

BRASIL

ESTADO SOCIAL CONTRA A BARBÁRIE

Jorge Abrahão de Castro

Marcio Pochmann

Organizadores

Antônio Carlos F. Galvão ▪ Bráulio Santiago Cerqueira ▪ Carolina Pereira Tokarski ▪ Denise Lobato Gentil ▪ Eduardo Fagnani ▪ Eliza Bartolozzi Ferreira ▪ Emir Sader ▪ Ermínia Maricato ▪ Esther Bemerguy de Albuquerque ▪ Evilasio Salvador ▪ Fabrício Augusto de Oliveira ▪ Guilherme Varella ▪ Helder Rogério Sant'Ana Ferreira ▪ João Brant ▪ José Carlos de Assis ▪ José Carvalho de Noronha ▪ José Celso Cardoso Jr. ▪ José Dari Krein ▪ Leonardo Castro ▪ Luana Pinheiro ▪ Luciana Jaccoud ▪ Marc Morgan ▪ Marcelo Sartorio Loral ▪ Marilena Chaui ▪ Mário Theodoro ▪ Milko Matijascic ▪ Paolo Colosso ▪ Paula Montagner ▪ Paulo de Martino Jannuzzi ▪ Pedro H. B. Carvalho Junior ▪ Rolf Hackbart ▪ Vanessa Petrelli Corrêa ▪ Wilnês Henrique



FUNDAÇÃO
Perseu Abramo
Partido dos Trabalhadores

Fundação Perseu Abramo

Instituída pelo Diretório Nacional do Partido dos Trabalhadores em maio de 1996.

Diretoria

Presidente: Marcio Pochmann

Diretoras: Isabel dos Anjos e Rosana Ramos

Diretores: Artur Henrique e Joaquim Soriano

Editores Fundação Perseu Abramo

Coordenação editorial

Rogério Chaves

Assistente editorial

Raquel Maria da Costa

Revisão

Claudia Andreoti

Editoração eletrônica e capa

Antonio Kehl

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B823 Brasil : Estado social contra a barbarie / Jorge Abrahão de Castro, Marcio Pochmann (organizadores). – São Paulo : Fundação Perseu Abramo, 2020.

613 p. : il. ; 23 cm.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5626-005-1

1. Política social - Brasil. 2. Democracia. 3. Movimentos sociais. 4. Economia - Brasil. 5. Desigualdade social. 6. Políticas públicas. 7. Desigualdade econômica. 8. Segurança pública. I. Castro, Jorge Abrahão de. II. Pochmann, Marcio.

CDU 323.2(81)

(Bibliotecária responsável: Sabrina Leal Araujo – CRB 8/10213)

Este livro obedece às regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

Fundação Perseu Abramo

Rua Francisco Cruz, 234 – Vila Mariana

CEP 04117-091 – São Paulo – SP

Telefone: (11) 5571-4299

www.facebook.com/fundacao.perseuabramo

[Twitter.com/fpabramo](https://twitter.com/fpabramo)

Sumário

Apresentação	9
<i>Jorge Abrahão de Castro e Marcio Pochmann</i>	
Parte I – Temas Gerais	19
Estado de bem-estar social: o que nos sugere a experiência internacional	21
<i>Jorge Abrahão de Castro e Wilnês Henrique</i>	
Democracia e sociedade autoritária.....	43
<i>Marilena Chaui</i>	
O Estado do bem-estar e as desigualdades no capitalismo.....	57
<i>Fabício Augusto de Oliveira</i>	
Elementos para um programa de transição ecológica.....	85
<i>Esther Bemerguy de Albuquerque</i>	
Tributação da riqueza: princípios gerais, experiência internacional e lições para o Brasil	105
<i>Pedro HB Carvalho Junior e Marc Morgan</i>	
Parte II – Temas Gerais do Brasil	133
Estado de bem-estar social no Brasil: a construção interrompida?.....	135
<i>Marcio Pochmann</i>	

Para onde vai o Brasil?	157
<i>Emir Sader</i>	
Regimes de crescimento da economia brasileira entre 2004 e 2018: não transformações e limites.....	171
<i>Vanessa Petrelli Corrêa e Marcelo Sartorio Loral</i>	
Evolução do bem-estar social dos brasileiros: da expectativa cidadã ao prenúncio da barbárie social	207
<i>Jorge Abrahão de Castro</i>	
Estado de bem-estar, políticas públicas e mobilidade social no Brasil.....	231
<i>Paulo de Martino Jannuzzi e Paula Montagner</i>	
Território como base de políticas públicas: ideias para o desenvolvimento brasileiro futuro	255
<i>Antônio Carlos F. Galvão</i>	
As cidades são centrais para o bem-estar social: especificidades da produção do espaço urbano no Brasil.....	277
<i>Ermínia Maricato e Paolo Colosso</i>	
Desenvolvimento rural: terra e mudanças climáticas	301
<i>Rolf Hackbart</i>	
Estado de bem-estar e funcionalismo público na linha de tiro do neoliberalismo: a Reforma Administrativa Bolsonaro e suas falácias.....	319
<i>Bráulio Santiago Cerqueira e José Celso Cardoso Jr.</i>	
Reforma tributária para enfrentar a desigualdade social	335
<i>Eduardo Fagnani</i>	
Fundo público e conflito distributivo em tempos de ajuste fiscal no Brasil.....	367
<i>Evilasio Salvador</i>	
A crise dos estados: ruptura do Pacto Federativo via financeirização dos orçamentos estaduais.....	389
<i>José Carlos de Assis</i>	
Parte III – Temas das Políticas Sociais e Segurança Pública	401
Seguridade social brasileira: construção, estrutura, conquistas e desafios.....	403
<i>Milko Matijascic</i>	

Dominância financeira e o desmonte do sistema público de previdência social no Brasil.....	419
<i>Denise Lobato Gentil</i>	
O sistema de saúde brasileiro: rumo à universalidade ou à segmentação?.....	445
<i>José Carvalho de Noronha e Leonardo Castro</i>	
A seguridade social e trajetória recente da assistência social no Brasil...	469
<i>Luciana Jaccoud</i>	
Trabalho e Renda para pensar uma sociedade civilizada	485
<i>José Dari Krein</i>	
A consolidação do direito à educação como desafio para um Estado de bem-estar no Brasil.....	501
<i>Eliza Bartolozzi Ferreira</i>	
Do Estado de cultura ao Estado anticultural	523
<i>Guilherme Varella e João Brant</i>	
Dez anos de Política de Promoção da Igualdade Racial no Brasil: o que aprendemos?	539
<i>Mário Theodoro</i>	
Entre a crise do Estado de bem-estar social e a crise dos cuidados: onde estão as mulheres nas reflexões sobre a provisão do bem-estar social?	563
<i>Luana Pinheiro e Carolina Tokarski</i>	
Segurança pública: desigualdades estruturais e reforma da política criminal	591
<i>Helder Rogério Sant'Ana Ferreira</i>	

O sistema de saúde brasileiro: rumo à universalidade ou à segmentação?¹

*José Carvalho de Noronha*²

*Leonardo Castro*³

O grande marco contemporâneo da reorganização do sistema de saúde brasileiro fixou-se no ano de 1988, com a promulgação de uma nova Constituição Federal, que traduziu o pacto de transição do país para um regime de liberdades democráticas depois de 21 anos de ditadura militar. Esse marco consistiu na inclusão da saúde como parte necessária da segurança social e, de maneira clara, como direito de cidadania que exige prestação explícita pelo Estado, através de políticas sociais e econômicas que minimizem ou eliminem riscos de adoecimento e morte, e através do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

De fato, as primeiras intervenções estatais sobre a saúde, associadas ao saneamento dos portos, remontam à virada do século XX, em particular no Rio

¹ A parte inicial deste capítulo foi extraída e adaptada de COSTA, NORONHA e NORONHA, 2015.

² Médico (UFRJ) Sanitarista, Doutor em Saúde Coletiva (UERJ). Médico da Fundação Oswaldo Cruz, onde coordena a iniciativa de Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro “Brasil Saúde Amanhã”. Membro do Conselho Consultivo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES. Ex-professor adjunto do Instituto de Medicina Social da UERJ.

³ Doutor em Antropologia Social pelo Museu Nacional/UFRJ, analista da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz, colaborador da iniciativa de Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro “Brasil Saúde Amanhã”, da presidência da Fiocruz.

de Janeiro, com as campanhas de Oswaldo Cruz para erradicação da febre amarela e da varíola. Contudo, foi preciso esperar a década de 1920 para que aparecessem estruturas governamentais de suporte ao combate à tuberculose e aos cuidados com a infância.

A migração, principalmente italiana, que deu suporte à industrialização de São Paulo, estimulou a criação de organizações mutualistas à moda das caixas de assistência e pensão europeias. Caixas que foram objeto de regulação estatal a partir de 1923 (com a chamada Lei Eloy Chaves, que criou a Caixa de Aposentadorias e Pensões para os empregados das empresas ferroviárias) e que incluíam a assistência à saúde entre as suas prestações.

Na década de 1920, o país assistiu a numerosas crises políticas que culminaram na revolução que, em 1930, alçou Getúlio Vargas ao poder (1930-1945). Boris Fausto descreve nos seguintes termos as mudanças que se processaram: “Um novo tipo de Estado nasceu após 1930, distinguindo-se do Estado oligárquico não apenas pela centralização e pelo maior grau de autonomia como também por outros elementos” (1995, p. 327). O autor distinguiu três características fundamentais da nova ordem: 1) atuação econômica do Estado, visando promover a industrialização; 2) atuação social, com a criação dispositivos de proteção social para os trabalhadores urbanos; 3) papel central atribuído às Forças Armadas, em especial ao Exército, como fator de “garantia da ordem”. Em síntese, arremata Fausto: “O estado getulista promoveu o capitalismo nacional tendo dois suportes: no aparelho de estado, as Forças Armadas; na sociedade, uma aliança entre a burguesia industrial e setores das classes trabalhadoras urbanas” (*Ibid.*, p. 327).

Data desse período a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. O eixo central do novo governo passava pela construção “de um renovado homem brasileiro, sadio e educado” (HOCHMAN, FONSECA, 2000, p. 185). São criados, à moda bismarckiana, Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que incorporaram a assistência médica e a saúde do trabalhador em suas cestas de benefícios, organizados segundo um conjunto de categorias profissionais que passaram crescentemente a ser reconhecidas pelo Estado sendo assim incorporadas à esfera dos “direitos”.

Como ressaltou Donnangelo (1975), a criação e o desenvolvimento da previdência social no Brasil adquiriram simultaneamente sentido de conquista

de direitos sociais pelos assalariados e parte de um processo de reatualização, pelo Estado, das condições necessárias à preservação e aos desdobramentos da ordem social capitalista. Da perspectiva do assalariado, a política trabalhista de Vargas – tanto a previdenciária como a propriamente trabalhista – respondia a reivindicações imediatas referentes ao consumo de um mínimo de bens e serviços, que, pela própria dinâmica das relações de classe, seriam também potencialmente propensas à negação do sistema.

A incorporação dos imigrantes e a atração para a cidade das populações rurais estimulavam expectativas de maior acesso a bens e serviços. As novas condições devidas no meio urbano implicavam padrões de consumo diferenciados entre as populações urbanas e rurais, que se definiam reciprocamente como superiores e inferiores, não apenas em termos do *quantum* de bens e serviços a que tinha acesso homem urbano, mas também a “qualidade” dos mesmos, qualidade essa definida pela incorporação de elementos da ciência e da técnica. A presença crescente de massas proletárias nas cidades, com a aceleração do processo de industrialização, aumentava as pressões no sentido da obtenção deste padrão superior de vida (DONNANGELO, *op. cit.*, p. 19). Neste contexto, a estruturação de serviços de assistência médica, ao lado de benefícios previdenciários mais típicos, como o auxílio-doença e o auxílio-invalidez, constituíram simultaneamente um maior controle sobre a força de trabalho e, também, uma resposta às tensões sociais geradas no contexto urbano.⁴

Em 1945, foi proposta a unificação de todos os serviços previdenciários em um só organismo e a universalização da cobertura previdenciária. A homogeneização dos benefícios, porém, só viria a acontecer com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960. A dissociação entre a saúde pública e a assistência médica perdurou até a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) após a Constituição de 1988 (FONSECA, 2007).

Durante o segundo governo Vargas (1951-1954), dois grandes eixos propositivos de reforma institucional, que vinham se cristalizando desde o final dos anos 1940, dominaram o debate sobre a política de saúde. Um que propunha a criação de um Ministério da Saúde, e outro que defendia a criação de

⁴ Há extensa literatura sobre a evolução da política de saúde e previdenciária no período, da qual destacamos: Donnangelo, 1975; Cohn, 1981; Cordeiro, 1984; Oliveira e Teixeira, 1986; Lima et al., 2005 e Fonseca, 2007.

um Ministério da Saúde, Assistência e Previdência Social. Os sanitaristas da época acreditavam que a saúde pública deveria orientar-se basicamente para a assistência às áreas rurais, distinguiram as ações coletivas de saúde das ações individuais e consideravam que a saúde pública não deveria se misturar com a assistência médica individual oferecida pela previdência social. Já os defensores da integração com a previdência social acreditavam que as ações curativas e preventivas deveriam caminhar juntas, que a dispersão de órgãos da previdência e na saúde eram indesejáveis, que a maneira pela qual a previdência social estava organizada era fragmentada e excessivamente corporativa, excluindo de seu universo de segurados a maioria da população brasileira. Na época, foi aprovada pelo Congresso a proposta do governo da criação do Ministério dos Serviços Sociais, englobando as áreas de saúde e previdência. A necessidade de ampliação da base política de Vargas, entretanto, levou à criação do Ministério da Saúde, separando as ações de saúde da educação, porém mantendo-as distantes das ações de assistência médica que competiam à previdência social (HAMILTON, FONSECA, 2003, p. 801-805).

Como destacou Fiori (*op. cit.*), os impasses e conflitos que marcaram o segundo período Vargas já evidenciavam as insuficiências do projeto desenvolvimento nacional getulista: a fraqueza relativa do empresariado industrial frente às necessidades postas pela industrialização e os limites do sistema bancário privado, acomodado aos interesses do capital agrário-mercantil, obrigavam o Estado a agir como financiador do investimento. O suicídio de Vargas, em 1954, em uma conjuntura de grave crise política, viabilizou a eleição de Juscelino Kubitschek, em processo tumultuado e marcado por ameaças de ruptura da ordem institucional capitaneadas por setores das Forças Armadas. No governo Kubitschek, nos termos de Fiori, se impõe: “uma inflexão estratégica com a opção por um desenvolvimentismo associado com o capital internacional, única forma de financiar uma industrialização tardia e periférica que jamais se tornou um projeto verdadeiramente nacional, ao estilo prussiano” (p. 69-70).

O modelo de desenvolvimento associado aos anos JK, com a introdução da indústria automobilística, calcado em bens de consumo duráveis e com alto grau de internacionalização e dependência tecnológica, trará para a área da saúde um novo campo, distante do “salubrismo” do Ministério da Saúde e do sistema previdenciário público dos Institutos de Aposentadorias e Pensões:

o dos planos privados de saúde, que vão se constituir à margem dos IAPs e serão um importante obstáculo à futura instituição de um sistema universal e equitativo no país.

Projetos de corte universalista para a área da saúde foram retomados no governo João Goulart (1961-1964), vice-presidente eleito sob o impulso do legado do trabalhismo de Vargas, que assumiu o governo após a renúncia de Jânio Quadros, em um episódio marcado por novas ameaças de ruptura institucional. A base social que faria avançar as propostas das “reformas de base” não foi o operariado moderno das novas indústrias radicadas, principalmente em São Paulo. Era composta por camadas do proletariado tradicional amparado pelo sistema previdenciário dos IAPs, pelo Comando Geral dos Trabalhadores, pelos sindicatos tradicionais e pelas massas que Paul Singer (1981) chamou de “subproletariado” – trabalhadores urbanos informais ou precários e trabalhadores rurais e camponeses em luta por direitos sociais e pelo acesso à terra.

A agenda reformista proposta por Goulart se evidencia no famoso Comício da Central do Brasil, no qual a reforma agrária foi o tema central. Entretanto, forças conservadoras com forte apoio da classe média se articularam para derrubar o governo e assumir o poder, em abril de 1964, instaurando a ditadura militar cuja sombra se estenderia por mais de duas décadas.

Mesmo o regime militar não ficou distante da necessidade de ampliar sua base social de apoio, como compensação pela supressão das liberdades civis e pelo controle sobre os sindicatos. De forma autoritária, promoveu ampla reforma do sistema previdenciário com a unificação dos IAPs em 1966, criando o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Aquela reforma, ao tempo que afastou as lideranças sindicais que davam suporte ao regime anterior, modernizou o sistema e criou uma nova burocracia que manteve a capacidade de responder às demandas dos trabalhadores vinculados aos antigos IAPs. Simultaneamente, foram criados incentivos para o fortalecimento das alternativas assistenciais no âmbito das empresas, abrindo um importante caminho para a ampliação do setor empresarial da saúde no país (OLIVEIRA, FLEURY TEIXEIRA, 1986; CORDEIRO, 1984).

Em 1979, o documento do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), “Democracia e Saúde”, sintetiza uma nova agenda política que será incorporada pelo chamado “Movimento da Reforma Sanitária”, integrado por

intelectuais e forças políticas do espectro da esquerda que associavam a luta por mudanças mais amplas na sociedade ao estabelecimento de políticas sociais de corte universalista inspiradas nos modelos bem-sucedidos da social democracia europeia ou dos países socialistas que ainda não viviam sua desarticulação (PAIM, 2008, p. 77-83). Tal agenda não será plenamente coincidente com a do movimento do “novo sindicalismo” que surgia naqueles tempos.

Fiori (2003) sugere que três projetos para o Brasil estiveram presentes durante toda a história do século XX, e persistem no começo do novo século. Um primeiro, de corte liberal, calcado na ortodoxia econômica liberal e na inserção subalterna na divisão internacional do trabalho, foi hegemônico no país até a revolução de 1930, tendo reaparecido em outros momentos, sob formas mais ou menos matizadas. O segundo projeto assumiu a forma de um programa desenvolvimentista industrializante que apareceu de formas diferentes nos dois governos de Vargas, em Juscelino Kubitschek e no período militar, especificamente no governo Geisel. O terceiro e último projeto não havia ocupado o poder estatal ou comandado a economia de nenhum governo republicano, mas teve forte presença no campo da luta ideológica e cultural e das mobilizações sociais democráticas do período, embora tenha tangenciado as ideias e alianças do desenvolvimentismo conservador (FIORI, p. 10-13).

No breve hiato imediatamente após a inauguração da “Nova República”, entre 1985 e 1988, ganhou algum espaço, com expressão na área da saúde, o “terceiro projeto” de Brasil identificado por Fiori. Isto se dará na concepção e desenho das políticas de proteção social estabelecidas logo no princípio do governo Sarney e, sobretudo, nos debates e na formulação do capítulo da Seguridade Social da Constituição de 1988. Naquela altura, disseminaram-se concepções universalistas e democratizantes. A realização, em 1986, da VIII Conferência Nacional de Saúde, precedida de conferências em quase todos os estados e em muitos municípios brasileiros, ensejou uma grande mobilização popular e política cujos efeitos se fizeram sentir na Assembleia Nacional Constituinte.

O pacto constitucional de 1988 e desdobramentos

O Brasil emergia de um período ditatorial que durou 21 anos. Eram vivas as marcas das lutas de resistência ao regime, que passava pela grande frente políti-

ca em torno do único partido de oposição existente até o retorno do pluripartidarismo, o Movimento Democrático Brasileiro (MDB). Também foi época de ressurgimento do movimento sindical e das greves operárias; movimentos das periferias urbanas, favelas e Comunidades Eclesiais de Base (CEBs); emergência de uma intelectualidade progressista em áreas como Economia, Ciências Sociais, Educação, Saúde, Habitação e outras. À crescente luta pela retomada dos direitos civis e políticos, associava-se a luta por avanços também nos direitos sociais e ambientais.

A coalizão governamental que deu início à Nova República refletiu esse amplo espectro político, cabendo à centro-esquerda da época os Ministérios da Previdência Social, Trabalho e Cultura, além de posições importantes no Ministério da Saúde. Datam deste período várias iniciativas de caráter universalizante conduzidas pela administração progressista do INAMPS (CORDEIRO, 1991).

As eleições municipais de 1985, primeira em que os analfabetos exerceram o voto, deram ampla vitória ao sucedâneo do antigo MDB, que elegeu 19 dos 25 prefeitos das capitais. Nas eleições estaduais de 1986, na esteira do plano de controle da inflação conhecido como Plano Cruzado, o partido elegeu todos os governadores, exceto o de Sergipe. Também em 1986 foram escolhidos os representantes para a Assembleia Nacional Constituinte, resultando em uma composição favorável à introdução de reformas e políticas sociais.

O texto constitucional, retomando a discussão interrompida no final do segundo governo Vargas, integrará conceitualmente, sob a denominação de Seguridade Social, o “conjunto de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.⁵ A seguridade terá fixado no próprio texto constitucional seus objetivos: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; diversidade da base de financiamento; e o caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalha-

⁵ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

dores, dos empregadores, dos aposentados e do governo nos órgãos colegiados. A nova Constituição estabeleceu que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Viana e Silva identificaram, em 2012, três institucionalidades de política social nas duas décadas de 1990 e 2000. A primeira, denominada “neoliberal” (1990-2002), inicia-se no governo Collor e prossegue nos governos Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso; a segunda, de transição, corresponderia ao primeiro governo Lula (2003-2007); enquanto a terceira, “neodesenvolvimentista”, corresponde ao segundo governo Lula (2007-2010).

A inauguração da década de 1990, com o governo Collor, tentará dar o tom da contrarreforma sanitária. Teve início um movimento de opções contraditórias: de um lado discursava-se sobre os méritos da descentralização e do “controle social” e de outro, aprofundava-se uma subtração de recursos da saúde que reduziu significativamente a política de incremento de gastos de meados verificada nos anos 1980. Extinguiu-se o INAMPS, uma das poucas burocracias governamentais criada a partir da inspiração trabalhista e aprovou-se a “Lei Orgânica da Saúde”, onde se enunciam os preceitos da reforma sanitária democrática dos anos 1980, mas cuja implantação colidia com a orientação geral da política econômica e tributária daqueles tempos.

A promulgação da Lei 8.080 em 1990, em pleno início da vertigem neoliberal da época, pode parecer paradoxal. Entretanto deve-se salientar dois aspectos que terão extrema relevância para a conformação do sistema de saúde brasileiro no período subsequente. O primeiro, de caráter normativo, consiste na afirmação, conforme o Artigo 4º da Lei, de que o denominado Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído somente pelo “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”. A iniciativa privada, cuja liberdade de atuação é garantida pelo Artigo 199 da Constituição, só é abarcada pelo SUS na prestação suplementar de serviços ao mesmo (parágrafo 2º do Art. 4º, Lei 8.080). Será dentro desse corredor que os arranjos inteiramente privados (com incentivos governamentais) prosperarão. O outro aspecto,

em sentido oposto, diz respeito à preservação dos princípios declaratórios do direito à saúde e da sustentação da política da descentralização através da municipalização. Apesar dos incentivos ao setor privado, a expansão do sufrágio universal, a despeito de todas as suas distorções, obriga as autoridades políticas legislativas e executivas a atender as demandas por serviços de saúde da população não coberta por planos de saúde, ainda que de formas denominadas por alguns de “clientelistas”.

No início da década de 2000, o sistema de saúde brasileiro exibia uma grande fratura. De um lado, para ricos e remediados, um modelo “americano” anárquico, com assistência médica predominantemente privada e regras de concorrência predatórias, sem qualquer programa de qualidade associado e com quebra de cobertura no caso de doenças crônicas e na velhice, que só passa a ter algum grau de regulação com a aprovação da lei 9656/1998.⁶ De outro lado, um sistema para os pobres, o SUS, fragmentado, múltiplo, descentralizado com escassa coordenação e articulação, sub-remunerado, com ênfase nas prestações médico-assistenciais sem definição de prioridades, orientado pela oferta de serviços.

A eleição de Lula à Presidência da República, por meio de uma coalizão de partidos políticos hegemonicamente de centro-esquerda, elevou expectativas em relação às políticas sociais, incluindo a esperança de aproximação da política de saúde ao projeto original da reforma sanitária. O marco deste processo foi a afirmação de um programa de desenvolvimento que envolveu múltiplos aspectos – econômicos, sociais, políticos, culturais e ambientais – com amplo engajamento e responsabilização do conjunto da sociedade (VIANA, SILVA, *op. cit.*).

No curso do primeiro mandato, realizou-se a fusão das diversas iniciativas de programas e políticas focalizadas prescritas pelo ideário liberal e implementadas pelos governos anteriores. Foi criado o Bolsa Família, proposta de intervenção distributiva articulada à educação e à saúde pelas condicionalidades de acesso e permanência das famílias no programa. Gastando em torno de 2% por ano do total do gasto orçamentário federal, realiza marcante expansão

⁶ BRASIL. Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm>.

de cobertura e adota iniciativas de gestão mais eficientes atingindo impacto efetivo nos indicadores de desigualdades e saúde melhorando os padrões de pobreza absoluta e relativa (*ibid.*).

Ao mesmo tempo, iniciou-se uma política de aumento real do salário mínimo e redução impostos sobre alimentos da cesta básica ampliando a capacidade de consumo das famílias como estratégia central para o seu programa de transição para o desenvolvimento. Entretanto, o mesmo governo fomentou o incentivo à previdência complementar privada e promoveu reformas restritivas no sistema previdenciário. Embora a agenda construída para a saúde mantivesse um caráter continuísta de expansão da atenção básica e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), inovou na criação dos Programas de Saúde Bucal e da Farmácia Popular. No plano das inovações, sob a influência das diretrizes governamentais de combate à exclusão social e da participação social, destaca-se a criação de diversas ações voltadas para grupos populacionais específicos: negros, ribeirinhos, populações do campo, em situação de rua, entre outros (MACHADO, BAPTISTA, 2012).

A euforia com os resultados do desenvolvimento econômico proporcionado pelo governo Lula baseou-se na constatação de que, a despeito da crise econômica de 2008, o país conseguiu avançar nos indicadores sociais. Mas esse feito não resultou na consolidação de novo patamar de desenvolvimento econômico – o que requereria maior tempo e mudanças na estrutura produtiva e no emprego, ou seja, nas relações entre o capital e o trabalho. Nesse contexto, a mobilidade das classes sociais permaneceu obstruída no que diz respeito à ascensão da classe média, como expressão da luta das classes.

À sombra dos planos privados de saúde

Paradoxalmente, a despeito da saúde integrar a seguridade social e assumir condição de direito social universal, nas primeiras décadas do século atual aumenta a participação do setor saúde no Produto Interno Bruto (PIB), às custas do crescimento do gasto privado e não do investimento e gasto público. Em que pese o qualificativo ‘único’ presente na denominação do sistema público, o sistema real consiste em um híbrido público-privado no qual o subsistema dito “suplementar”, segmento de ações e serviços financiados

com recursos privados, na prática, concorre com o SUS não somente pelos usuários mas, também, por recursos financeiros, uma vez que o subsistema é fortemente subsidiado pelo Estado, seja por meio de gasto tributário, mas também na formação de recursos humanos, em grande parte também custeada e subsidiada pelo Estado.

A complexa dinâmica da privatização setorial envolveu o aumento do consumo em saúde, de planos privados e de medicamentos, mas decorre essencialmente de políticas econômicas articuladas com concessão de benefícios e tributos, tornando-se diante disso um problema bem mais grave. É fundamental observar que ocorreu no país uma clara mudança de *status* das empresas privadas de assistência médica ao longo dos anos 1980 e 1990, refletindo uma tendência internacional que abria espaço para o mercado e o lucro a partir do sucateamento dos serviços públicos, delineando o “bom” cenário futuro de investimento para o novo mercado da saúde. Essa alavancagem no Brasil compreendeu uma estratégia sintonizada de mudanças do regime de subsídios diretos para o de políticas fiscais de incentivos de demanda e de oferta que protegeram as empresas na crise econômica do final dos anos 1990.

Essa engrenagem permitiu ganhar a adesão de empregadores e empregados e, de forma perversa, se estabelece uma conjugação de bases de financiamento e incentivos oriundas do fundo público, modelando uma assistência fragmentada e estratificada na sociedade e no interior das próprias empresas. Nesse caso, as seguradoras oferecem distintos padrões de coberturas e cobram distintos valores por tipos de procedimentos por diferentes planos que são adquiridos de acordo ao *status* sócio-operacional dos empregados, como destaca Lígia Bahia (2013).

O mercado de seguradoras e planos de saúde da saúde cresceu e se fortaleceu no cenário econômico e político no Brasil, chegando a se tornar um dos grandes financiadores das campanhas eleitorais no país, incluindo candidatos aos poderes Legislativo e Executivo (BAHIA, SCHEFFER, 2015). Com isso, ampliaram seu poder, através de favorecimento ao setor de planos de saúde, de benefícios destinados para fundos de investimento na saúde, da abertura ao capital estrangeiro, de ataques a parcerias de desenvolvimento produtivo com preferência de compra para empresas sediadas no país. Resultado disto foram as iniciativas da legislatura do Congresso Nacional iniciada em 2015, que nos

primeiros meses de seus mandatos autorizaram a entrada de capital estrangeiro para exploração de serviços de assistência à saúde, antes proibidas pela lei a partir do entendimento de incompatibilidade de interesses em relação ao sistema público universal (Art. 142 da lei 13.097/2015⁷). Para agravar, alteraram a vinculação do piso do orçamento setorial à variação nominal do produto interno bruto para uma proporção de apropriação das receitas correntes líquidas em proporção inferior às demandas do setor (que reclamava a destinação de 10% das receitas brutas da União para a Saúde) através da Emenda Constitucional 86/2015.⁸

A ausência de alternativas vigorosas face ao acirramento das contradições impostas à efetivação do direito universal à saúde acentuou a mercantilização e financeirização da saúde, aproximando o Brasil do modelo americano, excludente e deficiente para os pobres, tecnológico, sofisticado e resolutivo para os que podem pagar.

Na realidade, desde os governos dos anos 1990 o país vem sendo submetido a políticas econômicas que atendem prioritariamente aos interesses do capital financeiro, privilegiando juros altos, câmbio apreciado e superávit primário, que favoreceram o mundo das finanças inclusive no empresariamento da saúde. Porém, mesmo sem promover as mudanças estruturantes sobre a produção, o mercado e o trabalho, o Brasil com Lula obteve avanços em relação ao modelo anterior essencialmente liberal de Fernando Henrique Cardoso.

O chamado “neodesenvolvimentismo” do segundo governo Lula e do primeiro governo Dilma Rousseff foi duramente atacado por forças conservadoras da sociedade, incluindo aquelas que participavam da coalizão política que dava sustentação a esses governos, culminando no golpe parlamentar que destituiu a presidente em 2016, levando ao cargo o vice-presidente Temer.

Os objetivos setoriais da saúde universal e de qualidade e associadas ao SUS se deparam com barreiras e contradições no interior do próprio modelo de Estado, sociedade e de desenvolvimento do país. As políticas econômicas de ajuste fiscal adotadas pelo Brasil a partir de 2015 colocarão o país em um

⁷ BRASIL. Lei 13.097, de 19 de janeiro de 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13097.htm>.

⁸ BRASIL. Emenda Constitucional 86 (EC-95), de 17 de março de 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm>.

ciclo vicioso, em que o corte de gastos reduz ainda mais o crescimento. No espaço de fragilidade política aberto pela crise política e pelo impeachment da presidente Dilma, aprofundou-se o subfinanciamento federal da saúde pública, ameaçando a própria subsistência do SUS como um sistema universal e público de saúde.

Com Temer, retornam ao executivo federal os representantes do primeiro dos três “projetos” de Brasil identificado por Fiori (2003), o projeto “liberal” ou, mais exatamente, liberal-conservador. Como argumenta Jessé Souza (2017), pressupostos arraigadamente conservadores e mesmo reacionários – que, para o autor, tem suas raízes no escravismo – se escondem sob essa capa liberal. O discurso antiestado, o incensamento do “mercado” e a ênfase no “mérito” pessoal como justificativa para o sucesso econômico e social característicos desse liberalismo peculiar nada mais são, segundo Souza, do que justificativas para os privilégios que separam as classes superiores das classes subalternas no país, especialmente do grande contingente de “desclassificados”, portadores de um “*habitus* precário”, desaparelhados para competir no mercado formal de trabalho e se integrar aos setores “modernos” da economia – o “subproletariado” identificado por Paul Singer em 1981 (*op. cit.*), que Jessé (2009) provocativamente chama de “ralé”.

Esse enorme segmento de destituídos, composto por trabalhadores autônomos precários e excedentes que sobrevivem nos espaços intersticiais do mercado de produtos e serviços e na economia informal nas cidades, bem como por trabalhadores agrícolas precários e de subsistência, é resultado direto de um processo de modernização desequilibrado, em que o descompasso entre as rápidas transformações econômicas concentradas nas grandes cidades do Sul-Sudeste e, de outro lado, a persistência de um modelo agroexportador fortemente subsidiado pelo Estado e calcado no latifúndio, ocasionou um enorme deslocamento populacional em direção às cidades formando grandes bolsões de pobreza nas periferias urbanas, processo este que se acentuaria drasticamente no último terço do século XX com os incentivos à mecanização introduzidos pelo regime militar instalado em 1964, (GARCIA JR., PALMEIRA, 2001). Para Jessé Souza, o desprezo secular pela “ralé” é constitutivo da imagem de si que fazem as camadas superiores da sociedade brasileira e provê o fundamento oculto do liberalismo “meritocrático” das elites.

Poucos meses após a ascensão de Temer à presidência, o governo faz aprovar no Congresso a Emenda Constitucional 95/2016⁹, que limita o gasto primário do governo federal a um “teto” definido pelo montante gasto no ano anterior, reajustado pela inflação acumulada, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Se os anos 1990 trouxeram o engessamento do executivo federal com alguns pontos da lei de Responsabilidade Fiscal e da Desvinculação das Receitas da União, a aprovação da EC 95/2016 estabeleceu um padrão ainda mais radical de contenção do Estado que penaliza duramente a população mais pobre, principalmente os destituídos que compõem a “ralé” estrutural, parte expressiva dos cidadãos brasileiros que contam somente com o SUS para a prestação de cuidados à saúde – cerca de três quartos da população – e não têm alternativa para a escolarização de seus filhos que não a oferecida pelo Estado, sem considerarmos aqui os inúmeros obstáculos que se interpõem entre as crianças da ralé e o mundo escolar.

A saúde na encruzilhada

Trinta e dois anos passados depois da promulgação da Constituição, o Brasil mudou de maneira significativa seu perfil demográfico e epidemiológico. Registrou tendências que, grosso modo, não deverão sofrer grandes transformações nos trinta anos subsequentes. Segundo as estimativas do IBGE (2018), a população de maiores de 65 anos mais que triplicou entre 1988 e 2020, atingindo a cifra de 22,5 milhões, e chegará, em 2050, a 50,9 milhões de brasileiros, dos quais 15,1 milhões com mais de 80 anos.

Essa tendência reflete um padrão de morbimortalidade no qual coexistem problemas decorrentes diretamente da pobreza associados a um quadro de predomínio das doenças crônicas degenerativas, agravado por um elevado contingente de eventos provocados por acidentes e violência. Esse perfil aumenta a importância dos cuidados de saúde, no bojo de um processo que já se delineou nos países desenvolvidos a partir do último terço do século XX, em que doenças agudas com desfechos rápidos dão lugar a condições crônicas que re-

⁹ BRASIL. Emenda Constitucional 95 (EC 95), de 15 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm>.

querem cuidados continuados e permanentes. Esse perfil obriga a intervenção de diferentes profissionais de saúde, bem como a prestação de serviços sociais e de apoio comunitário, assistência domiciliar, centros de cuidados prolongados e cuidados paliativos.

Almejar alguma capacidade de integração e coordenação de cuidados pode parecer quimérico em um sistema fortemente segmentado, com terceiras partes pagadoras públicas e privadas. Em um país continental, com 27 unidades federadas e 5.570 municípios de dimensões territoriais e populacionais, biomas e uso do solo, condições sociais e econômicas bastantes diversas, torna-se impossível pensar em sistema de saúde equitativo que responda a essas condições sem forte coordenação e integração federativa. Há elevada concentração populacional e de pobreza urbana nas capitais, mas, igualmente, grandes bolsões de pobreza rural, particularmente nas regiões Norte e Nordeste. Com relação às condições de saúde, deparamo-nos com realidades socioambientais, econômicas e epidemiológicas distintas em diferentes espaços do território nacional. No plano da atenção à saúde, deparamo-nos com o fenômeno dos “vazios assistenciais” em vastas áreas do território, inclusive urbanas, justamente as mais pobres – onde vivem os destituídos da “ralé” estrutural. Há problemas de escala, que tornam antieconômico ofertar determinadas tecnologias de forma descentralizada, e insuficiência de financiamento para cobrir as necessidades de investimento e custeio de serviços mais complexos de forma ampla. Mas, também, há insuficiência e má distribuição de recursos humanos qualificados entre os diferentes espaços nacionais. Garantir acesso integral ao conjunto da população, em todos os níveis de atenção, nessas condições, é um imenso desafio, que o SUS não está até o momento equipado para enfrentar. A desigualdade na distribuição da oferta de serviços no território brasileiro e na vinculação exclusiva ou vantajosa de prestadores a pagadores privados constituem barreiras adicionais ao desiderato de um sistema universal e equitativo.

A contração de gastos no setor público agravada pela revisão dos mecanismos das transferências do governo federal para municípios adotada pelo Ministério da Saúde em fins de 2017, reduzindo suas condicionalidades programáticas, acabou por acentuar a fragmentação do sistema público e, indiretamente, à semelhança do que ocorreu na década de 1990, estimular os arranjos privados. A receita bruta das operadoras de planos de saúde, que cobrem

um quarto da população brasileira, em 2018, já foi pouco mais de uma vez e meia superior ao orçamento do Ministério da Saúde. Além disso, enquanto as despesas do SUS, somados os três níveis de governo, aumentaram, em valores reais entre 2012 a 2018, 8,2%, a receita bruta dos planos e seguros de saúde, no mesmo período, cresceu 42,0%. Em 2018, o per capita da média dos planos foi três vezes superior ao do SUS. Os 6 milhões de brasileiros cobertos pelas seguradoras especializadas (3,5% da população) apresentaram um per capita 5,3 vezes maior (cálculos a partir de dados do SIOPS¹⁰ e da ANS¹¹).

A drenagem de incentivos para os segmentos de maior renda cobertos pelos planos resulta de uma combinação, a par do maior controle sobre a força de trabalho, de salários indiretos não tributados transferidos ao consumidor final dos bens ou serviços, nos planos coletivos, e de deduções no imposto de renda tanto de pessoas físicas, tanto em planos individuais como em coparticipações em planos coletivos (NORONHA et al., 2011). De um total de gastos tributários da União para a função saúde estimados para 2018 em cerca de 39 bilhões de reais, 18 bilhões referiam-se a despesas com assistência à saúde.¹²

Como seria de esperar, a cobertura por planos de saúde está concentrada nas classes de maior renda. Entre os que ganham mais de 20 salários mínimos mensais, a cobertura alcança mais de 80%. A maior parte dos planos é contratada por empregadores. O valor da contribuição patronal é repassado ao preço final do produto ou serviço, sendo, portanto, pago pelo consumidor; e, por ser benefício, também não é tributado como rendimento pelo trabalhador. A parte paga por este, como ocorre também com os planos contratados diretamente pelos indivíduos, é deduzida da renda bruta para efeitos de tributação. Há, portanto, simultaneamente, uma renúncia de arrecadação e um “imposto ao consumo” oculto.

¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. SIOPS na gestão e financiamento da Saúde: indicadores. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/repases-financeiros/siops/indicadores>>.

¹¹ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados e indicadores do setor. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>.

¹² BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal. Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária (Gastos Tributários) – PLOA 2018. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://receita.economia.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/previsoes-ploa/arquivos-e-imagens/texto-dgt-ploa-2018-arquivo-final-para-publicacao.pdf>>.

Teremos um SUS universal?

Os números do SUS impressionam. Segundo o DATASUS, em 2018, foram realizados: mais de 1,2 bilhão de consultas, cerca de 935 milhões de procedimentos diagnósticos, mais de 1,1 milhão de partos, 50 milhões de procedimentos cirúrgicos e cerca de 18 mil transplantes.¹³ No mesmo ano, mais de 50 milhões de doses de vacinas foram ministradas e o Programa Nacional de Imunizações, um dos maiores e mais bem-sucedidos do mundo, oferta regularmente 45 diferentes imunobiológicos para o conjunto da população.¹⁴

Embora a saúde, desde a promulgação da Constituição, tenha assumido a condição de direito social universal, o Brasil destoa muito dos países que dispõem de sistemas universais de saúde, tanto no financiamento e provisão de serviços quanto na composição entre arranjos públicos e privados. Isto se torna evidente quando se observa a participação dos gastos governamentais no gasto total em saúde. Tomando por base dados da Organização Mundial de Saúde referentes ao ano de 2017,¹⁵ a participação dos gastos totais em saúde em relação ao Produto Interno Bruto no Brasil – 9,2%, segundo a mais recente edição da Conta-Satélite de Saúde (IBGE, 2019) – situa-se em níveis próximos (entre 9% e 12%) aos de países desenvolvidos que contam com sistemas universais, como o Reino Unido e a Suécia, porém a proporção do gasto governamental em relação ao gasto total, em torno de 33% em 2017, é bastante inferior às daqueles países (por exemplo: Reino Unido, 79%; Suécia, 83%; França, 77%) no mesmo ano. Se atentarmos para os gastos governamentais per capita, a discrepância torna-se ainda mais evidente: em dólares norte-americanos ajustados por paridade de poder de compra, o gasto público brasileiro em 2017 (616,56) foi mais de 5,5 vezes menor do que o do Reino Unido (3.445,18) e chega a ser 7,7 vezes menor do que o da Suécia (4.770,28) – um

¹³ DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (Data-sus). Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS). Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>.

¹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z: sobre o Programa Nacional de Imunizações. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/sobre-o-programa>>.

¹⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION Global Health Expenditure Database. Disponível em: <<http://apps.who.int/nha/database>>. Note-se que o ano de 2017 é o mais recente com dados disponíveis para o conjunto de países considerados.

dado resume bem o quadro: a média dos países que integram a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico foi mais de seis vezes superior ao gasto público per capita no Brasil.

Como consequências do estrangulamento fiscal, do ponto de vista da organização do sistema de cuidados tornaram-se evidentes tendências ao 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.

A despeito de medidas compensatórias que permitiram a retirada de 28 milhões de pessoas da pobreza entre 2000 e 2015, a concentração de renda no 1% dos brasileiros no topo aumentou. Os seis brasileiros mais ricos do país detinham a mesma riqueza que os 50% mais pobres. A tributação e o gasto público não têm sido eficientes na redução das desigualdades no Brasil. O caminho, sem a reversão da EC 95/2016 (e, em realidade, de um conjunto de medidas de impacto sobre setor tomadas desde a promulgação da EC 86/2015) parece confirmar o Brasil dos 20% descrito por Jessé Souza (2016), ou ainda mais grave, um país que se supõe dos 20%, mas que em realidade pertence ao seu 0,1%, desde sempre comprometido com o primeiro dos três “projetos” explicitados por Fiori (ver acima), ancorado num suposto equilíbrio fiscal, nos paradigmas da economia ortodoxa e na inserção subalterna na divisão internacional do trabalho.

Há restrições ligadas ao cenário macroeconômico global, extremamente desfavorável, que apontam para a manutenção de baixas taxas de crescimento e da situação de contenção fiscal, se continuarem prevalecendo as políticas de ajuste estrutural, apesar de seu evidente fracasso, depois de décadas. O dogma da austeridade e constrangimentos econômicos diversos, nas últimas décadas, reduziram a margem de manobra dos governos nacionais a um mínimo resi-

dual em matéria econômica e política social, gerando descrença na democracia e em suas instituições (STREECK, 2013).

No Brasil, a tentativa recente de alavancar um novo ciclo de crescimento por meio de subsídios que estimulassem o investimento privado – que Laura Carvalho (2018) chamou de “Agenda FIESP”, uma vez que a Federação das Indústrias do Estado de São Paulo, na pessoa de seu então presidente Paulo Skaf, foi um dos seus proponentes – desembocou em um quadro de crise política que resultou em uma retração do PIB de cerca de 7,2% no biênio 2015-2016 e culminou no impedimento de Dilma Rousseff, apoiado de forma virulenta pela mesma FIESP que havia aplaudido as políticas de incentivo ao investimento do governo (SINGER, 2015; CARVALHO, 2018), seguindo-se então um período de estagnação econômica que se estende aos dias atuais.

A eleição de Jair Bolsonaro para a Presidência da República em 2018, um político até então inexpressivo, com base em uma plataforma de extrema direita, é reflexo desse quadro. A manutenção e aprofundamento, anunciados pelo novo governo, das políticas de contenção fiscal e do teto de gastos, a desconstrução da política ambiental, a retórica beligerante frente aos direitos sociais de minorias, o ataque frequente às universidades e instituições científicas e culturais, associados aos impactos da reforma da previdência aprovada pelo Congresso Nacional em 2019, sinalizam tempos difíceis para a saúde de brasileiras e brasileiros.

Os incentivos diretos e indiretos a planos e seguros de saúde associados ao subfinanciamento do SUS foram constituindo “castas” de usuários com coberturas diferenciadas. Já há uma longa distância entre oferta, qualidade, acesso e uso de serviços entre o quarto da população coberta pelos planos e seguros e o restante da população. Ademais, mesmo entre os segurados, “subcastas” são estabelecidas pelo valor do prêmio pago às operadoras. Modalidades cruéis de pré-seleção de risco pelos chamados “planos de adesão” ou pelos planos empresariais “sob medida” para grupos populacionais estratificados, e por outra distorção semiótica, chamada “saúde populacional” que “retiram a nata” de pessoas de maior risco e doentes de intermediários privados, lançando-os à “universalidade do SUS”.

É inevitável recordar, neste ponto, uma crônica do cineasta Cacá Diegues (2008) intitulada “Seleção Artificial” que trata do aparecimento, no futuro, do “*Homo ricus*”, resultado da diferenciação de uma parcela da população

que passa a ter acesso a serviços avançadíssimos de terapia genética na fronteira tecnológica e se dissocia do *Homo sapiens*. Os lucros com este segmento se tornariam de tal modo elevados que os laboratórios deixariam de fabricar medicamentos convencionais destinados aos homens comuns. Pode ocorrer um momento em que, mesmo sem a divisão genética de espécies, nossa elite se considere (se é que já não se considera) superior aos demais extratos populacionais. Não seria surpresa se retomassem a ideia de “soluções finais”.

O objetivo expresso da construção de um sistema de saúde universal e “único” claramente não foi atingido e permanece distante. Alguns fatores foram determinantes para esse desfecho: constituição, no período ditatorial, de um complexo médico-empresarial privado com significativa capacidade instalada, construída em grande parte com financiamento público; existência de uma enorme massa de desassistidos, excluídos do sistema de medicina previdenciária até então vigente, que passaram a ser cobertos pelo novo sistema, ampliando grandemente a demanda por serviços; não previsão de fontes de financiamento compatíveis, gerando um quadro de subfinanciamento crônico, agravado pela desvinculação de recursos do orçamento da seguridade social no período subsequente. A consequência foi a não adesão ao SUS de segmentos importantes: camadas médias ligadas às profissões liberais e intelectuais, servidores públicos e trabalhadores dos setores mais dinâmicos e organizados da indústria e serviços, que “escolhem” os planos e a saúde privados.

O gasto privado em saúde tem sido mais elevado do que o público desde a criação do SUS. Ainda assim, o crescimento da participação do setor suplementar tem sido lento, o que se deve à secular desigualdade que caracteriza a sociedade brasileira. A saúde privada avança principalmente no segmento dos planos e seguros empresariais e, portanto, sobre o setor formal da economia. Por outro lado, o setor suplementar é muito segmentado, com forte diferenciação em termos de preços e, portanto, de qualidade, resolutividade e acesso. As empresas do setor pressionam os governos com propostas de “planos populares” de larga escala, sustentados por subsídios e com restrição de acesso a serviços de maior custo, que consequentemente ficarão ao encargo do SUS.

No entanto, em um cenário de persistência de altas taxas de desemprego, aumento da precarização e da informalidade laboral, incremento da violência e degradação de serviços públicos como transporte e educação, um sistema

público de acesso universal torna-se instrumental, por seu papel de amortecimento de conflitos sociais, desde que não faça concorrência aos interesses privados e que, por outro lado, assuma os custos de procedimentos caros e pouco lucrativos, como os de urgência e emergência, oncologia, HIV-AIDS, transplantes de órgãos, além de cuidados com pacientes crônicos e população idosa, cuja cobertura extingue-se com a aposentadoria. E, claro, um sistema que também ofereça serviços básicos para a população desassistida, isto é, a “ralé” estrutural. É um quadro compatível com o modelo de “cobertura universal” *de jure* e não *de facto*, propalado há algum tempo pela Organização Mundial de Saúde (2010), que parece recentemente ter ganhado ares de “consenso” (NORONHA, 2019). Muito distante, porém, do ideal de um sistema nacional-universal. A tendência hoje verificável, mantidas as condições atuais, é a sobrevivência do SUS, mas nesses termos e com esses limites.

O SUS é fruto de uma conjuntura muito específica, em meio à redemocratização do país, em um contexto de grande mobilização social, do movimento sindical e outras formas de associação no plano da “sociedade civil” (NORONHA, CASTRO, 2019). Foi uma realização extraordinária gravar no texto constitucional de um dos países mais desiguais do planeta um sistema nacional-universal de saúde. Recolocar o país na rota da esperança e do desenvolvimento passa necessariamente pela reafirmação dos compromissos de luta pela democracia e pela saúde, que só terá possibilidade de avanço se associar ao despertar de mobilizações em torno de uma agenda mais ampla, que interrompa o atual ciclo de retrocessos e que recomponha e faça avançar o pacto celebrado em torno da Constituição Federal de 1988.

Referências

- BAHIA, Lígia. Financeirização e Restrição de Coberturas: estratégias recentes de expansão das empresas de planos e seguros de saúde no Brasil. In: COHN, Amelia (Org.). *Saúde, Cidadania e Desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Centro Internacional Celso Furtado, 2013, p. 65-90.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 7 nov. 2019.
- BRASIL. *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 7 nov. 2019.
- BRASIL. *Lei 9.656, de 3 de junho de 1998*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm>. Acesso em: 7 nov. 2019.

- BRASIL. *Lei 13.097, de 19 de janeiro de 2015*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13097.htm>. Acesso em: 7 nov. 2019.
- BRASIL. *Emenda Constitucional 86 (EC 95), de 17 de março de 2015*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm>. Acesso em: 7 nov. 2019.
- BRASIL. *Emenda Constitucional 95 (EC 95), de 15 de dezembro de 2016*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm>. Acesso em: novembro de 2019. Acesso em: 7 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal. *Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária (Gastos Tributários) – PLOA 2018*. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://receita.economia.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/previsoes-ploa/arquivos-e-imagens/texto-dgt-ploa-2018-arquivo-final-para-publicacao.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde de A a Z – sobre o Programa Nacional de Imunizações*. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/sobre-o-programa>>. Acesso em: 7 nov. 2019.
- CARVALHO, Laura. *Valsa brasileira: do boom ao caos econômico*. São Paulo: Todavia, 2018.
- COHN, Amélia. *Previdência social e processo político no Brasil*. São Paulo: Moderna, 1981.
- CORDEIRO, Hésio de Albuquerque 1984. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- _____. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri; Abrasco, 1991.
- COSTA, Ana Maria; NORONHA, José Carvalho; NORONHA, Gustavo Souto. Barreiras ao universalismo do sistema de saúde brasileiro. In: TETELBOIN, Carolina; LAURELL, Asa Cristina (org.). *Por el derecho universal ala salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha*. Buenos Aires: CLACSO, 2015, p. 17-39.
- DIEGUES, Carlos. Seleção artificial: de como os genos deram origem a uma espécie saudável e sábia, e o que aconteceu com o Homo sapiens e o peru de Natal. *Revista Piauí*. São Paulo, n. 26, novembro 2008. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/materia/selecao-artificial/>>. Acesso em: 7 nov. 2019.
- DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- FAUSTO, Boris. *História do Brasil*. São Paulo: Edusp, 1995.
- FIORI, José Luís. *Em busca do dissenso perdido: ensaios críticos sobre a festejada crise do Estado*. Rio de Janeiro: Insight, 1995.
- _____. *O voo da coruja: para reler o desenvolvimentismo brasileiro*. Rio de Janeiro: Record, 2003.
- GARCIA Jr., Afrânio; PALMEIRA, Moacir. Rastros de casas-grandes e de senzalas: transformações sociais nomundo rural brasileiro. In: SACHS, Ignacy; WILHEIM, Jorge; PINHEIRO, Paulo Sérgio (org.). *Brasil: um século de transformações*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001, p. 38-77.
- FONSECA, Cristina Oliveira. *Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- HAMILTON, Wanda; FONSECA, Cristina Oliveira. Política atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, setembro-dezembro 2003, p. 791-825.

- HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina. A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In: GOMES, Angela de Castro (org.). *Capapema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000, p. 173-193.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Conta-satélite de saúde: Brasil 2010-2017*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690_notas_tecnicas.pdf>. Acesso em: 1 dez. 2019.
- _____. *Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade 2010-2060*. IBGE, 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>>. Acesso em: 7 nov. 2019.
- MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. A Agenda Federal da Saúde: dinâmica e prioridades. In: MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; LIMA, Luciana Dias (org.). *Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro RJ: Fiocruz, 2012.
- NORONHA, José Carvalho de. Cobertura Universal de Saúde e o Brasil: estamos no bom caminho?. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 5, p. 5-10, dezembro 2019.
- _____; CASTRO, Leonardo. Democracia, saúde e a 16ª Conferência Nacional de Saúde: qual futuro?. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001400301&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 nov. 2019.
- _____; SANTOS, Isabela Soares; PEREIRA, Telma Ruth. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). *Gestão pública e relação público privada na Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES; 2011, p. 152-179.
- OLIVEIRA, Jaime de Araujo; FLEURY TEIXEIRA, Sonia Maria. *(Im)previdência Social: 60 anos da história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1985.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Financiamento dos sistemas de saúde. O caminho para a cobertura universal*. Relatório Mundial da Saúde 2010. Genebra: OMS, 2010.
- PAIM, Jairnilson. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- _____. A Constituição e os 25 anos do SUS. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 29, n.10, p. 1927-1953, outubro 2013.
- SCHEFFER, Mário; BAHIA, Lígia. Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil. *Interface (Botucatu)*. Botucatu, v. 15, n. 38, p. 947-956, setembro 2011.
- SINGER, André. Cutucando onças com varas curtas: o ensaio desenvolvimentista no primeiro mandato de Dilma Rousseff (2011-2014). *Novos Estudos Cebrap*. São Paulo, n.102, p. 39-67, julho 2015.
- SINGER, Paul. 1981 *Dominação e desigualdade: estrutura de classes e repartição de renda no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.
- SOUZA, Jessé. *A elite do atraso: da escravidão à lava jato*. Rio de Janeiro: Leya, 2017.
- _____. *A radiografia do golpe: entenda como e porque você foi enganado*. Rio de Janeiro: Leya, 2016.

_____. Introdução. In: _____ (org.) *A ralé brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

STREECK, Wolfgang. *Tempo comprado: a crise adiada do capitalismo democrático*. Coimbra: Actual, 2013.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; SILVA, Hudson Pacífico. Desenvolvimento e institucionalidade da política social no Brasil. In: MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; LIMA, Luciana Dias (org.). *Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.