

# A política de saúde sob o governo Temer: aspectos ideológicos do acirramento do discurso privatista

Bárbara Terezinha Sepúlveda Barros<sup>1</sup>

Ângela Ernestina Cardoso de Brito<sup>2</sup>

## Resumo

O artigo em questão busca demonstrar o fortalecimento de uma perspectiva privatista quanto à política de saúde no Brasil, durante o governo Temer. Tem como foco analisar documentos e discursos produzidos no intuito de tecer uma narrativa, que favoreça o consenso da população em torno desse projeto, que o entenda como inevitável, abandonando assim a proposta de democratização radical da saúde, consubstanciada no Sistema Único de Saúde (SUS). Utiliza-se, para tanto, de uma pesquisa bibliográfica, que cumpre oferecer subsídios importantes para localizar nosso direito social à saúde num quadro histórico mais amplo e, assim, refletir sobre a própria configuração do Estado brasileiro e os rebatimentos da adoção do neoliberalismo entre nós. Recorre-se concomitantemente à pesquisa documental, a fim de elucidar as inconsistências de certos argumentos e a ofensiva à saúde pública e universal, nos moldes constitucionais. Para as análises propostas faz-se uso de algumas categorias gramscianas, sobretudo os escritos sobre hegemonia.

## Palavras-Chave

Direito Social; Saúde; Hegemonia.

**The health policy under the government Temer: ideological aspects of the privatist discourse**

## Abstract

The article in question seeks to demonstrate the strengthening of a privatization perspective regarding health policy in Brazil during the Temer government. Its aim is to analyze documents and speeches produced in order to weave a narrative that favors the consensus of the population around this project, which understands it as inevitable, thus abandoning the proposal of radical democratization of health, embodied in

the Unified Health System (SUS). For this purpose, a bibliographical research is used, which must offer important subsidies to locate our social right to health in a broader historical context and thus reflect on the very configuration of the Brazilian State and the refutations of the adoption of neoliberalism among us. It is used concurrently with the documentary research, in order to elucidate the inconsistencies of certain arguments and the offensive to public and universal health, in the constitutional molds. For the analysis proposed some Gramscian categories are used, especially the writings on hegemony.

### Keywords

Social Law; Health; Hegemony

**Artigo recebido: novembro de 2018.**

**Artigo aprovado: janeiro de 2019.**

### Introdução

O Sistema único de Saúde (SUS) é a principal mediação da política de saúde no Brasil. Abrange 100% do território nacional, atende mais de 190 milhões de pessoas, sendo que, 80% delas contam unicamente com ele para qualquer atendimento de saúde. Compõem o SUS, os mais diversos equipamentos, entre Estratégias Saúde da Família (ESF's), Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), hospitais, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS's), que se distribuem na baixa, média e alta complexidade. Porém, suas ações não se resumem à clínica; outros serviços importantes são operados por ele, como o controle de qualidade da água potável que chega à sua casa, a fiscalização de alimentos pela Vigilância Sanitária, que também fiscaliza portos, aeroportos e rodoviárias, e, inclusive, as regras de vendas de medicamentos genéricos ou campanhas de vacinação, de doação de sangue ou leite materno<sup>3</sup>.

É, sobretudo, uma conquista da sociedade brasileira dentro daquilo que ficou conhecido como Movimento de Reforma Sanitária, que tomou corpo no contexto da redemocratização. Assim, é o SUS quem materializa o direito social à saúde, inscrito na Constituição Federal de 1988.

Os direitos sociais constituem um aspecto fundamental da cidadania, na sua acepção moderna. Dizem respeito, conforme afirma Coutinho (2005), a participação pelos indivíduos na riqueza material e espiritual produzida pelo conjunto da sociedade. Uma mudança nessa direção representa pela primeira vez no Brasil, a possibilidade de uma nova relação entre uma ordem legal, que postula uma igualdade universal e uma realidade profundamente desigual, movendo-se no sentido de uma maior justiça social. Saúde passa a compor a Seguridade Social brasileira, junto com a previdência social e a assistência social, formando o núcleo duro da nossa proteção social.

Contudo, a conjuntura, tanto nacional quanto internacional, que se coloca nos anos 1990, mostra-se impeditiva. Vivenciamos o avanço do neoliberalismo e de um discurso intencionalmente construído para dar legitimidade às contrarreformas então impetradas. A recém promulgada Constituição é apresentada como perdulária, os direitos conquistados como inexecutáveis num contexto de aprofundamento da crise capitalista, que passa a justificar um processo crescente de desresponsabilização estatal e a não efetivação dos princípios constitucionais, sobretudo na área social. Uma “cultura da crise”, como apontou Mota (2011), forma-se nos 1990.

A partir da chegada de Lula à presidência em 2003 observa-se uma mudança significativa no quadro descrito. Sob seu governo, avanços no rumo de um Estado Social são implementados, materializando o que, na visão de Singer (2012) corresponderia a uma opção de Lula pelos mais pobres, sem alterar, porém, a política macroeconômica. O petismo rompe, dessa forma, com a agenda neoliberal, estaria mais bem caracterizado por um tipo de reformismo, segundo o autor. Contudo, se mostrou incapaz de realizar mudanças estruturais. Na saúde, rende-se ao discurso do SUS possível.

A despeito do seu antecessor, Dilma Rousseff assumiu um país que começava a sentir os efeitos de uma crise econômica, ao que se so-

brepôs também uma crise política. Com seu *impeachment*, o neoliberalismo volta a pautar as discussões e medidas governamentais.

O objetivo do presente artigo é apontar como no governo Temer, o qual assume após a saída de Dilma Rousseff, uma pretensa falência do Estado brasileiro, a tal “cultura da crise” (MOTA, 2011), é retomada de maneira amplificada, postulando-se assim, o consenso em torno de novas medidas restritivas ao direito social à saúde, com impactos diretos no SUS.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental. E nesse caminho, faz-se uso de livros, artigos e sites da internet. Analisamos, sobretudo, as falas proferidas pelo Ministro da Saúde, Ricardo Barros, em reportagens em jornais de grande circulação, bem como algumas de suas iniciativas, enquanto responsável pela pasta; ainda os documentos *Travessia Social e Coalizão Saúde*; por fim, a Medida Provisória 838/2018. Algumas categorias gramscianas são utilizadas na análise, sobretudo os escritos sobre *hegemonia*.

O artigo está dividido em três sessões, além dessa introdução e das considerações finais. A primeira delas discute a construção dos direitos sociais, destacando uma especificidade brasileira em relação aos modelos tidos como tradicionais; na segunda aponta as principais consequências para a política de saúde da adesão pelos governos brasileiros na década de 1990 aos princípios neoliberais, assim como uma mudança pouco efetiva no que diz respeito aos governos petistas; na última sessão analisamos a afirmação de uma determinada narrativa sob o governo Temer, que compromete a viabilização do SUS, segundo parâmetros constitucionais.

### **Estado, capitalismo monopolista e a construção dos direitos sociais nos países centrais e no Brasil**

Nos países centrais a conquista pelos direitos sociais obedeceu a uma lógica em que primeiro se instituiu os direitos civis – os direitos burgueses, por excelência –, depois os políticos e, mais adiante, os sociais, para os quais foi necessária grande organização e mobilização

da classe trabalhadora, que tomou a cena política no intuito de validar suas demandas (COUTINHO, 2005).

Ali, os direitos sociais representam uma possibilidade histórica dada a partir do fenômeno da socialização da política, num contexto de um Estado “ampliado”, segundo a concepção gramsciana. Esse Estado se difere daquele a que Marx qualificou como o comitê executivo da burguesia, contexto do capitalismo concorrencial do século XIX. Embora preserve uma direção de classe (burguesa) e a função de coerção, tal como descoberta por Marx, o Estado no capitalismo dos monopólios também faz uso do consenso.

Assim, para Gramsci, o Estado “ampliado” se forma na conjunção da sociedade política (Estado *stricto sensu* ou Estado coerção) com a sociedade civil (esfera da disputa da hegemonia e do consenso), compreendendo “todo o complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente não só justifica e mantém seu domínio, mas consegue obter o consenso ativo dos governados” (GRAMSCI, 2000, p. 331).

Gramsci construiu seu quadro teórico-explicativo em um contexto repleto de novas determinações, inexistentes na época de Marx. Num Estado ampliado, as demandas dos grupos, classes e frações de classe disputam a hegemonia na sociedade civil, o que traz a possibilidade histórica de algumas conquistas importantes para trabalhadores e grupos minoritários.

É no capitalismo monopolista e num contexto de Estado ampliado que se torna compreensível à construção dos direitos políticos e sociais, quando a questão social, e toda gama de conflitos atrelados à relação capital/trabalho, deixa de ser tratada apenas pela via da coerção, como caso de polícia, e se torna uma expressão de legitimação do Estado pela via do consenso.

O Estado liberal passa a reconhecer os direitos sociais a partir do século XIX, contudo, consolidam-se ao longo do século XX.

Essa lógica, que obedece a certa ordem: direitos civis, políticos e sociais, não se aplica ao contexto brasileiro. Aqui, os direitos sociais

e as políticas que os materializam se desenvolvem em ambientes de restrição de direitos civis e políticos, como mecanismo de se apaziguar conflitos e conquistar consenso (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Carregam certas particularidades que, no limite, marcam a própria configuração do Estado brasileiro, onde o direito é facilmente transmutado em moeda de troca, de “negociata” e tutela, pela consagração de uma dinâmica clientelista na condução das ações, serviços e benefícios voltados à população, como aspecto fundamental do patrimonialismo brasileiro, em que o público é apropriado em nome de interesses privados (MARTINS, 1997).

Essa forma de ser do Estado brasileiro mantém-se mesmo quando da emergência de uma ordem legal, do primado da burocracia e da impessoalidade weberianas, o que dá ao Brasil uma “cara” híbrida, moderna e antiga ao mesmo tempo.

Abolida a escravidão e proclamada a república, uma ideia de igualdade, que em outros contextos mobilizou esforços no sentido da conquista dos direitos políticos e sociais, no Brasil não implicará em grandes mudanças. Durante todo o período conhecido como república velha, a punição será a política oficial do Estado.

Uma nova situação começa a se delinear apenas a partir da década de 1930<sup>4</sup>, quando se verifica uma expansão restrita dos direitos sociais, numa espécie de “cidadania regulada”, em que eram considerados cidadãos os trabalhadores inseridos em ocupações reconhecidas por lei (SANTOS, 1979).

A “cidadania regulada” no Brasil ganha sua maior expressão no contexto da ditadura Vargasista, que buscou imprimir uma maior racionalidade ao Estado brasileiro, em meio a urbanização e industrialização crescentes. O impulso na construção dos direitos sociais nesse momento se insere num esforço mais amplo de modernização, ainda que de cunho conservador, quando tem início o sistema público de previdência, pela expansão dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP’S), e inovações também na saúde, educação, maternidade e infância.

Esse modelo de proteção social deixava de fora grande parte da população, onde se encontravam ex-escravos, brancos pobres, trabalhadores rurais, os herdeiros imediatos de um sistema colonial, baseado no trabalho escravo e no latifúndio.

A cultura da “ajuda” e do “favor”, próprias do clientelismo num contexto de um Estado patrimonialista, permanece forte, com destaque para a Legião Brasileira de Assistência (LBA), que sob o comando da primeira dama, Darcy Vargas, respondia pelo “cuidado” dos seguímentos não incorporados ao modelo de proteção de Vargas. Dessa forma, os limites entre o favor e o direito seguiam ofuscados.

Novo ciclo de modernização conservadora e um eventual incremento nos direitos sociais no Brasil se dão na vigência da ditadura militar, a partir de 1964. Os militares promoveram a unificação da previdência, instituída por Getúlio Vargas, e ampliaram o acesso aos trabalhadores rurais a partir da criação do Fundo de Apoio ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), além das empregadas domésticas, autônomos e ambulantes. Criaram o Renda Mensal Vitalícia, para os idosos pobres, que tivessem contribuído ao menos um ano para a previdência, entre outras inovações.

Ao mesmo tempo, como esclarecem Behring e Boschetti (2011), davam espaço a iniciativa privada, sobretudo na área de saúde e educação, configurando um sistema dual de acesso.

Segundo Bravo e Matos (2006) esse é o contexto em que ganha força o Projeto Privatista, que tem sua lógica orientada pelas regras de mercado, fundamentada na exploração da doença como principal fonte de lucro. Esse modelo articula interesses do setor privado nacional na área de saúde e do capital internacional, através da relação com o complexo financeiro industrial médico, hospitalar, farmacêutico e de insumos.

A partir dos finais da década de 1970 começam a transparecer os sinais de esgotamento do projeto militar, em função dos impactos da economia internacional em crise, e também dos limites internos. Os anos de transição democrática ficarão marcados por uma crise

econômica e social sem precedentes, nossa década perdida, mas também por uma grande efervescência política, pela atuação dos Novos Movimentos Sociais que, juntamente com o Movimento Sindical, ousaram imprimir na Constituição Federal de 1988 conquistas importantes, em que a Seguridade, composta pelas políticas de saúde, previdência social e assistência social, ganha notoriedade (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Parecia, enfim, que superaríamos o ranço clientelista e instauraríamos, com um atraso evidente, o modelo de proteção social construído pelos Estados europeus do pós-Segunda Guerra, em que o direito e não a “boa vontade” ou caridade determinariam o acesso a serviços e políticas essenciais. Teria chegado ao fim, igualmente, a “cidadania regulada” e sua correspondente estratificação ocupacional.

As três políticas, a partir de lógicas distintas, seguiriam articuladas, inclusive em nível de controle democrático e de orçamento<sup>5</sup>.

### **A agenda neoliberal e as implicações sobre a saúde**

A década de 1990, contudo, representa um giro conservador e as conquistas então celebradas, muitas ainda nem regulamentadas, passam a ser ameaçadas em virtude da adesão pelos governos brasileiros aos ideais neoliberais, disseminados pelos organismos transnacionais, especialmente a partir do Consenso de Washington.

Na vigência do neoliberalismo o Estado é percebido como “inchado”, principal causador da crise capitalista, que se instaura entre os países centrais na década de 1970, e que atinge o Brasil nos anos 1980. O ataque aos direitos sociais constitui, nesse caminho, um aspecto fundamental do projeto de restauração do capital.

Assiste-se, concomitantemente, a uma reorganização de sua base produtiva, a partir do que Harvey (1992) chamou de acumulação flexível, com amplas transformações no âmbito da produção e comercialização, nas formas de gestão da força de trabalho, na estruturação dos serviços comerciais e financeiros.



É nesse contexto desfavorável que o SUS é regulamentado. Sua implementação nos anos 1990 acabou por expressar as tensões entre a agenda da reforma sanitária e a de reforma do Estado. Entre os avanços, consubstanciados no primeiro projeto, temos a unificação do comando sobre a política nacional; criação de comissões intergovernamentais e conselhos participativos; expansão nacional de serviços públicos de saúde de vários tipos – com destaque para a atenção primária. Sob a agenda de reforma de Estado foram impostas restrições à política de saúde, englobando seu financiamento, descentralização, produção de insumos e gestão da força de trabalho (MACHADO, 2018). Essa “arquitetura” acabou por impedir a concretização do direito social à saúde, tal qual expresso constitucionalmente, já que:

Apesar da expansão de serviços públicos, o SUS permaneceu dependente de leitos, laboratórios e outros serviços privados. As empresas de planos e seguros continuaram a crescer, subsidiadas por renúncia fiscal. A Agência Nacional de Saúde, criada em 2000, regulou contratos e organizou o mercado de planos, mas não conteve seu crescimento (MACHADO, 2018, p. 2.201).

Na prática, em nome do ajuste fiscal, assiste-se à reatualização do modelo médico privatista, ao Estado cabendo à oferta mínima de serviços aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento daqueles que podem (BRAVO; MATOS, 2006). A garantia do superávit primário, a serviço da dívida pública, torna-se então, a prioridade governamental, em detrimento das necessidades das maiorias.

Nesse contexto a lógica capitalista produz uma dualidade perversa em que se reserva àqueles dotados de alguma estabilidade a possibilidade de escolher dentre uma cadeia de seguros e serviços oferecidos pelo Mercado os que lhe parecem mais adequados, enquanto que significativas parcelas da população, alocadas nos setores mais vulneráveis da economia, e que compõem os informalizados, terceirizados, temporários, são compelidos a uma política pública pobre, esvaziada de direitos, focalizada.

Enfatizam-se as parcerias com a sociedade civil, tomada de forma despolitizada, a quem caberia assumir os custos da crise. Uma das mais visíveis manifestações do processo fica a cargo do fenômeno da refilantropização, com a utilização de agentes comunitários e cuidadores voluntários, para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos (BRAVO; MATOS, 2006).

A forma adotada de priorização da atenção básica não leva em conta as desigualdades regionais, tanto em relação à rede física instalada, como às necessidades de saúde de cada território, o que dificulta a equidade em saúde. Por outro lado, é reconhecido o estrangulamento do sistema nacional de saúde no que diz respeito ao acesso aos demais níveis de atenção. Tal situação tem levado a um descrédito no SUS, apoiado ideologicamente pelos atores sociais interessados em reduzir a confiança na eficácia do sistema público (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

O discurso disseminado torna-se o do SUS possível, que de acordo com Soares (2018) avança na década de 1990 e se consolida nos governos petistas.

Sob a gestão de Lula, novas prioridades de governo, mudanças graduais nos campos da atenção, gestão do trabalho e de insumos para a saúde são pactuadas, com limitado enfrentamento de problemas estruturais. O Programa Saúde da Família (PSF) e as políticas de promoção da saúde foram ampliadas. “Programas adotados como marcas de governo – Brasil Sorridente, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Farmácia Popular – introduziram inovações em áreas que apresentavam lacunas” (MACHADO, 2018, p. 2201).

No primeiro governo Dilma Rousseff as condições econômicas e políticas se alteram consideravelmente. Sob muitas críticas é criado o programa “Mais Médicos”, além das UPA's. Fragmentos descolados da totalidade do projeto de Reforma Sanitária são recuperados, como uma espécie de modernização, o que pareceu dissimular um “caráter diverso e, muitas vezes, contrário ao sentido original, como é o caso da gestão pública segundo o marco legal original do SUS

e as propostas de gestão de âmbito privado” (SOARES, 2010 apud SOARES, 2018, p.26).

Como resume Machado (2018), em todo o período analisado, mesmo sob um governo de base popular, persistiram limitações no financiamento e nas relações público-privadas em saúde. O orçamento da saúde permaneceu dependente de negociações, em detrimento de sua vinculação. Os investimentos em infraestrutura continuaram baixos e a participação do governo federal no gasto público em saúde diminuiu.

Por outro lado, as empresas e planos de saúde continuaram a crescer, contando como o apoio estatal. Adquirem na segunda metade da década dos anos 2000 feição nitidamente financeira, quando a presença de seus representantes nos centros de decisão do governo tornou-se algo corriqueiro. Essas empresas não se restringiram ao mercado saúde, começaram a se apresentar como interlocutores legítimos para a formulação de políticas no setor (BAHIA et al., 2016).

É importante destacar que todos os governos desde a redemocratização cuidaram de não explicitar as contrarreformas na política de saúde, apresentando-as ora como uma necessidade de aperfeiçoamento da gestão, como com Fernando Henrique Cardoso (FHC), ora como modernização da reforma sanitária, como com Dilma Rousseff. Seja como for, se deu sempre de maneira paulatina, minando resistência, abrindo espaço gradualmente ao capital na saúde, dentro e fora do SUS (SOARES, 2018). Com Temer o tom do discurso muda significativamente. E o SUS passa a ser ameaçado abertamente.

### **A política de saúde sob o governo Temer: aspectos ideológicos do acirramento do discurso privatista**

Sociedades modernas, a que Gramsci (2000) chamou “ocidentais”, caracterizar-se-iam por um equilíbrio dialético entre infraestrutura e superestrutura, em que as esferas econômico-produtivas seguiriam articuladas a uma base político-cultural viva, onde os vários interesses dos grupos, classes e frações de classe, permaneceriam em constante conflito. Os canais ou instituições responsáveis por conservar ou re-

produzir esses interesses seriam os seus aparelhos “privados de hegemonia”, os quais comporiam a sociedade civil.

O moderno príncipe, o governante que em Gramsci (2000) assume a forma do partido, seria tanto quanto mais supremo na medida em que conseguisse dirigir tais interesses, não sendo mais suficiente o mero monopólio da força, que se dá através dos aparelhos típicos de coerção, basicamente, o aparato jurídico-militar. Na ausência de um consenso mínimo se instauraria uma crise de hegemonia, o que acabaria por deflagrar a queda do príncipe, a possibilidade de ascensão de outras forças políticas<sup>6</sup>.

Temer chega ao poder em 2016, em virtude da falência do pacto lulista e de uma inabilidade por parte do Partido dos Trabalhadores (PT) e da presidenta Dilma Rousseff, em manter a direção e o consenso entre os grupos até aquele ponto, aliados.

O vice acaba por aglutinar interesses de setores do empresariado nacional e internacional, descontentes com uma manifesta incapacidade do PT em efetivar reformas, que esses consideravam fundamentais para retomada das taxas de lucro, em queda vertiginosa diante de uma desvalorização das *commodities*, que se acelera em 2015 e atinge seu ápice em 2016.

Uma vez empossado presidente da república, uma série de reformas são realizadas ou encomendadas no interior do Estado, com o objetivo de enviar sinais positivos ao mercado (BORÓN, 1997), dando novos contornos ao capitalismo monopolista no Brasil, abrindo novas possibilidades de nichos de acumulação do capital.

Tais reformas (ou contrarreformas, tendo em vista seu conteúdo regressivo) retiraram direitos dos trabalhadores, enfraqueceram suas instâncias de representação, promoveram o congelamento dos gastos públicos na área social, intensificando um processo de desfinanciamento já flagrante.

O discurso em torno delas, disseminado nas mídias tradicionais – típicos aparelhos privados de hegemonia da burguesia – procurou

dar legitimidade a essas reformas<sup>7</sup>, angariando consenso em torno de um projeto sucessivamente rechaçado pela sociedade brasileira, em várias eleições seguidas.

Repete-se insistentemente a justificativa da crise, abusando de certo terrorismo, a partir do qual se afirma que o Brasil irá “quebrar” caso as reformas não sejam feitas, que nossas legislações trabalhistas estão defasadas, que é preciso “flexibilizar”, “modernizar”, palavras que parecem ganhar vida própria. Na verdade, conforme afirma Mota (2006, p.06), “o que pretendem os intelectuais orgânicos da burguesia é reverter a intervenção social do Estado, base da construção de um novo contrato entre Estado, sociedade e mercado”.

No caso específico da saúde, esse novo contrato tem implicado na própria negação do SUS.

Essa iniciativa tem se dado em pelo menos duas frentes: A nível de controle e restrição orçamentária<sup>8</sup>, cuja novidade se dá pela aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) do Teto (PEC 241-55), e a nível ideológico, em que se verifica a busca da construção de um projeto, que se pretende hegemônico: a privatização da Saúde, diminuição das obrigações do Estado na sua garantia enquanto direito social e aumento do Mercado na prestação desses serviços. Temos assim, o acirramento do discurso privatista, que oscila entre a própria inoperabilidade do SUS e a fábula de um Mercado ávido para “ajudar” na resolução do problema.

O plano do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), hoje Movimento Democrático Brasileiro (MDB), para a política de saúde no Brasil foi apontado no documento Travessia Social (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2016), antes mesmo de Temer se tornar presidente, em pleno processo de *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff. Nele procuram dar ênfase ao gerencialismo, restringindo os problemas do SUS a uma má gestão, buscando afirmar ainda a necessidade de focalização do atendimento na parcela da população que não pode pagar planos privados de saúde; e nes-

se caminho, estimula o aumento de cobertura dos planos privados (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Ganha força a necessidade de ampliação do mercado via institucionalização dos planos populares de saúde, que aparecem como o “canto da sereia” para operadoras, que veem dia a dia reduzir o número de consumidores de planos de saúde privados.

Uma vez empossado presidente, Temer nomeia Ricardo Barros para o Ministério da Saúde, que sai em defesa dos planos populares, institui um grupo de trabalho sobre, destacando a impossibilidade de se manter o SUS, conforme o padrão constitucional. A narrativa privatista ganha novo fôlego com o Ministro. Segundo ele, em entrevista a um jornal de grande circulação:

Vamos ter que repactuar, como aconteceu na Grécia, que cortou as aposentadorias, e em outros países que tiveram que repactuar as obrigações do Estado porque ele não tinha mais capacidade de sustentá-las [...]. Nós não vamos conseguir sustentar o nível de direitos que a Constituição determina [...]. Não estamos em um nível de desenvolvimento econômico que nos permita garantir esses direitos por conta do Estado (FOLHA DE SÃO PAULO, 2016).

O Ministro entende ser “fundamental para o Brasil o investimento da saúde privada”. Afirma não estar ali para fazer discurso ideológico, mas a prática da saúde como deve ser feita, atingindo maior número de pessoas, com maior qualidade possível. E nesse caminho diz acolher quem puder contribuir para a saúde (ESTADÃO, 2016). Massificam-se nos argumentos e proposições do referido Ministro, a ideia de que todos devem colaborar diante do colapso do financiamento do sistema (SOARES, 2018). Embora se negue a fazer discurso ideológico, é justamente o que acaba por fazer, como autêntico intelectual orgânico dos empresários do setor da saúde.

O que o Ricardo Barros e outros interlocutores do projeto privatista insistem em ver como gasto, na verdade está entre os investimentos que

mais produzem impactos positivos no PIB. O efeito multiplicador do gasto com saúde no país foi calculado em 1,7; o que significa dizer que para um aumento do gasto com saúde de R\$ 1,00, o aumento esperado do PIB seria de R\$ 1,70 (ABRAHÃO; MOSTAFA; HERCULANO, 2011, apud NORONHA et al., 2018, p. 2055). Apesar do discurso aparentemente técnico e de uma preocupação dita atuarial, explicitam-se razões de natureza política na defesa de uma política de saúde cada vez mais restritiva.

A articulação do governo Temer com o setor empresarial de saúde pode ser observada na sua receptividade quanto ao “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, divulgado em 2017. Trata-se de um documento, que foi elaborado pelo Instituto Coalizão Brasil, formado por representantes do setor e que tinha como objetivo enfrentar e construir um novo sistema de saúde para o Brasil. Defendiam a tese de que os setores público e privado precisam construir uma rede integrada de cuidados contínuos, em que a tal integração significaria mais participação da iniciativa privada na gestão dos serviços, através de um novo modelo de governança (BRAVO; PELA-EZ; PINHEIRO, 2018). O *lobby* segue forte, tanto quanto o esforço de ingerência das empresas privadas no trato da política pública.

As propostas sintetizadas foram apresentadas ao Senado brasileiro em seminário realizado em parceria com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e a Associação Médica Brasileira (AMB) em agosto de 2016, quando alguns daqueles atores foram recebidos pelo próprio presidente. Segundo Soares (2018, p.3):

Na prática, a gestão do ministro Ricardo Barros trabalhou em sintonia com essas proposições, pois mantinha contato permanente com setores e entidades privadas da saúde, como se fossem efetivamente conselhos consultivos orientadores da gestão da política (SOARES, 2018, p. 3).

Documentos como esse fornecem um discurso valoroso para a defesa de uma perspectiva privatista no que se refere à política de saúde no Brasil. Tornam-se o norte, a partir do qual técnicos de um governo

afinado com os setores do empresariado passam a trabalhar. Esses intelectuais começam a disseminar uma “verdade” sobre o SUS que lhes parece mais conveniente. Trata-se do próprio aparelhamento do Ministério da Saúde pelos interesses do setor privado.

Mais recentemente, Temer deu mais um sinal sobre sua falta de compromisso com a saúde universal, tirando dinheiro do SUS para subsidiar o preço do diesel, por ocasião da greve de caminhoneiros. A Medida Provisória nº 838, de 2018, busca recursos em impostos que financiam o SUS, entre outros serviços da Seguridade Social brasileira. Essa medida vem somar-se a uma série de outros mecanismos, que ao longo dos últimos anos têm retirado recursos da saúde, promovendo o:

[...] acirramento da competição entre os entes federados e, nestes, entre os prestadores; à inviabilização de organização em rede dos serviços com fragmentação e segmentação dos cuidados; à redução dos investimentos em novas capacidades; e à queda da qualidade e segurança dos serviços. No setor privado, se tornaram visíveis a expansão de novos arranjos assistenciais como as clínicas de vizinhança e clínicas populares, bem como o desenvolvimento e fortalecimento de novas modalidades de pré-pagamento: planos populares, VGBL Saúde e franquias. É de se prever um aumento da desigualdade territorial por riqueza e da estratificação do atendimento e, da mesma forma, da concentração das inversões e inovações no setor privado de ponta (NORONHA et al., 2018, p. 2057).

Não era essa a saúde pensada pelo constituinte, idealizada por milhões de brasileiros.

### **Considerações finais**

Numa sociedade que não conseguiu superar os problemas históricos da sua formação – a segregação social e racial, a dependência econômica, o latifúndio – as consequências de um projeto restaurador do capital, a serviço dos interesses do imperialismo internacional, tem



significado a barbárie, com o retorno iminente do Brasil ao mapa da fome, aumento da violência, banalização da vida.

O ataque direto ao SUS se insere, assim, num contexto mais amplo de reforma ou contrarreforma no interior do Estado, que tem reduzidas suas responsabilidades para com os cidadãos, tornando-se instrumento da financeirização, sobretudo pela política do superávit primário, a serviço da dívida pública, em nome do que se transferem mais e mais recursos.

Um SUS subfinanciado torna-se refém de um discurso a favor de sua reformulação, que não se dá em prol da sua ampliação e melhoria qualitativa, antes, passa-se a defender abertamente sua privatização, a partir de estratégias, como planos de saúde populares.

Embora o governo Temer, não inaugure essa perspectiva, a assume de maneira mais acentuada, atualizando uma “cultura da crise” (MOTA, 2011), tal qual nos anos 1990, para justificar a não concretização do direito social à saúde. Um discurso e uma narrativa passam a ganhar espaço, competindo de maneira mais acirrada com o projeto de reforma sanitária, buscando angariar consenso, e dessa forma, alcançar status de hegemônico.

Para fazer frente a essa realidade, é necessário afirmar o compromisso intransigente com os direitos sociais e com a saúde, em especial, como parte de um projeto popular, de uma sociedade mais democrática e atenta às necessidades de sua população.

O Serviço Social tem sido uma trincheira importante, contudo, apenas o fortalecimento da luta coletiva, na articulação com outras categorias e movimentos sociais, em defesa de um SUS democrático, universal, integral, encontrará fôlego pra o que ainda virá.

## Referências

BAHIA, L. et al. Das empresas médicas às seguradoras internacionais: mudanças no regime de acumulação e repercussões sobre o sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, sup. 2, 2016.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. B. *Política Social: fundamentos e história*. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BORÓN, A. A. *Estado, capitalismo e democracia na América Latina*. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R. et al. (Org.). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.

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

COUTINHO, C. N. Notas sobre cidadania e modernidade. *Revista Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social*, ano 2, n. 3, dez. 2005.

FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES. *Documento Travessia Social*. Brasília, DF: 2016.

GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere*. Vol. 3. Trad. de Carlos Nelson Coutinho com a colaboração de Luiz Sergio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

HARVEY, D. *Condição pós-moderna*. São Paulo: Loyola, 1992.

MACHADO, C. V. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2197-2212, 2018.

MARTINS, H. F. A ética do patrimonialismo e a modernização da administração pública brasileira. In: MOTTA, F. C. P.; CALDAS, M. P. (Org.). *Cultura organizacional e cultura brasileira*. São Paulo: Atlas, 1997.

MOTA, A. E. *Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90*. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MOTA, A. E. Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências Recentes. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R. et al. (Org.). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA, V. M.; MIOTO, R. C. Desafios atuais do SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R. et al. (Org.). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.

NORONHA, J. C. et tal. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilha do sem um horizonte de incertezas e desalentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.2051-2059, 2018.

SANTOS, W. G. dos. *Cidadania e Justiça*: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campos, 1979.

SINGER, Paul, *Os sentidos do Lulismo*: reforma gradual e pacto conservador, de Singer, André. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

SOARES, R. C. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. *Argumentum*, Vitória (ES), v.10, n.1, p.24-32, jan./abr. 2018.

## Sites

ESTADÃO. São Paulo. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

FOLHA DE SÃO PAULO. São Paulo. Disponível em: <<http://www.folha.uol.com.br/>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/sus>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

## Notas

- 1 Assistente Social; Mestre em Desenvolvimento Social pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes); Professora do Curso de Serviço Social da Unimontes. Brasil. ORCID: 0000-0002-5345-9021. E-mail: binha321@yahoo.com.br.
- 2 Assistente Social; Doutora em Política Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF); Professora Adjunta do Curso de Serviço Social da Universidade Federal da Bahia (UFBA); Mestre em Educação pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Brasil. ORCID: 0000-0001-5286-9961. E-mail: angela.ernestina@ufba.br.
- 3 Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/sus>>. Acesso em: 20 nov. 2018.
- 4 A revolução de 1930, de tipo passiva, absorvia, dessa forma, de maneira bastante limitada demandas populares e dos setores médios, ao mesmo tempo em que barrava reformas estruturais.
- 5 Para viabilizar a Seguridade, o constituinte pensou num orçamento próprio e numa base de financiamento diversificada, a partir de impostos como o CO-

FINS, o CSLL, as receitas sobre os concursos e prognósticos e as contribuições sobre a folha de salários.

- 6 No Brasil as categorias de Gramsci têm servido para explicar eventos significativos da nossa história, especialmente a chave Revolução Passiva. Na contemporaneidade Hegemonia, Crise de Hegemonia, Coerção/Consenso têm demonstrado grande utilidade.
- 7 O presidente Temer chegou a comparecer pessoalmente em vários programas na TV aberta, para defender suas reformas.
- 8 Outros mecanismos nesse caminho são a Lei de Responsabilidade Fiscal e a Desvinculação de Receitas da União (DRU).