi Estatística II, também com alto índice de reprovação. Nessa eu tive a honra de cursar com um amigo do colégio e colega do trabalho na época, o Filipe Soares. Fica a minha gratidão aos ensinamentos do Filipe e aos momentos de estudo no Bar do Antônio, na Reitoria, sempre regados a um bom café e risadas.

Por último, na etapa final da graduação, gostaria de agradecer à minha orientadora Luciana Pazini Papi por ter me acolhido e aceitado orientar meu trabalho. Ela foi uma grande incentivadora de minha pesquisa e me influenciou a gostar tanto da área de políticas públicas. Também agradeço aos meus colegas que, de formas diferentes, me ajudaram em alguma etapa da pesquisa, como a Jessica

Froehlich que me ajudou na etapa empírica da pesquisa, na coleta e análise dos dados, também o Rodrigo Schley e a Bruna Hamerski. Por fim, agradeço à minha família (pai, Waldir Schneider, mãe, Eva Schneider e marido Silvio Junior) e a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para que este sonho pudesse ser realizado.

“Nossa derrota esteve sempre implícita na vitória dos outros, nossa riqueza sempre gerou nossa pobreza por nutrir a prosperidade alheia: os impérios e seus beaguins nativos. A primeira condição para modificar a realidade consiste em conhecê-la. Devemos tomar consciência que os direitos da natureza e os direitos humanos, são dois nomes da mesma dignidade, e qualquer contradição é artificial. Na luta do bem contra o mal, é sempre o povo que morre.”

Eduardo Galeano - As veias abertas da América Latina

RESUMO

O presente trabalho faz uma reflexão acerca dos rumos da proteção social no Brasil, observando de que forma a política de saúde foi ganhando contornos privatistas ao longo do tempo. A pesquisa objetiva identificar as repercussões do projeto de planos de saúde acessíveis, iniciado no governo Temer, em 2016, no desfinanciamento e desmonte do SUS. Parte-se do pressuposto que, com a criação dos planos de saúde acessíveis, somada à reforma EC 95/2016 implementada pelo governo Temer, o SUS tornou-se mais vulnerável à iniciativa privada e aos interesses do mercado, trazendo como possíveis consequências, a precarização de seu financiamento e da prestação dos seus serviços. Do ponto de vista metodológico, foi realizada uma pesquisa exploratória com análise documental e bibliográfica em que foram levantados dados do orçamento da saúde no Painel do Orçamento Federal do Ministério da Economia e do portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para identificar as receitas dos planos de saúde privados. Através desse estudo foi possível observar que, apesar dos avanços significativos no acesso à saúde pela população de baixa renda durante os anos 2000, no contexto atual, verifica-se um processo de desfinanciamento do SUS iniciada após a Emenda Constitucional nº 95, de 2016. Observou-se igualmente, uma relação inversa entre o orçamento do SUS e as receitas dos planos de saúde privados. Enquanto aquelas foram reduzidas, estas apresentaram crescimento.

Palavras-chaves: Proteção social; desfinanciamento do SUS; Emenda Constitucional 95/2016; Planos de Saúde Acessíveis; Política de Saúde;

ABSTRACT

The present paper reflects on the paths of social protection in Brazil, observing how health policy has been privatized over time. The research aims to identify the impact of the accessible health plan project, started by the Temer government in 2016, on the unfinancing and deconstruction of the SUS. It is assumed that, with the creation of accessible health plans, added to the EC 95/2016 reform implemented by the Temer government, the SUS became more vulnerable to become private and to market interests, bringing consequences like, the precariousness of its financing and services. From a methodological point of view, an exploratory research was carried out with documental and bibliographic analysis in which data on the health budget were collected from the Federal Budget Panel of the Ministry of Economy and from the National Agency for Supplementary Health portal (ANS) to identify the earnings of private health plans. Through this study, it was possible to observe that, besides the significant advances accessing health by the low-income population during the 2000s, in the current context, there is a process of unfinancing the SUS that started after Constitutional Amendment No. 95, of 2016. It was also observed an inverse relationship between the SUS budget and the earnings of private health plans. While those were reducing, these were growing.

Keywords: Social protection; unfunded by the SUS; Constitutional Amendment 95/2016; Affordable Health Plans; Health Policy

LISTA DE SIGLAS

ABI	Aviso de Beneficiário Identificado
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ASSETANS	Associação dos Servidores e demais Trabalhadores da Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEME	Central de Medicamentos
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CF	Constituição Federal
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
EC	Emenda Constitucional
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FSESP	Fundação Serviços de Saúde Pública
GRU	Guia de Recolhimento da União
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor
LOA	Lei Orçamentária Anual
MP	Medida Provisória
NOB	Normas Operacionais Básicas
OSC	Organização da Sociedade civil
PERSUS	Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
RCL	Receita Corrente Líquida

SIOP	Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - PRINCIPAIS FONTES DE RECURSOS FISCAIS EMPREGADAS PELA UNIÃO PARA O FINANCIAMENTO DO SUS.....	33
TABELA 2 - OS SETE PRINCÍPIOS DO PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL QUE REGEM O SUS.....	36
TABELA 3 - PRINCIPAIS SERVIÇOS PRESTADOS PELO SUS À POPULAÇÃO .	39
TABELA 4 - COMPARATIVO ENTRE EC 95 E EC 86: O IMPACTO FINANCEIRO (VALORES EM BILHÕES).....	48
TABELA 5 - DEPÓSITOS JUDICIAIS COM GRU EMITIDA.....	52
TABELA 6 - INFLAÇÃO ACUMULADA APÓS APROVAÇÃO DA EC 95/2016	59

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - GRÁFICO DA VARIAÇÃO DO ORÇAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA X INFLAÇÃO ACUMULADA	60
FIGURA 2 - GRÁFICO DO ORÇAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA	60
FIGURA 3 - GRÁFICO DO ORÇAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA X RECEITAS DA SAÚDE SUPLEMENTAR.....	62

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
2 MODELOS DE ESTADO E WELFARE STATE: ASPECTOS TEÓRICOS E HISTÓRICOS SOBRE A CONSTRUÇÃO DA PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL..	19
2.1 Estado de Bem Estar Social e <i>Welfare State</i> : Aspectos teóricos e históricos	19
2.2 A construção do Estado de Bem Estar Social no Brasil e o lugar ocupado pela saúde.....	21
2.3 A construção da política pública de saúde no Brasil, um longo caminho	24
2.4 A origem do SUS e o Princípio da Universalidade	29
2.5 A Organização Operacional do SUS	35
3 METODOLOGIA	43
4 O DESMONTE DO SUS ATRAVÉS DA TENTATIVA DE PRIVATIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	45
4.1 A Emenda Constitucional 95/2016: A transição do subfinanciamento ao desfinanciamento do SUS (CUNHA, 2020 p. 139).	45
4.2 o ressarcimento das operadoras de saúde privadas ao SUS.....	49
4.3 A Proposta dos Planos de Saúde Acessíveis.....	53
4.4 O impacto da Emenda Constitucional 95/2016 sobre os investimentos na Política de Saúde.....	58
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79

1 INTRODUÇÃO

O debate sobre as políticas de proteção social no Brasil ocupa parte significativa da atenção da comunidade acadêmica nacional desde os anos 1990. Tal fato está relacionado à ampliação do papel do Estado na prestação de políticas sociais decorrente do processo constituinte de 1988.

O conceito de *Welfare State* se assenta na concepção de que o Estado deve ser o provedor de Bem Estar Social à população, ou seja, fornecedor de direitos aos cidadãos – que, sem condições de proverem individualmente suas necessidades, contam com a proteção estatal. Essa proteção se materializa por meio de serviços e recursos, tais como: educação, saúde, segurança pública, renda, assistência e previdência social, tendo formas e modelos específicos conforme a configuração de proteção social de cada país (CARNEIRO, 2011).

No Brasil, a proteção social inicia pouco antes do governo Vargas, na década de 1930, e somente após esse período (1930 – 1945) avança seus primeiros passos para a construção de um Estado de Bem Estar Social, ainda que incipiente. Entretanto, ao contrário dos países capitalistas desenvolvidos - que construíam seu *Welfare State* através do modelo Keynesiano, baseado na economia de mercado e no pleno emprego, junto às políticas sociais que fortaleciam a produção e o consumo, no caso brasileiro os serviços sociais eram estendidos somente a alguns trabalhadores formais portadores de carteira de trabalho (CARNEIRO, 2011). Conforme Mattei (2019), nesse contexto, havia privilégios em determinadas categorias de forma que ela não cobria todos os trabalhadores, tampouco toda a massa populacional. Essa, em grande parte, ficava relegada à caridade e filantropia, ou seja, se tratava de uma proteção social seletiva (MATTEI, 2019).

Esse é o caso da política de saúde, que inicialmente não previa acesso universal. Seu início foi no ano de 1923, através das CAPS (Caixas de Aposentadoria e Pensão), sendo baseada em vínculos trabalhistas e organizada pelo setor empresarial. Nessa modelagem se ofertavam serviços de assistência médica, medicamentos, pensões e aposentadorias. Mais tarde, em 1933, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), de uma forma mais organizada e ampla, que agrupavam os trabalhadores de acordo com o ramo de atividade. Desde esse período até a Constituinte de 1988 a política de saúde era limitada somente

aos trabalhadores assalariados do mercado formal que contribuíam para a previdência social (JUNIOR; CORDONI, 2006).

Em 1988, no entanto, há uma mudança de perspectiva sobre o modelo de Estado de Bem Estar Social a ser aplicado no Brasil. Políticas como as de saúde e assistência social foram alçadas à condição de políticas públicas universais, componentes da seguridade social. Assim, em 1990, através da Lei 8.080 de 19 de setembro, foi criado o Sistema Único de Saúde, popularmente chamado de SUS. A Lei de criação do SUS “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Com isso, ampliou-se a ideia de universalidade e gratuidade, pois antes do SUS o sistema público de saúde se estendia somente aos trabalhadores formais.

No entanto, apesar de todo esse avanço na estrutura normativa, a CF/1988 deixou aberta a possibilidade de participação privada na prestação de serviços públicos de saúde que foi regulamentada pela Lei Orgânica de Saúde, Lei nº 8.080/90. Essa lacuna legal tem trazido consequências para a implementação da política pública de saúde em longo prazo, conforme observa Mânica (2015):

É grave a determinação da participação privada nos serviços de saúde em caso de impossibilidade da ampliação da prestação dos serviços diretamente pelo Estado, pelo risco do acesso universal ser delimitado ou da cobertura de gratuidade não atender toda a demanda e o serviço ser precarizado (MÂNICA, 2015, p.19).

Durante o governo Temer (2016), houve uma articulação junto ao setor empresarial de saúde, e desenvolveu-se o documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, divulgado em 2017 e elaborado pelo Instituto Coalizão Brasil. O documento em questão defende a construção de um novo sistema de saúde para o país, em que deve ser desenvolvida uma rede integrada de cuidados contínuos entre o setor público e privado, porém com uma participação majoritariamente da iniciativa privada no que se refere à gestão dos serviços (BRAVO; PELAEZ, 2020). Nesse processo, surgem os chamados “Planos de saúde acessíveis”.

Tais planos funcionam da seguinte maneira: os usuários deverão pagar por uma mensalidade, além de uma coparticipação de 50% nas consultas em rede credenciada. Essa modalidade de acesso à saúde apesar de parecer democrática,

não possui capacidade de incluir todos os brasileiros como se propõe o SUS em seu princípio de universalidade. Isso se deve ao fato de que ainda que custem valores acessíveis voltados para a população de baixa renda, seu acesso passa a ser seletivo, visto que há cidadãos que vivem abaixo da linha da pobreza e dependem exclusivamente do SUS.

O argumento utilizado pelo governo Temer à época é que essa proposta contemplava os brasileiros que perderam seus planos de saúde privados em decorrência do desemprego e passaram a depender do SUS, de forma que houve um aumento significativo da demanda, coincidentemente um mês após sancionar a EC 95/2016 do congelamento dos gastos em saúde e educação. A proposta dos planos acessíveis se materializa, assim, em um modelo que não estende sua cobertura à totalidade da população, indo contra o conceito de que a saúde é um dever do Estado e direito de todo cidadão garantido pela Constituição Federal de 1988.

Diante desse contexto, o trabalho tem o seguinte problema de pesquisa: **De que forma os planos de saúde acessíveis, no contexto da aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, pode ameaçar o SUS?** De forma geral, procura-se entender de que maneira esse modelo busca desenhar o perfil do sistema de proteção social em torno de uma noção privatista de mercantilização da saúde.

Parte-se do pressuposto de que o SUS foi ganhando contornos distintos em cada governo ao longo da história, em decorrência dos diferentes projetos de Estado defendidos por cada presidente. No entanto, a partir do governo Temer, começou a se aprofundar os vieses privatistas e neoliberais, afetando o financiamento do SUS e o princípio universalista presente na Constituição Federal de 1988.

A hipótese que consideramos é que essa opção de “saúde acessível” representa uma grande ameaça ao acesso universal da política de saúde, pois pode precarizar o financiamento do SUS e, conseqüentemente, a prestação de seus serviços, visto que a proposta dos planos acessíveis não oferece cobertura total, se limitando somente à proteção básica. Ou seja, no momento em que o usuário mais precisa, é abandonado pela operadora do plano e precisa recorrer à fila do SUS para continuar um tratamento de alta complexidade.

Ademais, para reforçar esse cenário de privatização do SUS, o governo Temer aprovou a Emenda Constitucional 95/2016, a qual visa o congelamento do

teto de gastos e investimentos nas políticas sociais pelo prazo de vinte anos (2016 a 2036). A medida pode afetar diretamente o SUS pela falta de investimentos, sobretudo na alta complexidade, que é uma das áreas mais demandadas e que mais necessita de investimentos.

Para responder ao problema de pesquisa o trabalho tem como objetivo: investigar como os planos de saúde acessíveis afetariam o financiamento do SUS e de que forma isso pode se tornar um risco de precarização dos serviços. De forma geral, procura-se entender de que maneira a política pública de saúde se tornou vulnerável à lógica de mercantilização quando o Governo Temer propôs o projeto dos planos de saúde acessíveis como forma de suprir à demanda do SUS. Em termos específicos, têm-se como objetivos:

- a) descrever a implementação e o funcionamento dos planos de saúde acessíveis no território brasileiro, especialmente seus seguros e coberturas: Plano simplificado, Plano ambulatorial + hospitalar e Plano em regime misto de pagamento;
- b) verificar se houve redução de investimentos no SUS a partir do governo Temer e de que forma essa redução pode impactar no princípio da universalidade;
- c) investigar a relação dos planos de saúde acessíveis com a EC 95/2016 que prevê o congelamento orçamentário em saúde pelo prazo de vinte anos.

Buscando atender a esses objetivos, esse trabalho procura contribuir com o registro e as reflexões sobre o desmonte do Estado de Bem-Estar social em voga nos últimos governos, em especial mostrando a importância da saúde como um dever do Estado e direito de todo cidadão, sobretudo nesse contexto da maior crise sanitária de ordem global do século.

Do ponto de vista metodológico, foi realizada uma pesquisa de caráter exploratório com base em uma análise documental e bibliográfica. Foram analisados documentos oficiais, como a proposta oficial do governo dos planos de saúde acessíveis, nos relatórios do SIOP (Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento), no painel do orçamento federal e nos dados do orçamento federal da saúde. Considerando o período de 2016 a 2019, bem como a Lei 8.080/1990 e a CF/88, buscou-se descrever como se constituiu o SUS antes da EC 95/2016 e como ficou após a aprovação da referida Emenda. Em especial, analisou-se a relação da

Emenda com a proposta dos planos de saúde acessíveis, iniciada pelo governo Temer, a partir de um comparativo do orçamento da saúde suplementar com os dados extraídos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre o orçamento da saúde após EC 95/2016.

Nas páginas que seguem, faz-se a apresentação da discussão teórica e dos resultados da pesquisa através da análise dos dados, bem como a análise realizada por outros autores que complementam os dados e apresentam as possíveis consequências aos usuários. Por fim, as considerações finais e a reflexão sobre a os gastos do governo com saúde e a crise sanitária global provocada pela pandemia de COVID 19, além das limitações da pesquisa.

2 MODELOS DE ESTADO E WELFARE STATE: ASPECTOS TEÓRICOS E HISTÓRICOS SOBRE A CONSTRUÇÃO DA PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL

Para compreender o que ocorre com a política pública de saúde até a promulgação da EC 95/2016 do teto dos gastos, bem como a proposta dos planos de saúde acessíveis, torna-se necessária uma discussão teórica. Por isso, este capítulo dedica-se, primeiramente, a contextualizar o sistema de proteção social construído no Brasil e o espaço nele ocupado pela saúde. Em seguida, é realizada uma discussão sobre o Sistema Único de Saúde e seu princípio de universalidade, bem como a construção da política pública de saúde e sua institucionalização.

2.1 Estado de Bem Estar Social e *Welfare State*: Aspectos teóricos e históricos

Os modelos de Bem Estar Social nasceram em meados do século XX, em um cenário de pós-guerra no continente europeu, em que a proteção social surge para abrandar as diferenças sociais oriundas do livre mercado. Tais diferenças se expressam nas desigualdades salariais e de poder de compra que se reproduzem pelos diferentes momentos da economia em um sistema capitalista. O resultado dessas reações do mercado é a desigualdade social e ainda um esgotamento de padrões de crescimento econômico (VIANA; MACHADO, 2008).

A forma de o Estado compensar os trabalhadores pelos desequilíbrios econômicos causados pelos movimentos de mercado reproduzidos pelo capitalismo, em que se tem de um lado a homogeneização social associada ao assalariamento em massa e, de outro, uma heterogeneidade causada pelo fomento do mercado na produção das diferenças sociais, foi o financiamento e fornecimento dos bens e serviços inacessíveis para a grande massa da classe trabalhadora através da renda obtida proveniente do trabalho assalariado (VIANA; MACHADO, 2008).

A política de saúde se insere fortemente nesse movimento de subtrair da órbita mercantil o acesso aos bens e serviços de saúde, quando a responsabilidade pela saúde de uma determinada população passa a ser responsabilidade de todos, coletiva, e um direito do cidadão. Dessa forma a reprodução social passa a ser regida por leis construídas fora da órbita pura e simples do mercado, e sim pela extensão e profundidade alcançada pelo sistema de políticas sociais integrantes do Estado de Bem Estar Social/Welfare State (VIANA; MACHADO, 2008, p. 648).

De acordo com Briggs (2000), a definição de Bem Estar Social está relacionada com o emprego deliberado do poder organizado em um esforço para modificar o jogo das forças do mercado em no mínimo três direções: Subsistência, Segurança e Serviços Sociais. Ele sugere uma combinação entre mercado livre com medidas que preservem o equilíbrio social 2000 (*apud* MARSHALL, 1967).

Para compreender a trajetória da construção do Estado de Bem Estar Social é importante contextualizar o surgimento do *Welfare State* britânico, em especial de sua atuação na política de saúde, a qual se faz referência mundial pelo seu sistema “*National Health Service*”. Marshall (1967) ressalta que esse processo se deu através de reivindicações dos cidadãos, ligando-o mais à democracia do que ao socialismo. Porém, há traços em sua natureza que são derivadas de ideias socialistas. O autor destaca ainda como fator de elevação do *Welfare State* aspectos ligados ao movimento revolucionário da classe operária inspirada no marxismo (MARSHALL, 1967).

Segundo Gosta Esping Andersen (1991), de acordo com economistas políticos clássicos de orientações liberais, conservadoras e marxistas, o motivo que sustenta o desenvolvimento do *Welfare State*, é a relação entre capitalismo e bem estar social. Ainda que com distinções é possível perceber uma convergência entre os autores no que tange à ideia de que mercado e Estado (democracia) encontram-se alinhados. Através da industrialização surgiram as massas proletárias, o que significava certa ameaça aos privilégios da propriedade privada. Nesse sentido, havia um temor por parte dos liberais em razão de um possível sufrágio universal e, assim, era alimentada a ideia de que a democracia destruiria o mercado (GOSTA ESPING- ANDERSEN, 1991).

Entretanto, durante a década de 1970 conformou-se a crise do Estado de Bem Estar Social, originada a partir de uma crise econômica mundial. A partir deste momento, surgem críticas sobre os custos altos das políticas sociais custeadas pelo Estado, dentre elas a política de saúde, um dos setores sensíveis de qualquer sociedade (SILVA; BAPTISTA, 2014). Conforme Costa (2015 *apud* PUELLO-SOCARRÁS, 2013), em resposta à crise global, o neoliberalismo passou a ser protagonista e ganhar força como uma estratégia ofensiva do capital e como reação e saída do que era considerado um capitalismo tardio (COSTA, 2015).

2.2 A construção do Estado de Bem Estar Social no Brasil e o lugar ocupado pela saúde

Para Draibe (1989), as características que definem o conceito de *Welfare State* estão ligadas à tendência do Estado em modificar o livre funcionamento do mercado em momentos de crise. Conforme a autora, a teoria keynesiana se confirma em momentos de recessão, quando “novos liberais” reclamam do Estado, mas não conseguem viver sem ele. Na crise da acumulação, esperam a mão visível do Estado a lhes prestar socorro (DRAIBE, 1989, p. 18).

Outro fator apontado por Draibe (1989) é o princípio de substituição do rendimento em caso de perda temporária ou definitiva da capacidade de obtê-lo para a prevenção dos riscos próprios inerentes à economia de mercado (velhice, doenças, maternidade, desemprego). Ela aponta ainda a garantia, mesmo para os excluídos do mercado de trabalho formal, de uma renda mínima a um nível considerado suficiente para a satisfação das necessidades sociais e culturais essenciais, e para a garantia mínima de vida e inclusão, bem como para a manutenção da sociedade.

É nesse contexto, portanto, que o *Welfare State* se configura em uma forma de compensar novos problemas sociais que são criados dentro de uma sociedade capitalista de produção diante do crescimento industrial, bem como do crescimento urbano. O Estado de Bem Estar Social se apresenta, assim, como uma alternativa para compensar as mazelas do desenvolvimento industrial, econômico e urbano, e, ainda, da própria regulação social do capitalismo em sua instância mais avançada (DRAIBE, 1997).

Desta forma, o desenho do Estado de Bem Estar Social está diretamente ligado à consolidação do capitalismo e do Estado em cada país, tendo, portanto características distintas em cada realidade. No caso brasileiro, por exemplo, por se tratar de um capitalismo periférico, o Estado de Bem Estar Social construiu-se de maneira específica, com traços de seletividade e desenvolvimentismo. Conforme intitula Draibe (1989), “o Estado desenvolvimentista de Bem Estar Social”. Com essas definições, a seguir analisamos como o Brasil produziu historicamente seu Estado de Bem Estar Social e qual o espaço ocupado pela política pública de saúde na proteção social brasileira.

No caso brasileiro, trata-se de um capitalismo periférico, em que, a partir de uma divisão internacional do trabalho, houve um processo de industrialização acelerada devido à transnacionalização dos mercados para os países mais pobres, com salários e preços dos insumos baixos, com o objetivo de tornar os custos de produção mais baratos. Este fenômeno provocou uma dependência maior dos países periféricos, como os países da América Latina, com as nações mais ricas (países desenvolvidos), de forma que em países como o Brasil acentuou as desigualdades sociais por consequência do desemprego estrutural, defasagem dos salários e o enfraquecimento do poder sindical (PIRES; DEMO, 2006).

De acordo com Viana e Machado (2008), o modelo de proteção social da América Latina foi baseado no emprego formal, de forma a garantir dois tipos básicos de benefícios: assistência à saúde, individual e curativa, e aposentadorias, pensões e benefícios ligados a acidentes de trabalho (VIANA; MACHADO, 2008).

Há uma percepção de que as políticas sociais empreendidas na construção do Estado de Bem Estar brasileiro estavam subordinadas à política econômica, tornando o sistema de proteção social seletivo, visto que não abriga todos os trabalhadores. Essa noção se estende também ao conceito de cidadania, pois também se referia somente aos trabalhadores/cidadão inseridos no mercado de trabalho formal.

[...] a noção de cidadania ainda era muito limitada e reprodutora de desigualdades, a “cidadania regulada”, já que a cidadania esteve vinculada à estratificação ocupacional. Por outro lado, as pessoas que se encontravam fora do mercado das ocupações regulamentadas eram consideradas “pré-cidadãos”. Incluem-se, aí, os trabalhadores rurais que até então não encontravam reconhecimento (CRONEMBERGE; TEIXEIRA, 2015, p. 135).

O princípio de autofinanciamento é uma das características marcantes da proteção social brasileira, também estendida para a política de saúde, em especial na assistência médica previdenciária, visto que a previdência social possui uma estrutura baseada na lógica de capitalização. Ou seja, o acesso aos benefícios sociais dependia exclusivamente de contribuições de empregadores e empregados recolhidas sobre a folha de pagamento dos salários. Segundo Aureliano e Draibe (1989), existia uma submissão do gasto social, de forma que os usuários deveriam pagar pelo que recebem (VIANA; MACHADO, 2008).

Além disso, há também outras características marcantes na proteção social brasileira, como a fragmentação institucional, visto que havia uma divisão de responsabilidades entre dois ministérios, o da Saúde, criado em 1953, e o da Previdência Social, sobre as ações de saúde, tendo, mais tarde, surgido a ideia de unificação do comando da política de saúde.

[...] contrariavam interesses, o que impediu a conformação de uma política de saúde única e articulada. Ao final dos anos 1980, a fragmentação institucional se expressava fortemente no setor, com divisão de responsabilidades não apenas entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social, mas entre diversos órgãos e entidades com diferentes vinculações e formas jurídicas, como o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), a Central de Medicamentos (CEME) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), entre outras, que atuavam de maneira pouco integrada entre si (VIANA; MACHADO, 2008, p. 657).

O princípio da privatização é também um traço da proteção social brasileira através da divisão de responsabilidades entre o Estado e iniciativa privada, em que o Estado fornecia a regulamentação e os recursos, e o mercado ficava responsável com a prestação dos serviços sociais. Entre as décadas de 1960 e 1980, a assistência médica estava sob o comando da previdência social. Nesse contexto, houve a expansão do acesso da população aos serviços de saúde, possibilitado pelo financiamento estatal na compra de serviços hospitalares privados, bem como as linhas de investimento destinadas à construção de hospitais privados (VIANA; MACHADO, 2008, p. 658).

Conforme Viana e Machado (2008), os subsídios estatais indiretos também foram implantados nessa época, e se davam pela isenção de impostos oriundos de gastos das empresas privadas com assistência médica para seus empregados. A ausência de democracia e de participação popular nos processos decisórios sobre a política de saúde foi também um marco da proteção social brasileira nesse período, havendo um declínio da participação dos sindicatos, movimentos sociais e partidos políticos, e a conseqüente concentração das decisões somente nos governos, de forma centralista, autoritária e burocrática (VIANA; MACHADO, 2008).

2.3 A construção da política pública de saúde no Brasil, um longo caminho

É importante salientar a premissa de que os governos e os projetos políticos possuem impactos importantes na agenda da proteção social do país. Portanto, durante esse capítulo abordaremos a linha do tempo da política de saúde no Brasil, bem como a forma com que os projetos políticos de cada governo foram criando traços diferentes na construção da política de saúde.

De acordo com Mathias (2018), foi a partir dos anos 1920 que algumas categorias de trabalhadores, como por exemplo, os ferroviários e marítimos, conseguiram avançar com programas de assistência à saúde e benefícios como a aposentadoria. Após anos, todos os trabalhadores inseridos no mercado formal obtiveram o direito a consultas, exames e cirurgias, serviços estes que estavam sob a gestão do Ministério da Previdência e Assistência Social (INPS), criado em 1966 e substituído em 1974 pelo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (MATHIAS, 2018).

As primeiras formas de oferta em serviços de saúde no Brasil se iniciam no ano de 1923, através do sistema de proteção social, momento em que foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). Em decorrência do rápido processo de industrialização e a conseqüente urbanização acelerada, foi criada a Lei Eloy Chaves para conferir estatuto legal às iniciativas já existentes de organizações dos trabalhadores por fábricas, que conferia a garantia da pensão em caso de acidente ou afastamento do trabalho por doença. A partir das Caixas de Aposentadorias e Pensões, surgiram as primeiras discussões sobre a necessidade de se atender à demanda dos trabalhadores (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, p. 31, S/D).

O governo Vargas, na década de 1930, teve uma política social que enfatizava a regulação do trabalho com a legislação trabalhista e previdenciária, assegurando direitos aos trabalhadores. Foram ampliados os direitos sociais das categorias profissionais de forma articulada com o processo de desenvolvimento econômico do país em um cenário de expansão da industrialização e urbanização. Esse período foi caracterizado pela maior intervenção estatal, tanto na economia quanto na área social, sendo denominado por alguns autores como a introdução do sistema de proteção social brasileiro (VIANA; MACHADO, 2008).

Já no ano de 1932, durante o período chamado de Estado Novo liderado por Getúlio Vargas, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões. Os Institutos podem ser considerados como uma resposta do Estado aos trabalhadores, que então reivindicavam direitos em um contexto de industrialização consolidada no país. Neste cenário, acentuava-se o componente da assistência médica, que em parte era prestado diretamente pelo Estado, mas que se desenvolvia principalmente por meio da compra de serviços do setor privado (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, p. 32 S/D).

Durante o período da ditadura militar brasileira (1964-1985), a proteção social foi marcada pelo conservadorismo. Em um período em que países capitalistas desenvolvidos construíam seu *Welfare State* através do modelo Keynesiano, baseado na economia de mercado, crescimento econômico e estado de pleno emprego junto com as políticas sociais que fortaleciam a produção e o consumo, no Brasil os serviços sociais eram estendidos somente a alguns trabalhadores formais, havendo privilégios em determinadas categorias de forma a não cobrir todos os trabalhadores. Ou seja, se tratava de uma proteção social seletiva, pois os trabalhadores da informalidade não estavam cobertos pelo sistema mesmo (CARNEIRO, 2011).

De acordo com Mathias (2018), o período militar foi marcado por forte repressão e restrições à liberdade individual, além de uma redução na renda e trabalho que, de forma significativa, acentuou as desigualdades sociais. Além disso, o país enfrentava outros problemas, como a mortalidade infantil, mortalidades relacionadas à desnutrição e à falta de saneamento básico, e o surgimento de doenças epidêmicas. Outro episódio bastante relevante ocorrido neste período foi a omissão de uma epidemia de meningite no município de São Paulo, quando a mesma atingia somente a periferia. O então governo militar da época, marcado pelo autoritarismo, levou cerca de quatro anos para tomar medidas efetivas para controlar a epidemia (MATHIAS, 2018).

Ainda no decorrer da década de 1980, em oposição ao regime autoritário, surgiu o movimento sanitarista, que teve como um dos seus grandes nomes o do médico sanitarista “Sérgio Arouca”, o qual inseriu no debate público o dilema preventivista. O contexto de surgimento do movimento sanitarista de promoção da saúde ocorreu em um momento de crise econômica no mundo, em que os modelos

de Estado de Bem Estar Social estavam em decadência nos países centrais e, conseqüentemente, também nos países em desenvolvimento (periféricos) por conta da ascensão do neoliberalismo.

Conforme Arouca¹ (1975), a medicina curativa consiste em uma prática médica que se esgota no diagnóstico e na intervenção terapêutica, privilegiando a doença, sendo a prevenção e a reabilitação inseridas em segunda ordem, tornando essa prática ineficiente. Arouca destaca ainda que as articulações entre o cuidado médico e o modo de produção capitalista evidenciam que o objeto da medicina eram os valores vitais, considerados valores de uso para os seres humanos, mas transformados em valores de troca pela dinâmica do modo de produção capitalista, Costa (2015 *apud* AROUCA, 1975).

De acordo com Viana e Machado (2008), houve também um movimento privatista no que diz respeito à política de proteção social em saúde nesse mesmo contexto. Como efeito, era priorizada a contratação de hospitais privados ao invés de fortalecer o setor público, o que acabava por enfraquecer o setor público no que diz respeito dos resultados sanitários (VIANA; MACHADO, 2008).

Conforme aponta Mathias (2018), manipulados pelas forças do mercado, os serviços de saúde respondiam somente aos interesses dos produtores de insumos, de equipamentos, e aos prestadores de serviços.

[...] “A classe média nunca foi atendida pelo setor público. Ela pagava consulta particular, pagava os procedimentos, que eram muito mais baratos. As pessoas pagavam parto, cirurgia”. Além disso, a maior parte dos previdenciários eram pobres. Segundo os cálculos de Luiz Eduardo Soares no texto do Cebes, 56% dos brasileiros recebiam um salário mínimo ou menos e 19% entre um e dois salários mínimos. Essa situação geral também se refletia no mercado formal de trabalho. Um segundo engano comum é pensar que a população sem carteira só tinha atendimento se recorresse à filantropia. “O que a gente tinha? Algumas unidades públicas que atendiam a todos. Os hospitais universitários, que atendiam a todos, alguns como indigentes outros como medicina previdenciária. E as filantrópicas, que também atendiam a todos, embora na condição de indigentes”, explica Ligia, que cita ainda duas iniciativas – o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e a Fundação SESP – que, de alguma forma, levaram ações de assistência aos grotões do país. [...] (MATHIAS, 2018, n.p.).

¹ Arouca é conhecido por sua tese de doutorado, “O dilema preventivista, Fiocruz, 1975”, que contribuiu para o debate da saúde comunitária, e ainda sobre a transformação do modelo de atenção à saúde hegemônico.

Em 1988, na transição do período militar para a democracia e o Estado de direito, é lavrada a nova Constituição Federal. Através desse marco constitucional, tanto a saúde quanto a previdência social obtiveram maior destaque e se consolidaram enquanto políticas públicas, implicando diretamente na existência de um orçamento próprio. Ainda que não seja da forma esperada e plena, a saúde e a previdência social avançaram de forma veloz no que diz respeito à concretização das conquistas constitucionais.

Com efeito, a Constituição Federal de 1988 abrangeu as garantias do Estado e os direitos dos cidadãos. Dentre os direitos conquistados, o acesso universal à saúde foi garantido, tornando-se um dos pilares da proteção social.

[...] Segundo o Art. 196 da CF/1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Em conformidade ao Art. 197 da CF/1988, são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Já o Art.198 da CF/1988 aborda que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado com diretrizes de descentralização, com atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e com a participação da comunidade. (BRASIL, 1988, n.p.).

Após a constituição de 1988, houve uma mobilização para descentralizar a gestão dos recursos orçamentários recebidos do governo federal no que diz respeito aos gastos com saúde, essa divisão ocorreu a favor da esfera municipal. Nessa ocasião, houve a expansão dos conselhos de políticas públicas (municipais) em todas as áreas, tomando traços democráticos com a criação de espaços de representação para os interesses da sociedade civil conforme as suas demandas (PIRES; DEMO, 2006).

Entretanto, os anos de governo Collor foram um período bastante contraditório, visto que, ao mesmo tempo em que foram conquistados os direitos na Constituição, a sua realização foi frustrada devido à crise fiscal do Estado e da crise política instalada. No entanto, ainda que com algumas deficiências e contradições entre o que está previsto em lei e o seu funcionamento prático, a criação do SUS significou um grande progresso para a sociedade brasileira e exemplo para a

América Latina. Tratando-se do primeiro sistema de saúde universal do país, foi sem dúvidas um grande marco para minimizar as desigualdades sociais do Brasil.

Já no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), houve uma pressão por regras fiscais de ordem neoliberal e enxugamento dos gastos estatais, o que consequentemente possibilitou a adoção de políticas restritivas a desregulamentação de leis trabalhistas, e a privatização de empresas estatais. Esse cenário todo ameaçava a manutenção das políticas sociais e universais, em especial a política de saúde (PIRES; DEMO, 2006).

Mais tarde, no governo Lula, houve avanços na política de saúde, proporcionando a expansão do acesso aos serviços pela população. Esses avanços só foram possíveis devido ao maior investimento realizado pelos governos petistas na política de saúde, tendo iniciado com Lula e sendo sucedido pelo governo Dilma Rousseff (BAHIA; SCHEFFER, 2018). Isso nos leva a um argumento sobre o funcionamento do Estado de Bem Estar Social brasileiro de que os modelos de Estado materializados em diferentes projetos políticos de governo impactam na implementação de políticas públicas de saúde, tornando nosso Estado de Bem Estar Social flutuante, uma vez que em cada governo são feitas mudanças significativas. É através de projetos políticos distintos no que se refere à extensão dos direitos sociais e à abrangência da intervenção estatal que percebemos diferenças nas políticas públicas. Um bom exemplo é a comparação entre os governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva, bem como entre os demais presidentes da linha de sucessão.

Durante o governo Temer (2016), houve a aceleração dos processos de contrarreforma e privatização na política de saúde, intensificado pelo congelamento dos gastos e cortes nos investimentos para as políticas sociais pelo prazo de vinte anos através da Emenda Constitucional nº 95/2016. Cabe destaque à política de saúde em que houve profundos cortes orçamentários seguido da criação da proposta dos planos de saúde acessíveis, que beneficiariam diretamente o setor privado. Além disso, houve retrocessos na política de saúde mental e alterações significativas na política nacional de atenção básica. Outro importante marco do governo Temer para a política de saúde foi a articulação concreta com o setor privado através da Coalizão Saúde (2017), que será explorado mais adiante. Em suma, o governo Temer foi marcado pelo desmonte das políticas sociais e

universais, favorecendo exclusivamente o setor privado e dando início ao desmonte do SUS (BRAVO; PELAEZ, 2020).

É de conhecimento geral que a proteção social nem sempre vai conseguir acabar com a pobreza e implementar a igualdade social, uma vez que essas políticas são atravessadas pelos diferentes momentos do ciclo econômico, mas é inegável que o fortalecimento das políticas sociais é um grande passo à cidadania no Brasil (VIANA; MACHADO; 2008).

2.4 A origem do SUS e o Princípio da Universalidade

No dia 19 de setembro de 1990 foi criado o Sistema Único de Saúde, através da Lei 8.080, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. A primeira lei orgânica do SUS detalhou os objetivos e atribuições dos níveis de governo; os princípios e diretrizes norteadores; a organização, direção e gestão; a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; os recursos humanos; o financiamento, bem como o planejamento e a gestão financeira. Logo em seguida, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Além disso, foram instituídos os Conselhos de Saúde e conferida legitimidade aos organismos de representação dos governos estaduais (CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) (BRASIL, 1990). Finalmente estava criado o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde, no entanto a sua implementação ainda trazia desafios e a necessidade de aprimoramentos.

A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 assegura os seguintes direitos em seus artigos:

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos

de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017).

Fonte: Brasil, Presidência da República, 1990.

A agenda sanitária teve um importante papel na condução da política pública de saúde logo no início da implementação do SUS, causando mudanças significativas em sua estrutura, como uma reorganização institucional. Dentre as significativas mudanças na condução do sistema de saúde, que se manifestaram através de dois movimentos simultâneos, estão: 1) a unificação horizontal do comando sobre a política nacional, que visava criar uma autoridade sanitária federal; e 2) o movimento da descentralização político-administrativa, que se refere a uma redistribuição vertical de poder entre os entes federados, podendo fortalecer as autoridades sanitárias no país, então representadas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (VIANA; MACHADO, 2008).

O objetivo da descentralização foi transferir aos municípios a gestão dos serviços. Entretanto, ainda que a CF/88 determinara que a saúde fosse um direito de todos e dever do Estado, também permitiu que a saúde fosse livre para a iniciativa privada (PAIVA; GONZALEZ; LEANDRO, 2017). Conforme asseveram Paiva e outros:

[...] Em relação competência sobre a provisão de serviços de saúde, a CF determina que cabe ao município “prestar, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”. No que tange às competências legislativas, estas são compartilhadas entre todos os entes federativos da seguinte forma: União deve legislar acerca das normas gerais, os estados devem editar as normas complementares necessárias ao funcionamento dos seus serviços e sua função de direção estadual do SUS, e aos municípios coube a edição de normas complementares necessárias à sua esfera de atuação (PAIVA; GONZALEZ; LEANDRO, 2017, p.66).

De acordo com os autores, apesar da descentralização da gestão de serviços de saúde ter sido prevista na Constituição Federal de 1988, foram as Normas Operacionais Básicas (NOB) que de fato operacionalizaram o processo de descentralização. Em especial, foi a NOB nº 1993 que passou a dar contornos mais específicos às ações de saúde. Essa norma regulamentou o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS, e estabeleceu os mecanismos de financiamento das ações de saúde, que naquele momento se restringiam à assistência hospitalar e ambulatorial (PAIVA; GONZALEZ; LEANDRO, 2017, p. 66, 67).

De acordo com Scatena; Tanaka (2001 apud PAIVA *et al*, 2017), a NOB nº 1993 definiu um importante marco no processo de consolidação do SUS, rompendo, ainda que de forma parcial, com a lógica do INAMPS (de remuneração por procedimento) e estabelecendo princípios de descentralização e autonomia de gestão às esferas estadual e municipal, tais como: “incipiente”, “parcial” e “sempierna”.

[...] Entretanto, o que realmente se executou foram os repasses financeiros referentes à gestão semiplena, a qual se considera a forma mais avançada para a descentralização do SUS, de maneira em que os municípios assumem o controle total da gestão do sistema de saúde, incluindo ainda as definições de políticas, execução, acompanhamento, controle e avaliação no âmbito de seus territórios (PAIVA; GONZALEZ; LEANDRO, 2017, p.67).

Quanto ao financiamento, é importante destacar que o Sistema Único de Saúde é financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes. Dessa forma, os estados, o Distrito Federal e os municípios devem aplicar recursos mínimos derivados de percentuais de repasses e impostos arrecadados (BRASIL, 2016).

A alocação dos recursos financeiros da União no SUS segue uma lógica de distribuição em que parte dos recursos provém dos tributos instituídos e arrecadados em cada esfera de governo. A União considera exclusivamente essas as fontes de recursos para financiar as despesas com as ações e serviços de saúde, entretanto, em certos casos é possível recorrer a outras fontes de financiamento previstas em legislação, como a emissão de títulos do tesouro e empréstimos junto a fundos federais (BRASIL, 2016).

Tabela 1 - Principais fontes de recursos fiscais empregadas pela União para o financiamento do SUS

Fontes de Recursos do SUS	Origem das Receitas	Regra de vinculação de recursos
Impostos sobre Importação (II)	Arrecadação Própria	Valor empenhado em saúde no exercício financeiro anterior + variação nominal do PIB
Imposto sobre Exportação (IE)		
Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI)		
Imposto sobre a Renda Retido na Fonte (IRRF)		
Imposto sobre Operações Financeiras (IOF)		
Imposto Territorial Rural (ITR)		

Fonte: Elaboração própria (BRASIL, 2016, p. 46).

Conforme Scheffer e Bahia (2018, p. 161), após a Constituição Federal de 1988, houve um projeto de efetivação do SUS para firmar a sua universalidade, porém, ocorreram algumas restrições de ordem orçamentária que levaram à redução dos recursos destinados à saúde. Isso influenciou que o financiamento para as ações da rede pública de saúde encontrasse apoiadores no movimento municipalista. O movimento em questão teve ação ativa na ampliação da base política do SUS, tendo prefeitos e secretários de saúde como protagonistas nas

dimensões administrativo-institucionais da rede de serviços (SCHEFFER; BAHIA, 2018 p. 161).

O Brasil é o único país da América Latina que possui um sistema universal de saúde. Entretanto, seu gasto com saúde pública não é o maior, gerando uma contradição estrutural, uma vez que, apesar de ter um sistema universal, os gastos com saúde são menores que em países vizinhos da América Latina. Ao mesmo tempo, as despesas privadas são maiores do que as públicas (SCHEFFER, BAHIA; 2018, p.162).

No entanto, apesar dessas restrições, entre os anos de 2003 e 2013, durante os governos petistas, houve uma ampliação do acesso aos cuidados com a saúde e de seu financiamento. Conforme Scheffer e Bahia (2018) abordam alguns dados dessa expansão dos atendimentos.

O aumento de pessoas que passaram a se consultar com médicos foi de 54,7% em 1998 para 71,2% em 2013. Em 2014, mais de 90% de pessoas que se declararam hipertensas ou diabéticas e ainda 88% dos portadores de doenças pulmonar obstrutiva crônica obtiveram os remédios prescritos. Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 (SCHEFFER; BAHIA, 2018, p. 162).

Além disso, houve também investimentos na atenção básica, permitindo uma expansão da cobertura e a ampliação do número de equipes de saúde da família, que cresceu de 4.114 no ano de 1999 para 54.205 no ano de 2017 (SCHEFFER; BAHIA, 2018, p. 162). Segundo esses autores, as equipes estavam distribuídas em 4.995 municípios, “sendo responsáveis pela cobertura de 127 milhões de pessoas”.

Há evidências, igualmente, de progresso na atenção básica proporcionadas pelas equipes de saúde da família. Alguns exemplos são a redução na taxa de mortalidade infantil pós-neonatal e a diminuição de internações hospitalares evitáveis. Além das ações ambulatoriais básicas, o SUS também realiza transplantes e fornece medicamentos de alto custo para tratamento de pessoas com HIV/Aids, bem como portadores de doenças raras (SCHEFFER; BAHIA, 2018, p. 162).

Ao retomarmos a questão das agendas políticas, os governos do PT (Partido dos Trabalhadores) contaram com o apoio de uma fração significativa dos profissionais da saúde e entidades da sociedade civil, havendo um enaltecimento de um passado marcado por lutas pelos direitos sociais, bem como uma convergência

no que tange ao fortalecimento das instituições públicas e democráticas e de todas as atividades orientadas para políticas universais. Nesse sentido, havia uma pressão por parte desses grupos contra ações governamentais voltadas para a privatização (SCHEFFER; BAHIA, 2018).

No entanto, apesar das lutas anti-privatização, existe uma contradição que o Brasil enfrentou e ainda enfrenta que atinge o direito à saúde garantida na Constituição Federal de 1988. Ela diz respeito à pressão de ordem neoliberal pautada pelas regras fiscais e pela lógica restritiva de gasto. Esse problema afeta a capacidade de financiamento e, portanto, de concretização do princípio da universalidade, ameaçando a manutenção das políticas sociais universais (LOBATO, 2016).

Nessa lógica, recentemente foi elaborada a Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que impõe um limite aos gastos públicos, tendo o SUS como um de seus principais alvos. Esta EC 95/2016 se materializa, na realidade, em um desmonte do SUS, servindo de alerta à sociedade para a necessidade de proteção ao sistema de saúde público do país. Assim como a política de saúde, há outras (como a de assistência social) também submetidas aos riscos de descaracterização quanto ao entendimento originário da seguridade social e ao seu princípio de universalidade (SCHEFFER; BAHIA, 2018).

Com efeito, como mostraremos na pesquisa, a EC 95/2016 leva a saúde de um patamar de subfinanciamento para o de desfinanciamento (SANTOS; FUNCIA, 2019). Isso se dá, sobretudo, devido à perda anual de recursos, abrindo as portas para os planos de saúde acessíveis.

2.5 A Organização Operacional do SUS

De acordo com o manual do SUS, desde a sua implementação houve uma série de contratualizações difundidas a partir de normas operacionais. A implementação dos contratos de gestão representou um marco no desenvolvimento do Sistema, consolidando a separação entre o financiamento público de serviços sociais e sua provisão por entes de caráter privado (BRASIL, 2016).

Além disso, foi um movimento que ocorreu de forma estruturada, em que somente após a etapa de implantação do contrato, quando os serviços já estão em

andamento, é que a organização dos setores é realizada e as responsabilidades são distribuídas, sempre de acordo com a necessidade de regulação dos contratos e monitoramento das metas (BRASIL, 2016). É nesse contexto que a decisão política sobre adotar ou não determinadas inovações e viabilizá-las junto ao legislativo e órgãos regulatórios tomam a atenção dos governantes.

Como já evidenciado, o planejamento e a distribuição de responsabilidades no SUS é dividido entre as três esferas da federação: União; Estados; Municípios; e o Distrito Federal. As diretrizes são definidas pelo Ministério da Saúde em conjunto com o CONASS, o CONASEMNS, e o Conselho Nacional de Saúde que, ao elaborarem o planejamento, estabelecem prioridades e objetivos nacionais (BRASIL, 2016). Além disso, os municípios, movidos pelas necessidades locais e a partir de diretrizes estabelecidas pelos conselhos municipais de saúde, avaliam e implementam o ciclo do planejamento municipal considerando sempre as prioridades estaduais e nacionais. O planejamento conta com a base territorial, que são as regiões de saúde, garantindo, através do espaço geográfico, a integralidade das ações e serviços de saúde estabelecidos para a população usuária do SUS (BRASIL, 2016).

A Região de Saúde representa a unidade de referência para a análise da dinâmica socioeconômica e da situação de saúde da população, o dimensionamento da capacidade instalada de produção de serviços, o levantamento dos recursos fiscais, dos profissionais e equipamentos disponíveis e para a projeção de uma imagem-objetivo da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2016, p.72).

Tabela 2 - Os sete princípios do planejamento governamental que regem o SUS

Nº	Princípio
1	O planejamento consiste em uma atividade obrigatória e contínua
2	O planejamento no SUS deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento governamental geral
3	O planejamento deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas comissões intergestores regionais, bipartite e tripartite
4	O planejamento deve estar constantemente articulado com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS
5	O planejamento deve ser ascendente e integrado

6	O planejamento deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde
7	O planejamento deve partir das necessidades de saúde da população

Fonte: Brasil, 2016, p.85 – Tabela: Elaboração própria.

No início dos anos 2000, todos os estados e municípios já eram descentralizados e responsáveis pela gestão dos recursos. Desde então, o Ministério da Saúde têm desenvolvido estratégias que estimulam o aprofundamento das relações federativas, de modo que as responsabilidades da União, Estados e Municípios sejam mais definidos em relação à gestão, ao financiamento e à organização da atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2016).

De acordo com o manual do SUS (Brasil, 2016, p. 90), essa orientação tem sido salientada como principal na ampliação da capacidade de articulação e integração das ações e serviços de saúde. O Pacto pela Saúde, elaborado em 2006, (2009 *apud* BRASIL, 2016), aponta o detalhamento do processo de regionalização da rede de saúde pública como um fator estratégico para a consolidação da universalidade, da integridade e da equidade do SUS. Essa é uma das principais responsabilidades dos Estados enquanto coordenadores do processo que configura o esquema da rede de atenção básica. A regionalização e a hierarquia são os métodos para organizar a estrutura do SUS, desenvolver as ações dos serviços de saúde, bem como para construir um espaço político de debate sobre as decisões regionais com o objetivo de efetivar uma gestão cooperativa, coletiva e solidária (BRASIL, 2016).

A regionalização dos serviços do SUS garante a integralidade na atenção à saúde. O decreto nº 7508/2011 define os elementos sobre os quais são constituídas as Regiões de Saúde. Essas tomam os territórios como referência para a distribuição dos recursos financeiros, bem como para a construção das redes de atenção à saúde, que devem ser definidas com base na realidade local e de acordo com as demandas em serviços de saúde da Região (Brasil, 2016, p. 93).

A Resolução nº 1 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 29 de setembro de 2011, que estabelece diretrizes gerais para a instituição de regiões de saúde no SUS, define como objetivos para organização das regiões de saúde:

I garantir o acesso resolutivo da população, em tempo oportuno e com qualidade, a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, organizados em redes de atenção à saúde, assegurando-se um padrão de integralidade;

II efetivar o processo de descentralização de ações e serviços de saúde entre os entes federados, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os gestores, impedindo a duplicação de meios para atingir as mesmas finalidades; e

III buscar a racionalidade dos gastos, a otimização de recursos e eficiência na rede de atenção à saúde, por meio da conjugação interfederativa de recursos financeiros, entre outros, de modo a reduzir as desigualdades locais e regionais. Fonte: Manual de Planejamento do SUS, Brasil, 2016, p.93

As regiões de saúde são definidas pela oferta dos seguintes serviços de saúde:² I atenção primária; II urgência e emergência; III atenção psicossocial; IV atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V vigilância à saúde.

Após a definição das regiões de saúde, é elaborado o mapa da saúde, em que são reunidas e sistematizadas as informações sobre a saúde da região, ou seja, um diagnóstico sobre a situação de saúde da população daquela região. O mapa de saúde fornece os elementos que definem as diretrizes que serão implementadas pelos gestores, auxiliando na tomada de decisão, e orientando o planejamento integrado dos entes federados. (Brasil, 2016, p. 103). As metas de saúde são monitoradas pelos gestores e possibilitam o entendimento de estratégias para planejar as ações dos serviços de saúde, além de contemplar o referenciamento geográfico de informações que afetam os seguintes temas, (Brasil, 2016, p. 103).

I Estrutura do Sistema de Saúde:

a. Capacidade instalada pública (própria e privada complementar) e privada, evidenciando os estabelecimentos de saúde, serviços, equipamentos e profissionais;

b. Oferta e cobertura de ações e serviços de saúde mediante uso de indicadores construídos a partir de parâmetros reconhecidos e da produção das ações e serviços de saúde prestados, quando não existir parâmetros definidos.

² As regiões de saúde são definidas como espaços delimitados, identificados a partir de fatores como: identidades culturais, econômicas e sociais, a existência de uma infraestrutura para o transporte intermunicipal, com a finalidade de integrar a organização, planejamento, e a execução das ações de serviços de saúde. *Decreto n° 7.508, de 2011 e Resolução CIT n° 1, 2011* (Brasil, 2016, p.96).

II Redes de atenção à saúde: contempla indicadores ou marcadores que permitam evidenciar a atenção básica como ordenadora da rede de atenção à saúde, além de indicadores afetos à implementação das redes prioritárias para o sistema: rede materno-infantil, rede de atenção às urgências, rede de atenção psicossocial, além de outras que venham a ser conformadas e identificadas como prioridade.

III Condições socio sanitárias: evidenciada por meio de indicadores de nascimento, mortalidade, morbidade, dados socioeconômicos e demográficos. Sistematiza também informações sobre a situação de saúde de grupos populacionais de maior vulnerabilidade, bem como informações relativas aos determinantes sociais da saúde. Guarda relação direta com o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), na medida em que reflete indicadores que o compõem.

IV Fluxos de acesso: evidenciando caminho e distância percorridos pelos usuários, constituindo os fluxos assistenciais, mediante a apuração de residência e ocorrência de eventos.

V Recursos financeiros: identifica os recursos de investimentos e custeio para o financiamento do sistema.

VI Gestão do trabalho e da educação na saúde: identifica a quantidade de trabalhadores de acordo com os serviços e redes temáticas; condições de trabalho, contemplando: jornada média de trabalho, jornada média de trabalho segundo quantidade de vínculos de trabalho, número médio e tipo de vínculos de trabalho e indicadores de saúde do trabalhador; formação e qualificação profissional e características dos centros formadores.

VII Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde: apresenta a distribuição das instituições e suas capacidades e especialidades técnicas, públicas e privadas, de pesquisa, produção e inovação em saúde.

VIII Gestão: evidencia indicadores relativos aos processos de regionalização, planejamento, regulação, participação e controle social, bem como informações afetas às pesquisas de satisfação dos usuários do SUS e o resultado do IDSUS (Brasil, 2016, p. 103).

Para mensurar os serviços prestados pelo SUS à população brasileira de forma universal, podemos destacar no quadro abaixo os principais serviços que chegam à população de forma direta e indireta.

Tabela 3 - Principais serviços prestados pelo SUS à população

Serviços	Descrição
Assistência Farmacêutica	É o processo de planejamento, aquisição, distribuição, controle da qualidade e uso de medicamentos voltados para proteção e recuperação da saúde.
Atenção à Saúde	É tudo que envolve o cuidado com a saúde do cidadão, incluindo atenção básica e especializada, ações e serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.
Ciência e tecnologia	Ações de pesquisa, desenvolvimento, difusão e aplicação de conhecimentos nas áreas de saúde, educação, gestão, informação, além de outras ligadas à inovação e difusão tecnológica.
Educação em saúde	Processo para aumentar a capacidade das pessoas no cuidado à saúde e no debate com os profissionais e gestores, a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades.

Gestão do trabalho	É a organização das relações de trabalho baseada na participação do trabalhador de saúde como sujeito e agente transformador do seu ambiente.
Gestão participativa	Atuação efetiva de cidadãos, conselheiros, gestores, profissionais e entidades civis na formulação de políticas, na avaliação e na fiscalização de ações de saúde.
Promoção da saúde	Conjunto de ações sanitárias integradas, inclusive com outros setores do governo e da sociedade, que busca o desenvolvimento de padrões saudáveis de qualidade de vida, condições de trabalho, moradia, alimentação, educação, atividade física, lazer, entre outros.
Regulação	É o poder exercido pelo Estado para fiscalizar e estabelecer padrões, normas e resoluções para serviços, produtos, estabelecimentos e atividades públicas ou privadas em prol do interesse coletivo.
Sangue e hemoderivados	Sangue é o líquido que circula no corpo humano e que quando doado será utilizado em transfusões ou transformado em outros produtos, os hemoderivados, como plasma e albumina.
Saúde suplementar	É o sistema privado de assistência à saúde das operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços aos beneficiários, sob a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
Vigilância em Saúde	Conjunto de atividades que proporcionam conhecimento, detecção, análise e monitoramento de doenças decorrentes, inclusive, de fatores ambientais, com a finalidade de controlar e prevenir problemas na saúde humana.
Vigilância Sanitária	Ações de controle, pesquisa, registro e fiscalização de medicamentos, cosméticos, produtos de higiene pessoal, perfumes, saneantes, equipamentos, insumos, serviços e fatores de risco à saúde e ao meio ambiente.

Fonte: Ministério da Saúde (2020). Elaboração própria

A atenção primária à saúde é definida como a porta de entrada do usuário ao SUS, sendo a primeira divisão do Sistema. Atua no tratamento e prevenção de doenças crônicas, na promoção da saúde, sendo responsável pelos atendimentos e acompanhamento dos tratamentos. Segundo o Instituto Mais Saúde³, ela possui a estratégia de garantir a integralidade, continuidade e eficiência da rede pública de saúde. Além disso, é papel da atenção primária estabelecer vínculos com os usuários ao longo da vida, promovendo o cuidado com a saúde de maneira humanizada através das UBS (Unidades Básicas de Saúde) (Instituto Mais Saúde, 2019).

As UBS exercem um importante papel na sociedade brasileira, uma vez que o cidadão pode ser atendido em qualquer unidade para emergências e acompanhamentos de rotina, de caráter preventivo e curativo. Além disso, é possível também realizar o cadastro do SUS e adquirir o cartão para formalização do vínculo junto ao Sistema. A burocracia para a emissão do cartão SUS é flexibilizada para a população em situação de rua, não sendo exigidos documentos como comprovante de residência e documento de identificação. O próprio cartão do SUS, bem como o

³ O Instituto Mais Saúde trabalha para mudar a situação da saúde pública no Brasil. É uma Organização Social sem fins lucrativos que exerce a gestão compartilhada da saúde em conjunto ao Poder Público nas esferas municipal, estadual e federal.

cadastro na unidade para acompanhamento regular consolida o princípio da universalidade e equidade, conforme o Instituto mais Saúde (2019).

Abaixo os serviços ofertados na rede de atenção primária do SUS:

- a) acolhimento e identificação da necessidade médica;
- b) consultas individuais e coletivas feitas por médicos, enfermeiros e dentistas;
- c) visita e atendimento domiciliar;
- d) cuidados para a saúde bucal;
- e) vacinação;
- f) desenvolvimento das ações de controle da dengue e outros riscos ambientais em saúde;
- g) pré-natal e puerpério;
- h) acolhimento da mãe e do bebê após alta na maternidade;
- i) rastreamento de câncer de colo uterino (preventivo) e câncer de mama;
- j) curativos;
- k) planejamento familiar;
- l) teste do pezinho;
- m) teste rápido de sífilis e HIV;
- n) teste rápido de gravidez;
- o) prevenção, tratamento e acompanhamento de doenças sexualmente transmissíveis e de doenças infecto-contagiosas;
- p) acompanhamento de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e doenças respiratórias;
- q) ações de promoção da saúde e proteção social na comunidade;
- r) controle do tabagismo.

Fonte: Instituto Mais Saúde, 2019.

De acordo com o Ministério da Saúde, dentre os princípios organizativos, a participação popular deve ser promovida e respeitada, conferindo à população o direito de decidir, formular as estratégias, controlar e avaliar a execução das políticas de saúde através dos conselhos e conferências de saúde. Esse princípio é o mais democrático para a consolidação do Sistema Único de Saúde brasileiro (BRASIL, 2020).

Até esse capítulo foi apresentado o referencial teórico do trabalho, assim como a caracterização do objeto empírico: a estrutura do SUS e a sua matriz de financiamento. Nas páginas que seguem será abordada a metodologia e, a seguir, o levantamento dos dados com a análise empírica.

3 METODOLOGIA

A pesquisa em questão foi realizada em caráter exploratório com análises documentais e bibliográficas. Segundo Gil (2002, p.41), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior entendimento do problema, tornando-o mais evidente, para posterior elaboração de hipóteses. Essa pesquisa auxiliou na construção de hipóteses como a relação entre a proposta dos planos de saúde acessíveis e a Emenda Constitucional 95 de 2016, dentro de uma estratégia de privatização da atenção primária do SUS e entrega ao mercado da saúde como uma mercadoria.

Com base no ofício elaborado pelo Ministério da Saúde e entregue à ANS, foi realizada a descrição de como seria a implementação e o funcionamento no território brasileiro da proposta dos planos de saúde acessíveis. Em específico, seus seguros, coberturas e valores, tais como o Plano simplificado, Plano ambulatorial + hospitalar e Plano em regime misto de pagamento.

Posteriormente, foram levantados os dados do orçamento da saúde no SIOP (Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento) do Governo Federal, acessado através do painel do Orçamento Federal do Ministério da Economia, sendo comparado o orçamento da saúde após a EC 95/2016 e a variação do IPCA-E no acumulado do ano fiscal. Para extrair os dados, foram seguidos os seguintes passos:

1. Acesso ao Painel do Orçamento Federal (SIOP);
2. Utilização dos filtros por ano (2016, 2017, 2018 e 2019);
3. Filtro por órgão orçamentário (36000 – Ministério da Saúde);
4. Filtro por Programa (2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS));
5. Seleção dos campos em “Selecionar atributos” (Detalhar por Órgão Orçamentário e detalhar por Programa);
6. Seleção das métricas (Dotação Final e Total Empenhado).

As métricas acima foram utilizadas, pois a dotação final⁴ é toda verba prevista como despesa destinada a fins específicos. O total empenhado⁵ é a verba reservada para realizar a liquidação de alguma despesa, o ato da obrigação do pagamento, ou a garantia que existe o crédito necessário para a liquidação de uma obrigação a pagar, considerado o primeiro estágio da despesa pública.

A partir dos dados levantados, foram tratados por meio de banco de dados no Excel, sendo possível verificar se houve a redução dos investimentos no SUS a partir do governo Temer, em especial, após a EC 95/2016. Analisou-se, igualmente, se houve crescimento nas receitas dos planos de saúde privados. Por fim, foi investigada a relação dos planos de saúde acessíveis com a EC 95/2016, que prevê o congelamento orçamentário em saúde pelo prazo de vinte anos.

⁴ Qualquer tipo de pagamento que não tenha dotação específica só pode ser realizado se for criada uma verba nova ou dotação nova para suprir a despesa. Fonte: Agência Senado.

⁵ Ato emanado por autoridade competente, que cria para o Estado a obrigação de pagamento pendente ou não de implemento de condição; a garantia de que existe o crédito necessário para a liquidação de um compromisso assumido; é o primeiro estágio da despesa pública. Fonte: Tesouro Nacional.

4 O DESMONTE DO SUS ATRAVÉS DA TENTATIVA DE PRIVATIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

No presente capítulo é exposta a análise do objeto empírico do trabalho: a proposta dos planos de saúde acessíveis. Nele se demonstra como a literatura nacional se posicionou acerca do tema, bem como de que forma a EC 95/2016 tem afetado o sistema de saúde. Além disso, faz-se uma contextualização sobre o sentido das reformas feitas durante o governo Temer, sendo explorados os dados empíricos levantados sobre o orçamento da saúde no pós-EC 95/2016, que são apresentados através de gráficos demonstrativos do orçamento da saúde durante o período de 2016 a 2019. Após a análise dos dados empíricos, será realizada a apresentação e discussão dos resultados.

4.1 A Emenda Constitucional 95/2016: A transição do subfinanciamento ao desfinanciamento do SUS (CUNHA, 2020 p. 139).

O Brasil é o único país da América Latina a ter um sistema de saúde com acesso universal, que atende mais de 200 milhões de pessoas de forma gratuita. Após a Emenda Constitucional (EC) nº 95, aprovada pelo Congresso Nacional em 15 de dezembro de 2016 e sancionada pelo presidente Michel Temer, os investimentos em saúde e educação ficarão congelados no Brasil até 2036 (BRASIL, 2020).

Art. 110. Na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão:

I - no exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do caput do art. 212, da Constituição Federal; e

II - nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias." (BRASIL, 2016).

A EC 95/2016 revogou o Art. 2º da EC 86/2015, que previa o projeto de lei orçamentária com a aprovação da obrigatoriedade de aplicação de 1,2% da receita

corrente líquida, sendo a metade desse percentual destinada a ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2015).

§ 10. A execução do montante destinado a ações e serviços públicos de saúde previsto no § 9º, inclusive custeio, será computada para fins do cumprimento do inciso I do § 2º do art. 198, vedada a destinação para pagamento de pessoal ou encargos sociais.

De acordo com os especialistas, o congelamento do teto de gastos se aplica baseado no gasto do ano anterior corrigido pela inflação medida pelo IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor). Alessi (2016) acrescenta que, na prática, comparando com o poder de compra do dinheiro em dado momento, fica congelado o orçamento, ou seja, o dinheiro vai perdendo poder de compra. Além disso, outro fator a se mencionar são as sanções em caso de não cumprimento dos limites impostos pela EC 95/2016, como o veto à realização de concursos públicos para novos cargos, e a contratação de pessoal. Fica evidente que a EC 95/2016 prejudica diretamente a população mais pobre, visto que esses são os que mais dependem da rede pública de educação e de saúde. Não bastasse afetar os mais fracos, a EC 95/2016 ainda prevê o reajuste do salário mínimo calculado somente com base na inflação e não mais em relação ao percentual de crescimento do PIB (Produto Interno Bruto) como era feito nos governos petistas. Com o custo de vida cada dia mais caro, se inviabiliza o custeio de um plano de saúde privado, por exemplo, (ALESSI, 2016).

De acordo com Santos e Funcia (2019 *apud* Cunha, 2020), o SUS terá perdas financeiras no custeio à saúde pública até 2036, de modo que os danos para a saúde pública serão irreparáveis, e afirma:

Diferentes cálculos econômicos (considerando diferentes metodologias de projeção) comprovam que serão retirados, no mínimo, R\$ 200 bilhões (a preços de 2017), ao longo de 20 anos, de um sistema de saúde comprovadamente subfinanciado e insuficiente há três décadas. Não há matemática nem lógica que dê conta de desmentir a afirmação de que haverá redução de serviços: “congelado” o piso federal no valor de 15% da receita corrente líquida de 2017, atualizado anualmente tão somente pela variação do IPCA/IBGE, a despesa per capita em saúde terá queda em razão da mudança do cálculo do seu piso; a população continuará a crescer e a envelhecer, as tecnologias se renovarão idem a farmacologia e os materiais e insumos médicos, e certamente haverá disputa entre quem será atendido ou não, como já tem sido frequente nos dias de hoje, onde, diuturnamente, os profissionais de saúde lidam com a questão das escolhas trágicas (SANTOS; FUNCIA, 2019, n.p.).

São evidentes as demandas que crescem em relação ao envelhecimento da população de forma progressiva. De acordo com Santos e Funcia (2019 *apud* Cunha, 2020), os serviços em saúde não podem ter o orçamento congelado sem prejudicar o seu núcleo essencial, sendo um contrassenso afirmar que a garantia do direito à saúde não será comprometida. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), a parcela da população com mais de 65 anos era de 10,5% em 2018, e poderá atingir um percentual de 15%, em 2034, alcançando 25,5% em 2060 (BRASIL, 2020).

Conforme a constatação do economista Ocké (2020 *apud* Cunha, 2020), o orçamento público da saúde sempre foi insuficiente, e o SUS, desde sua criação, sempre teve uma condição de subfinanciamento. No entanto, após a Emenda Constitucional ele passa pelo desfinanciamento, podendo reduzir progressivamente a “renda per capita da saúde”, que é o valor aplicado pelo Estado em Saúde durante um ano dividido pelo número de cidadãos.

O valor investido por pessoa, que chegou a R\$ 595 em 2014, passou a ser de R\$ 555, em 2020. "Em vez de crescer, tem-se retirado investimentos, considerando que a população está crescendo e envelhecendo. Portanto, existe uma curva crescente dos custos de Saúde associados ao envelhecimento" afirma Ocké (BRASIL, 2020, n.p.).

Para Funcia (2019), não podem ser considerados somente os argumentos jurídicos para analisar os custos dos serviços de saúde, pois “é consagrado em todo contexto internacional os valores financeiros mínimos para a garantia de serviços de saúde” (SANTOS; FUNCIA, 2019, n.p.).

A realidade é que a saúde brasileira é subfinanciada. Gasta-se R\$ 3,60 per capita/dia com a saúde do cidadão nas três esferas de governo, que envolve desde a vigilância sanitária de produtos, alimentos, estabelecimentos, cargas perigosas, registro de medicamentos, alvarás de funcionamento de estabelecimentos comerciais (atividade protetiva e regulatória) a um transplante renal (atividade assistencial-prestacional) (FUNCIA, 2019, n.p.).

De acordo com os economistas, Francisco Funcia e Carlos Ocké (2020), um estudo realizado em 2020 aponta que a EC 95, aprovada em 2016, resultou em uma redução significativa do orçamento da Saúde. Entre 2018 e 2020 a estimativa de perda de orçamento ao SUS é de 22,5 bilhões aponta os autores (MORETTI;

FUNCIA; OCKÉ, 2020). Somente em 2019 a perda de investimentos no SUS foi estimada em R\$ 20 bilhões, representando, de forma prática, o descumprimento da previsão do gasto mínimo de 15% da receita da União com a Saúde (FUNCIA; OCKÉ, 2020). A Emenda Constitucional passou a vigorar em 2017 e, na época, os investimentos em saúde representavam 15,77% da arrecadação da União. Já em 2019, esses recursos sofreram uma queda de 2,23%. De acordo com o economista Funcia, (2020), a receita da saúde vem sofrendo uma “queda livre” desde esse período (FUNCIA; OCKÉ, 2020).

No ano de 2018, o valor percentual sobre a RCL foi de 13,9%, diminuindo em R\$ 4,2 bilhões (cálculo matemático) seu valor real em relação aos 15% da RCL. Somando a perda de 2018 com a de 2019, são R\$ 9,7 bilhões retirados da saúde em dois anos Santos; Funcia (2019 *apud* Cunha, 2020, p. 143).

Tabela 4 - Comparativo entre EC 95 e EC 86: o impacto financeiro (valores em bilhões)

Ano	Valor em bilhões utilizando a Receita Corrente Líquida
2018	R\$ 112.361 (EC 95) contra R\$ 120.802 (15% RCL)
2019	R\$ 117.293 (EC 95) contra R\$ 127.005 (15% RCL)

Fonte: Santos; Funcia (2019 *apud* Cunha, 2020).

De acordo com a análise de Santos e Funcia (2019 *apud* Cunha, 2020), o quadro acima demonstra a inconstitucionalidade na EC 95/2016, pois promove um retrocesso na garantia dos direitos fundamentais ao reduzir o piso mínimo da saúde a um valor inferior a 15% da RCL a cada ano. Ademais, vai contra o argumento defendido pela PGR (Procuradoria Geral da República), que afirmou que “não houve alteração no percentual fixado pela EC 86 e, portanto, não houve perda no piso mínimo da saúde”, Santos e Funcia (2019 *apud* Cunha, 2020, p. 144). Conforme Cunha (2020, p. 144), “a EC 95/2016 foi implementada em um novo regime fiscal e que repete a Lei de Responsabilidade Fiscal, visto que, obriga o cumprimento do teto de despesas primárias, incluindo as despesas obrigatórias e excluindo as despesas financeiras”. Além disso, o autor também classifica como um dos elementos da crise política do presidencialismo de coalizão, pois interfere indiretamente nas próximas legislaturas (CUNHA, 2020, p. 144).

Justificar a constitucionalidade da EC 95/2016 sem considerar as teorias econômicas e os cálculos da economia da saúde é uma análise desleal sobre o que

a emenda projetada para a política de saúde ao longo dos próximos vinte anos, uma vez que ela afeta de forma grave a dignidade humana dos usuários que demandam por serviços de baixa a alta complexidade, que necessitam de tratamentos como o de câncer, de cirurgias, vacinas, consultas ambulatorial e exames, ficando condenados ao não atendimento (SANTOS; FUNCIA, 2019).

Conforme os autores, a EC 95/2016 alterou a finalidade da EC 86, viabilizando o desfinanciamento da saúde por duas gerações. Ainda que o SUS sempre tenha se mostrado insuficiente em relação às necessidades da população, a nova metodologia de cálculo, que leva em consideração o orçamento do ano anterior corrigido pela inflação, não possui a previsão de acréscimo de recursos, sequer para corrigir seu custo econômico de acordo com a realidade das demandas pelos serviços de saúde, tornando as perdas cumulativas quando somadas as necessidades da saúde não atendidas (SANTOS; FUNCIA, 2019, n.p.).

4.2 o ressarcimento das operadoras de saúde privadas ao SUS

Há uma legislação em vigor que determina o ressarcimento de valores gastos com procedimentos e tratamentos realizados na rede pública em pacientes das operadoras de planos de saúde que não oferecem tais coberturas aos seus clientes e direcionam seus usuários ao SUS. As normas são definidas pela ANS, órgão que regula a saúde suplementar.

Segundo a Lei 9.656 de 3 de junho de 1998, o seu Art. 32 determina que a saúde suplementar, composta pelas operadoras de saúde privada, devem ressarcir os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.

§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS.

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS.

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos.

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II - multa de mora de dez por cento.

§ 5o Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3o serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.

§ 6o O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.

§ 7o A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2o deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos.

§ 8o Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei.

§ 9o Os valores a que se referem os §§ 3o e 6o deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal (BRASIL, 1998, n.p.).

A ANS divulgou uma nota de esclarecimento sobre o ressarcimento ao SUS previsto em lei federal, no artigo 32 da Lei 9.656/98, em que ressalta que o dever de ressarcir se limita às obrigações contidas nos contratos de planos de saúde firmados entre operadoras e consumidores, não devendo haver cobranças por procedimentos não cobertos contratualmente.

Além disso, o ressarcimento ao SUS é regido por normas públicas, sendo o reconhecimento do beneficiário feito periodicamente por meio de cruzamento de base de dados, em que se confronta as bases de dados do SUS com a base de dados da ANS. O resultado do cruzamento de dados é emitido em um ofício, o Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), que agrupa atendimentos por um período de três meses e notifica sobre a identificação de atendimentos realizados por beneficiários pertencentes às carteiras das operadoras de saúde. Esse procedimento tem a finalidade de fazer com que a empresa possa apresentar defesa ou efetue desde logo o pagamento dos valores apurados pela agência reguladora (BRASIL, 2016).

O procedimento administrativo de defesa instaurado no âmbito da ANS é composto por duas instâncias. A primeira é inaugurada com o protocolo de uma impugnação, em que a operadora irá alegar o motivo pelo qual o ressarcimento não é devido. A segunda somente tem início se for apresentado um recurso contra a decisão anteriormente proferida. Os técnicos da agência analisam os argumentos e decidem sobre o pedido. Ao

final, sendo julgado procedente o dever de ressarcir, as operadoras são notificadas do resultado e será emitida uma Guia de Recolhimento da União (GRU), a qual se não for paga levará à inscrição do débito em Dívida Ativa da União e dos administradores no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN) (BRASIL, 2016, p. 7).

De acordo com o boletim informativo de ressarcimento ao SUS, documento oficial da ANS, após 2016 a notificação e cobrança às operadoras, passaram a ser de forma eletrônica, através do sistema de Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS (PERSUS), possibilitando a análise mais eficiente dos dados, e possibilitando uma maior economia e agilidade, bem como evitando a utilização de papel impresso e erros em cobranças indevidas, uma vez que antes do PERSUS o processo de notificação era enviado pelos correios através do serviço postal.

Com o PERSUS, reduzimos, aproximadamente, 80% do tempo de operacionalização da cobrança e/ou geração dos documentos de pagamento (Guia de Recolhimento da União, ofício e detalhamento) no sistema. Atualmente, com o PERSUS a cobrança e a geração dos documentos de pagamento podem ser feita já no dia seguinte ao término do prazo de impugnação e não há mais a necessidade de comprometimento do espaço físico da agência reguladora. (BRASIL, 2016, p. 14).

Recentemente, a ANS divulgou o boletim de ressarcimento de 2020 com um balanço de depósitos judiciais com as Guias de Recolhimento da União (GRU) emitida desde 2001. Esses valores deveriam ser repassados ao SUS acrescidos de juros e multa.

Ao promoverem o recolhimento dos valores do ressarcimento ao SUS em juízo, pretendem as operadoras de planos de saúde suspender a exigibilidade do crédito. A integralidade da quantia depositada é aferida com base na cobrança ou débito que se pretende obstar, sendo certo que sobre esses valores incidirão correção monetária e juros moratórios, na forma prevista em lei (BRASIL, 2020, p. 24).

Os depósitos judiciais podem ocorrer em diferentes momentos do processo administrativo. Em alguns casos, mesmo antes de a cobrança ocorrer (quando ainda não houve emissão de GRU), as operadoras efetuam o depósito, suspendendo a exigibilidade do crédito. No entanto, os valores em depósitos judiciais mais substanciais referem-se a créditos já constituídos, inscritos em dívida ativa ou não. Considerando-se o valor original das GRUs emitidas, as quantias depositadas em juízo correspondem a R\$ 714,40 milhões. Somam-se a esse valor R\$ 182,89 milhões em juros e R\$ 141,25 milhões em multas (caso esses depósitos tenham ocorrido após os vencimentos das GRUs). Assim, avalia-se que, atualmente, encontram-se em depósitos judiciais com GRU expedida um total de R\$ 1,04 bilhão, dos quais R\$ 193,64 milhões referentes a GRUs vencidas em 2020 (BRASIL, 2020, p. 24).

A tabela a seguir ilustra os valores devidos ao SUS pelas operadoras de Saúde Privadas:

Tabela 5 - Depósitos Judiciais com GRU emitida

Ano de Vencimento da GRU	Valor da GRU Original	Juros Estimados	Multa Prevista (caso o depósito tenha ocorrido após o vencimento)	Valor total (GRU + Juros + Multa)
2001	R\$ 4.104,90	R\$ 7.866,11	R\$ 410,47	R\$ 12.381,48
2002	R\$ 1.363.512,86	R\$ 2.528.908,96	R\$ 133.737,43	R\$ 4.026.159,25
2003	R\$ 783.940,36	R\$ 1.366.488,15	R\$ 76.725,95	R\$ 2.227.154,46
2004	R\$ 1.416.624,51	R\$ 2.229.268,22	R\$ 101.978,44	R\$ 3.747.871,17
2005	R\$ 1.643.825,05	R\$ 2.444.434,11	R\$ 155.742,07	R\$ 4.244.001,23
2006	R\$ 4.670.383,68	R\$ 6.340.459,80	R\$ 437.861,00	R\$ 11.448.704,48
2007	R\$ 4.454.785,15	R\$ 5.532.385,36	R\$ 438.340,55	R\$ 10.425.511,06
2008	R\$ 818.992,74	R\$ 942.545,11	R\$ 78.079,22	R\$ 1.839.617,07
2009	R\$ 570.849,15	R\$ 589.848,50	R\$ 114.169,79	R\$ 1.274.867,44
2010	R\$ 1.904.566,16	R\$ 1.733.263,62	R\$ 380.913,07	R\$ 4.018.742,85
2011	R\$ 6.185.711,75	R\$ 5.103.855,96	R\$ 1.237.141,56	R\$ 12.526.709,27
2012	R\$ 11.737.688,97	R\$ 8.463.747,74	R\$ 2.347.536,86	R\$ 22.548.973,57
2013	R\$ 17.976.793,63	R\$ 11.749.383,81	R\$ 3.595.357,09	R\$ 33.321.534,53
2014	R\$ 37.910.607,80	R\$ 20.649.573,80	R\$ 7.582.119,75	R\$ 66.142.301,35
2015	R\$ 5.614.371,94	R\$ 2.354.138,10	R\$ 1.122.874,16	R\$ 9.091.384,20
2016	R\$ 57.658.831,38	R\$ 16.962.288,63	R\$ 11.531.281,38	R\$ 86.152.401,39
2017	R\$ 94.979.559,01	R\$ 18.938.894,16	R\$ 18.995.910,65	R\$ 132.914.363,82
2018	R\$ 108.441.163,26	R\$ 15.582.350,73	R\$ 21.687.964,89	R\$ 145.711.478,88
2019	R\$ 215.574.046,29	R\$ 34.535.456,25	R\$ 43.114.806,63	R\$ 293.224.309,17
2020	R\$ 140.690.008,93	R\$ 24.839.269,55	R\$ 28.114.096,21	R\$ 193.643.374,69

Total Geral	R\$	714.400.367,52	R\$	182.894.426,67	R\$	141.247.047,17	R\$1.038.541.841,36
--------------------	-----	----------------	-----	----------------	-----	----------------	---------------------

Fonte: Elaboração própria, SCI/ANS e SGR/ANS, 12/2020.

4.3 A Proposta dos Planos de Saúde Acessíveis

O contorno privatista que o SUS foi ganhando a partir da gestão do então presidente Michel Temer, em 2016, teve seu início marcado pelos processos de contrarreforma. Esse processo teve como ponto de partida o congelamento orçamentário, através da EC 95/2016 para as políticas sociais pelo prazo de vinte anos (BRASIL, 2016). Tais cortes atingem diretamente a política de saúde, abrindo espaço para a maior ocupação da saúde privada no sistema nacional de saúde.

Nesse contexto, destaca-se a proposta dos planos acessíveis de saúde, em que a iniciativa privada entraria como alternativa de suprir a demanda dos usuários não atendidos pelo SUS (BRAVO; PELAEZ, 2020). De forma inevitável, esse movimento pode resultar na deterioração do SUS, tornando a saúde uma mercadoria e não mais um direito como garante a CF/1988.

A proposta de planos de saúde acessíveis se ancora na seguinte organização:

- 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 (BRASIL, 2017, p. 03).
- 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 ou da atenção primária escolhido pelo beneficiário. Caberá a esse médico encaminhar o paciente para a rede especializada caso julgue necessário. Havendo indicação para atendimento hospitalar, o beneficiário poderá ser encaminhado para uma segunda avaliação médica que reafirme a necessidade para o encaminhamento do procedimento. Vale ressaltar que a cobertura do plano está adaptada à disponibilidade de infraestrutura no

município e à capacidade operacional da rede particular (BRASIL, 2017, p. 03);

- 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 (BRASIL, 2017, p. 03).

Nesse contexto, foram apresentadas três propostas que tiveram como base os seguintes norteadores:

Rede hierarquizada (com direcionamento): incentivo ao cuidado primário, com acesso inicial obrigatório via médico da família ou de atenção primária, escolhido pelo beneficiário entre os designados pela operadora. Caberá a este profissional (clínico geral, ginecologista e pediatra) fazer o acompanhamento e todos os encaminhamentos do beneficiário na rede;

Fator moderador (coparticipação): aumento da coparticipação, fazendo com que o beneficiário participe mais ativamente das decisões que envolvem a sua saúde. Para tanto, é preciso simplificar as regras atuais e rever normativos desta Agência Reguladora, no intuito de que a coparticipação possa atingir ao menos 50% do valor do procedimento;

Protocolos Clínicos Definidos: adoção de protocolos clínicos objetivos, de uso obrigatório e que não devem ser diferentes daqueles adotados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. O dispositivo garante a segurança do paciente, orientando e uniformizando as condutas durante o atendimento.

Recomposição de preços com base em planilhas de custo: o plano acessível de contratação individual deve ter regra de reajuste diferente da adotada atualmente pela ANS, permitindo à operadora recompor o aumento do custo;

Obrigatoriedade da segunda opinião médica (alta complexidade): A obrigatoriedade de segunda opinião médica, nos casos de maior complexidade, garantirá que as indicações médicas observem as melhores práticas assistenciais e evitará o uso desnecessário de recursos, evitando desperdícios;

Revisão dos prazos de atendimento: prazo de 7 (sete) dias para consulta básica (pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia). Para as demais especialidades, sugere-se alongar de 14 (quatorze) para 30 (trinta) dias. Para cirurgias eletivas e programadas, sugere-se a alteração de 21 (vinte e um) para 45 (quarenta e cinco) dias;
Canal digital de comunicação: implementação de canais digitais de comunicação com o intuito de reduzir desperdícios em processos administrativos e operacionais. Assim, tanto a venda, quanto o pagamento, os extratos e os orientadores de rede assistencial estariam disponíveis para todos, preferencialmente via internet;

Plano Regionalizado: cobertura adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município. Consiste, então, no credenciamento dos serviços existentes na região que serão disponibilizados aos beneficiários de acordo com

capacidade operacional do município. Para este produto é necessária à flexibilização do Rol de procedimentos da ANS. (BRASIL, 2017, p. 01-02).

O documento oficial que apresenta a proposta dos planos de saúde acessíveis faz uma breve explicação, sem detalhar muito, sobre o funcionamento dos planos. A pouca informação disponível torna impossível a localização de documentos do governo federal que contenham informações atualizadas sobre o funcionamento do SUS. Os dados mais atualizados são de 2016, ou seja, após a EC 95/2016, não tendo o governo emitido novos documentos que informem sobre o impacto da sua aprovação na política de saúde. Portanto, foi utilizada também a visão da literatura para se compreender mais sobre o objeto empírico.

Com efeito, a ideia de planos de saúde acessíveis nasce de uma articulação de atores governamentais com o setor privado, refletindo o projeto político do governo Temer alinhado à ideia de Estado mínimo. Assim, o governo empossado após o impeachment da presidenta Dilma Rousseff em 2016, buscou desde o início uma articulação junto ao setor empresarial de saúde para reduzir o papel do Estado no SUS, pois, segundo sua narrativa, é insustentável para o país arcar com todos os direitos contidos na Constituição Federal. Segundo (BRAVO; PELAEZ, 2020, p. 196) o Ministro Ricardo Barros defende o discurso de que o Brasil não teria capacidade financeira para sustentar um sistema de acesso universal, tendo ele tomado a iniciativa de propor os planos de saúde acessíveis. Coincidentemente, a proposta surgiu após a aprovação da EC 95/2016 do teto de gastos, conforme sugerem Bravo e Pelaez (2020),

Com relação ao financiamento, uma medida drástica do governo foi o congelamento dos gastos, através da EC 95/2016 (BRASIL, 2016), 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), informa 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 (BRAVO; PELAEZ, 2020, p. 196).

De acordo com os referidos autores, o início do processo se deu no ano de 2014, fruto de uma articulação entre a Associação Nacional de Hospitais Privados com a Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp), que teve como resultado o surgimento do Instituto Coalizão Saúde em julho de 2014. Apesar do

pouco tempo de duração, o governo Temer deixará conseqüências profundas para o povo brasileiro, sendo esse o início do desmonte do SUS. Conforme Bravo e Pelaez (2020, p. 198), ao fim do seu mandato, mais um fato evidenciou o quanto a saúde pública não era sua prioridade: a edição da MP 839/2018, que estabeleceu subsídios fiscais de R\$ 9,58 bilhões à comercialização do óleo diesel (com vistas a impor o fim da greve dos caminhoneiros), e a renúncia do recolhimento de recursos da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), que financia a seguridade social.

A desoneração e conseqüente 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, valor que seria destinados inicialmente ao programa de fortalecimento do SUS, responsável por ações de melhoria da estrutura e da qualidade dos serviços de saúde (BRAVO; PELAEZ, 2020, p. 198).

Os planos de saúde acessíveis são uma modalidade de prestação de serviços que pode comprometer o acesso universal à saúde dos usuários, uma vez que será ofertada uma cobertura menor à prevista na alteração da lei que regula os planos (Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998), que exige uma cobertura mínima de forma a assegurar o beneficiário. De acordo com a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o cidadão terá seus direitos violados no que diz respeito à cobertura mínima de cada plano quando esta deixar de ser uma exigência (FARIAS, 2016). Esse cenário se soma ao de uma crise orçamentária em que o Estado deixa de arrecadar em decorrência da renúncia fiscal, e com o aumento do número de detentores de planos de saúde (FARIAS, 2016).

Conforme aborda Farias (2016, n.p.), “[...] segundo dados de 2013 sobre gasto tributário efetivo, o país deixou de arrecadar mais de R\$ 25 bilhões com renúncia fiscal oriunda de gastos com saúde”. O discurso do então Ministro da Saúde do governo Temer, Ricardo Barros, era de que o país não teria condições de assegurar os direitos previstos na CF/88, bem como sustentar a universalidade do sistema de saúde, utilizando como justificativa a falta de capacidade financeira (BRAVO; PELAEZ, 2020, p. 196).

Nesse cenário, a política de Atenção Básica, em especial a Saúde da família, sofre ameaças de seletividade, especialmente pela via da terceirização de serviços às Organizações da Sociedade Civil (OSC). A ameaça de seletividade se materializa no estabelecimento da distinção entre as ações e serviços de ordem essencial, que são considerados os básicos, e os de padrão ampliado, que são considerados os estratégicos, como a saúde de alta complexidade (BRAVO; PELAEZ, 2020).

De acordo com Bravo e Pelaez (2020, p. 198), “a política de saúde sofreu uma perda de R\$ 179 milhões entre 2016 e 2018”, valor que seria destinado ao programa de fortalecimento ao SUS, cuja responsabilidade se concentra nas ações de melhoria da estrutura e qualidade dos serviços de saúde. Para Bravo e Pelaez (2020, p. 198), “se trata de uma medida que favorece o capital, na disputa pelo fundo público”.

Em relação à atuação do governo Bolsonaro no que tange à política de saúde os autores Bravo e Pelaez (2020) relatam que, ao analisar o plano de governo apresentado no período eleitoral (2018), o mesmo não traz muitas informações em relação à política de saúde, sendo possível encontrar apenas informações que se referem ao setor privado, mais especificamente em relação à liberação de subsídios para a saúde suplementar. Verificou-se também a existência somente da defesa de uma privatização em geral, com o argumento de alcançar eficiência econômica, bem estar, distribuição de renda e o equilíbrio das contas públicas (BRAVO; PELAEZ, 2020, p. 199).

Segundo o relato dos autores sobre o plano de governo de Bolsonaro:

[...] No que tange à proposta para descentralizar a concentração de médicos no país e ter mais atendimento no interior, são ressaltados trechos do programa de governo que apontam para a criação da carreira de Médico do Estado para atender às áreas remotas e carentes do Brasil. Já os agentes comunitários de saúde serão treinados para ser técnicos de saúde preventiva e atuar no controle de doenças crônicas como diabetes e hipertensão (PSL, 2018). Em síntese, verifica-se grande inconsistência e ausência de aprofundamento sobre a política de saúde e de propostas a respeito. Há apenas quatro páginas dedicadas à saúde, nas quais há uma única menção ao termo SUS (BRAVO; PELAEZ, 2020, p. 199).

Outro fator importante destacado pelos autores, Bravo e Pelaez (2020) é que a política de saúde sofreu interferências da pasta do Ministério da Economia. Segundo eles, o ministro Paulo Guedes desejava criar um *Voucher* que funcionaria

como um “vale saúde”, a ser fornecido pelas empresas privadas aos usuários em troca de prestação de serviços básicos nessas áreas. “[...] desse modo, o Estado ficaria desobrigado de ter a estrutura pública para os tipos de atendimentos comprados no setor privado” (BRAVO; PELAEZ, 2020, p. 202) ⁶. Ainda conforme esses autores, a modalidade de *voucher* é utilizada, na sua maioria, em países que não possuem sistemas de saúde estruturados, necessitando ainda de evidências científicas sobre sua eficácia. Essa ideia converge com a proposta dos planos de saúde acessíveis elaborada pelo ex-ministro da saúde, Ricardo Barros (BRAVO; PELAEZ, 2020).

No subcapítulo seguinte, apresentam-se os impactos levantados com a Emenda Constitucional 95/2016 e a forma como a mesma pode afetar o financiamento do SUS, bem como a relação com a proposta dos planos acessíveis como uma medida de compensar as perdas do orçamento da saúde para suprir as demandas da população.

4.4 O impacto da Emenda Constitucional 95/2016 sobre os investimentos na Política de Saúde

Uma hipótese deste trabalho é que a criação dos planos acessíveis de saúde estaria diretamente relacionada à lógica privatista do governo que assumiu o poder a partir de 2016. Isso pode ser evidenciado pelo período no qual foi criada a proposta dos planos de saúde acessíveis – em janeiro de 2017, logo após a EC 95 - sancionada em dezembro de 2016. Para sustentar esta hipótese, foram analisados os orçamentos da saúde a partir da aprovação da EC 95/2016.

A EC 95/2016 determina que o limite do orçamento do ano seguinte será calculado com base no orçamento do ano anterior corrigido pela inflação acumulada em um período de doze meses encerrado em junho do exercício anterior. O índice utilizado de acordo com a lei é o IPCA-E. Na prática, essa modalidade de cálculo pode acarretar em perdas orçamentárias reais, se compararmos a inflação do ano fiscal vigente com a inflação acumulada no ano base de elaboração da EC 95/2016.

⁶ A informação foi publicada em uma reportagem da Folha de São Paulo, em janeiro de 2019.

Para o ano de 2017 foi estipulado o limite orçamentário equivalente à despesa primária paga no exercício do ano de 2016 corrigida em 7,2% (BRASIL, 2016).

Tabela 6 - Inflação acumulada após aprovação da EC 95/2016

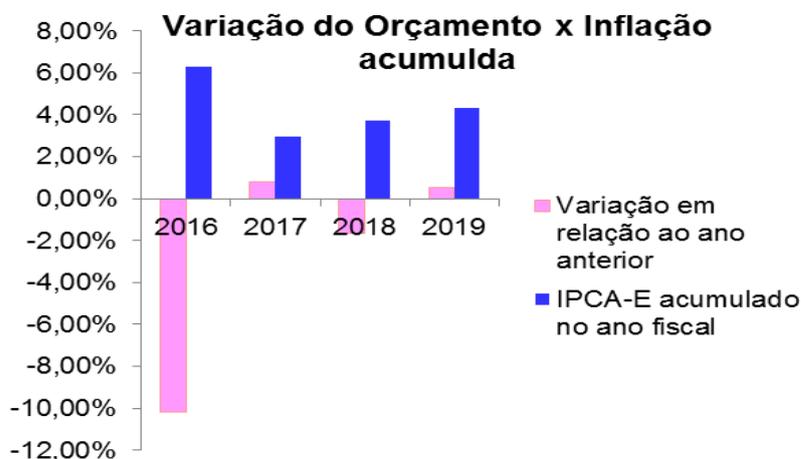
Ano	Inflação Acumulada no período base da EC 95/2016 (A)	Inflação acumulada no ano fiscal (B)	Variação Real (A-B)
2017	2,95%	9,70%	6,75%
2018	3,75%	3,36%	-0,39%
2019	4,31%	4,15%	-0,16%

Fonte: Elaboração própria com base em dados do IBGE, ([2021]).

De acordo com a tabela acima, é possível observar que, em um cenário econômico com inflação constante, a limitação imposta pela EC 95/2016 pode acarretar em perda orçamentária. O ano de 2017 não sofreu esse impacto, dado que não estava sujeito ao cálculo previsto no inciso II do §1º do art. 107 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Entretanto, os anos de 2018 e 2019 tiveram uma inflação acumulada maior do que a inflação acumulada no período base da EC95/2016. Quando essa situação ocorre, o orçamento tende a ser reduzido a cada ano.

No gráfico a seguir está representada na cor rosa, a variação percentual do orçamento em relação ao orçamento do exercício anterior. Na cor azul está representada a inflação acumulada no ano fiscal de vigência da lei orçamentária (LOA). Todos os valores foram corrigidos pelo IPCA-E, tendo como referência o mês 12/2019. Diante dos dados levantados, é possível identificar que o Ministério da Saúde vem operando com o orçamento no limite.

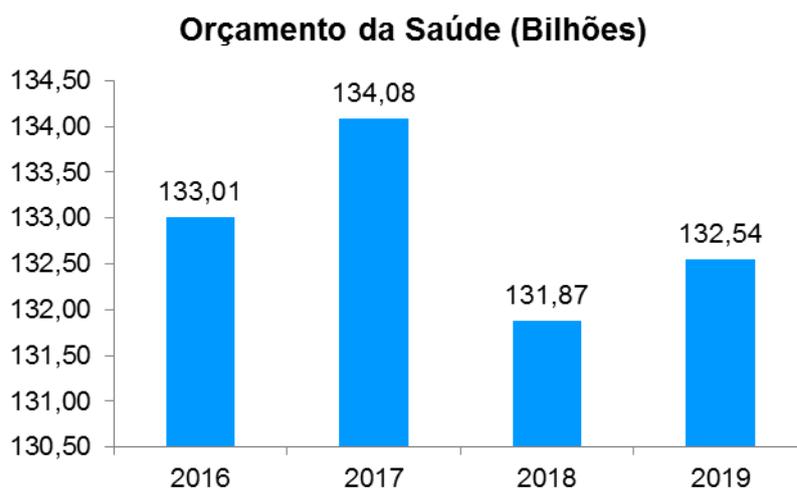
Figura 1 - Gráfico da variação do orçamento da saúde pública x inflação acumulada



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do SIOF e IBGE (2021).

No gráfico abaixo está representado o orçamento da saúde em bilhões. Foram levantados os dados do orçamento da saúde, através do SIOF, com os seguintes parâmetros: filtro do órgão orçamentário selecionado o Ministério da Saúde, e o filtro por programa (Fortalecimento do Sistema Único de Saúde) e, por fim, selecionada a métrica de dotação final.

Figura 2 - Gráfico do orçamento da Saúde Pública



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do SIOF e IBGE (2021).

Os valores nominais de dotação final foram corrigidos pela inflação acumulada e, conforme ilustrado no gráfico, é possível observar um crescimento aproximado de 0,8% no orçamento entre 2016 e 2017. Já entre os anos 2017 e 2018

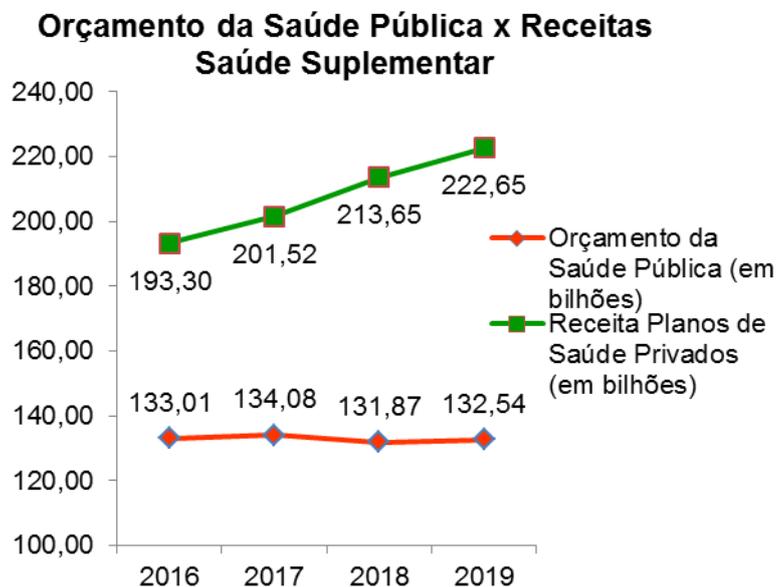
houve queda de aproximadamente 1,6% no orçamento da saúde pública, e sendo parcialmente recuperado nos anos de 2018 e 2019, quando houve um crescimento aproximado de 0,5%. Observa-se, no entanto, que o Ministério da Saúde opera no limite do orçamento destinado ao SUS, com instabilidade entre os anos analisados.

Em complemento a análise dos dados acima, a ABRASCO publicou um texto de Leandro Farias, sanitarista da Fiocruz, em que ele traz uma análise da perda do orçamento da política de saúde com o avanço da PEC 241, que tramitava na câmara dos deputados em 2016. O texto já fazia um alerta sobre os danos ao SUS. Segundo os dados relacionados à perda do orçamento do SUS em decorrência da PEC 241/2016 levantados por Farias (2016):

A perda é estimada em torno de R\$ 700 bilhões a partir de um estudo publicado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea), e à PEC 143/2015 que permite a desvinculação das receitas da União, estados e municípios e que segundo entidades ligadas ao setor saúde geraria uma perda de recursos para o custeio do SUS estimada em R\$ 80 bilhões, funciona como um verdadeiro golpe à saúde pública. Lembrando que gastos com políticas sociais como o SUS não oneram nem 5% do PIB, enquanto em países desenvolvidos com sistema universal de saúde é aplicado em torno de 10% do PIB (FARIAS, 2016, n.p.).

No gráfico a seguir compara-se o orçamento da saúde pública com as receitas dos planos privados e nesse caso utilizados valores nominais da dotação final do orçamento da saúde e as receitas dos planos privados, tendo em vista que anteriormente vimos a instabilidade do orçamento da saúde pública. Dessa forma, a saúde pública tem o seu orçamento cada vez mais reduzido, sem plano de contingência e indo na contramão dos investimentos do setor privado, que apresenta uma linha de tendência ascendente.

Figura 3 - Gráfico do orçamento da Saúde Pública x Receitas da Saúde Suplementar



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do SIOP, IBGE e ANS ([2021]).

De acordo com o gráfico acima, é possível concluir que, enquanto a saúde pública vive uma instabilidade na provisão de recursos, tendo perdido investimentos recentemente, a saúde suplementar apresenta um crescimento significativo em relação ao ano anterior.

Através dos números levantados, é possível responder à hipótese de que a precarização na prestação dos serviços do SUS à população se reflete no financiamento. Além de não haver margem para investimentos e melhoria na estrutura e na prestação de serviços, o orçamento não possui plano de contingência para uma emergência, como por exemplo, uma situação de pandemia e crise sanitária.

4.4.1 A proposta dos Planos de Saúde Acessíveis: Uma discussão acerca dos interesses

Em Janeiro de 2017 o governo federal apresentou uma proposta para a política de saúde pautada nos planos de saúde acessíveis. Essa proposta foi formulada por um grupo de trabalho instituído pela portaria nº 1.482/GM/MS, no dia 4 de agosto de 2016, que pretendeu viabilizar a criação dos planos de saúde com

valores acessíveis para a população de baixa renda, sendo apresentada como uma alternativa ao SUS. O argumento utilizado na época foi a crise econômica e seus impactos no mercado de trabalho, quando o país atingia o número de 12 milhões de desempregados. A crise no mercado de trabalho causou impactos negativos no mercado de saúde suplementar, visto que 80% dos vínculos ativos nos planos de saúde coletivos são oferecidos pelo setor empresarial (BRASIL, 2017).

De acordo com a proposta apresentada pelo Ministério da Saúde, foi realizado um levantamento de dados pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), que indica uma redução de usuários em planos hospitalares.

Em doze meses a redução foi de 3,05%, chegando a 48,6 milhões de beneficiários em junho de 2016. Nesse mesmo levantamento constatou-se que em junho de 2015 o número de beneficiários era superior a 50 milhões (BRASIL, 2017).

A justificativa levantada na época deveu-se à redução dos usuários segurados que, conseqüentemente, aumentava as despesas per capita das operadoras, impactando na precificação dos serviços e restringindo ainda mais o acesso da população à saúde suplementar. Diante do cenário da época, houve um debate sobre o tema entre as instituições de saúde suplementar, órgãos de defesa do consumidor e Ministério da Saúde para discutir a oferta de planos de saúde mais acessíveis.

Algumas entidades como sindicatos de trabalhadores da saúde e movimentos sociais, se posicionam contrários à proposta do governo Temer, manifestando repúdio à aprovação pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) do relatório que autoriza a criação dos planos de saúde acessíveis. O novo marco regulatório autoriza as operadoras a não cobrir os procedimentos de alta complexidade em decorrência dos custos elevados, deixando o usuário vulnerável à extensa fila do SUS. Além de superlotar e trazer mais custos para a rede pública, quando o usuário demandar por procedimentos como quimioterapia, imunobiológicos, transplantes, entre outros fornecidos exclusivamente pelo SUS, as operadoras também não ressarcirão o Sistema Único de Saúde, visto que não há legislação que as obrigue (CARTA CAMPINAS, 2017).

Há uma ideia equivocada do Ministro da Saúde da época, Ricardo Barros, de que os planos iriam desonerar o SUS, uma vez que o mesmo já passa por um financiamento contingenciado em decorrência do congelamento dos investimentos pelo prazo de vinte anos previsto na EC 95/2016. Diante da análise dos especialistas, a prática já adotada pelas operadoras é de limitação do acesso ao tratamento dos usuários que demandam procedimentos de alta complexidade, encaminhando-os ao SUS, contrariando o argumento do Ministro. Existe uma pressão dos empresários de saúde suplementar para que o governo atenda ao lobby do mercado de saúde, e um interesse de partidos políticos que integram o governo em retirar essa responsabilidade do Estado como prevê a Constituição de 1988 (CARTA CAMPINAS, 2017).

De acordo com a análise do especialista Mario Scheffer (2017) em entrevista à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fiocruz, a justificativa do governo Temer para a proposta dos planos de saúde acessíveis se baseia na crise econômica que atravessava o país, argumento considerado vago e que mascara o real interesse tanto do governo quanto dos parlamentares que votaram a favor desse projeto. Além disso, Scheffer e Bahia (2017) realizaram um estudo em que foram mapeadas as empresas do ramo de saúde suplementar que fizeram doações em dinheiro para as campanhas eleitorais em 2014.

O relatório do estudo foi divulgado após a prestação de contas do Tribunal Superior Eleitoral, que aponta o avanço dessas empresas ao conquistarem cada vez mais mercado com a ajuda do Congresso Nacional e do Governo Federal. O relatório também alerta para riscos que podem ser nocivos ao SUS, apontando ainda alguns nomes de parlamentares envolvidos no esquema que estão entre os que mais receberam doações. Destacam-se, entre esses nomes, o de Eduardo Cunha (MDB), presidente da Câmara dos Deputados, além de Darcísio Perondi (MDB) e Saraiva Felipe (MDB), todos do mesmo partido do então presidente interino Michel Temer (GUIMARÃES, 2015).

Trata-se de um lobby formado por toda a cadeia de saúde suplementar, que envolve não somente as operadoras dos planos de saúde como também hospitais privados e a indústria farmacêutica. Nesse sentido, o interesse privado se sobrepõe ao interesse público para influenciar nas decisões políticas. Como destacado pelo professor Scheffer (2015), essa relação de proximidade se estende também para

uma relação societária entre os parlamentares, visto que os cargos na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) também estão em pauta visando o favorecimento dessas empresas. O estudo de Scheffer e Bahia (2015) fez um levantamento chegando a 30 parlamentares que são financiados em suas campanhas eleitorais pelas operadoras dos planos de saúde. Esses parlamentares, nomeados como a bancada da saúde suplementar, trouxeram um lobbie de 2013, na implementação da Lei 1273/619, aprovada pelo Congresso e sancionada pela presidente Dilma Rousseff. A lei em questão permitiu a mudança da base de cálculo do PIS e Cofins para os planos de saúde, resultando em uma redução de 80% da Contribuição (GUIMARÃES, 2015).

A Medida Provisória 656/2014 ⁷ contém uma cláusula que obriga a exclusão dos custos assistenciais das operadoras, ou seja, o custo que a operadora tem com hospital, médico, laboratório e prestadores de serviços, do cálculo do PIS e Cofins, de forma a livrar as empresas de um alto passivo tributário afirma Scheffer (2015), (GUIMARÃES, 2015, n.p.). Além disso, em 2014 foi sancionada a MP 656⁸ que autorizou a entrada do capital estrangeiro de forma irrestrita no Brasil. O que já havia sido autorizado, em 1999, para as operadoras, foi estendido para hospitais, clínicas e laboratórios. O problema apresentado pelos autores sobre a entrada de capital estrangeiro é que os planos de saúde não realizam os investimentos e utilizam essa oportunidade para ampliar a rede em favor das operadoras. Para Scheffer e Bahia (2015), o deputado que colocou a emenda teve a campanha eleitoral financiada por plano de saúde (GUIMARÃES, 2015, n.p.).

Sempre que tem um interesse, a bancada é acionada. E agora está causando uma grande preocupação nas pessoas que acreditam que o SUS é de fato o melhor modelo de sistema de saúde que nós temos

⁷ De acordo com Maria Angelica, a MP 656/2014 também não foi a primeira tentativa de aprovar o investimento estrangeiro na saúde. Como exemplo recente, a pesquisadora citou o Projeto de Lei (PL) 259, em 2009, que já tentava flexibilizar a entrada de capital estrangeiro, embora preservasse áreas de interesse da segurança nacional, tais quais transplantes, células tronco, quimio e radioterapia. Maria Angelica também criticou a aprovação da entrada de capital estrangeiro na saúde, no âmbito legislativo, sem debates nas instâncias decisórias do SUS, sem participação social (SOUZA, 2015, n.p.).

⁸ A preocupação de pesquisadores, profissionais de saúde e dos representantes do Movimento da Reforma Sanitária é que a saúde possa se tornar um bem comerciável, limitando o acesso a quem tem dinheiro, com valorização de lucros em detrimento do Sistema Único de Saúde, público, universal, um direito conquistado de todos os cidadãos (SOUZA, 2015, n.p.).

essa PEC [Proposta de Emenda Constitucional] 451, do Eduardo Cunha, que na prática ampliaria o mercado de planos e seguros de saúde. O Eduardo Cunha também está na lista de parlamentares que receberam apoio. O tempo todo estão em pauta, tanto na agência reguladora, no Executivo, quanto no Congresso temas e medidas de grande interesse dessas empresas. E isso chega até às assembleias legislativas porque elas têm também pautas estaduais, principalmente de desoneração de imposto. Por isso financiam também muitos deputados estaduais (GUIMARÃES, 2015, n.p.).

De acordo com o estudo realizado, foi constatado que a captura da ANS pelo mercado está diretamente relacionada à ocupação de cargos para favorecer empresas. Os autores citam em especial, duas grandes operadoras do mercado que foram beneficiadas, a Qualicorp e a Amil.

[...] Tanto a Qualicorp quanto a Amil têm um histórico recente de decisões que foram favoráveis aos seus negócios. A Qualicorp tem um histórico de doação relevante, agora ela doou muito mais e desde a eleição anterior a gente já via que ela conseguiu junto à ANS uma regulação que favoreceu o seu negócio — a corretagem de grandes coletivos de adesão — que cresceu muito nos últimos anos. Ela tem uma outra característica: o seu ex-superintendente foi presidente da ANS por dois mandatos e agora retornou para a Qualicorp. E mesmo a Amil, que fez uma aposta grande na campanha da presidente eleita, também recentemente teve o seu grande negócio aprovado muito rapidamente. O interesse de financiar o Executivo tem a ver com a presença de pessoas que possam representar esses interesses na Agência. No Legislativo, eles têm apostado numa bancada da saúde suplementar (GUIMARÃES, 2015, n.p.).

As empresas do ramo de saúde suplementar são motivadas a defender parlamentares e apoiar o Governo Federal por interesse em influenciar políticas públicas que favoreçam os planos privados. Esse investimento tem dado o retorno esperado de forma lucrativa e produtiva, uma vez que não está em jogo somente a agenda e a política pública de saúde, mas também os recursos e o fundo público. Conforme Scheffer (2015), esse é um setor que pressiona por renúncias fiscais e desoneração, e que historicamente já é beneficiado com renúncias fiscais.

A principal pauta desse setor no Congresso é a pressão para conseguir isenções; anistias fiscais; não ter cobrança de multas; e a entrada de capital estrangeiro para expansão da rede. Esse mesmo grupo é o que ataca o SUS ao argumentar que o mesmo está falido, e que o acesso universal é inviável. Segundo Scheffer (2015), essa é a tentativa de privatização do maior sistema de saúde

publico universal da América Latina, o que compromete de forma significativa a viabilidade da política de saúde.

4.3.2 Os impactos na prestação de serviços: Uma desvantagem aos usuários

Nesse capítulo abordaremos o comparativo de como é a política de atenção primária em saúde feita pelo SUS atualmente, e como seria se a proposta dos planos acessíveis fosse aprovada.

A proposta dos planos de saúde acessíveis se tornou concreta apesar da polêmica após o anúncio feito pelo Ministro da Saúde da época, Ricardo Barros, e foi enviada pela Secretaria de Atenção à Saúde para ser analisada e aprovada pela ANS (GUIMARÃES, 2017). Segundo Reis (2017), alguns benefícios previstos para os planos privados e, em especial para os planos acessíveis, contariam com o que hoje o SUS não tem, como, por exemplo, o aumento dos prazos para atendimento. Além disso, o projeto propõe a autonomia das operadoras para o reajuste de preços, e a autorização para que o beneficiário pague até metade do valor em procedimentos com coparticipação. Essas são algumas das medidas sugeridas na proposta do ministério da saúde e que, pelo SUS, não possuem nenhum custo ao usuário (GUIMARÃES, 2017).

Além disso, Reis (2017) contesta o argumento da crise econômica, alegando que essa não serve como justificativa para a desregulação do mercado de saúde suplementar, mas sim para ressaltar a inviabilidade econômica e assistencial dos planos privados no sistema de saúde. É nítido o fato de que os planos são economicamente instáveis, e isso fica ainda mais evidente em uma crise econômica, visto que a adesão aos planos é coletiva devido ao vínculo empresarial. Portanto, para Reis (2017, n.p.), “o plano de saúde não é uma alternativa, porque não entrega o que promete”, e justifica que “o usuário faz um contrato hoje e, no dia seguinte em função de um ciclo econômico perde seus direitos enquanto consumidor”, (REIS, 2017, n.p.).

O documento oficial do governo federal que trata da proposta dos planos faz uma breve e superficial descrição dos produtos. Esse documento foi enviado pelo Ministério da Saúde à ANS com o objetivo de alcançar o mercado de saúde suplementar. De acordo com Guimarães (2017, n.p.), “o primeiro é o ‘plano

simplificado', que exclui o acesso à internação, a terapias e exames de alta complexidade – como tomografia computadorizada e ressonância magnética -, e a atendimentos de urgência e emergência”.

A segunda opção de plano consiste em:

O segundo é o “plano ambulatorial + hospitalar”, que oferecerá cobertura de atenção primária, média e alta complexidade, mas com uma exigência: “Havendo indicação para atendimento hospitalar, o beneficiário poderá ser encaminhado para uma segunda avaliação médica que reafirme a necessidade para o encaminhamento do procedimento”. Além disso, o texto da proposta ressalta que “a cobertura do plano está adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município e à capacidade operacional da rede particular”. Esta última exigência está relacionada a um trecho anterior do documento, que afirma ser “necessária a flexibilização do rol de procedimentos da ANS”. (GUIMARÃES, 2017, n.p.)

[...]

Por fim, consta ainda a sugestão de um “plano em regime misto de pagamento”, que prevê a coparticipação, o que significa que, além da mensalidade, os usuários do plano devem pagar uma parte das consultas, exames, serviços hospitalares e até “medicina preventiva”. “Fica sob responsabilidade do beneficiário o pagamento do procedimento, de acordo com valores previstos em contrato”, diz o texto que, no tópico anterior, em que enumera princípios norteadores, propõe que essa coparticipação possa chegar “ao menos” a 50% do valor do procedimento (GUIMARÃES, 2017, n.p.).

A proposta representa um grande prejuízo aos usuários, cabendo destaque ao elemento da coparticipação, que atualmente já existe no mercado de saúde suplementar. Porém, para esse tipo de atendimento em especial, existe total cobertura do SUS, não se sustentando o argumento utilizado pelo Ministério da Saúde de que “a coparticipação permite a maior participação do usuário nas decisões que envolvem sua saúde”. Para Reis (2017), isso se trata de uma falácia, visto que “o poder de barganha do usuário sobre a qualidade da atenção prestada pelo plano é nula” (Reis, 2017, n.p.).

A coparticipação já vinha sendo discutida pela ANS desde 2010. Cabe destacar que a maioria das entidades que compuseram o Grupo de Trabalho para a proposta dos planos acessíveis são as mesmas que participaram do debate sobre a regulação da coparticipação. De acordo com a pesquisadora Ligia Bahia (UFRJ), é absurda a aceitação do Ministério da Saúde em ceder à pressão das empresas privadas para transformar a proposta dos planos acessíveis ou populares em uma política pública, sem nenhuma mediação (GUIMARÃES, 2017, n.p.).

Os especialistas apontam muitas contradições nessa proposta dos planos acessíveis, mas a principal delas é instituição da coparticipação. A coparticipação justamente é o que não torna o plano acessível para ninguém, uma vez que, em uma primeira versão do documento, a normativa da ANS apresentava o limite sugerido de 40% de coparticipação que o usuário deveria pagar pelo plano. No entanto, no documento oficial entregue à ANS foi formalizado o valor de 50%, o que ameaça diretamente a universalidade, uma vez que a oferta de atenção primária se concentraria somente nos planos (GUIMARÃES, 2017, n.p.).

De acordo com (MARLUCE, 2017,n.p.), “Na realidade, dentro de uma proposta do que seria um plano acessível também se trata de coparticipação. Qual foi o grande mote dessa discussão? O Ministério não tem dinheiro, não pode financiar, então precisamos buscar outras fontes. E aí se divide o financiamento com o usuário”, explica, completando: “Não é acessível porque repassa para o consumidor ou para o contratante a parcela de financiamento para que haja entrada de dinheiro”.

Ligia concorda: “Como é que alguém vai copagar uma internação de dois dias no CTI [centro de tratamento intensivo]? Não vai poder pagar. Está-se dizendo que isso é proposta de plano [de saúde] quando, na realidade, essas pessoas vão ter que recorrer ao SUS. A rede pública será a rede do plano”, contesta Ligia.

Carlos Ocké completa: “O risco financeiro do plano vai ficar cada vez mais com o usuário e não com a operadora” (GUIMARÃES, 2017, n.p.).

Além disso, de acordo com Marluce (2017), a ASSETANS (Associação dos Servidores e demais Trabalhadores da Agência Nacional de Saúde Suplementar) defende a criação de uma norma que defina os procedimentos em que a coparticipação seja cabível, defendendo que quando se coparticipa o valor da mensalidade deveria reduzir.

“Por exemplo, vale para internação?, explica, ressaltando a diferença entre se cobrar do usuário a participação numa consulta de R\$ 100 e num serviço hospitalar que pode custar R\$ 10 mil ou mais. Por isso, a Associação defende que a norma a ser editada pela ANS deve ser mais discutida, apresentar simulações e passar por consulta pública. Nesse sentido, diz, a proposta de plano “acessível” que acaba de ser apresentada vem apenas reforçar o argumento. “Já existe plano ambulatorial no mercado. O que é, então, de fato, esse plano acessível? Até agora a única coisa que ele traz é a intenção de dividir a conta com o consumidor, com o cidadão”, aponta Marluce (GUIMARÃES, 2017, n.p.).

Há dois princípios introduzidos na proposta que torna os planos de saúde acessíveis ainda mais nocivos ao consumidor, que é a diminuição do controle sobre os reajustes, permitindo que a operadora restaure o aumento de custo, e a revisão dos prazos em que as operadoras devem garantir o atendimento ao usuário (GUIMARÃES, 2017). Guimarães (2017) aponta um exemplo nos casos de consulta em que a proposta é de sete dias para especialidades como pediatria, clínico geral, cirurgias, ginecologia e obstetrícia, e que se ampliaria para 30 dias. Para Bahia (2017, n.p.), “Se você infartou e foi internado, como você vai sair da internação sem um atendimento marcado imediatamente com um cardiologista?”. A pesquisadora avalia que não há fundamentação científica nessa divisão (GUIMARÃES, 2017).

Outro fator a ser considerado, incluso na proposta apresentada pelo Ministério da Saúde, é a obrigatoriedade de uma segunda opinião médica para os casos de alta complexidade. Conforme o apontamento de Bahia (2017), não é mencionada uma segunda consulta médica, o que tornaria o processo mais caro às operadoras, mas funcionaria como uma barreira na autorização de certos procedimentos. A avaliação de mais de um especialista é de que, embora fosse importante para a garantia da segurança do paciente, a proposta é uma manobra das operadoras para induzir o usuário a desistir de determinados procedimentos complexos, ou até mesmo para tornar o processo de autorizar ou negar a solicitação ainda mais lenta, uma vez que, em se tratando de doenças graves, é de conhecimento geral que o fator tempo é determinante para o sucesso de uma recuperação, afirma Bahia (2017 n.p.).

Para Bahia (2017, n.p.) acredita que a proposta de que o acesso inicial se dê por meio de um “médico de família ou de atenção primária escolhida pelo beneficiário entre os designados pela operadora”, que se aplica mais diretamente ao plano “ambulatorial + hospitalar” é outra armadilha. “Não vai ter escolha nenhuma”, diz, apostando que provavelmente a intenção das empresas de planos de saúde é concentrar todos os atendimentos e especialidades em um único estabelecimento. “Tudo que acontecer na vida do usuário desse plano, ele vai ter que ir a essa clínica”, exemplifica (GUIMARÃES, 2017, n.p.)

Os pesquisadores contestam a proposta do Ministério da Saúde. Além de apontar os prejuízos para o consumidor, consideram-no um retrocesso na política pública de saúde, pois claramente se materializa numa tentativa de desregular a cobertura, o preço e a carência, conforme afirma Ocké (2017). Para a presidente da

ASSETANS, Marluce (2017), trata-se de um ensaio para alterar as regras vigentes da ANS e causar um retrocesso:

“Estão propondo voltar ao que havia antes da criação da Agência, antes da lei 9656, quando havia contratos que diziam explicitamente, por exemplo, que não ofereceriam cobertura se a pessoa desenvolvesse câncer. Vão cobrir o quê? Só o que é mais barato. E aí o usuário se vira” (GUIMARÃES, 2017, n.p.)

Para Ocké (2017), essa é uma forma de atacar o SUS, visto que os seus grandes interessados já prevêm em seus cálculos a falência do SUS. Além disso, a proposta dos planos de saúde acessíveis, que utiliza a narrativa de contemplar a população de baixa renda, necessita ser entendida como um sinal de alerta diante da EC 95/2016, que estabelece o teto de gastos pelo prazo de vinte anos (GUIMARÃES, 2017). Conforme a análise dos pesquisadores, a EC 95/2016 irá reduzir de forma substancial os recursos destinados ao SUS. Para Ocké (2017), o mercado de saúde suplementar só consegue se expandir com a mão do Estado, através de subsídios públicos. Tanto Ocké quanto Bahia (2017) acreditam que o próximo passo é o subsídio direto, através de vouchers, como já ocorre em alguns países da América Latina e foi sugerido pelo atual Ministro da Economia do governo Bolsonaro, Paulo Guedes (GUIMARÃES, 2017).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no referencial teórico, verificou-se como o sistema de proteção social foi construído no Brasil, traçando-se uma linha do tempo para entendermos o espaço ocupado pela saúde no decorrer de alguns governos. Foi possível compreender uma proteção social com falhas e contradições oriundas de um capitalismo periférico e conduzido por políticas neoliberais, bem como visões de Estado traduzidas em projetos de governo que dificultam a implementação de políticas públicas, que não seguem seu ciclo até serem extintas pelo cumprimento do seu objetivo, mas são interrompidas devido à divergência de interesses, projetos que são descontinuados a cada mudança de governo, tornando o sistema de proteção social brasileiro frágil e as políticas públicas flutuantes.

O presente estudo buscou verificar o desmonte do SUS a partir da EC 95, aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo presidente Michel Temer em dezembro de 2016, que estabelece o teto de gastos até 2036, e sua relação com a proposta dos planos de saúde acessíveis, que surgiu no mês seguinte à aprovação. O estudo teve como objetivo responder ao problema de pesquisa: **De que forma os planos de saúde acessíveis, no contexto da aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, pode ameaçar o SUS?** Procurou-se entender de que maneira esse projeto busca redesenhar o perfil do sistema de proteção social em torno de uma noção privatista de mercantilização da saúde. O problema de pesquisa foi respondido através dos objetivos estabelecidos, sendo possível aprofundar a análise da proposta dos planos de saúde acessíveis e seus impactos, tanto para usuários como na tentativa de deteriorar a atenção primária do SUS. Também foi possível medir a redução do orçamento real da política de saúde após o congelamento dos gastos e estabelecer uma relação com a proposta dos planos enquanto uma “alternativa” apresentada pelo governo federal na época para equilibrar a perda de usuários dos planos privados.

O alcance dos objetivos propostos inicialmente nesse estudo permitiu considerarmos que o percurso da EC 95/2016 do teto dos gastos, que inicialmente tramitou como Proposta de Emenda à Constituição, PEC 241 na Câmara dos Deputados e PEC 55 no Senado federal, se deu em um contexto político polêmico ao instituir o novo regime fiscal, alterando o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Após a EC 95/2016 entrar em vigor, foi constatada uma expressiva

redução no orçamento da saúde ao longo dos quatro anos analisados, não sendo considerado nenhum plano de contingência que pudesse preparar melhor o país para o enfrentamento à crise sanitária de ordem global provocada pelo novo coronavírus (SARS-Cov-2), que causou a morte de milhares de pessoas com a infecção da COVID-19. Nos países emergentes/ subdesenvolvidos, como o Brasil, a crise econômica e sanitária foi acentuada e a pandemia tomou proporções ainda maiores, trazendo danos irreparáveis para o povo brasileiro. Nesses quatro anos, o Ministério da Saúde tem operado com o orçamento no limite e o SUS vem sendo sistematicamente sucateado. Além disso, as relações entre o congelamento dos investimentos na política de saúde e a proposta dos planos de saúde acessíveis estão diretamente ligadas a uma suposta solução apontada pelo governo federal, que seria uma forma de abrandar a perda aos usuários que, com a crise econômica, perderam seus planos de saúde coletivos em decorrência do desemprego, passando a usufruir apenas o SUS. Ao aprofundar os estudos, foram constatados outros elementos que estão por trás, como o interesse exclusivamente privado com o lobbie do mercado de saúde suplementar.

A pesquisa foi realizada através do método exploratório, com análise documental e bibliográfica realizada a partir de documentos oficiais do governo federal, como a proposta dos planos acessíveis, o manual do SUS do (CNS) Conselho Nacional de Saúde, os dados do Ministério da Economia acessados através do SIOP painel do orçamento federal, de onde se extraíram os relatórios do orçamento da saúde e os dados da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) para levantar os dados de receitas dos planos privado. Em ambos os casos foram considerados os anos de 2016, 2017, 2018 e 2019, e os valores corrigidos pela inflação, utilizando o índice IPCA-E fornecido pelo IBGE. Para a construção da pesquisa, a análise bibliográfica considerou também artigos científicos de autores que já exploravam o tema a mais tempo, que abordam com dados empíricos os impactos para a população tanto com o teto de gastos quanto com a vaga proposta dos planos acessíveis, além da utilização das mídias digitais, com textos jornalísticos.

A hipótese considerada inicialmente sobre a precarização dos serviços de atenção básica ofertados pelos supostos planos acessíveis devido à proposta não oferecer cobertura total para o usuário e o mesmo precisar recorrer à fila do SUS

para continuar um tratamento de alta complexidade, se confirma através de análises bibliográficas. Porém, essa proposta ainda não foi aprovada pelo Congresso Nacional, muito menos sancionada, não estando os planos acessíveis ainda em vigência, mas serve como um alerta à comunidade acadêmica, sociedade civil e movimentos sociais sobre um projeto que pode ser colocado novamente em pauta e consiste em uma ameaça de privatização do SUS. A outra hipótese confirmada foi do projeto de desmonte do SUS, que é de longo prazo, visto que a tentativa de privatizar a saúde pública está diretamente ligada ao lobbie da saúde suplementar, no financiamento de campanhas eleitorais de políticos por grandes empresários das operadoras privadas de saúde, à troca de favores entre políticos e empresário para o aparelhamento da ANS com indicações políticas das grandes corporações da saúde suplementar. O desmonte do SUS é um projeto neoliberal de longo prazo, em que os interessados não conseguem privatizar o sistema público de saúde de uma única vez, bem como a população não possui conhecimento dos projetos aprovados no Congresso Nacional.

Em outubro de 2020, o governo Bolsonaro, por meio de decreto, operou novamente uma ameaça do desmonte do SUS pela atenção primária ao solicitar os estudos para viabilizar a concessão das UBS (Unidade Básica de Saúde) à gestão e regulação da iniciativa privada, dando margem à privatização dos mesmos, sob o argumento de modernização de unidades que estão inativas por falta de infraestrutura e equipamentos. Essa medida partiu do Ministro da Economia, Paulo Guedes, junto à Presidência da República (Jair Bolsonaro), deixando o Ministério da Saúde de fora. O documento da proposta mais uma vez não trás muitas informações, contendo apenas dois artigos, sem maiores detalhes de como seria a concessão. A oposição ao governo Bolsonaro, juntamente com entidades como o CNS, ABRASCO, e demais especialistas da área da saúde pressionaram o governo até que o decreto fosse revogado. Mais uma vez, dando continuidade ao projeto neoliberal do governo Temer, a atenção básica de saúde é ameaçada e fica vulnerável à privatização, o que seria uma inconstitucionalidade, uma vez que a Constituição é clara quando afirma que a saúde pública deve ser regulada pelo SUS e que cabe à iniciativa privada atuar de forma complementar através da saúde suplementar. A prerrogativa constitucional se justifica uma vez que é de

conhecimento geral que a iniciativa privada trabalha em prol do lucro, sem compromisso com a universalidade do Sistema.

O sucateamento do SUS é praticado propositalmente pelo Estado, é uma estratégia já conhecida pela sociedade brasileira. A piora na qualidade do serviço e a falta de recursos para a estrutura básica e investimentos provocam frustração, ira e sentimentos negativos tanto para os usuários quanto servidores. É uma estratégia para privatizar os serviços públicos, sendo incorporado à cultura do Estado brasileiro o sucateamento desses serviços com a falácia do Estado mínimo e a defesa e imposição de privatizações de estatais, que, no entanto, nada mais é do que o favorecimento da iniciativa privada com danos irreversíveis para a população brasileira.

De acordo com o estudo publicado pelo jornal *Le Monde Diplomatique Brasil*, a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL) estabelece o índice de 6% do PIB como investimento mínimo necessário para que um país tenha um financiamento satisfatório do seu sistema de saúde (OLIVEIRA, 2020). Esse índice pode ser até maior como ocorre em alguns países europeus e asiáticos como Alemanha, França e Japão, que destinam quase 10% do seu PIB aos cuidados em saúde. No entanto, esse não é o caso dos países latino americanos, que em 2017 gastaram, em média, apenas 2,2% do PIB na área da saúde. O problema já vem de longa data. Nos últimos trinta anos, a política de cortes de gastos que impera na América Latina têm dificultado a construção de um sistema de saúde público de qualidade na região, e essa deficiência ficou ainda mais evidente durante a recente pandemia de Covid-19. Ao final da década de 1980, as instituições financeiras internacionais como FMI e Banco Mundial se reuniram na capital dos Estados Unidos para formular um documento que ditaria o rumo das políticas econômicas globais nos anos seguintes, esse documento ficou conhecido como o Consenso de Washington, e recomendava uma série de medidas baseadas em privatizações, cortes de impostos para grandes empresas e a consequente redução do papel do Estado na economia (OLIVEIRA, 2020).

Conforme o documento foi ganhando penetração ao redor do mundo, países latino americanos passaram a dar cada vez mais protagonismo para o setor privado. Foi nessa época que empresas estatais da região, como a Vale do Rio Doce (brasileira), as Aerolíneas Argentinas, a Telmex (mexicana) e a Eletricaribe

(colombiana) passaram para o controle da iniciativa privada, ao passo que as multinacionais foram ganhando espaço na prestação de serviços públicos essenciais. Na área da saúde esse movimento não foi diferente.

Enquanto governos locais reduziavam seus investimentos no setor público, os recursos da União passaram a serem direcionados para a iniciativa privada. Indústrias farmacêuticas, laboratórios e hospitais de elite foram beneficiados com renúncias fiscais, fruto de um agressivo lobbie político no parlamento, e gastos com planos de saúde, clínicas e hospitais passaram a ser abatidos do Imposto de Renda tanto de pessoas físicas, quanto jurídicas. Em 2017, por exemplo, países como Brasil, Guatemala e Paraguai usaram mais de 50% dos recursos destinados à Saúde para gastos com o setor privado, sobretudo na forma de isenção ou restituição de impostos. A política agradou empresas de saúde e seus usuários, beneficiando uma minoria rica às custas da saúde da maior parte da população, sem condições de arcar com as altas mensalidades dos planos privados. Numa pandemia, quando a demanda pelos serviços de saúde aumenta, esse tipo de desigualdade mostra sua face mais perversa (OLIVEIRA, 2020).

Quando a pandemia provocada pelo novo coronavírus atingiu a Europa, a demanda por UTI (Unidade de Terapia Intensiva) nas regiões mais afetadas chegou a ser de 24 leitos para cada 100 mil habitantes. No Brasil, um dos países latino americanos com maior investimento em saúde, a disponibilidade de leitos de UTI na rede pública do SUS não chega nem na metade disso, sendo de 10 leitos para cada 100 mil habitantes. Já nos hospitais privados, a oferta média é de quase 48 leitos para cada 100 mil habitantes. Países ricos, com altos investimentos em saúde pública, também sofreram o impacto devastador da pandemia com um alto número de óbitos impulsionado pela saturação dos seus sistemas de saúde, o que é quase inevitável em um surto de dimensão global. Foi nesse período que ganhou força a ideia de que a pandemia não tinha preferência por cor ou classe social. É verdade que o vírus não escolhe quem irá infectar, no entanto, as consequências do colapso sanitário acaba atingindo de forma mais grave as populações mais pobres e com redes de assistência menos consolidadas. Na América Latina, depois de trinta anos de predominância das políticas neoliberais, os baixos investimentos públicos, em especial na rede de saúde, vieram cobrar essa conta, justamente quando a população mais precisa da saúde universal (OLIVEIRA, 2020).

A atuação do governo Bolsonaro no enfrentamento à pandemia não poderia ser mais desastrosa e propositalmente criminosa. A população brasileira vive seu pior momento após a ditadura militar, com uma crise sanitária e econômica sem precedentes. Recentemente, no ano de 2021, o Senado Federal instaurou a CPI da COVID-19 para apurar os crimes e omissões do governo Bolsonaro no combate à pandemia. A CPI já apurou as causas do atraso na aquisição das vacinas que poderiam frear o número de óbitos, sendo o Brasil um dos líderes mundiais em números de mortes. Foi descoberto também um esquema de corrupção na compra dessas vacinas, com o pagamento de propina a parlamentares feito por empresas intermediárias nas negociações. O parlamentar líder do governo Bolsonaro na Câmara dos deputados, Ricardo Barros, ex-Ministro da Saúde do governo Temer e autor da proposta dos planos de saúde acessíveis (2017), é também o líder no esquema de corrupção da vacina Covaxin.

De acordo com cientistas brasileiros, a EC 95/16 deveria ser revogada para ampliar os investimentos do SUS no enfrentamento à pandemia. Os cientistas defendem ainda, como medida para minimizar os impactos da crise, a regulamentação do imposto sobre grandes fortunas, visando aumentar a arrecadação do Estado para não só suprir a demanda dos gastos em saúde, mas também reduzir a desigualdade social acentuada pela pandemia por meio da distribuição de renda (NORONHA; PAIM, 2020).

As contribuições desse estudo são bastante relevantes, visto que, no atual cenário pandêmico e de crise econômica, fica cada vez mais claro que o desmonte do SUS conduzido pelas políticas neoliberais é um projeto de longo prazo para o país e que enfrenta pressão pelos partidos neoliberais do campo da direita brasileira. No entanto, a resistência dos movimentos sociais, do movimento sanitário, e de toda a oposição aos governos neoliberais dificulta a concretização desse projeto. Infelizmente, nem sempre a oposição consegue frear os projetos que prejudicam a população, uma vez que não constituem uma maioria no Congresso e no Senado com essa capacidade. Esses projetos que tornam os serviços públicos essenciais cada vez mais precarizados e quando privatizados representam um dano irreversíveis à população brasileira e ao serviço público.

Podemos concluir que a Emenda à Constituição nº 95/2016 representa claramente o sucateamento dos serviços públicos a fim de sustentar, de forma

incisiva, o argumento de que a solução é a privatização. Nas áreas de saúde e educação essa estratégia se tornou ainda mais nociva, comprometendo o futuro da população brasileira e inviabilizando, no curto prazo, o acesso universal uma vez que o enxugamento dos gastos se reflete na limitação da prestação do serviço e no descontentamento do usuário. A proposta dos planos acessíveis, nesse contexto, foi a mais descabida e cruel para a população, representando um ataque à atenção primária de saúde, que é a porta de entrada do usuário no SUS. A política de saúde já operava no limite antes da pandemia, com a pandemia isso ficou ainda mais evidente, não tendo a EC 95 um plano de contingência no orçamento, visando evitar o colapso do sistema de saúde.

No que se refere às limitações da pesquisa, não foi possível realizar uma survey, visto que, no atual momento, torna-se inviável encontrar usuários dos planos de saúde acessíveis. No momento há apenas uma proposta enviada pelo Ministério da Saúde à ANS que não avançou para votação no Congresso Nacional. Por fim sugere-se um estudo aprofundado no que tange à condução da política de saúde pelo governo Bolsonaro, especialmente em relação ao enfrentamento da pandemia de coronavírus que segue em curso ainda no nosso país e no mundo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALESSI, Gil. Entenda o que é a PEC 241 (ou 55) e como ela pode afetar sua vida. Brasil. **El País**. São Paulo, 13 de dezembro de 2016. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/10/politica/1476125574_221053.html>.

Acesso em 13/10/2021.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Dados Gerais: Beneficiários dos planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2011-2021). **Portal do Governo Brasileiro**. Brasília-DF, Setembro de 2021. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 15 de setembro de 2021.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **BOLETIM INFORMATIVO**: Utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS – n. 1. Rio de Janeiro, Abril de 2016.

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **BOLETIM INFORMATIVO**: Utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS – 11ª Edição. Rio de Janeiro, Dez. 2021.

AROUCA, Antônio. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro - RJ: FIOCRUZ, 1975.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA MATO GROSSO DO SUL. O que é empenhado, liquidado e pago na execução orçamentária. **Portal da Transparência**. Disponível em: <<https://www.transparencia.al.ms.gov.br/pages/index.php/content/o-que-e-empenhado-liquidado-e-pago-na-execucao-orcamentaria>>. Acesso em 12 de setembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ofício nº 60-GS/SAS. **Proposta de Plano de Saúde Acessível**. Brasília-DF, 18 de janeiro de 2017. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/Proposta-de-Plano-de-Saude-Acessivel.pdf>>. Acesso em 10/10/2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 16. ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispões sobre as condições para a proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF, p. 01, 20 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 01 de maio de 2021.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF, p. 01, 4 de junho de 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm>. Acesso em 01 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS):** estrutura, princípios e como funciona. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em 18 de agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde.** O que é Atenção Primária? Brasília-DF. Disponível em: < <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>>. Acesso em 18 de agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Integração com o SUS: ANS divulga novo boletim do Ressarcimento ao SUS. Últimas Notícias. Brasília – DF, 31 de maio de 2021, atualizado em 1º de junho de 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/integracao-com-SUS/ans-divulga-novo-boletim-do-ressarcimento-ao-sus#:~:text=A%20Ag%C3%AAncia%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde,Sa%C3%BAde%20e%20Ressarcimento%20ao%20SUS.>>. Acesso em 15 de julho de 2021.

BRASIL. Secretaria do Orçamento Federal do Ministério da Economia. **Painel do Orçamento Federal.** Brasília, 2021. Disponível em: < https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true> . Acesso em 20 de agosto de 2021.

BRAVO, Maria; PELAEZ, Elaine. **A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e Resistências,** 2020.

CARNEIRO, Juliane. **Desigualdade Social e o Welfare State Brasileiro.** CRA- RJ. Rio de Janeiro, 2011.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso; REIS, Oliveira Denizi. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde.** S/D.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Últimas Notícias CNS.** Ministério da Saúde. Brasília-DF, 28 de fevereiro de 2020. Disponível em: < <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044->>. Acesso em 23 de agosto de 2021.

COSTA, Rodrigo Prado. **Do dilema preventivista ao dilema promocionista: Retomando a contribuição de Sérgio Arouca,** UFRGS, 2015.

CRONEMBERGER, Izabel Herika Gomes Matias; TEIXEIRA, Solange Maria. **O sistema de proteção social brasileiro, política de assistência social e a atenção à família.** 2015.

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. **Saúde e Constituição: Alternativas para a consolidação do SUS.** Lumen Juris, 2020.

FARIAS, Leandro. **Planos de saúde populares, desmonte do SUS e a arapuca Qualicorp.** ABRASCO, 2016.

FILGUEIRAS, Luiz. **O Neoliberalismo no Brasil: Estrutura, Dinâmica e Ajuste do modelo econômico,** UFBA.

FLAESCHEN, Hara. Planos de saúde podem se fortalecer em detrimento do SUS: pesquisadores denunciam “boiada” passando. **ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 5 de maio de 2021. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/planos-de-saude-podem-se-fortalecer-em-detrimento-do-sus-pesquisadores-denunciam-boiada-passando/59039/>> . Acesso em 10 de outubro de 2021.

FIOCRUZ. Covid-19: sanitistas defendem estado de bem-estar social. **Saúde Amanhã: Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro**. Rio de Janeiro, 8 de Abril de 2020. Disponível em: <<https://saudeamanha.fiocruz.br/covid-19-sanitistas-defendem-estado-de-bem-estar-social/#.X1F34VVKjIU>>. Acesso em 15 de outubro de 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Ministério da Saúde. **MANUAL DE PLANEJAMENTO NO SUS**. 1ª ed. rev. Série Articulação Interfederativa, v. 4. Brasília-DF, 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Ministério da Saúde. **Capital estrangeiro na saúde: ter ou não ter?** Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2015. Disponível em <<https://pensesus.fiocruz.br/capital-estrangeiro-na-sa%C3%BAdede-ter-ou-n%C3%A3o-ter>> Acesso em 13 de Julho de 2021.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ªed. Editora Atlas, São Paulo, 2002.

GUIMARÃES, Cátia. Novos planos de saúde no mercado: acessíveis para quem? **EPSJV/Fiocruz**. Rio de Janeiro - RJ, 17 de março de 2017. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/novos-planos-de-saude-no-mercado-acessiveis-para-quem>>. Acesso em: 18 de junho de 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Inflação. Rio de Janeiro – RJ, 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/explica/inflacao.php>>. Acesso em 25 de junho de 2021.

INSTITUTO MAIS SÚDE: **Atenção Primária**. Quais serviços oferecidos? Disponível em: <<https://www.institutomaissaude.org.br/atencao-primaria-a-saude-quais-sao-os-servicos-oferecidos/>>. Acesso em 18 de agosto de 2021.

JUNIOR, Ayton; CORDONI, Luiz. Políticas Públicas de Saúde no Brasil, **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006.

LAURENTINI, Arlene; AYALA, German G. M. Ultraliberalismo: A privatização do setor público de saúde. **Le Monde Diplomatique Brasil**. Brasil, 9 de maio de 2019. Disponível em: <<https://diplomatique.org.br/a-privatizacao-do-setor-publico-de-saude/?fbclid=IwAR1un0xD419iR2BZEO9Wd0s07JSlirHsNBhnR56jDRJOOWLWeS52rgjlx6g>> . Acesso em 15 de outubro de 2021.

LOBATO, Lenaura. **Políticas Sociais e modelos de Bem – Estar Social: Fragilidades do caso brasileiro**, UFF, 2016.

MÂNICA, Fernando. **A complementaridade da participação privada no SUS**. 2015.

MATHIAS, Maíra. **Antes do SUS – Antes do SUS: Como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura**. EPSJV/Fiocruz, 2018. Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=antes-do-sus>>. Acesso em: 20 de agosto de 2021;

MATTEI, Lauro. **Sistema de proteção social brasileiro enquanto instrumento de combate à pobreza**. UFSC, 2019.

MORETTI, Bruno; FUNCIA, Francisco; OCKÉ, Carlos. Observatório da Economia Contemporânea: O teto de gastos e o “desfinanciamento” do SUS. **Le Monde Diplomatique Brasil**. Brasil, 15 de junho de 2020. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/o-teto-dos-gastos-e-o-desfinanciamento-do-sus/?fbclid=IwAR1a3-DnWOubixyH_kVc5TNgdgSyFmGUY2OW8mmkTSFC67HPwVrqj7Bw5s8>. Acesso em 15 de outubro de 2021.

NORONHA, José Carvalho; PAIM, Jairnilson. **Desafios para o enfrentamento da Covid-19 no Brasil**. Seminário Virtual, Fiocruz, 2020.

OLIVEIRA, Ana Luíza Matos de. ENFRENTANDO A PANDEMIA NA AMÉRICA LATINA: Uma análise de vulnerabilidades após 30 anos de neoliberalismo. **SÉRIE DE INFORMES DA ISP – INFORME ESPECIAL SOBRE A PANDEMIA DE COVID-19**. São Paulo, 2020.

PAIVA, Andrea Barreto; GONZALEZ, Roberto Henrique Sieczkowski; LEANDRO, José Geraldo. **COORDENAÇÃO FEDERATIVA E FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE: Mecanismos vigentes, mudanças sinalizadas e perspectivas para o futuro**; 2017.

PIRES, Maria; DEMO, Pedro. **Políticas de saúde e crise do Estado de Bem Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo, 2006.

REDAÇÃO RBA. Médicos de São Paulo repudiam planos de saúde ‘acessíveis’. Saúde e Ciência. **Rede Brasil Atual**. São Paulo, 21 de setembro de 2017. Disponível em: <<https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2017/09/medicos-de-sao-paulo-repudiam-planos-de-saude-acessiveis/>>. Acesso em 25 de setembro de 2021.

SANTOS, Lenir; FUNCIA, Francisco. Emenda Constitucional 95 fere o núcleo do direito à saúde. Conjuntura Política. **Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz**. Rio de Janeiro - RJ, 24 de janeiro de 2019. Disponível em: <<https://www.cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude>>. Acesso em: 25 de setembro de 2021.

SCHEFFER, Mario; BAHIA, Lígia. **O SUS e o setor privado assistencial: Interpretações e Fatos**. UFRJ, USP, 2018.

SCHEFFER, Mario. ‘Estamos caminhando para um cenário de privatização da saúde que está afastando cada vez mais o SUS’. **EPSJV/Fiocruz**. Rio de Janeiro - RJ,

27/03/2015 12h30 – Atualizado em 07/04/2016 10h53. Entrevista concedida a Cátia Guimarães. Disponível em: <<https://www.epsv.fiocruz.br/noticias/entrevista/publico-e-privado-na-saude-0>>. Acesso em 12 de junho de 2021.

SENADO FEDERAL. Dotação orçamentária. Disponível em <<https://www12.senado.leg.br/noticias/glossario-legislativo/dotacao-orcamentaria-rubrica>>. Acesso em 14 de julho de 2021.

SILVA, Patrícia F. A.; BAPTISTA, Tatiana W. de F. **Os sentidos e disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2014.

VIANA, Ana Luiza; MACHADO, Cristiani. **Proteção Social em saúde: Um balanço dos 20 anos do SUS**, Rio de Janeiro, UNICAMP, USP 2008.