



COMPLEMENTARIEDADE INVERTIDA NO SUS: o apoio do Estado brasileiro ao setor privado de saúde

SILVA, Edna Maurício da
BIZERRA, Fernando de Araújo

RESUMO: A realidade que se descortina nas últimas décadas no Brasil demonstra, sem espaço para contestação, que a saúde tem experienciado a disputa de interesses diametralmente antagônicos: os que defendem a concretização de um sistema de saúde universal e plenamente público e, em contraste, os que miram a saúde enquanto fonte de lucro, submetendo-a aos imperativos do mercado via mercantilização e privatização. Isto posto, este artigo, tentando contribuir para explicitar o apoio do Estado brasileiro ao setor privado de saúde, se volta à reflexão sobre a complementariedade invertida no SUS, bem como seus efeitos deletérios para a população usuária da rede de serviços públicos.

PALAVRAS-CHAVE: SUS; complementariedade invertida; projeto privatista.

1 INTRODUÇÃO

Dentre as inovações trazidas pela Constituinte, a saúde passou a ser garantida como direito igual para todos, o que prescindia de contribuição, delimitando-se o dever do Estado para com o atendimento das demandas dos cidadãos sem subordiná-los a qualquer critério excludente. Entretanto, não raramente a saúde tem entrado no rol dos processos de mercantilização e privatização que impedem a consolidação plena do sistema de saúde público, estatal, universal e de qualidade, uma vez que tais processos opõem-se ao seu arcabouço legal e aos seus princípios. O cenário que vem se desenhando para a saúde põe em xeque seu caráter público em detrimento do apoio, por parte do Estado, ao crescimento do setor privado. Está-se diante, pois, de uma complementariedade invertida no Sistema Único de Saúde (SUS).

Como o Estado tem apoiado o setor privado de saúde? Por que os recursos públicos têm sido destinados à prestação de serviços privados que visam taxas ascendentes de lucratividade? De que modo a complementariedade invertida no SUS reverbera no atendimento das demandas da população? Eis os questionamentos que inquietaram e convocaram o presente estudo. Para respondê-los, claro que sem o anseio de esgotá-los, recorreu-se à pesquisa bibliográfica e documental através de referências que expressam as tendências em curso no âmbito da saúde e possibilitam um diagnóstico, ainda que sumário, dos desafios a serem enfrentados diante dos interesses privatistas que fortemente se expandem. Pois, como recomendara o filósofo alemão: “precisamos nos dar conta do que se passa ante nossos olhos e tornarmo-nos porta-vozes disto” (MARX, 1985, p. 119).

2 O SUS E O APOIO ESTATAL AO SETOR PRIVADO DE SAÚDE



Desde 1970, já sob os auspícios do Estado ditatorial, o setor privado de assistência à saúde cresce sem precedentes, consolidando o complexo médio-industrial que beneficia empresas internacionais de produção de medicamentos e de equipamentos biomédicos. Nos “anos de chumbo”, os governantes ampliaram a compra de serviços pela previdência e facultaram incentivos fiscais às empresas para que houvesse a contratação de companhias privadas ou cooperativas de médicos que prestassem atendimentos aos seus funcionários. Objetivaram a privatização de parte dos serviços médicos estatais, sob o argumento de que eram inadequados por não serem lucrativos. Expressivo nesse contexto é o crescimento da cifra de estabelecimentos hospitalares que visavam unicamente o lucro: “é de ver-se que, em 1969, havia 74.543 leitos privados no país, e em 1984, eles chegaram a 348.255, ou seja, num período de 24 anos, dá-se um crescimento da rede privada em 465%, possibilitada, sobretudo, pelas políticas da Previdência Social” (MENDES, 1994, p. 24).

Houve também um efetivo aumento de seguros privados de saúde, pois os seguros públicos já não satisfaziam as necessidades da classe média, dos trabalhadores das agências federais, do ramo da indústria e de outros setores mais organizados. Sem o apoio da classe média e demais categorias, os trabalhadores rurais e os menos organizados ficavam a mercê dos maus atendimentos em instituições públicas e filantrópicas de saúde. Não havia nenhum interesse do Estado em construir um sistema único de saúde que fosse configurado para o atendimento de saúde a todos sem exceção. Aquelas categorias estavam preocupadas apenas com as melhorias de seus seguros privados de saúde. Por outro lado, as propostas que almejavam uma ampla reforma da política de saúde foram formuladas e encabeçadas pelo Movimento da Reforma Sanitária (MRS)¹.

Contra-pondo-se às práticas do Estado ditatorial, assim como ao modelo assistencial médico privatista, o Movimento deixou explícita sua oposição à privatização da medicina levada a cabo pelo Estado e à regulação da saúde pelas forças mercantis.

Vale a pena rememorar que as proposições do MRS foram postas durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, com a seguinte defesa: “O principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor” (RELATÓRIO FINAL DA 8ª CNS, 1986, p. 12). Ademais, põe-se às claras a exclusividade da alocação dos recursos no setor público:

¹ Analisando as bases desse Movimento, Soares (2012, p. 87) constata que ele “[...] implementa uma luta contra-hegemônica à racionalidade não só da política de saúde, mas do Estado brasileiro como um todo e do modelo de desenvolvimento capitalista. Esse movimento não era homogêneo, sendo constituído por diversos segmentos, desde os que defendiam uma nova ordem societária, fundados numa racionalidade de base emancipatória humana, até mesmo os que defendiam um melhoramento da ordem burguesa, com bandeiras de luta da socialdemocracia”.



II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais
Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis – 23 a 25 de outubro de 2017

[...] redirecionamento dos fundos públicos [...] para financiamento exclusivo da rede do setor público estatal e municipal; a suspensão imediata de financiamento, por parte destes fundos [...], para ampliação, reforma e construção de estabelecimentos privados ou para compra de equipamentos (RELATÓRIO FINAL DA 8ª CNS, 1986, p. 16).

Conduz-se, desde essa Conferência, a uma separação total da saúde com a Previdência Social e desencadeia-se, após inúmeras lutas e intensos debates, a criação de um sistema de saúde universal e público. Juridicamente falando, os fundamentos legais do SUS estão coligidos na Constituição Federal de 1988, nas constituições estaduais e nas leis orgânicas que cada município decreta. Sua regulamentação se deu pelas Leis Federais n.º 8.080 - que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes - e n.º 8.142 – que versa sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde -, ambas aprovadas em 1990, e por sucessivas leis que compõem o arcabouço jurídico nacional de tal política.

No que alude à saúde, que junto com a Assistência e a Previdência integra o tripé da Seguridade Social, a Constituição provocou importantes mudanças na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública. Trouxe a afirmação inédita, expressa em sua Seção II, artigo 196, de que *a saúde é direito de todos e dever do Estado*, sendo garantida, gratuitamente, sem privilégios e em qualquer local do país, “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal” às medidas para a sua promoção, proteção e recuperação.

Propunha-se a definição do papel da União, dos Estados e Municípios – ou seja: a definição de competências entre cada nível de governo – no sistema de saúde, mudança mais significativa no aspecto político-administrativo; a descentralização na formulação, gestão e implementação da política de saúde; a tessitura de uma rede regionalizada e hierarquizada que distribua de forma mais equânime os serviços e as ações de baixa, média e/ou alta complexidade prestados à população; o acesso universal, sempre pautado pela integralidade da atenção à saúde; uma concepção ampliada de saúde; o financiamento tripartite; e a abertura à participação efetiva da comunidade através do controle social.

A consolidação do SUS revela-se como um desafio para as forças sociais progressistas que o defendem através de muitos processos de resistência. Pela letra da lei, o SUS é um sistema público de prevenção e promoção de saúde, visando sempre a melhoria da saúde da população. Com ele, supera-se a oferta estratificada de serviços prestados no campo da saúde que, anterior à sua implantação, diferenciava a população entre os que podiam pagar e os que não dispunham de condições financeiras para custear os gastos com o seguro saúde. Estruturou-se na sociedade brasileira, desde a criação do SUS, um modelo único de saúde baseado na universalidade do acesso que tem a



característica de ser o arranjo organizacional do Estado que dá suporte à efetivação, aos princípios e às diretrizes de tal política. Materializa-se como um conjunto organizado de serviços e ações assistenciais ofertadas pelas instituições públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional e, ainda, apenas em caráter de *complementariedade*, nos serviços privados de saúde quando contratados ou conveniados para realizá-lo.

A propósito da participação do setor privado na assistência à saúde, conforme expressa o artigo 199, parágrafo primeiro, da Constituição,

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei (BRASIL, 1988).

O artigo 24, parágrafo único, da lei 8080/1990, ao tratar da participação complementar, reafirma o que está declarado como legal na Constituição. Assegura que somente quando as disponibilidades do SUS forem insuficientes para garantir o atendimento assistencial à população é que se poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. Em adição, no artigo 38 da mesma lei, tem-se que não são permitidas concessões e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde que assumam finalidade lucrativa.

Importa destacar que mesmo com as mudanças no setor saúde as ações do setor privado continuaram. Ele pôde viabilizar atendimentos através de convênios celebrados com o Estado e os médicos continuaram atendendo seus pacientes a partir dos financiamentos do SUS ou dos seguros privados de saúde. Isso porque, adverte Arretche (2005, p. 292), “as deliberações constitucionais que deram origem ao SUS não tiraram os provedores privados lucrativos do papel que ocupavam na provisão de serviços especializados de atenção à saúde”. Durante a Constituinte, “estes atores conseguiram vetar qualquer proposta de reforma que lhes subtraísse a demanda pública por serviços hospitalares”.

Na Constituinte, abriu-se uma verdadeira arena política em que os interesses na saúde se enfrentaram por duas correntes. De um lado, “estavam os militantes do Movimento Sanitário e os partidos de esquerda, que defendiam que a saúde fosse domínio exclusivo do Estado, o qual deveria ser o único a oferecer esse tipo de serviço”. E, de outro, mantidos pelos seus interesses pessoais e corporativos, estavam, de acordo com Boschetti (2006), os grupos empresariais, caudatários do modelo médico-assistencial privado, “que fizeram enormes pressões não só para preservar o mercado privado de saúde, mas também para garantir que esse setor pudesse participar do sistema público”.



O objetivo dessa última corrente era dar maior visibilidade ao setor privado que recebia financiamento público. A todo custo, fazia-se presente a longa tradição de privatizar a coisa pública. Em primeiro lugar, defendia-se o direito desse setor vender serviços de saúde – isto é, tratar a saúde como mercadoria; e, em segundo lugar, a participação efetiva no sistema público, de modo a complementá-lo, recebendo, para isso, subsídios do Estado.

Malgrado as garantias legais desde a criação do SUS, a partir da chegada do neoliberalismo no país, e com ele o processo de “Reforma²” do Estado, um dos setores que mais tem sido impactado é a saúde. Em uma perspectiva histórica, esse processo inaugura, claramente, um Estado forte apenas “na capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro”, mantendo-se “parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas”, ágil na proteção às elites e às intuições bancárias e creditícias. Alegam os neoliberais que a “meta suprema de qualquer governo” é a garantia da estabilidade monetária. Na lógica do seu raciocínio, dever-se-ia instaurar uma “disciplina orçamentária, com a contenção dos gastos com bem-estar” (ANDERSON, 1995, p. 11).

Ao seguir tal lógica, as políticas de ajuste arbitradas pelos organismos internacionais e as medidas que expressam a contrarreforma do Estado resultam tendencialmente na redução dos gastos destinados à área social; na restrição das medidas de proteção social expressas nos direitos sociais que outrora foram conquistados e que vem sendo derruídas; na privatização das empresas estatais; nas diversas contrarreformas: da tributária à trabalhista; na transferência de funções públicas para setores públicos não estatais; no ascenso das taxas e dos juros; nas isenções fiscais para grandes empresas; nos subsídios corporativos; na repressão à oposição ao neoliberalismo e no endividamento do Estado.

Destaca-se, diante da contrarreforma do Estado, o confronto entre três projetos no âmbito da saúde: o *Projeto de Reforma Sanitária*, numa defesa clara da saúde pública, estatal e universal tal como fora inscrita no texto constitucional de 1988 e nas legislações sucessoras; o *Projeto Privatista*, que se articula aos interesses do mercado em tornar a saúde uma área economicamente lucrativa para o capital a partir da mercantilização/privatização dos serviços, convertendo a doença em fonte de lucro para a indústria farmacêutica, para as grandes corporações, para os planos de saúde e seus negócios correlatos; e mais recentemente, no alvorecer dos anos 2000, o *Projeto da Reforma Sanitária Flexibilizada* que “se adéqua ao contexto do sub financiamento da saúde, acreditando na otimização da gestão e na responsabilização dos profissionais de saúde

² As aspas são necessárias, pois “Embora o termo reforma tenha sido largamente utilizado pelo projeto em curso no país nos anos 1990 para se autodesignar, partimos da perspectiva de que se esteve diante de uma apropriação indébita e fortemente ideológica da ideia reformista, a qual é destituída de seu conteúdo redistributivo de viés socialdemocrata, sendo submetida ao uso pragmático, como se qualquer mudança significasse uma reforma, não importando seu sentido, suas consequências sociais e sua direção sócio-histórica” (BEHRING e BOSCHETTI, 2008, p. 149). Doravante, recorrer-se-á à categoria contrarreforma. Para um maior detalhamento sobre ela, vide Behring (2008).



para a efetivação do SUS ‘possível’”, ainda que isso implique “concessões que contrariam os interesses dos trabalhadores e o pleno usufruto do direito à saúde” (BRAVO, 2016, p. 2).

A contrarreforma estatal, sintonizada com os mantras neoliberais, tem inviabilizado ou criado obstáculos para a efetivação do SUS, porquanto alguns caminhos percorridos no panorama da saúde brasileira estão na direção inversa das diretrizes que compõem medularmente a Reforma Sanitária. Em se tratando deste aspecto, a constatação de Correia (2015, p. 71) traz à tona o fato de que, “ao invés da progressiva estatização da saúde, houve um processo de progressiva privatização, com incentivo estatal para o crescimento do livre mercado, para a compra de serviços privados de saúde pelo setor público”, como também “para a entrega de unidades e serviços públicos de saúde às entidades privadas”.

Sob o látigo da busca por lucratividade, diminuem-se os investimentos nos serviços públicos e viabiliza-se, como aponta o estudo de Scheffer (2015), a abertura de espaços no mercado para investimentos do capital com o intuito de absorver novos clientes³ que contratem seguros de saúde, adquiram mercadorias e serviços. Desde o ano 2000, a título de ilustração, os planos e seguros de saúde alçaram um crescimento de 48% em média. De tal modo que o nível de alcance abarcou mais de 45 milhões de indivíduos em 2010 e 47,8 milhões em 2011. Essa é a razão para o Brasil ocupar a posição de segundo mercado mundial de seguros privados de saúde, ficando atrás apenas dos Estados Unidos.

O mosaico de dados oferecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aponta que no segundo semestre de 2016 o número de beneficiários da saúde suplementar contabilizou 48,5 milhões vinculados a planos de assistência médica com ou sem odontologia e 22 milhões a planos exclusivamente odontológicos. O mercado acolheu 1.310 operadoras que atuaram por meio de 33,7 mil planos de saúde ou produtos e tiveram receita de contraprestações de R\$ 77,4 bilhões tão-somente no primeiro semestre de 2016. Recorrentemente, as pessoas têm sido levadas “cada vez mais [a] se utilizarem de planos privados de saúde pagando pelo que já pagam. Enfiando a mão no bolso para suprir o que lhe falta e que já está garantido por impostos e contribuições” (CARVALHO, 2014⁴).

Nos moldes da contrarreforma vigora, sem qualquer limite, a expansão do mercado privado de saúde avalizada pelo Estado por via da compra de planos de saúde para os funcionários públicos, dos subsídios e do incentivo econômico subjacente à renúncia de arrecadação fiscal das empresas e, ainda, da isenção fiscal de pessoas físicas. O Instituto

³ O economista Ocké-Reis (2015, p. 1352) observa que isso, entretanto, não desafoga “– completamente – os serviços médico-hospitalares do SUS, já que os usuários de planos de saúde utilizam seus serviços (vacinação, urgência e emergência, banco de sangue, transplante, hemodiálise, serviços de alto custo e de complexidade tecnológica). Dessa maneira, paradoxalmente, o SUS acaba socializando parte dos custos das operadoras – a exemplo do contencioso em torno do ressarcimento”.

⁴ CARVALHO, Gilson. *Planos de Saúde para Pobres (PPP) subsidiados pelo governo*. 2014. Disponível em: <<http://plataformapoliticasocial.com.br/planos-de-saude-para-pobres-ppp-subsidiados-pelo-governo/>>. Acesso em: 25 de maio de 2017.



de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, munindo-se dos dados disponibilizados pela Receita Federal, divulgou em 2013 que no período de 2003 a 2011 o volume de recursos que o Estado deixou de recolher via declaração de Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF) e Imposto de Renda de Pessoa Jurídica (IRPJ) e desonerações fiscais dirigidas à indústria farmacêutica e aos hospitais filantrópicos ultrapassou R\$ 104 milhões.

A renúncia em todo o período estudado decorreu principalmente do Imposto de Renda de Pessoa Física. Em 2011, o IR teve participação de 48,8% (R\$ 7,7 bilhões) no total do gasto tributário em saúde, seguido pelos 18,6% das empresas (R\$ 2,9 bilhões), os 18,3% dos medicamentos (R\$ 2,8 bilhões) e os 14, 3% dos hospitais filantrópicos (R\$ 2,5 bilhões). O gasto tributário relativo à indústria farmacêutica foi o que mais cresceu entre 2003 e 2011 (de R\$ 1,7 bi para R\$ 2,8 bi), seguido do relativo às despesas dos empregadores com assistência médica, odontológica e farmacêutica (de R\$ 1,7 bi para R\$ 2,9 bi) (IPEA, 2013, p. 15).

Sobre as desonerações e seus consequentes efeitos, Vianna (2015) afiança que:

Na função saúde, os gastos tributários evoluíram de 20,6 bilhões em 2010 para 24,9 bilhões em 2014, o equivalente a 9,5% dos gastos tributários de 2014 [...]. Parte importante das desonerações tributárias que dão origem aos gastos tributários na área da saúde está relacionada, como já mencionado, à dedução, no IRPF, de despesas com planos de saúde e serviços médicos e, no caso da Pessoa Jurídica, ou seja, das empresas, das deduções de valores relativos à assistência médica, odontológica e farmacêutica prestada a empregados. [...] essas duas modalidades de renúncias na área da saúde totalizaram 14.4 bilhões de reais em 2014, o equivalente, aproximadamente, a 29% do total de recursos diretamente alocados pelo governo federal no orçamento da saúde em 2014.

Afora esta expansão pelo livre mercado, o setor privado da saúde tem atuado quando o Estado brasileiro incentiva a rede privada filantrópica, via contrato de gestão que discriminará as atribuições e responsabilidades de ambas as partes, à prestação direta de serviços na área da saúde, passando a ceder recursos orçamentários e humanos, equipamentos, prédios e bens a serem por ela geridos sem processo licitatório e sem prestação de contas a órgãos de controle interno e externo da administração pública.

Dentre as medidas do Estado para fortalecer a rede privada filantrópica e eliminar os empecilhos entre o público e o privado no setor saúde, pode-se citar a seguinte:

Em 2009, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-Sus), que ofereceu o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (Cebas) para instituições de saúde privadas, consideradas de excelência – Albert Einstein, Sírio Libanês, Hospital do Coração, Oswaldo Cruz, Moinhos de Vento e Samaritano -, para desenvolverem projetos de intervenção no SUS. Esses hospitais coordenaram 107 projetos de desenvolvimento institucional do SUS, no triênio 2012-2014, em diversas áreas, como capacitação de profissionais, aprimoramento de gestão e inovação tecnológica. Neste empreendimento, foram investidos, aproximadamente, R\$ 976 milhões (CORREIA, 2015, p. 73).

E continua Correia (2015, p. 76):



II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais
Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis – 23 a 25 de outubro de 2017

A contratualização de serviços privados filantrópicos, ditos complementares ao sistema público de saúde, constitui-se em uma das formas de captura do fundo público pelo setor privado. O volume de recursos públicos alocados na compra de serviços privados filantrópicos pelo setor público, especialmente, nos procedimentos hospitalares, demonstra que a referida complementariedade está invertida. Entre os anos de 2008 a 2014, foram alocados, no setor privado filantrópico, em média, 57% dos recursos do SUS destinados aos procedimentos hospitalares, enquanto que no setor público essa média não passou os 43%. Evidencia-se, também, que nos procedimentos em que os valores da tabela do SUS são mais altos, acontece um repasse muito maior de recursos públicos para o setor privado.

Os “novos modelos de gestão” também ganham terreno na cena contemporânea. Coerentes com a proposta de flexibilização da gestão propalada pela contrarreforma do Estado, trazem em seu bojo a Parceria Público-Privado (PPP) selada através dos Contratos de Gestão e se revelam em distintas modalidades: 1) com personalidade de direito privado “sem fins lucrativos”, podendo-se citar as Organizações Sociais (OSs) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), em ação desde o governo FHC; 2) e outras, as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), proposta surgida durante o segundo governo Lula e já posta em prática, com leis específicas, em diversos Estados e Municípios.

Ademais, o Estado tem atuado de modo a viabilizar a transferência da gestão de Hospitais Universitários (HUs) para entidades privadas, a exemplo da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, criada em 2011, no governo Dilma, que

[...] é uma instituição de direito privado autorizada a exercer atividade estatal que não seja exclusiva do Estado como a saúde, a educação e a ciência e tecnologia, conforme o Plano Diretor. Vê-se assim, ainda que de modo inicial, as poderosas articulações e os complexos nexos entre a EBSEH e os interesses do grande capital. Esta iniciativa conforma e oferece viabilidade a contrarreforma do Estado Brasileiro (CARDOSO, 2014, p.43).

A EBSEH prejudica a autonomia universitária prevista no art.207 da Constituição Federal; prejudica também a autonomia educacional, pois essas empresas públicas de direito privado visam, acima de tudo, o lucro e se utilizam principalmente dos setores de pesquisa e extensão para barganhar formas contratuais com outras empresas para obter benefícios e lucratividade. Mostram-se contrárias ao SUS, pois o mesmo traz a garantia da universalização da saúde e essa transferência dos HUs para empresas privadas tem resultado na precarização, seletividade e focalização como base para a viabilização de seus serviços e atendimento aos usuários que não possuem planos privados de saúde.

Implantada a EBSEH, vislumbram-se alguns fatores típicos da contrarreforma do Estado: a redução do poder estatal; a privatização dos serviços sociais, com destaque para privatização da saúde e privatização dos direitos trabalhistas; e a redução do Estado enquanto responsável pela educação superior no âmbito da saúde, uma vez que o Estado atuaria apenas como financiador, oferecendo contratos de gestão.

Ao fim e ao cabo, o que tem prevalecido é o apoio à iniciativa privada e, em decorrência disso, o crescimento das privatizações de instituições públicas de saúde. A



saúde vai sendo incorporada ao movimento acumulativo do capital como uma área rentável que, aperfeiçoada pelos crescentes avanços científicos e tecnológicos, é submetida aos fins mercadológicos tão vitais para o funcionamento do sistema capitalista. Priorizam-se, portanto, os procedimentos que dão lucro. A saúde passa a ser vista como mercadoria, transitando, em não raras situações, da esfera dos direitos para a esfera do mercado no qual o contrato de compra e venda determina o acesso aos atendimentos. Vê-se que se tem uma inocultável inversão dos papéis: os serviços oferecidos pelas instituições privadas deixam de ser complementares ao SUS e se tornam, às vezes, quantitativamente superiores. Por conseguinte, as ações viabilizadas através do sistema público passam a ser complementares àquelas ofertadas no âmbito da iniciativa privada que se dirigem à maior lucratividade a ser obtida. Diante disso, o acesso universal aos serviços de saúde prestados pelo SUS “é interditado pela combinação perversa de um conjunto de fatores, entre eles, corrupção da máquina pública, gestão ineficiente, distorções orçamentárias e pelo baixo gasto público *per capita* em saúde” (ANDREAZZI e OCKÉ-REIS, 2007, p. 539).

3 CONCLUSÃO

Em suma, se ficaram nítidos, conforme o já exposto com base nos autores estudados, os avanços possíveis a partir da nova lógica que preside a saúde no âmbito do SUS, a nitidez se fez presente também em relação ao processo de contrarreforma que tem resultado na mercantilização e privatização da saúde e de outros tantos serviços antes de responsabilidade estatal e, desde então, repassados para a iniciativa privada. Percebemos, quanto a isso, que há o crescimento, a passos largos, do setor privado contraposto à diminuição de investimentos nos atendimentos públicos de saúde, além, é claro, do descumprimento dos dispositivos legais do SUS. Tal crescimento, contando sempre com o apoio do Estado, tem resultado numa complementariedade invertida no SUS.

A saúde, para se concretizar plenamente como direito do cidadão e dever do Estado, necessita, de fato, de ações públicas voltadas para sanar as necessidades da população; ações que respondam as expectativas sentidas pelos usuários que clamam por um melhor atendimento. Portanto, devem-se fortalecer as lutas já existentes e criar novas, se for o caso, que se identifiquem com esse objetivo para que a prestação dos serviços de saúde possa chegar de maneira real para a população, visando a qualidade na atenção à saúde, a legitimação do projeto de Reforma Sanitária e a consolidação do que fora estabelecido legalmente após muitos protagonistas lutarem incansavelmente. É preciso, pois, somar forças que se direcionem no sentido da resistência contra as investidas em curso. Esta é uma tarefa urgente, uma vez que a privatização – e suas contradições: custos altos, iniquidades, insuficiência na qualidade, seletividade, fragmentação, etc. - faz mal à saúde!



REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Cadernos de Informação de Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Brasília, Setembro: 2016.
- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILLI, P. *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- ANDREAZZI, M. de F. S. de.; OCKÉ-REIS, C. O. Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. In: *Physis*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2007.
- ARRETCHE, M. A Política da Política de Saúde no Brasil. In: LIMA, N. T. [et. al.], (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- BEHRING, E. R. *Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. 2ª. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BEHRING, E. R. e BOSCHETTI, I. *Política Social: fundamentos e história*. 4ª. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BOSCHETTI, I. *Seguridade Social e Trabalho: paradoxos na construção das políticas de Previdência e Assistência Social no Brasil*. Brasília: Letras Livres. Editora UnB, 2006.
- BRASIL. *RELATÓRIO FINAL DA 8ª CNS*. Ministério da Saúde, Brasília, 1986.
- _____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, Senado, 1988.
- _____. *Lei n ° 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. República federativa do Brasil, DF: Congresso Nacional.
- _____. *Lei n ° 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. República Federativa do Brasil, DF: Congresso Nacional.
- BRAVO, M. I. S. A privatização da saúde nos anos 2000. In: *Anais do XV Encontro Nacional de Pesquisadoras(es) em Serviço Social-ENPESS*. Ribeirão Preto/SP, 2016.
- CARDOSO, R. de O. O Processo de Contrarreforma do Estado Brasileiro e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: a privatização mascarada dos Hospitais Universitários. In: BRAVO, M. I. S. e MENEZES, J. S. B. de. (Orgs.). *A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.
- CORREIA, M. V. C. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. In: CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. dos. *Reforma Sanitária e contrarreforma da saúde: interesses do capital em curso*. Maceió: EDUFAL, 2015.
- IPEA. *Mensuração dos gastos tributários em saúde, ano 2013*. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1399/1/td_1637.pdf. Acesso em: 14 de abril de 2017.
- MARX, K. *A Miséria da Filosofia*. São Paulo, Global, 1985.
- MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.
- OCKÉ-REIS, C. O. Gasto privado em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 31, p.1351-1353, jul. 2015.
- SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. In: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 31, p.663-666, abr. 2015.
- SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S. e MENEZES, J. S. B.de. (Orgs.). *Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais*. São Paulo: Cortez, 2012.
- VIANNA, M. L. T. W. *A viabilidade de um Sistema Universal de Saúde no Brasil*. 2015. Disponível em: <http://plataformapoliticasocial.com.br/aviabilidade-de-um-sistema-universal-de-saude-no-brasil/>. Acesso em: 14 de maio de 2017.