



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

KETTLY FELIX BRAGA

REBECA RAMOS BATISTA

MERCADORIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECIFE

2023

KETTLY FELIX BRAGA

REBECA RAMOS BATISTA

MERCADORIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Cristina de Souza Vieira.

RECIFE

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do
SIB/UFPE

BRAGA, Kettly Felix.

Mercadorização do Sistema Único de Saúde Brasileiro / Kettly Felix BRAGA,
Rebeca Ramos BATISTA. - Recife, 2023.

67 p., tab.

Orientador(a): Ana Cristina de Souza VIEIRA

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social -
Bacharelado, 2023.

Inclui referências, apêndices.

1. Mercadorização. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Iniciativa Privada. 4. Política
de Saúde. 5. Neoliberalismo. I. BATISTA, Rebeca Ramos. II. VIEIRA, Ana Cristina
de Souza. (Orientação). III. Título.

300 CDD (22.ed.)

KETTLY FELIX BRAGA

REBECA RAMOS BATISTA

MERCADORIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 27/09/2023

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Ana Cristina de Souza Vieira (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Flávia da Silva Clemente (Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

Este trabalho é dedicado a todos que lutam pela defesa e consolidação do Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, minha força e meu refúgio. Agradeço pelo amor derramado, pela provisão, proteção e misericórdia.

A Ayrton, meu melhor amigo, companheiro, e parceiro de vida. Obrigada por ser meu porto. Meu maior incentivador. A certeza de que sempre terei tranquilidade em meio ao caos.

A Rosângela, minha mãe, minha inspiração, meu primeiro e maior exemplo de luta e resistência. Obrigada por sempre estar ao meu lado. Por todo amor, apoio, incentivo, dedicação e força.

Ao meu pai, Marcos. Aos meus irmãos Karolayne e Kelven. E à minha tia, Rejane. Obrigada por todo apoio e incentivo.

Às minhas amigas de trajetória universitária. Gabryela Cavagnari, meu presente da Ciência Política. Rebeca, Paloma, Izabelly, Yasmim, Victoria e Taciana, minhas companheiras do Serviços Social. E Gabrielle Olímpio, minha musicista. Muito obrigada por tornarem os anos da graduação mais leves.

A todos meus amigos não citados mas que acompanharam toda a minha trajetória. Obrigada por permanecerem ao meu lado em todos os momentos. Por ouvir, aconselhar e apoiar. Amo vocês!

A Charlie, meu cachorrinho, que mesmo sem ter ideia do que representa este trabalho esteve ao meu lado com o amor mais puro.

A Ana Vieira, minha orientadora, agradeço por todo conhecimento repassado, pelo cuidado, carinho e paciência durante os anos de graduação.

Por último, e igualmente importante. Agradeço às três assistentes sociais que marcaram minha trajetória enquanto estagiária do Hospital das Clínicas-UFPE: Ilka Aquino, Isadora Serrano e Renata Severo. Vocês foram minha primeira referência no cuidado e atendimento à população. Em minhas futuras intervenções sempre haverá um pouco de vocês.

Kettly Felix Braga

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder saúde e determinação para conseguir ultrapassar todos os obstáculos que surgiram durante o percurso.

Agradeço a minha mãe, Rejane, minha maior inspiração, por nunca ter medido esforços para me proporcionar um ensino de qualidade, por estar sempre ao meu lado me incentivando, apoiando e por acreditar em mim. Te amo infinitamente.

A Kettly, Paloma, Izabely, Taciana, Yasmim e Victória que compartilharam comigo a jornada acadêmica, pelo apoio demonstrado ao longo de todo o período, tornando a graduação mais leve e divertida. A presença de vocês fez toda a diferença nesse processo. Levarei vocês para sempre em meu coração.

A professora Ana, que com sua atenção dedicada, nos auxiliou durante todo o processo de desenvolvimento da monografia.

Aos professores da graduação que foram essenciais no meu processo de formação profissional e por tudo que aprendi através deles.

Quero agradecer também as pessoas que convivi durante o percurso da graduação que tiveram impacto direta e indiretamente na minha formação acadêmica.

Por fim, quero agradecer a mim, que apesar dos pesares, consegui chegar até aqui.

Rebeca Ramos Batista

(...)

*Na primeira noite eles se aproximam
e roubam uma flor
do nosso jardim.*

E não dizemos nada.

*Na segunda noite, já não se escondem;
pisam as flores,
matam nosso cão,
e não dizemos nada.*

*Até que um dia,
o mais frágil deles
entra sozinho em nossa casa,
rouba-nos a luz, e,
conhecendo nosso medo,
arranca-nos a voz da
garganta.*

E já não podemos dizer nada. (...)

**COSTA, Eduardo Alves da. *No caminho, com
Maiakóvski. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.***

RESUMO

Esta pesquisa aborda questões relacionadas à mercantilização do Sistema Único de Saúde e busca contribuir com o debate existente acerca da inserção e crescimento da iniciativa privada no SUS, especialmente, a compra de serviços privados pelo sistema público. Objetiva-se, apresentar como a iniciativa privada encontra meios para chegar ao fundo público, através da venda de serviços. Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa de literatura e análise documental com abordagem quali-quantitativa. Utilizando a perspectiva sócio-histórica crítica, realizou-se uma análise acerca da trajetória da política de saúde no Brasil, perpassando as conquistas e retrocessos na contemporaneidade. Além disso, buscou-se verificar como a economia neoliberal intervém de maneira significativa para o processo de construção da política de saúde brasileira e como se faz presente atualmente. A pesquisa preconiza a saúde como um direito de todos e dever do Estado, busca defender e evidenciar esse direito. Pode-se considerar que é necessária resistência para fortalecer e alcançar um sistema de saúde público totalmente estatal, sem a participação da rede privada.

Palavras-chave: Mercadorização; Sistema Único de Saúde; Iniciativa Privada; Política de Saúde.

ABSTRACT

This research addresses issues related to the commercialization of the Unified Health System and seeks to contribute to the existing debate about the insertion and growth of the private sector in the SUS, especially the purchase of private services by the public system. The objective is to present how the private sector finds ways to reach public funds, through the sale of services. This is an integrative review of the literature and documents with a qualitative-quantitative and analytical approach. Using a critical socio-historical perspective, an analysis was carried out on the trajectory of health policy in Brazil, covering contemporary achievements and setbacks. Furthermore, we sought to verify how the neoliberal economy intervenes in a significant way in the process of building Brazilian health policy and how it is currently present. The research advocates health as a right for everyone and a duty of the State, seeking to defend and highlight this right. It can be considered that resistance is necessary to strengthen and achieve a fully state-owned public health system, without the participation of the private network.

Keywords: Commodification; Health Unic System; Private initiative; Health Policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Despesas de Saúde como proporção do PIB	45
Gráfico 2 – Despesas com bens e serviços de saúde em relação ao PIB %	47
Gráfico 3 – Distribuição dos leitos privados por tipo de atendimento	49

LISTAS DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Orçamentos do SUS	35
Quadro 2 – 2013 a 2016 - Desestabilização do financiamento	38
Quadro 3 – Principais acontecimentos em 20 anos de 2000 a 2020	42
Tabela 1 – Gasto total per capita e gasto total em saúde	48
Tabela 2 – Radioterapia, quimioterapia e TRS realizadas no SUS	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
AMS – Assistência-Médico-Sanitária
ANS – Agência Nacional de Saúde
AIS – Ações Integradas de Saúde
BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAPs – Caixa de Aposentadoria e Pensão
CIT – Comissão de Gestão Mútua Tripartite
COFINS – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONASS – Conselho de Secretários Nacionais de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CF/88 – Constituição Federal de 1988
CSLL – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
CTs – Comunidades Terapêuticas
DATAPREV – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DRC – Doença Renal Crônica
DRU – Desvinculação das Receitas da União
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC 95/2016 – Emenda Constitucional nº 95
FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
ESF – Estratégia Saúde da Família
Fsesp – Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
FGTS – Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões
IAPI – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Seguridade Social
IRPJ – Imposta de Renda de Pessoa Jurídica
IRPF – Imposta de Renda de Pessoa Física
LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social

MS – Ministério da Saúde
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NPAB – Nova Política de Atenção Básica
OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS – Organização Mundial da Saúde
OSCIPS – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PASEP – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNS – Plano Nacional de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PIS – Programa de Integração Social
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SADT – Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia
SAMS – Sistema de Assistência Médica Supletiva
SBN – Sociedade Brasileira de Nefrologia
SUS – Sistema Único de Saúde
SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
TRS – Terapia Renal Substitutiva
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. ACESSO À SAÚDE NO BRASIL.....	17
2.1 Aspectos Históricos.....	17
2.2 Institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS).....	25
2.3 Mercadorização do Direito à Saúde.....	29
3. TRAJETÓRIA DO SUS: DO SUBFINANCIAMENTO AO DESFINANCIAMENTO E O PREDOMÍNIO DO SETOR PRIVADO.....	33
3.1 Breve Esboço do Financiamento da Política de Saúde Entre Governos Neoliberais.....	34
3.2 Predomínio do Setor Privado em Detrimento do Setor Público.....	43
3.3 Direcionamento do Gasto Público.....	48
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICE 1 – Quadro de Referência da Revisão Bibliográfica Integrativa da Literatura.....	62

1. INTRODUÇÃO

A partir das vivências acadêmicas e de estágio, idealizamos esse trabalho de conclusão de curso tendo como alvo a realidade concreta que nos cerca, isto é, a complementaridade do setor privado ao Sistema Único de Saúde (SUS) em tempos neoliberais. Discutiremos como o setor privado vem deixando de ser complementar, ampliando sua ação, em um cenário de desmonte e privatização dos serviços públicos estatais. Dessa forma, buscaremos evidenciar a complementaridade presente na Lei 8.080/90 que permite a contratação de serviços da iniciativa privada em caráter complementar mediante contrato regido pelo direito público (Brasil, 1990). Em nossa condição de discentes reafirmamos a relevância do tema para compreensão dos desafios encarados pelo setor de saúde pública no atual contexto. À vista disso, a pesquisa avança na intenção de contribuir com a produção em defesa do Sistema Único de Saúde.

Para pesquisar o fenômeno da transformação da saúde em mercadoria, partimos da análise da construção de um Sistema de Saúde Público no Brasil que perpassa lutas históricas, mudanças e transformações sociais, em um país extremamente desigual. A partir da realidade encontrada o questionamento central da pesquisa configura-se, portanto, no crescimento da complementaridade dentro do Sistema Único de Saúde. Nessa direção, a partir do avanço do projeto neoliberal no Brasil, levantamos uma questão de pesquisa: quais as formas em que a iniciativa privada da saúde tem se fortalecido frente ao SUS?

O objetivo geral da pesquisa consiste em compreender como o SUS está sendo mercantilizado para que a iniciativa privada tenha acesso ao fundo público. E os objetivos específicos consistem em:

1. Apresentar o processo de consolidação da saúde pública no Brasil;
2. Expor o processo de desfinanciamento da saúde brasileira e como agrava o sucateamento no SUS;
3. Investigar o aprofundamento da venda de serviços privados ao SUS.

A pesquisa utiliza como base teórico-metodológica a perspectiva sócio-histórica crítica do materialismo histórico-dialético. Afirmamos a impossibilidade de entender a questão da inserção do setor privado no Sistema

Único de Saúde sem que sejam situadas suas diversas determinações econômicas, sociais e políticas em uma perspectiva de totalidade. Pretende-se compreender o fenômeno estudado a partir da historicidade, entendê-lo de acordo com as transformações da sociedade humana, percebê-lo a partir do complexo no qual está inserido e em sua realidade.

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica integrativa¹ de literatura, com análise documental e uma abordagem quanti-qualitativa. Através de busca na internet de descritores - detalhados a seguir nos procedimentos. Em relação à fundamentação teórica da discussão sobre financiamento da saúde, buscamos apoio em autores importantes nas áreas de saúde, política social e contrarreforma, incluindo Behring & Boschetti, Sérgio Piola, Áquilas Mendes, Juliana Cislighi, Ligia Bahia, Mario Scheffer, Jairnilson Paim e Maria Inês Bravo. E para análise documental utilizamos: o Relatório da Confederação Nacional da Saúde 2021-2022 - Cenário dos Hospitais no Brasil, Constituição de 1988, Lei 8.080/1990, Relatório da Organização Mundial da Saúde, Relatório do Conselho Nacional de Saúde, Documento do Banco Mundial e Propostas de Reformas do SUS.

CrITÉRIOS Utilizados — atualidade dos dados sobre serviços públicos e privados em saúde; gasto público e privado em saúde no Brasil e no mundo.

Procedimentos — busca de artigos na internet a partir de descritores, considerando a realidade brasileira: gastos públicos e privados com saúde; gastos com média e alta complexidade; financiamento da saúde; desfinanciamento da saúde. Foram selecionados 42 artigos, indicados no Apêndice 1, dos quais foram extraídos dados e informações. Algumas das plataformas usadas foram: Scielo, Cadernos de Saúde, Biblioteca básica do Serviço Social, Serviço social e saúde, Saúde para Debate, Revista de Políticas Públicas.

¹ Os artigos de revisão, assim como outras categorias de artigos científicos, são pesquisas que utilizam fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para obtenção de resultados de pesquisas de outros autores, com o objetivo de fundamentar teórica e cientificamente um determinado objetivo [...] No entanto, para que esses artigos de revisão produzam resultados de qualidade aplicáveis na prática clínica, eles precisam ser realizados de acordo com um método científico que lhes confira validade. A revisão integrativa de literatura é um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. É denominada integrativa porque fornece informações mais amplas sobre um assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento [...] Para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, sendo elas a identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Ercole et al., 2014).

Informações extraídas — dados sobre os principais serviços comprados pelo SUS à iniciativa privada, dados sobre os gastos públicos e privados com saúde no Brasil.

A monografia subdivide-se em três capítulos, além das considerações finais. O primeiro capítulo aborda a cronologia histórica da saúde pública que foi marcada por inúmeras reorganizações até a chegada do movimento pela redemocratização onde surgem os ideais com avanços na área da saúde; além da institucionalização do Sistema Único de Saúde que foi imprescindível para o reconhecimento de que a proteção e a promoção da saúde são de responsabilidade do Estado; por fim mostramos o processo de mercantilização do SUS, no contexto neoliberal, que visa, acima de tudo, o lucro. O segundo capítulo discorre acerca do subfinanciamento ao desfinanciamento do Sistema Único de Saúde que se inicia com recursos insuficientes para garantir o cumprimento da constituição até a retirada de recursos do SUS pela Emenda Constitucional 95/2016 e se intensifica nos governos ultraneoliberais. O terceiro capítulo analisa a compra de serviços privados pelo Sistema Único de Saúde, a forte presença privada e os gastos públicos desproporcionais do financiamento entre o SUS e o setor privado.

Para a aproximação com o tema se faz necessário entender que o que outrora foi almejado pelos constituintes quando se definiram as bases do Sistema de Saúde brasileiro, tendo como referência as diretrizes aprovadas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, formuladas pelo Movimento de Reforma Sanitária com forte participação da população, não foi implementado de maneira plena, não foi estabelecido um financiamento adequado para o Sistema. A Constituição propunha que 30% da seguridade social deveria ser destinada à saúde, contudo isto não foi implantado, as consequências da não implementação são percebidas na contemporaneidade e aprofundadas após 2016.

O nascimento do Sistema Único de Saúde está atrelado à participação privada, mantendo o que ocorria no sistema previdenciário com a compra de serviços. O setor privado possui diversas conexões com o sistema público, tornando complexo e segmentado o sistema de saúde no Brasil (Romano, Scatena, Kehring, 2015).

A possibilidade da contratação da rede privada no Sistema Único de Saúde faz com que exista um mix público-privado no Brasil. Como exposto por Santos:

O SUS produz serviços em unidades de saúde, incluindo os hospitais públicos e os privados complementares (que podem ser conveniados e contratados). É nos casos em que os serviços de saúde não são produção própria de serviços estatais, que ocorre uma primeira forma de imbricamento público privado no campo da prestação dos serviços. Nesta, a compra e a venda de serviços de saúde se dão entre o poder público e os prestadores privados (Santos, 2009, p.101).

No mix público-privado no Brasil também há uma dimensão política-ideológica que exterioriza a saúde como um gasto, apresenta a rede privada como possuidora de maior qualidade, e o Estado como ineficiente. O discurso decorre da perspectiva neoliberal que preconiza a intervenção restrita do Estado, somente quando surge a necessidade de abrandar a pobreza absoluta. Os direitos sociais, a igualdade, universalidade, gratuidade e a obrigação de garanti-los são anuladas. Um elemento central da estratégia neoliberal, a privatização, precisa que administração de fundos e a produção de serviços tornem-se economicamente rentáveis (Soares, 2012; Romano, Scatena, Kehring, 2015).

O processo de privatização da política de saúde e os seus desdobramentos refletem diretamente na classe trabalhadora que, por sua vez, representa grande parte da parcela populacional usuária da política pública. Portanto, se faz necessário entender o processo de desmonte da política de saúde e o funcionamento do modo de produção da sociedade capitalista onde um direito social passa a ser considerado uma mercadoria.

2. ACESSO À SAÚDE NO BRASIL

2.1 Aspectos Históricos

Discutiremos neste capítulo aspectos históricos do estabelecimento do Modelo de Previdência Social no Brasil instituído nos anos 1920, tendo como marco inicial a Lei Eloy Chaves, até sua redemocratização inaugurada pela Constituição Federal de 1988, destacando a Política de Saúde. Apresentaremos como se deu o surgimento de ações de Saúde Pública, seu financiamento, a privatização da Assistência Médica na Previdência Social e a institucionalização do SUS.

Entende-se que o surgimento das políticas sociais tem sua origem vinculada à questão social² e às transformações produzidas pelo processo de industrialização. A economia de mercado, no sistema capitalista, ao transformar tudo em mercadoria, realiza profundas transformações na sociedade e, os efeitos deletérios dessa economia são direcionados à classe trabalhadora. Visando responder às suas demandas, o Estado passa a criar mecanismos de proteção em forma de oferta de serviços e benefícios. A política social nasce do conflito e das tensões entre o capital e o trabalho, que são resultantes de relações complexas e contraditórias entre Estado e sociedade civil, com isso sua expressão não parte da neutralidade, mas dos interesses antagônicos, sendo necessárias para manutenção da ordem na sociedade capitalista (Behring e Boschetti, 2011; Pereira, 1998).

No Brasil, as políticas sociais setoriais de saúde tiveram seu início a partir da organização dos primeiros serviços públicos com a vinda de D. João VI para o país e a criação do cargo de Fisicatura-Mor e Provedor-Mor³ de Saúde da Corte e dos estados do Brasil, em 1809. Em 1828, os municípios passaram a ter algumas responsabilidades e, em 1850, foi criada a Junta de Higiene Pública.

No período republicano, nas três primeiras décadas, o governo federal voltou a ação sanitária para o campo da medicina preventiva. No século XX, devido à economia agro-exportadora, as campanhas sanitárias ganharam importância por

² A questão social tem origem na Europa, no século XIX, é associada ao modo de produção capitalista, às desigualdades por ele geradas e à pobreza crescente da classe operária (Toledo, Rocha e Brotto, 2015).

³ À Fisicatura-mor cabia fiscalizar o exercício da medicina, que consistia em quase exclusivamente, ao estabelecimento de exames para habilitar os interessados em trabalhar oficialmente nas artes da cura e na aplicação de multas aos que exerciam o cargo sem a habilitação legal. A Provedoria-mor de Saúde tinha como objetivo garantir a salubridade da Corte, atuando na fiscalização dos navios para impedir a chegada de novas doenças em nossas cidades costeiras (Escorel e Teixeira, 2012).

responder às necessidades da economia, contudo, as intervenções ocorridas eram emergenciais e restritivas, não constituíam uma política nacional. A partir de 1923, com a criação de instituições da previdência, se inicia uma nova forma de intervenção estatal relacionada à assistência médica (Piola, 1989).

Os anos de 1923-1930 correspondem ao primeiro momento da história da Previdência Social no Brasil, que foi modificada posteriormente, nos anos 30, ganhando o interesse dos trabalhadores e do Estado. Em função das reivindicações dos trabalhadores, a lei Eloy Chaves foi criada e instituiu a Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os ferroviários, sendo considerada o embrião do que iria ser a Previdência Social.

A partir dos anos de 1930, durante o governo de Getúlio Vargas, em um contexto de crescente industrialização no país, crise de 1929 e o cenário pós-guerra, o Estado aumenta a mediação entre a classe trabalhadora e a burguesia, com isso, surgem, pela pressão popular em busca de direitos e condições de trabalho, as Leis Trabalhistas, dentre elas a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), configurando uma nova forma de assistência médica, vinculada ao regime previdenciário. Esse período é marcado pela consolidação das leis trabalhistas (Ianni, 1972).

O modelo previdenciário dos anos 30-45, passou a enfrentar a problemática da forma de prestação de serviços médico-hospitalares. No ano de 1933, foi fundado o primeiro Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPS). Os institutos surgiram na Era Vargas devido à ampla legislação trabalhista de direitos assegurados para os trabalhadores formais e, dentre esses direitos, estava a assistência médica previdenciária. Em relação ao funcionamento dos institutos ele era organizado por categoria profissional, diferente das CAPs que eram por empresas; em relação à contribuição, se dava de forma tripartite: empregados, empregadores e a União. A origem do financiamento dos IAPs se dava pelos empregadores, empregados(as) e pela União – os beneficiários tinham direito à aposentadoria por invalidez, aposentadoria ordinária, pensão por morte e assistência médica, sua organização era por empresas. Além disso, os principais beneficiários foram os trabalhadores urbanos (Oliveira e Teixeira, 1985).

A criação do IAPs fortaleceu a assistência médica previdenciária e a compra de serviços de saúde privados em detrimento das ações de saúde pública, pois gerou crescimento dos gastos com assistência médico-hospitalar; expansão das

redes de hospitais e ambulatórios dos IAPs; criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social e surgimento dos grandes hospitais públicos do país (Oliveira e Teixeira,1985).

Sobre a relação dos fornecedores de serviços médicos privados, é importante ressaltar que:

Nos anos 30 a 40 a Previdência Social, constituindo-se já como um grande comprador de serviços médicos, tinha por interlocutor pequenas instituições privadas, pequenas clínicas, hospitais e consultórios, isolados entre si, e que, como tais, tinham que submeter-se às regras de jogo impostas por seu grande cliente. Nestas condições a compra de serviços podia surgir, para a Previdência Social, como uma alternativa, definida a partir de sua preocupação com a restrição nos gastos (Oliveira e Teixeira,1985, p.92).

A previdência social, conforme Oliveira e Teixeira (1985), foi claramente definida como a oferta de seguros, benefícios preferenciais e serviços médicos reduzidos, sendo esse período caracterizado pelo envolvimento do Estado no financiamento e gestão de instituições e esforços ativos para reduzir gastos, com foco na consolidação de um modelo de previdência social mais preocupado na acumulação de reservas financeiras do que nos serviços. Neste período, os IAPs, a exemplo dos industriários, marítimos, bancários e comerciários, possuíam recursos suficientes para construir seus próprios hospitais. Surgiam também os primeiros serviços médicos privados contratados por empresas insatisfeitas com os serviços prestados pelo Instituto de Pensão e Aposentadoria dos Industriários (IAPI). Esta foi a gênese de futuros acordos entre empresas e grupos médicos que, mais tarde, se tornaram uma vertente da Seguridade Social.

Em relação aos gastos com assistência médico-hospitalar, durante os anos de 30-45, seu crescimento se deu de forma progressiva, alcançando menor valor no final de 1945. Em 1946 foi promulgada uma nova Constituição Federal incorporando a questão da assistência sanitária à previdência social, tendo em um de seus artigos assistência médico-hospitalar, medicina preventiva ao trabalhador e à gestante (Oliveira e Teixeira,1985).

No pós-45 ocorreu um rápido crescimento em relação aos gastos da previdência social, diminuição dos saldos, fim de reservas e déficits orçamentários, ocasionando a falência da poupança, tendo como objetivo a garantia para a aposentadoria. Em 1947 havia 2.895.613 segurados ativos. A partir da segunda metade da década de 1950, a participação da assistência médica no gasto total

previdenciário começa a crescer, em 1949 estava em 7,3%, alcançando 19,3% em 1960 e 29,6% em 1967 (Oliveira e Teixeira, 1985; Piola, 1989).

Entretanto, nos anos de 52-62 observa-se um crescimento variando 10%, já em 1966, alcançou 14,9% da receita. Os benefícios monetários de curto prazo, correspondem a uma resposta imediata dos IAPs, ao contrário das aposentadorias e pensões, não dependem de prazo de carência para seu abono. Com isso, no pós-45 há um grande crescimento do setor médico, atrelada à lógica do mercado (Oliveira e Teixeira, 1985).

Apenas em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, o qual estabeleceu normas gerais sobre a defesa e proteção da saúde; criação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fsesp) vinculada ao Ministério da Saúde (Oliveira e Teixeira, 1985).

O início dos anos 1960 traz consigo um quadro de crise econômica que ocasionou várias implicações políticas. Segundo Oliveira e Teixeira (1985), ao final do governo de Juscelino Kubitschek, com intuito de solucionar o problema previdenciário no Brasil, foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), abrangendo todos os trabalhadores urbanos, com exceção dos empregados domésticos e ministros religiosos, de forma gradual, dando fim aos IAPs. Ela quebra, depois de 30 anos de vigência, com a "contribuição paritária"⁴.

Paulo Netto (1985), faz a apresentação da cronologia dos eventos históricos que marcaram o Brasil, fatos que envolvem acontecimentos culturais, sociais, políticos, econômicos, do contexto nacional e internacional, como, por exemplo, interesses das classes dominantes e relações com o capital industrial. Aponta o ano de 1964, como o momento em que se deu início ao golpe militar, apoiado pela burguesia, tendo a data de 1º de abril como a entrada aos eventos que perduraram até os anos oitenta.

Em 21 de novembro de 1966, o governo militar aprovou o Decreto nº 72, criando o Instituto Nacional de Seguridade Social (INPS), que unificou todos os IAPS existentes e promoveu administrativamente a expansão dos serviços de saúde e cobertura previdenciária. O trabalho de aplicação para acumulação de capital, que anteriormente era de responsabilidade da previdência social, é transferido para

⁴ A contribuição paritária era feita por três esferas: empregado, empregador e governo. [S.l.:s.n.]. ver mais em: <https://www.sanarsaude.com/blog/amp/linha-do-tempo-fatos-marcantes-na-construcao-das-politicas-d-e-saude-no-brasil>.

outros mecanismos obrigatórios de poupança, como: Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), Fundo do Programa de Integração Social (PIS) e Fundo do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep), enquanto o INPS tem função previdenciária e redistributiva, mas restrita a trabalhadores com carteira assinada (Oliveira e Teixeira, 1985).

As novas instituições permitiram ampliar o acesso à saúde para outras categorias profissionais inseridas no mercado formal, mantendo a exclusão dos trabalhadores informais e rurais, mas a lógica privatista⁵ na política permaneceu dominante (Soares, 2010).

Durante a vigência do INPS, a medicina curativa foi priorizada, o setor privado possuía serviços/equipamentos de saúde, sendo contratado para prestar serviços de assistência aos segurados; com isso, o setor de saúde desempenhou um papel estratégico na captação de ganhos de capital por intermédio do Estado. É importante ressaltar que as ações preventivas e de promoção da saúde não são o foco desse modelo, pois aqui prevalece uma visão hospitalocêntrica, médico-centrada, na qual o processo saúde-doença representa a lucratividade para o mercado (Oliveira e Teixeira, 1985; Soares, 2010).

A medicina passou a ter um papel fundamental na ótica de acumulação de capital, passando a ser mercadológica. A Indústria de Equipamentos Médicos passou a ser beneficiada pela política nacional de saúde:

A política de privilegiamento da assistência médica previdenciária, com as características que lhe são peculiares de prática curativa, individual, assistencial, especializada, etc., já nos são suficientes para indicar na direção de uma articulação do Estado com os interesses do capital internacional que se expande entre nós na indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares (Oliveira e Teixeira, 1985, p.208).

Vinculado à gestão do Estado, o INPS propiciou a implementação de uma política de saúde que, além de atender aos interesses do capital internacional, também promovia o desenvolvimento do complexo médico-industrial, que foi responsável pelas taxas relativamente altas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais no campo da produção de dispositivos farmacêuticos e médicos, tornando a prática médica altamente lucrativa:

⁵ A lógica privatista tenta impor a ideia de que tudo o que realizado pela esfera privada apresenta maior eficiência, economia e melhores resultados.

O processo que vai ocorrer em todos os setores econômicos e também na Previdência Social é a subordinação crescente da atividade privada às instituições estatais, ao mesmo tempo em que o Estado passa ao papel de regulador destas atividades propiciando o crescimento e expansão da iniciativa privada (Oliveira e Teixeira, 1985, p.211).

Em 1968, em plena ditadura militar, foi proposto o Plano Nacional de Saúde (PNS), entretanto, além do plano ter uma lógica privatizante, defendia a prática médica liberal, ou seja, possuía um regime onde o médico escolhe o cliente, sendo os honorários do profissional pagos parcialmente pelo Estado por meio do capital previdenciário e parcialmente pelo cliente, tendo uma ambiguidade, pois além de contribuir à previdência o cidadão estará pagando para ser atendido, assim contribuindo duas vezes. Esse plano recebeu críticas, pois colocava em risco a possibilidade de expansão da cobertura; tinha características privatizantes exageradas, e sofreu resistência quanto à defesa da medicina liberal (Oliveira e Teixeira, 1985).

Como resposta às pressões dos consumidores, técnicos e dos empresários, o Estado, como regulador do mercado de produção e consumo dos serviços de saúde, elaborou um padrão de organização da prática médica se baseando na lucratividade do setor saúde, compactuando com a capitalização da medicina e privilegiamento do produto que advém destes serviços. O Estado usou instrumentos para concretizar esta política, como o financiamento a hospitais privados, convênio de empresas e credenciamento para compra de serviços (Oliveira e Teixeira, 1985).

Dados do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) revelam a forma como a área da saúde e previdência foram privatizadas. A fonte revela que os empréstimos feitos pelas empresas privadas possuíam baixos juros, que consequentemente privilegiavam esse setor. Ou seja, o financiamento dos hospitais possibilitava remodelação e ampliação destas instituições de rede privada, além de seus equipamentos hospitalares. Os recursos da FAS estavam voltados à lógica da lucratividade fortalecida pelo Estado e para a classe burguesa empresarial nacional (Oliveira e Teixeira, 1985).

Outra forma de interface da previdência com o setor privado, conforme Oliveira e Teixeira (1985), era por meio da compra de serviços de saúde, pela qual os serviços privados eram credenciados pelo INPS para atender os pacientes

conveniados, recebendo pelos serviços com base na unidade de atendimento. Além disso, com a expansão do complexo previdenciário passou a existir o subsetor credenciado, contratos de prestação de serviços com pagamento na base da unidade de serviço, voltado para uma parcela específica dos segurados. Tratava-se de um convênio entre o INPS e a empresa contratante, segundo o qual esta é responsável pela prestação de serviços médicos aos seus empregados, desobrigando o INPS de prestar tais serviços diretamente.

Com o processo de modernização e desburocratização das grandes corporações, surgiu a prática de adquirir serviços complementares de que necessitam, mas que não constituem sua ocupação principal. O mesmo aconteceu com a assistência médica aos funcionários. A complementaridade começa pela seleção de pessoal. As empresas médicas contratadas também são responsáveis por esta tarefa, anteriormente atribuídas ao setor médico. Esses convênios implicam no crescimento dessa prática, com a previdência cobrindo boa parte do custo; o barateamento para as empresas; e atividades médicas cada vez mais voltadas para a produtividade (Oliveira e Teixeira, 1985).

No final da década de 1960 e início da década de 1970 houve tentativas de reordenar a assistência à saúde e ampliar sua cobertura. A expansão dos serviços médicos que ocorreu nos anos 1970 privilegiou a compra de serviços junto à iniciativa privada. O total das despesas da previdência social com a saúde em 1967 era de 22,4%, em 1970 aumentou para 29% e 31,6% em 1976. No que diz respeito à participação nos serviços por prestador, em 1971 cerca de 47,8% milhões de consultas ofertadas, 83,4% eram executadas através de serviços próprios e 16,6% em serviços não próprios, após seis anos, em 1976 houve uma queda na participação própria para 48,5% e os não próprios aumentaram para 51,5%. Na área hospitalar sempre houve predominância da rede contratada, mas ocorreu uma diminuição dos serviços próprios, de 4,6% em 1971 para 2,6% em 1976. E um aumento na participação dos conveniados e a manutenção do setor privado contratado em 91,6% das internações em 1976 (Piola, 1989).

Nos serviços complementares, a rede própria era responsável em 1971 por 61,2% do total dos procedimentos, em 1976 diminuiu para 29,0%. A rede contratada passa a realizar 49,7% dos procedimentos. Entre 1971 e 1976 a participação da rede contratada aumentou 145% enquanto a rede própria aumentou 31% (Piola, 1989, p.10, 11).

Os anos de 1974 a 1979 foram marcados por crise e reformas. Nos anos que se seguiram à unificação, proliferaram os contratos de prestação de serviços com empresas privadas e a Previdência Social não teve qualquer controle sobre as unidades contratantes. Isso levou a um padrão de privilégio no setor privado; como resultado, a falta de controle sobre as contas dos serviços contratados criou as condições para que a corrupção atingisse níveis que ameaçavam o equilíbrio financeiro por volta de 1974 (Oliveira e Teixeira,1985).

O período iniciado em 1974 não constituiu um novo modelo operacional de previdência e assistência médica, pois não houve ruptura com o modelo adotado no pós-64. No entanto, foi um período de contradições decorrente da expansão da cobertura por meio da compra de serviços da iniciativa privada, resultando em uma situação de crise e na reforma do complexo previdenciário (Oliveira e Teixeira,1985). Devido à crise econômica, que é característica desse final de período, ao sistema econômico montado, à subordinação ao mercado mundial e aos reflexos da crise política, uma série de medidas legais e de caráter administrativo foram tomadas neste sentido durante este período; uma delas é a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), ficando estabelecida a definição de competência entre o Ministério da Saúde e Previdência Social (Oliveira e Teixeira,1985).

As soluções encontradas para conter o impasse, conforme Oliveira e Teixeira (1985), foram de caráter reformista: tentavam controlar as disfunções do modelo vigente, porém, sem alterar sua essência. Entre eles, foi estabelecido um mecanismo de controle para dificultar a apropriação de recursos, mas sem alterar o pilar do modelo - compra de serviços de produtores privados e pagamento com base em unidades de atendimento - a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV. Embora seja impossível controlar todas as situações, a existência de tais mecanismos de controle levou a constantes atritos com o setor privado.

A organização dos serviços de saúde assume, a cada ano, uma forma mais complexa de assistência pública/privada, saúde coletiva/previdência social, exigindo, portanto, coordenação e organização de ações envolvendo as diversas instituições abrangidas pelo setor saúde, resguardando-se a predominância da prática médica previdenciária, curativa e individual, sob o comando do Sistema Nacional de Saúde.

Outro mecanismo instituído em 1977, foi o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). O projeto reformulou o sistema de Previdência Social e instituiu o SINPAS subordinado ao MPAS, com finalidade de concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços, custeio de atividades e programas, gestão administrativa, financeira e patrimonial. Além disso, outras autarquias foram vinculadas ao MPAS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social - IAPAS (Oliveira e Teixeira, 1985).

Oliveira e Teixeira (1985), apontam que a criação do INAMPS, aglutinando a assistência médica concedida por todos os órgãos previdenciários, é a maior expressão da aproximação ao princípio de universalização da Seguridade Social, desvinculando cada vez mais o atendimento médico da condição de segurado, muito embora não tenha eliminado a forma de financiamento do sistema, com base na contribuição do segurado.

No entanto, o processo de reabertura democrática em curso no país nos anos 1980, demonstra uma impressionante capacidade de reorganização e reivindicação dos trabalhadores. Assim como, assistimos também à crescente capacidade reivindicatória dos trabalhadores de saúde, que se tornou um fator cada vez mais importante na definição da política de saúde (Oliveira e Teixeira, 1985).

2.2 Institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS)

Os sistemas de saúde, conforme Araújo (2017), podem ser definidos como um conjunto de relações econômicas, institucionais e políticas que se concretizam em regras, organizações, e serviços que serão responsáveis pela condução de processos referentes à saúde de uma dada população. Os principais componentes são: os estruturais, que consistem nos recursos de financiamento e os organizacionais, que compreendem as relações entre os níveis de atenção, gestão de pessoas, dentre outros. Os sistemas de saúde são, continuamente, alvos de intensos conflitos de interesse. Foram desenvolvidos da forma que se conhece atualmente e avançaram devido à participação do Estado no controle dos mecanismos que afetam o bem-estar e o desenvolvimento da sociedade.

No Brasil, a saúde é composta por serviços vinculados a diversas organizações públicas e privadas, estas, com ou sem fins lucrativos. Desse modo, integram o sistema tanto uma Unidade Básica de Saúde (UBS) gerida pela prefeitura quanto um hospital particular destinado a pessoas que possuem planos privados de saúde (Paim, 2015). A concepção ampliada de saúde definida pela OMS apresenta a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental, e social e não somente a ausência de enfermidades.

O atual conceito ampliado de saúde desloca-se do campo biológico. Ele precisa ser pensado não apenas do ponto de vista da doença, mas dos aspectos econômicos, políticos e histórico-sociais, da qualidade de vida e das necessidades básicas do ser humano, seus valores, crenças, direitos, deveres e das suas relações dinâmicas e construídas ao longo de todo ciclo da vida e do meio em que convive. É indispensável, nesse contexto, entender a saúde por meio das relações históricas e socioculturais que o indivíduo mantém com o outro e com a comunidade e nas suas formas de convivência com o meio ambiente ([s.i.], 2005).

A partir da definição, espera-se que as pessoas possam viver em sociedade com qualidade de vida. Paim (2015) expõe que questões como produção e distribuição de riqueza, acesso à terra, ambiente, emprego, salário e renda interferem na saúde dos indivíduos e comunidades, é possível reduzir riscos se a educação, esporte, segurança pública, lazer, cultura integrarem as políticas sociais.

A saúde como um direito do cidadão e dever do Estado resulta de décadas de lutas, principalmente, do movimento denominado “Movimento da Reforma Sanitária” que lutou pela universalidade do direito à saúde instituído pela Constituição Federal de 1988, possibilitando transformações no campo da saúde e na qualidade de vida da população, representando um novo modelo de cuidados que repercutiu social e politicamente. Como apontado por Carvalho (2013), a relevância pública dada à saúde na Constituição Federal mostra sua importância e destaque.

No Brasil, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu no início da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990). A Lei Orgânica da Saúde regula em todo território nacional as ações e serviços de saúde. Em seu Art. 4º a lei destaca:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). § 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de

sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. § 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar (Brasil, 1990).

Foi, portanto, concedida permissão à iniciativa privada para atuar no setor de saúde pública, de modo complementar. Desta forma, se mantém dois grandes projetos: o de caráter universal representado pelo Sistema Único de Saúde e o liberal, de caráter privatista. A saúde tem sido um espaço de grande interesse de grupos econômicos em sua busca por lucros e em seu movimento para impor a lógica privada nos espaços públicos (Bravo, Pelaez e Pinheiro, 2018, p.11).

As diretrizes e princípios do funcionamento do SUS são: universalidade, o direito ao acesso à saúde e bem-estar por toda população; igualdade, não discriminar a prioridade e a qualidade da atenção; intersetorialidade, a saúde não é só uma área focada no cuidado com doenças: consulta, remédio, exame, internação. A garantia da saúde perpassa políticas econômicas e sociais, é preciso levar em consideração as determinações socioeconômicas da saúde; direito à informação, todas as pessoas assistidas têm direito a todas as informações sobre sua condição; autonomia das pessoas, os serviços de saúde devem atender também ao princípio de ter capacidade de resolução em todos os níveis de assistência; descentralização, redistribuição dos recursos e das responsabilidades entre os entes federados; regionalização, o SUS é de responsabilidade constitucional das três esferas de governo; hierarquização, da atenção primária vai à secundária e terciária (Carvalho, 2013).

A participação da iniciativa privada em caráter complementar no Sistema Único de Saúde, pode estar presente quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área. O art.199 da CF/88 expressa que a saúde está livre à iniciativa privada. Para isso, a participação deve ser formalizada mediante contrato ou convênio, observadas as normas de direito público, com preferência às entidades filantrópicas, àquelas sem fins lucrativos. Não se trata, contudo, de entregar o sistema público ao privado como ocorre com as terceirizações pelas Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público Social (Oscips), cooperativas e associações (Brasil, 1990; Carvalho, 2013).

Na prática, entretanto, segundo Carvalho (2012), a complementaridade é invertida - de um total de internações realizadas no setor privado, entre 2001 e 2008,

74,5% foi custeada pelo SUS e do total de leitos privados disponíveis, 78,66% foram utilizados pelo SUS. Houve um crescimento no número de usuários de planos de saúde de 34,5 milhões para 44,7 milhões em seis anos (2000 a 2006). Na 1ª década do século XXI, ocorreu um crescimento de 81,03% dos estabelecimentos privados de saúde, de 43,58% dos planos de terceiros e 48,64% do pagamento particular (Carvalho, Santos e Campos, 2012). O Brasil é o 2º mercado mundial de seguros privados perdendo apenas para os Estados Unidos da América (Siliansky, 2012 apud Carvalho, 2012, p.2). A histórica disputa, como dito anteriormente, continua na atualidade: a defesa do público e universal e a mercantilização da saúde e sua utilização como fonte de lucro. Nota-se que o SUS tem sido sabotado de modo contínuo pelos interesses do capital desde sua criação, solidificados através da indústria de medicamentos, equipamentos e nos grupos privados de saúde.

De modo diferente do que constitucionalmente foi definido, se consolidou no Brasil um sistema dual que é composto pelo SUS - que se guia pelo conceito de universalização do direito à saúde - e pela saúde complementar fundada na lógica de fortalecimento do mercado. Além dos serviços privados que atendem de forma complementar ao SUS conforme consolidado pela CF/88 ao afirmar que o SUS é livre à iniciativa privada, existe também um grande mercado de assistência à saúde, de caráter complementar (Araújo, 2017).

Segundo Bahia e Scheffer (2017), o SUS constitucional tinha um orçamento compatível com a missão da universalização do direito à saúde. Com duas fontes de custeio: Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – Cofins e Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – CSLL para a seguridade social, somadas às anteriores (impostos gerais e contribuição previdenciária) seriam suficientes para a expansão de direitos sociais. Contudo, o uso de recursos da seguridade social jamais foi implementado. Após a aprovação da Constituição, foi disseminada a ideia de que as políticas sociais não cabem no orçamento. Conforme Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), o maior responsável pelo desequilíbrio das contas não são as políticas sociais, mas sim a dívida pública, nunca auditada e que, em 2015, consumiu 42,43% do orçamento da União para pagamento de juros e amortização da dívida, enquanto somente 4,4% do PIB vai para a saúde.

[...] um dos maiores problemas no orçamento público federal reside na extração de recursos públicos para financiamento de juros e amortização da dívida, o que favorece o capital em detrimento da proteção à classe

trabalhadora. A fração do fundo público destinada a garantir os direitos da assistência social e saúde, no período de 2002 a 2017, foi inferior ao montante de $\frac{1}{4}$ das despesas do OGU drenado para pagamento anual com juros e amortização da dívida. Ou seja, o Brasil transfere mais recursos públicos para os credores da dívida do que para os direitos sociais de saúde e assistência social (Bravo, Pelaez e Pinheiro, 2020).

Dessa forma, percebe-se a intrínseca relação do Estado brasileiro com o favorecimento do capital e o fortalecimento do mercado, que será aprofundado no tópico a seguir.

2.3 Mercadorização do Direito à Saúde

O neoliberalismo representa uma corrente teórica e política que se opõe ao Estado intervencionista, segundo Behring (2018), que afirma que o Brasil está imerso nestes debates neoliberais desde a Ditadura Militar, com um discurso de modernização e desenvolvimento do país. O neoliberalismo é, de fato, fortalecido a partir da década de 1990, apresentando-se no governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992) e se consolidando com a gestão de Fernando Henrique Cardoso (1994-1997). Houve privatização de empresas estatais, redução de investimentos públicos, abertura do mercado nacional para empresas estrangeiras, respaldados pelo discurso de defesa do mercado e da concorrência. As medidas de ajuste fiscal e contrarreformas tornaram-se uma estratégia da ideologia neoliberal onde prevalecem discursos de recuperação de lucro e superexploração da força de trabalho.

O modelo neoliberal insere-se em um contexto de busca por mais lucros, concentrado na ordem burguesa, o Estado passa a atuar minimamente na sociedade, principalmente no que concerne às políticas sociais, limitando os recursos financeiros e levando progressivamente ao seu sucateamento. Os recursos públicos são frequentemente utilizados por instituições privadas; essa forma de utilização de recursos públicos ganhou mais força no período neoliberal. O fundo público tornou-se um investimento gerador de capital ao invés de reproduzir condições de trabalho e ingresso à cidadania por meio de políticas públicas (Moraes, 2018).

Segundo Behring e Boschetti (2008), no neoliberalismo, o orçamento de algumas políticas, principalmente as que se enquadram no campo da seguridade

social, não pode ser entendido sem a compreensão da estruturação da carga tributária e sua contextualização dentro da política macroeconômica. A política de ajuste fiscal lançada na década de 1990 segue recomendações constantes de acordos firmados entre o governo e fundos de investimento internacionais. Dessa forma, com um Estado agindo com menor expressão em suas políticas sociais, torna-se incapaz de atender a todos os necessitados. As políticas sociais nesse contexto foram implementadas de forma mais seletiva, focalizadas apenas nos mais pobres, abrindo espaço para a mercantilização e privatização dos serviços públicos. A política de saúde, a exemplo, que do ponto de vista legal deveria oferecer serviços de forma universal, não tem mais condições de fazê-lo, diante das reduções estatais, sendo essa ação incentivadora da privatização e da livre concorrência.

A partir deste período a consolidação do projeto de saúde passa a ser voltada para privilegiar os interesses do mercado, com a política de ajuste neoliberal que consiste em uma reação contra a intervenção do Estado para que este não limite os mecanismos do mercado. No modelo gerencial neoliberal “O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas” (Bravo, 2006, p.13).

No campo da saúde, no Brasil, a assimilação dos pressupostos neoliberais, a partir do início da década de 1990, momento em que também se iniciava o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), resultou num quadro que pode ser caracterizado da seguinte forma: ampliação do acesso aos serviços de atenção básica; mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário (cerca de 70% da oferta estão na iniciativa privada); grande precarização dos vínculos de trabalho no setor público; terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos; conformação de um sistema de saúde complementar, regulamentado; e institucionalização da participação, por meio dos conselhos e conferências de saúde nas três esferas de governo (Rizzotto, 2009, p.1).

A privatização ultraneoliberal na política de saúde no Brasil no decorrer da gestão de Michel Temer tem sua primeira e mais marcante medida: a aprovação da Emenda Constitucional (EC nº 95) que estabeleceu um teto de gastos orçamentários no Brasil por 20 anos, tendo como base o orçamento do governo em 2016. Estima-se que para o SUS a perda de recursos federais seja de pelo menos R\$ 654 bilhões podendo alcançar R\$ 1 trilhão em 20 anos, a depender do crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro (Pelaez et al., 2020).

O gasto público em relação ao PIB passou de 3,17% em 2002 para 4,06% em 2017, quando todos os especialistas apontam que o mínimo necessário deveria ser de 6% (OCKÉ, 2020). Ocké (2020) afirma que estamos passando de um padrão de subfinanciamento histórico para um estrangulamento financeiro. Os municípios já são, atualmente, os entes que fazem os maiores esforços de financiamento, aplicando em média 27% dos seus orçamentos, bem acima dos 15% obrigatórios (Cislaghi, 2021, p.4).

A privatização da saúde no Brasil remove o seu conceito de bem coletivo e direito humano fundamental para transformá-la em um produto de consumo e uma responsabilidade privada. Cislaghi (2021, p.19) apresenta como conceito de privatização dos serviços de saúde a “privatização não clássica”, assim caracterizada por Granemann (2011) por não se realizar pelo mecanismo de venda usual, sendo, desse modo, mais difícil de ser evidenciada. Soares (2000) denomina esses modelos de “privatização por dentro”, implementa-se com a introdução de uma forma de gerenciamento de lógica mercantil no serviço público. O Estado transfere o gerenciamento dos serviços para o setor privado, contudo, se mantém como financiador, perdendo com isso a qualidade dos serviços prestados e transferindo grandes valores do fundo público. Esse modo de privatização foi bem sucedido nos serviços especializados da atenção secundária e terciária⁶ do SUS onde há procedimentos mais caros e melhor remunerados pelo fundo público.

Em 2017, foram propostas algumas medidas de privatização por dentro do SUS tendo como principal característica a apropriação do fundo público, como a proposta da criação de planos de saúde populares⁷. Houve também a Nova Política de Atenção Básica (NPAB) por meio da Portaria 2436 que é contrária ao princípio de universalidade do SUS, apresentando uma nova forma de pensar a Estratégia Saúde da Família (ESF), ao propor cobertura apenas para segmentos da população em dispersão territorial e sob risco ou vulnerabilidade social, além de restringir a equipe a médicos e enfermeiros no padrão básico, deixando aos gestores municipais as contratações de outras categorias profissionais.

Do mesmo modo, o projeto privatista direciona-se sobre o fundo público, como forma de garantia de acumulação de capital, a exemplo dos “Novos Modelos de Gestão” do projeto privatista: Organizações Sociais, Organizações da Sociedade

⁶ A atenção especializada é dividida em dois elementos (atenção secundária e terciária), que são, respectivamente, média e alta complexidade (ambulatorial e especializada hospitalar).

⁷ O projeto dos planos de saúde populares propõe três possíveis modalidades: simplificado para a cobertura da atenção primária; ambulatorial e hospitalar para atenção primária, especializada e média e alta complexidade, em regime misto de pagamento institucionalizando, onde há copagamento em caso de uso dos serviços.

Civil de Interesse Público, Parcerias Público-privadas e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, que atuam na execução de serviços de saúde substituindo o Estado (Bravo, Pelaez e Pinheiro, 2018). Ademais, com o fortalecimento do projeto privatista insere-se também na dualidade da política de saúde, ao mesmo tempo em que a União por meio do Ministério da Saúde normatiza a política nacional pela ação da Agência Nacional da Saúde (ANS), também normatiza, fiscaliza e padroniza os planos privados de saúde, de modo que aumenta a competição das empresas e corrige as falhas do mercado. Enquanto o SUS sofre com as restrições orçamentárias, o Estado cria mecanismos de incentivos financeiros indiretos à demanda dos planos privados principalmente quando mantém a assistência privada para o funcionalismo público (Araújo, 2017). Além disso, destaca-se também como forma de mercantilização da saúde, a compra de serviços privados pelo SUS, assim como ocorria durante a existência dos IAPs, INPS e durante a ditadura militar-empresarial.

A complementaridade do setor privado presente na construção do Sistema Único de Saúde brasileiro permitiu o crescimento dos serviços para o lucro e ajudou a engendrar o mercado consumidor da saúde privada em detrimento da ampliação dos serviços públicos. Conforme Borges et al. (2012, p.76), o setor privado correspondeu a 90% dos estabelecimentos de Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT) no Brasil na Assistência-Médico-Sanitária (AMS) de 2009 e os estabelecimentos privados que informam prestar atendimento ao SUS são responsáveis por 72,4% das internações do setor. O SUS ao mesmo tempo em que é subfinanciado também é agente financiador do setor privado.

3. TRAJETÓRIA DO SUS: DO SUBFINANCIAMENTO AO DESFINANCIAMENTO E O PREDOMÍNIO DO SETOR PRIVADO

Os embates por recursos financeiros para a implementação do caráter universalista da saúde são uma constante desde a criação do SUS. Na Saúde, os vinte anos que se seguem à Constituição de 1988 são caracterizados pela tensão permanente entre dois princípios: o da construção da universalidade e o da contenção de gastos (Marques e Mendes, 2012, p. 347).

A criação do SUS, conforme Leal (2011), não foi capaz de solucionar as desigualdades existentes no sistema de saúde brasileiro que existiam antes de 1988, a exemplo, a segmentação dos serviços públicos e o forte mercado de planos de saúde constituído. A implementação do SUS associada ao financiamento⁸ insuficiente do sistema ampliou o racionamento da utilização dos serviços e a precarização dos recursos, não garantiu a universalização do acesso aos serviços de saúde, nem a integralidade, nem a qualidade. Além disso, o mercado dos planos de saúde recebeu incentivos públicos desde sua criação, em 1988, uma parte da população que era atendida pelo Inamps não migrou para o SUS, mas sim, para os planos privados de saúde.

A discussão sobre o financiamento do SUS é um processo difícil e tenso. Nos últimos 30 anos de existência do SUS, observou-se que o governo brasileiro continua a fornecer incentivos ao setor privado, representando riscos para a saúde universal. Para se ter uma ideia, nas últimas três décadas, os gastos privados cresceram mais fortemente do que os gastos públicos em relação ao PIB. Os gastos públicos totais (federal, estadual e municipal) representaram 2,8% do PIB em 1993, enquanto os gastos privados foram de 1,4%. Mais tarde, a situação inverteu-se, com os gastos privados a excederem os gastos públicos. Em 2015, os gastos privados representaram 5,2% do PIB e os gastos públicos representaram 3,9% do PIB. (Mendes, 2017). Por sua vez, a existência do SUS tem sido acompanhada por uma trajetória persistentemente baixa de recursos, evidenciando o subfinanciamento estrutural do sistema (Mendes e Funcia, 2016).

⁸ A responsabilidade do financiamento do SUS é Tripartite. Das três esferas de governo: federal, estadual e municipal, por meio da vinculação de orçamento da seguridade social. De acordo com a Lei 141/2012, os municípios devem investir no mínimo 15% de suas receitas e os estados 12%. No caso da União, a quantia aplicada deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior com o acréscimo do percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual (Brasil, 2020).

A fragilidade financeira do SUS é histórica, vem da: insuficiência de recursos, do baixo volume de gastos, indefinição de fontes próprias para saúde, ausência de um maior comprometimento com alocação de recursos e com uma melhor distribuição dos recursos no interior da Seguridade Social (assistência social, saúde e previdência), das elevadas transferências ao setor privado. Além disso, o contexto das crises do capitalismo também contribui para os embates na história do financiamento do SUS, em conjunto com a Desvinculação das Receitas da União (DRU)⁹ e as renúncias fiscais no setor da saúde. As renúncias fiscais vêm aumentando significativamente fazendo com que o SUS deixe de ter recursos públicos mais elevados. O total de renúncias fiscais concedidas à saúde privada passou de R\$ 8,6 bilhões em 2003, para 32,3 bilhões em 2015. No mesmo período, as renúncias referentes ao Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF) passaram de R\$ 3,7 bilhões para R\$ 11,7 bilhões; do Imposto de Renda de Pessoa Jurídica (IRPJ) passaram de R\$ 1,2 bilhões para R\$ 4,5 bilhões (Ocké- Reis, 2018 apud Mendes e Carnut, 2020).

3.1 Breve Esboço do Financiamento da Política de Saúde Entre Governos Neoliberais

A partir da década de 1990 o Estado passa a reduzir as políticas sociais, o que incide diretamente na política de saúde. No caso do Brasil, o SUS foi criado quando a dívida externa e a inflação elevada eram ainda um constrangimento maior e, no plano mundial, quando o ideário neoliberal e a dominância da valorização financeira começavam a dominar as relações econômicas e sociais (Chesnais, 2005 apud Mendes 2012, p.).

No país, a propagação do pensamento neoliberal e as determinações de um de seus principais agentes, o Fundo Monetário Mundial (FMI), logo se fizeram sentir, pois o primeiro presidente eleito após o fim da ditadura militar rapidamente abraçou a agenda do Consenso de Washington e começou a propor mudanças no corpo da Seguridade Social. Exemplo disso foram os

⁹ Criada em 1994, a DRU é renovada a cada quatro anos. Instituiu-se que 20% das receitas do Orçamento de Seguridade Social (OSS) sejam retiradas e destinadas ao pagamento de juros da dívida pública. A partir da EC/2016 houve alteração passando para 30%, em vigor até 2023. Corresponde a uma perda de recursos para a Seguridade Social ao longo dos anos, somando entre 1995 e 2017, de R\$ 980,0 bilhões, conforme Mendes e Carnut (2020).

projetos de revisão constitucional encaminhados por Fernando Collor, em 1991, que propunham a eliminação das contribuições que financiavam os diferentes ramos da Seguridade Social e a restrição da cobertura pública aos segmentos mais pobres da população (Marques et al., 2009).

As políticas do governo Fernando Collor de Mello (1990-1992) foram caracterizadas por: apoio a um modelo de “reciclagem” do modelo médico-assistencial (expansão da assistência médica supletiva); maior centralização da tomada de decisões e controle burocrático; “operação descrédito” da reforma da saúde; municipalização discriminatória; distorções da implementação do SUS; lógica de privilegiar a produtividade do serviço público por meio do sistema de informação hospitalar e do sistema de informação ambulatorial do SUS (PAIM, 2002).

O quadro abaixo apresenta uma síntese acerca de algumas mudanças orçamentárias destinadas à Política de Saúde entre o governo Collor e os que se seguiram.

Quadro 1– Orçamentos do SUS

1991	Lei de Custeio da Seguridade Social, Lei n. 8.212. Reafirmou o disposto na Constituição que o Fundo de Investimento Social (Finsocial) seria prioritariamente destinado à saúde, educação, alimentação, entre outros. Financiaria as atividades da Seguridade Social em caráter assistencial.
1992	O orçamento previa o repasse de 25% das receitas de contribuições de empregado e empregador para a área da saúde.
1993	O percentual do repasse previsto já havia se reduzido para 15,5%; A Previdência Social parou de repassar ao Ministério da Saúde (MS) o correspondente a 15,5%.
1994	Ataques ao Orçamento da Seguridade Social: Desvinculação de Recursos; Fundo Social de Emergência (FSE).
1996	Fundo de Estabilização Social (FEF).
1999	Criada a Desvinculação de Recursos da União (DRU), em substituição ao FSE.
2000	EC 29 - Vinculação de gastos mínimos, sem definir percentual para a União - vigorou até a EC 86/2016.
2016	PEC 31- Prorroga e aumenta de 20 para 30% a permissão da DRU sobre impostos e contribuições sociais do Orçamento da Seguridade Social para pagamento de juros da dívida pública. EC 95- Estabelece o Novo Regime Fiscal - NRF no âmbito dos Orçamentos

	Fiscal e da Seguridade Social da União (atualmente revogada).
--	---

Fonte: Elaboração própria. | Dados: Iola Gurgel Andrade, 2022.

A fragilidade do financiamento do SUS ficou exposta quando a Previdência Social parou de repassar ao Ministério da Saúde (MS) o correspondente a 15,5% da arrecadação da contribuição de empregados e empregadores, o mecanismo de financiamento da saúde que havia sido praticado até então, mostrou toda sua fragilidade (Mendes e Marques, 2012, p.350).

Ao longo dos anos houve uma redução da participação social federal e responsabilidade de gastos públicos do Orçamento da Seguridade Social (OSS): 1980 (75%); 1990 (63%); 2000 (59,8%); 2019 (42,1%) (Andrade, 2022).

Para dar conta da urgente necessidade de financiamento da Saúde, o governo federal, presidido por Itamar Franco, precisou decretar novamente estado de calamidade pública, o que permitiu ao MS demandar novo empréstimo junto ao Fundo Amparo ao Trabalhador (FAT) (Mendes e Marques, 2012, p.350). Tais fatos tiveram o mérito de evidenciar que os mecanismos de financiamento do SUS continuavam indefinidos e o volume de recursos com que ele podia contar era instável (Mendes e Marques, 2012, p.350).

Conforme formulado no Plano Real¹⁰, foi definido que 20% da arrecadação das contribuições sociais ficaria disponível para uso do governo federal. Para tanto, houve a criação do Fundo Social de Emergência, renomeado Fundo de Estabilização Fiscal em 1997 e, tornando-se posteriormente, Desvinculação das Receitas da União (DRU) em 2000. Antes o uso desses recursos era exclusivo da Seguridade Social, contudo, com a modificações podiam ser alocados para qualquer finalidade, inclusive para pagamento dos juros da dívida (Mendes e Marques, 2009).

De 1995 a 2003 o governo de Fernando Henrique Cardoso permitiu o início do processo de municipalização dos serviços; adoção de conselhos de saúde nacionais, estaduais e municipais (Araújo, 2017). Em 1995, destaca-se a publicação de um relatório do Banco Mundial intitulado "Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: Agenda para a década de 1990". O documento possuía orientações ligadas à estrutura legal do SUS. Recomendava-se fortalecer a aplicação das políticas nos estados federados, em detrimento dos governos municipais; tornar o governo federal um regulador do controle de custos e políticas e

¹⁰ Conjunto de medidas implementadas para debelar a elevada inflação crônica brasileira.

de limitação de acesso, sistema de pagamento; redução do investimento público em saúde e ênfase na ação preventiva, ao mesmo tempo em que estimulava o consumo de programas e seguros privados e focalizar os serviços públicos para a população pobre (Araújo, 2017; Rizzotto, 2000).

Em 2000, houve a aprovação da Emenda Constitucional 29 (EC 29), que estabelece:

Segundo seu texto, no primeiro ano de vigência, os estados e municípios deveriam alocar, ao menos, 7% das receitas de impostos e transferências constitucionais, sendo que esse percentual precisaria crescer anualmente até atingir, aos estados, 12% em 2004 e, aos municípios, 15%. À União, definia, para o primeiro ano, o aporte de, ao menos, 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior seria corrigido pela variação do PIB nominal. Em relação à União, a EC 29 não explicita qual é a origem dos recursos e, em relação à Seguridade, é omissa, esquecendo toda a discussão realizada anteriormente e como se não houvesse disputa pelos recursos da Seguridade Social (Marques e Mendes, 2012, p.354).

A aprovação da EC 29 definiu a participação de cada esfera de governo e a garantia de um recurso mínimo. Entre os anos de 2000 a 2012 a EC 29/2000 e a Lei Complementar- LC 142/2012 aumentaram os gastos públicos em três níveis, contudo, mantiveram-se diferenças regionais e não foi possível que houvesse uma ampliação da assistência à saúde (Andrade, 2022).

Entre 2003 e 2010, durante o governo Lula, foi mantida a política macroeconômica do antigo governo (FHC) e as políticas sociais fragmentadas: saúde, assistência e seguridade social, subordinadas à lógica econômica. No documento intitulado “Carta ao Povo Brasileiro de 2002”, na eleição de Lula e, na continuidade dos seus governos de política econômica liberal (e breves nuances de social-democracia) percebe-se que não houve, em nenhum momento, um rompimento com os interesses da classe dominante, permanecendo com um “neodesenvolvimento” que possuía a finalidade de desenvolver o capital e não os direitos sociais (Mendes e Carnut, 2020).

[...] durante os dois governos Lula, ao dar prosseguimento ao que era feito por Fernando Henrique Cardoso, tinha objetivo central o cumprimento de metas de inflação e a obtenção de elevados superávits primários, resultando em constante pressão para que o gasto público fosse diminuído, o que, no SUS, assumiu a forma de contingenciamento (Mendes e Carnut, 2020, p.356).

No governo Dilma Rousseff (2011-2016), ocorreram contradições relacionadas à política de saúde, entre elas: a limitação dos gastos públicos, a manutenção do subfinanciamento com a ampliação e fortalecimento do setor privado. Houve crescimento do planejamento e seguros privados, incorporação de tecnologia de alto custo, financeirização do setor (Reis; Paim, 2019).

Vale destacar que durante a segunda metade do primeiro governo Dilma Rousseff, alguns ataques ao SUS ocorreram, como: 1) abertura do setor saúde ao investimento estrangeiro; 2) orçamento obrigatório (PEC 358/ 2013); 3) PEC 451/2014 que propõe planos privados de saúde para todos os trabalhadores (exceto empregados domésticos); 4) tentativa de aprovação de medidas provisórias - MP n° 627 de anistia de multas para operadoras de planos de saúde; 5) rebaixamento do financiamento da previdência social; 6) Cortes no Programa Farmácia de Massa (PFPB) levando ao fechamento de farmácias da rede própria; 7) Proposta de isenção de R\$ 2 bilhões para operadoras de planos de saúde (Reis; Paim, 2019).

Ademais, enfatiza-se que o desfinanciamento do SUS também possui relação com as medidas implantadas no país através do tripé macroeconômico (metas de inflação, superávit primário, e câmbio flutuante) adotadas pelo governo federal desde Fernando Henrique Cardoso (FHC) até Dilma Rousseff. Que consiste na utilização de ajustes fiscais permanentes, levando à redução de recursos encaminhados ao sistema de proteção social (Mendes e Carnut, 2020).

Reconhecemos que os conflitos sobre a saúde não são recentes e referem-se a um determinado tempo histórico. Desde 1980, nos tempos contemporâneos de dominância do capital portador de juros no movimento do capitalismo, marcados por uma nova razão do mundo – a grande virada neoliberal – nas palavras de Dardot e Laval (2016), não foi possível identificar a retirada do Estado da economia, mas ao contrário, vimos assistindo a uma particular forma de sua presença, completamente associada à dinâmica do capital (Mendes, 2017, p.5).

Outras mudanças importantes, durante os anos de 2013 a 2016 estão explicitadas no quadro a seguir:

Quadro 2 — 2013 a 2016 - Desestabilização do financiamento

2013	PLP no 321/2013 - Saúde + 10 - Projeto de Lei de Iniciativa Popular; Programa Mais Médicos;
------	--

	Inclusão da Saúde na partilha dos royalties do petróleo e gás (Lei 12.858/2013).
2015	EC 86 - Escalonamento da parcela federal/ frustra o aumento de recursos e incorporação de royalties que passam a ser somados e incluídos ao mínimo da saúde, assim como as emendas parlamentares; Abertura do setor da saúde para o capital estrangeiro.
2016	Destituição do governo de Dilma Rousseff.

Fonte: Elaboração própria. Dados: Iola Gurgel Andrade, 2022.

Entre os anos de 2016 a 2020 a política de saúde passa do subfinanciamento ao desfinanciamento. Alguns dos principais acontecimentos do período, conforme Andrade (2022), foram:

- DRU/PEC 31: aumento de 20 para 30% na alíquota (+ estados e municípios);
- Novo Regime Fiscal: PEC 95 - estabelecendo o teto de gastos corrigidos pela inflação;
- Redução da coordenação federal: quebra de regras de repasses; alterações na PNAB (autonomia dos municípios); SUS Legal (repasse em valor global, que não chegou a ser implementado).

Após 2016, agudiza-se o processo de destruição dos direitos sociais e, na área da saúde, o esmagamento do financiamento do SUS parece ganhar um ritmo mais frequente (Mendes e Carnut, 2020, p.26).

A lógica da política econômica restritiva é intensificada no governo Temer. O documento do Movimento Democrático Brasileiro (MDB) “Uma Ponte para o Futuro” de outubro de 2015 orientou e direcionou ações que acarretaram perdas de direitos sociais (Mendes e Carnut, 2020). Com a vigência da EC 95/2016 torna-se inegável a deterioração do gasto público com saúde. O subfinanciamento do SUS, que já vinha sendo insuficiente, passa a um processo de desfinanciamento, descendo gradativamente seu valor em relação ao valor arrecadado (Mendes e Carnut, 2020, p.27). Em decorrência de um ajuste fiscal, o SUS, a partir de 2017, passou a enfrentar um processo crescente de desfinanciamento ao lado do seu histórico subfinanciamento (Mendes e Carnut, 2020).

Ocorreu a adoção de políticas austeras por parte do Estado, com diminuição dos direitos sociais, presentes no contexto dos países capitalistas centrais e no Brasil, especialmente na área da saúde, intensificando mecanismos de mercantilização/privatização no seu interior (Mendes, 2017, p.5).

Com a ascensão de Michel Temer, há aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização na saúde pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais; propostas de planos de saúde acessíveis; retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB. As ações, pautavam-se, no discurso falacioso da “necessidade” de se reduzir o SUS, ocorrido durante a gestão do Ministro da Saúde Ricardo Barros, que afirmava que o país não conseguiria sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988 que assegura o acesso universal à saúde. Há o argumento de que essa situação teria sido a responsável pelos déficits nas contas públicas e por isso seria necessária uma política econômica de austeridade fiscal e, associado a isso, estaria também a viabilização da formação de superávits primários para o pagamento de juros e amortizações da dívida pública. O congelamento de gastos por meio da EC 95/2016 representou um retrocesso contra os direitos de cidadania já conquistados ao transformar o subfinanciamento do sistema em desfinanciamento, os efeitos negativos da EC 95 interromperam o processo gradativo de consolidação do SUS e inicia seu processo de desmonte. A saúde passa a ter um teto para aplicação de recursos, e deste modo, não haverá como alocar recursos adicionais para o SUS sem que outra política social seja reduzida (Funcia, 2018). O processo de desfinanciamento federal do SUS tem como consequências, perdas bilionárias. A EC 95, acarretou entre os anos de 2018 e 2019, na perda de R\$ 9,7 bilhões no financiamento do SUS (Mendes e Carnut, 2020).

Além disso, houve a revisão da Política Nacional de Atenção Básica, acordada na reunião da Comissão de Gestão Mútua Tripartite (CIT) composta pelo Ministério da Saúde, Conselho de Secretários Nacionais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONAEMS) em 31 de agosto de 2017. Embora o texto afirme que a saúde da família continua sendo uma estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica no Brasil, ele rompe sua centralidade e desenvolve formas de financiamento para outros arranjos

assistenciais que não contemplam equipes multiprofissionais de agentes

comunitários de saúde articulados (ACS). A organização da atenção primária proposta baseia-se em princípios contrários aos que norteiam a atenção primária à saúde (APS) (Bravo, Pelaez e Pinheiro, 2018).

No que diz respeito à política de saúde mental, foram propostas várias mudanças que foram consideradas uma ameaça às conquistas da reforma psiquiátrica no país. Por meio do Decreto nº 3.588/2017 (Brasil, 2017c), o governo reformou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ampliando os recursos dos hospitais psiquiátricos, fortalecendo a internação em instituições psiquiátricas e acrescentando leitos em hospitais gerais e ambulatórios, através de ampliação de recursos para tais fins. A proposta foi aprovada pela CIT em 21 de dezembro de 2017 sem consulta à aprovação da sociedade (Bravo, Pelaez e Pinheiro, 2018).

Já em 2019, o governo de Jair Bolsonaro havia cimentado uma nova política. A proposta de orçamento para financiamento de medidas de saúde, apresentada pelo governo de Jair Bolsonaro (PL), reduziu em R\$ 22,7 bilhões os investimentos no setor. Essas reduções refletiram a liderança do governo federal nessa área, principalmente em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Lacerda, 2022). Outro acontecimento do mesmo ano, foi a nota técnica MS 11/2019 que visava esclarecer as mudanças instituídas, com retrocessos catastróficos, fortalecer a integração formal das Comunidades Terapêuticas (CTs) e hospitais psiquiátricos à rede, e resgatar, por exemplo, a eletroconvulsoterapia como método de tratamento, símbolo da violência.

Em 2020, a pandemia de covid-19 foi decretada em março pela Organização Mundial de Saúde (OMS), três meses após a identificação dos primeiros casos da doença na cidade de Wuhan, no sudeste da China. Desde então, a covid-19, doença respiratória causada pelo vírus SARS-CoV-2, se espalhou por dezenas de países e infectou mais de 655 milhões de pessoas (Farias, 2019). Esse período governamental foi consolidado pelas ideias negacionistas e falta de investimentos. O governo de Bolsonaro acabou por colocar o Brasil como um dos países com alto número de casos e mortes por covid-19 (Lacerda, 2022). Apesar de todas as ações governamentais, a pandemia da Covid-19 demonstrou no Brasil a importância e a necessidade do Sistema Único de Saúde para a população e estrangeiros que vivem em território brasileiro. Apresentando para a sociedade a necessidade de direcionar os recursos públicos para a saúde pública e de um financiamento adequado.

Em suma, os principais acontecimentos referentes ao financiamento do SUS no período de 2000 a 2020 são descritos no quadro abaixo:

Quadro 3 – Principais acontecimentos em 20 anos de 2000 a 2020

Anos 2000	EC 29 - participação mínima de estados, municípios e governo Federal
2012	Lei complementar LC 141/2012 (regulamentação da EC 29)
2013 - 2016	Desestabilização do financiamento/social e da política
2017 - 2020	EC 95 - Subfinanciamento e desfinanciamento
2020	Pandemia da covid-19: legitimidade social do SUS e rearticulação dos movimentos sociais em defesa do SUS 100% público

Fonte: Elaboração própria. | Dados: Iola Gurgel Andrade, 2022.

Décadas de subfinanciamento do SUS podem ser melhor compreendidas a partir do período histórico da crise capitalista contemporânea, em que os estados capitalistas agiram para restringir os orçamentos públicos à medida que os governos adotavam ajustes fiscais. Este ajustamento responde à tentativa de recomposição da lucratividade do capital em crise e, na sua forma mais perversa, de fortalecimento do capital fictício, que procura apropriar-se de fundos públicos para alcançar a expansão rentista (Mendes, 2020).

Trata-se de reconhecer a fragilidade financeira histórica do SUS, mais amplamente devido à insuficiência de recursos e ao baixo gasto de recursos públicos; à falta de definição de fontes específicas de saúde; à falta de compromisso do governo brasileiro com o orçamento da proteção social (saúde, seguridade social e assistência social); ao direcionar recursos para modelos de gestão privatizados (OS, Oscips, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) e fundos públicos nacionais de direito público/privado com contratos CLT), transferindo recursos significativos para o setor privado. Tudo isso é incentivado pela implementação da Lei de Responsabilidade Fiscal (Mendes, 2020).

Assim, como outrora mencionado, além de 30 anos de subfinanciamento, a partir de 2016 o SUS passou a enfrentar um processo crescente e contínuo de desfinanciamento devido a ajustes fiscais que sufocaram o direito fundamental à saúde (Mendes e Funcia, 2016).

3.2 Predomínio do Setor Privado em Detrimento do Setor Público

O governo brasileiro, através da previdência social, sempre teve a prática recorrente em contratação de terceiros para fornecer serviços médicos aos usuários, em substituição da sua própria rede de serviços. Esse processo foi bastante potencializado com a implantação do SUS, tornando a saúde um dos maiores “negócios” econômicos do país, gerando receitas anuais de R\$ 190 bilhões; isto se deve à lógica de financiamento estabelecida através do processo de pagamento, tornando esta opção politicamente mais lucrativa e rápida, ou devido aos gestores que mantêm algum relacionamento direto com os prestadores de serviços do setor privado, o que sabemos ser comum no sistema (Junior, 2011).

Algumas das iniciativas governamentais que acabaram por impulsionar o mercado de saúde privado no Brasil, de forma sucinta, conforme Bahia e Scheffer (2017), foram:

- Lei 7.713 de 1988 ampliando os limites de abatimento do imposto de renda com despesas com saúde.
- A Lei 8.620, 5 de janeiro de 1993, fornecendo desconto e parcelamento de débitos de hospitais conveniados com o Instituto Nacional Inamps.
- Durante o governo FHC foi aprovada a Lei 9.250 de 1995 pela qual as despesas com saúde passaram a ser objeto de dedução integral do imposto de renda.
- Lei 9.527 introduz a possibilidade da assistência à saúde do servidor público ser realizada através de contrato.
- No governo Lula a Lei 11.302 de 2006 introduziu a possibilidade de assistência ao servidor público mediante forma de auxílio, e ressarcimento aos valores gastos com planos privados, ocorreu também apoio a investimentos na rede privada de serviços médico-hospitalares e unidades de diagnóstico, modernização de hospitais filantrópicos e estratégicos para o SUS, a dedução de impostos e contribuições sociais para profissionais de cooperativas e associações médicas, mediante Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal nº480 de 2004.
- Entre as ações do governo Dilma, está a Resolução Normativa ANS nº396 de 2016 fornecendo desconto nas multas de empresas e planos de saúde, e empréstimos (BNDES) para empresas de planos privados de saúde.

Outra ação significativa da política de Estado foi a aprovação da MP-656 em 2014 que, inconstitucionalmente, legalizou a abertura da estrutura de rede privada à aquisição pelo capital estrangeiro. Rede fortemente subsidiada por investimentos públicos e com um mercado que possuía, no mesmo ano, 55 a 60 milhões de consumidores. As empresas nesta etapa monopolista, a partir da grande concentração de capital na assistência à saúde, compram umas às outras conglomerando-se, submetem os Estados Nacionais e os regula quando era o contrário que deveria ser realizado com o Estado os regulando (Santos, 2015).

Ao reduzir os seus serviços especializados e substituí-los por serviços privados contratados, o poder público cria o terreno fértil e as condições necessárias para o estabelecimento e desenvolvimento da saúde complementar que, nos últimos anos, no país, tem crescido a um nível muito superior ao crescimento global (Júnior, 2011). Essa escolha econômica, política e ideológica torna o povo brasileiro dependente e, na maioria das vezes, completamente em dívida com o setor privado/contratante, especialmente em serviços de referência e especializados. Na prática, isto significa reconhecer que a prestação de serviços tem, muitas vezes, limitações nos procedimentos que os prestadores podem oferecer, que por sua vez estão diretamente relacionados com a capacidade de financiamento público. Dessa forma, Júnior destaca:

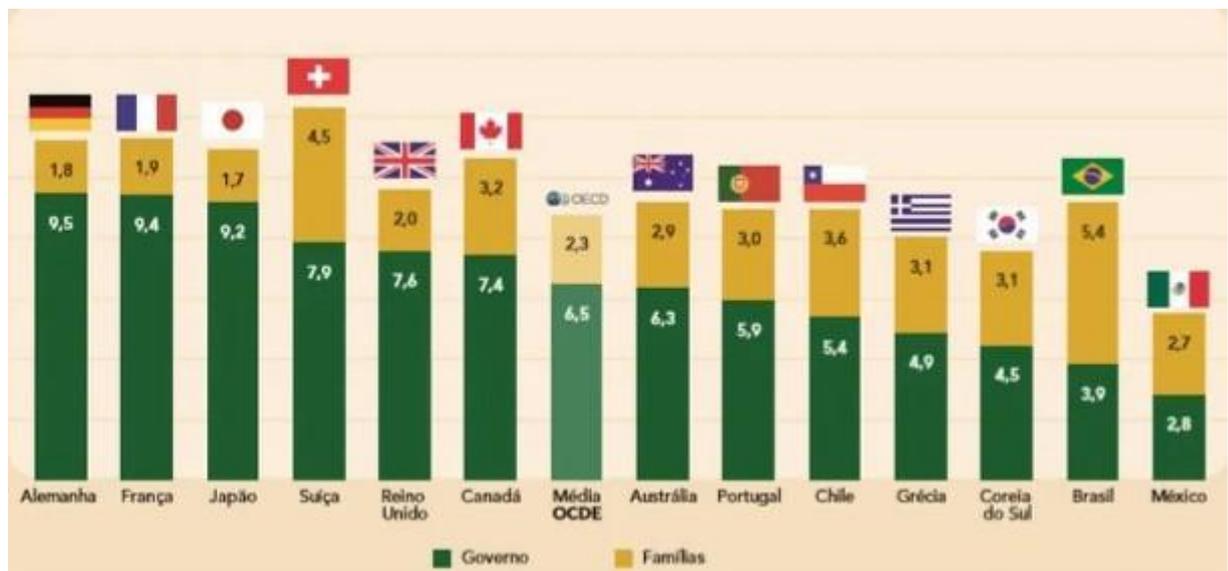
Numa lógica de mercado, portanto de um interminável debate de valores a serem praticados e honrados pelo ente público, e de um subfinanciamento que é a regra, a população é submetida a uma crise praticamente ininterrupta, trazida no não-atendimento da demanda crescentemente reprimida (em função da conjunção da falta de prevenção com os limites e tetos financeiros estabelecidos) e das constantes interrupções nos atendimentos motivadas pela disputa de valores e de poder. Portanto cumpre-nos e é lícito afirmar, que o crescimento do setor privado da saúde além dos limites da complementariedade estabelecidos pela Constituição Federal, é incompatível com a plena afirmação e consolidação do SUS. É impossível termos determinados profissionais à disposição do Sistema uma vez que eles preferirão sempre a relação mais cômoda e mercantilizada com o setor privado, assim como também jamais teremos orçamento suficiente para financiar a compra de serviços na lógica de mercado. Definitivamente, a proposta de um sistema universal e integral como o SUS é incompatível com a coexistência de um sistema privado paralelo forte e pior, alimentado pelo próprio sistema público (Júnior, 2011, p. 37).

Os gastos privados com saúde no Brasil, em 2015, somaram R\$ 314,6 bilhões, representando 57,6% do total de R\$ 546,1 bilhões gastos com a saúde no país. O estudo “O setor de Saúde na Perspectiva Macroeconômica- Período 2010/2015” do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revela que

países com o modelo universal tendem a ter gastos públicos superiores aos privados. No Reino Unido os gastos públicos representam 80% do total, na França 79%, Itália 75%, Canadá 74% e Espanha 71%. Alguns países que não possuem um sistema universal, mas contam com um sistema de saúde público parcial têm um investimento de: África do Sul 56%, Argentina 72% e Chile 61%, todos possuem gastos superiores aos do Brasil. O investimento brasileiro em saúde privada ajuda a elucidar a procura brasileira por planos de saúde, conforme a pesquisa do IESS/Ibope em 2015 (IESS, 2018).

Entre 2010 e 2015 houve um avanço expressivo dos gastos em saúde privados e públicos. O investimento público foi de R\$ 139,7 bilhões para R\$ 213,5 bilhões, o privado possui valor maior foi de R\$ 169,7 bilhões para R\$ 314,6 bilhões. Entre o total de gastos privados, 30,1%, foram feitos na compra de medicamentos e 66,6% foram destinados à saúde privada (planos de saúde e despesas pagas do próprio bolso) (IESS, 2018).

Gráfico 1 – Despesas de Saúde como proporção do PIB, por setor institucional (%) 2017.



Fonte: IBGE, comparação entre os gastos privados e públicos com saúde de diversos países.

Em 2017, segundo o IBGE, foram gastos no Brasil R\$ 608,3 bilhões com serviços e produtos de saúde. Destes, R\$ 354,6 bilhões foram pagos pelas famílias

e R\$ 253,7 bilhões investidos pelo governo. Em comparação com outros países como: Alemanha, França e Japão, as diferenças da participação no PIB dos gastos privados e públicos é maior (Gráfico 1), o governo gasta mais de 9% entre os três países mencionados, enquanto as famílias gastam menos de 2%. Na Suíça, os gastos privados chegam a 4,5% do PIB, e se aproximam ao do Brasil, contudo os gastos do governo chegam a 7,9%, sendo, mais que o dobro. Ou seja, as famílias gastam mais e o Estado gasta menos que a média (Silveira, 2019).

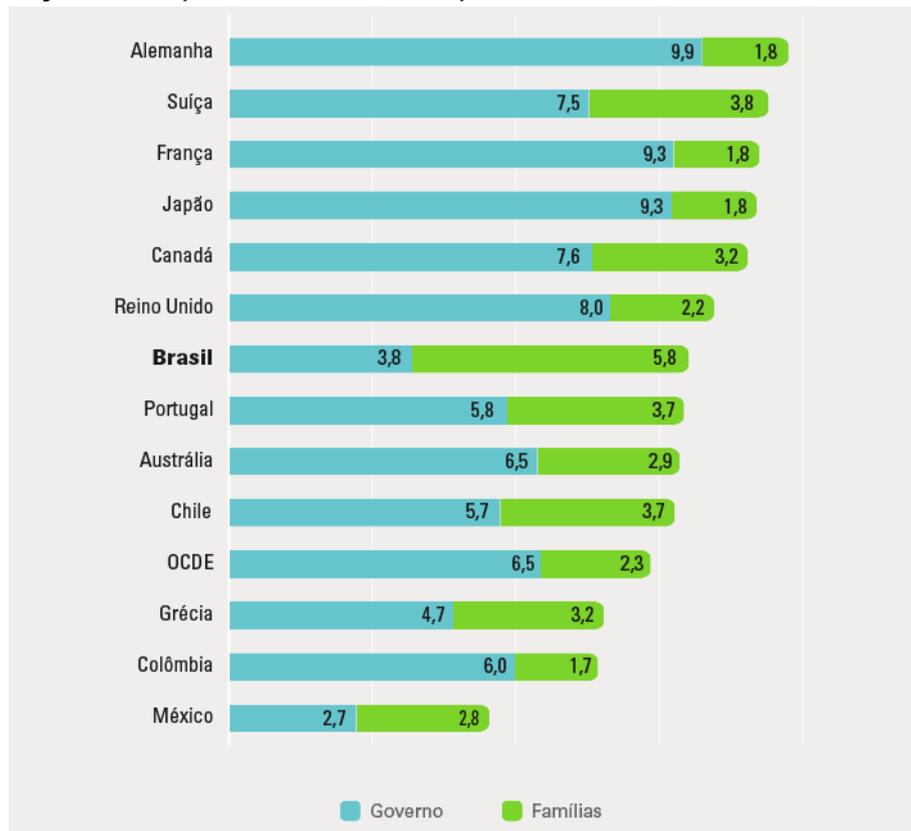
No ano de 2019, em percentual do PIB, o Brasil obteve o maior gasto privado de saúde, dentre uma lista com 13 países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), conforme o IBGE. As despesas das famílias e instituições sem fins lucrativos com bens e serviços de saúde foram de 5,8% do PIB em 2019, representam mais que o dobro da média da OCDE (Gráfico 2), de 2,3%, estando acima da Suíça (3,8%), país com a segunda maior despesa privada relativa em saúde da lista. Os 5,8% do PIB equivalem em 2019 a R\$ 427,8 bilhões valor advindo de ONGs, famílias brasileiras e outras instituições, destinados a cobrir os custos com planos de saúde, medicamentos, aparelhos, dentre outros serviços (Vasconcelos, 2022).

O mercado da saúde privado é amparado por diversos subsídios diretos e indiretos, incluindo os públicos, a exemplo, a isenção de impostos para quem usa planos de saúde e a compra de planos privados para funcionários públicos. Os estímulos governamentais ao setor privado especializado na comercialização de planos de saúde, assim como o aumento da flexibilização do trabalho contribuíram para a expansão que ocorreu neste mercado e para o aprofundamento da segmentação e fragmentação já existente no sistema de saúde brasileiro (Bahia e Scheffer, 2017).

Na contemporaneidade, o mercado de planos de saúde está ocupando uma posição bastante privilegiada. Em 2020, economizou e lucrou intensamente com preços elevados e reajustes. Durante a pandemia de Covid-19 os planos de saúde observaram um aumento significativo do lucro líquido que, em 2020, foi de 49,5% segundo a ANS. Simultaneamente o aumento se deu em meio a uma crise sanitária e econômica com aumento do desemprego. O Brasil é o único país com sistema universal em que o investimento privado é maior que o público, o que exemplifica o desequilíbrio de recursos já que a iniciativa privada possui atualmente 60% de

internação no país, um quarto da população é atendida pelos planos e pode usar 60% dos recursos (Sestelo, 2021; Navarrete, 2021, p.30).

Gráfico 2 - Despesas com bens e serviços de saúde em relação ao PIB %
Comparação entre países e da OCDE por setores



Fonte: Conta-Satélite de Saúde - 2019/ IBGE

Por outro lado, o Brasil possui, conforme a lista da OCDE, o segundo menor gasto público em saúde em percentual do PIB (3,8%), como mostra o Gráfico 2. Fica abaixo somente o México com 2,7%. Os países com maiores despesas relativas à saúde, são: Alemanha com 9,9% do PIB e França 9,3%. Quando somados, o gasto privado ao gasto público, em 2019, o Brasil reúne 9,6% do PIB, equivalente a R\$ 711,4 melhorando a posição em relação aos outros países, contudo, esse dado não representa melhora em relação aos serviços públicos de saúde (Vasconcelos, 2022).

O Estado brasileiro possui a tendência histórica de fomentar o crescimento da rede privada de saúde em detrimento da ampliação da sua rede pública. Desde 1945 a rede privada era superior à rede oficialmente pública no Brasil. Conforme Souza et al. (2014), a tendência se mantém, mostrando que a maior parte dos

estabelecimentos de saúde estão situados na rede privada (73,4%), além da grande oferta de serviços dessas instituições ao SUS (Romano; Scatena; Kehring, 2015).

3.3 Direcionamento do Gasto Público

O gasto público com saúde pública no Brasil por habitante foi menor do que os gastos apresentados por países como França e Reino Unido. Correspondendo, conforme dados selecionados de 2000 a 2014, aproximadamente a um gasto público diário de R\$ 2,60 dia per capita para cobrir as ações e serviços públicos de saúde da população brasileira, aquém do esperado em comparação com outros países que possuem sistemas universais de saúde (Figueiredo et al., 2018, p. 41), como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Gasto total per capita e gasto total em saúde como porcentagem do PIB para países selecionados, 2014.

Países	Gasto total per capita (\$US)	Gasto total como porcentagem do PIB (\$US)
Brasil	947	8,3
Espanha	2.658	9
Reino Unido	3.935	9,1
Itália	3.258	9,2
Portugal	2.097	9,5
França	4.959	11,5

Fonte: Figueiredo et al. | Dados: OMS, 2018.

Conforme a Tabela 1, é possível perceber que entre os países apresentados a França foi o que teve a maior despesa com saúde, 11,5% do gasto total em saúde como proporção do PIB. Como percentual do PIB, conforme o indicador na dimensão do gasto público, em 2014, o Brasil destinou 3,8%, a França e o Reino Unido destinaram 9% e 7,6% respectivamente.

O gasto público brasileiro é baixo para um país com sistema universal e atendimento integral. Países com sistemas universais como Reino Unido e França investem mais de 70% do gasto total com despesas públicas em saúde, 83% e 78% respectivamente (Figueiredo, 2018).

Evidencia-se através dos dados o desafio do subfinanciamento do sistema público de saúde no Brasil, tendo impacto direto na abrangência e qualidade das ações e serviços de atenção à saúde (Figueiredo, 2018).

No que diz respeito à oferta de serviços que são contratados pelo SUS. No Brasil, os procedimentos de alta complexidade são ofertados, em sua maioria, por serviços privados. Apesar da presença do serviço privado estar em toda a rede de atenção pública especializada, é consideravelmente majoritária (em alguns casos quase exclusiva) na alta complexidade, uma vez que esta área possui alta lucratividade que decorre dos diferenciais de remuneração da tabela SUS segundo a densidade tecnológica (Straub et al., 2021).

Gráfico 3 – Distribuição dos leitos privados por tipo de atendimento - 2022



Fonte: CNS | Dados: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), DataSUS, Ministério da Saúde (MS).

Conforme o Gráfico 3, em relação aos leitos hospitalares no Brasil, em 2022, havia 435.793 leitos. Destes, 263.792 em hospitais privados. A maior parte na região Sudeste, local onde se concentra também a maior parte dos usuários de planos de saúde privados. Grande parcela desses leitos são localizados em hospitais privados sem fins lucrativos (filantrópicos). Em relação ao vínculo com o SUS, mais de 90% dos hospitais privados filantrópicos realizam atendimento aos pacientes do SUS (94%), enquanto a maior parte dos hospitais privados com fins lucrativos não possuem esse vínculo (CNS, 2022).

Como exemplo da predominância do setor privado na oferta de serviços que envolvem alta tecnologia e alto custo apresenta-se a seguir dados referentes a dois setores da alta complexidade: Radioterapia e Terapia Renal Substitutiva.

Segundo o Censo de Diálise da Sociedade Brasileira de Nefrologia de 2022, havia 153.831 pacientes em diálise no Brasil. Com uma população brasileira de

214,82 milhões (IBGE) depreende-se que, a cada 100 mil brasileiros, teremos 5 deles em alguma modalidade de diálise (peritoneal ou hemodiálise) (Ferreira, 2023, p.1). Devemos lembrar que os pacientes renais crônicos dialíticos estão em estágio V da doença renal crônica (DRC) e representam 10% dos doentes renais crônicos. Logo, a população estimada de renais crônicos no Brasil (incluindo todos os estágios de doença renal) seria de 1.538.310 pacientes (Ferreira, 2023, p.1).

Em 2020, dos até então, 144.779 pacientes com DRC 81,6% utilizavam o SUS para Terapia Renal Substitutiva (TRS), 92,6% na modalidade de hemodiálise (SBN, 2020). Ainda conforme a SBN (2022) a cada ano 48 mil novos pacientes precisam de hemodiálise no Brasil.

Em 2023, as clínicas do SUS não possuem vagas suficientes para atender os pacientes, os problemas relacionados a vagas e falta de equipamentos vêm se agravando com o passar dos anos. Havia 1,4 mil pacientes na fila de espera em oito estados e no Distrito Federal. A maioria das 872 clínicas de hemodiálise existentes no Brasil são privadas e conveniadas ao SUS (G1, 2023).

Evidencia-se essa realidade através dos dados disponíveis no Gráfico 3. Pode-se perceber que no Brasil, há predominância de prestadores privados nos serviços de radioterapia e terapia renal substitutiva, ao longo de todo o período analisado.

Tabela 2 – Radioterapia, quimioterapia e terapia renal substitutiva realizadas no SUS nos anos de 1995 e 2015 no Paraná e no Brasil, por natureza e regime do prestador (1/1000).

Procedimento		Radio e Quimioterapia				Terapia Renal Substitutiva			
Esfera		Paraná		Brasil		Paraná		Brasil	
Natureza	Regime/Ano	1995	2015	1995	2015	1999*	2015	1999*	2015
Público	Federal	0	7,5	341,2	600,7	0	0	28,2	124,2
	Estadual	0	1,3	147,8	1.207,7	0	0	32,1	394,4
	Municipal	0,6	0	80,4	458,4	0	1	18,8	148,8
	Universitário	127,6	0	739,8	0	12,1	0	223,2	0
	Total Público	128,2 (43,5%)	8,9 (1,1%)	1.309,4 (26,2%)	2.266,9 (20,1%)	12,1 (5,5%)	1 (0%)	302,2 (8,6%)	667,4 (5,9%)
Privado	Com fins lucrativos	92	229,5	1.608,7	1.377,2	156,5	463,6	2.111	7.765,2
	Sem fins lucrativos	74,5	44,2	2.078,3	605,2	50,7	3,5	1.081,2	253,2
	Optante Simples	-	0,9	-	59,8	-	0	-	349,4
	Filantrópico c/ Cnas	-	556,6	-	6.989,4	-	82,8	-	2.286,5
	Total Privado	166,5 (56,5%)	831,3 (98,9%)	3.687 (73,8%)	9.031,6 (79,9%)	207,2 (94,5%)	549,9 (100%)	3.192,2 (91,4%)	10.654,4 (94,1%)
	Total	294,7	840,1	4.996,3	11.298,5	219,3	549,9	3.494,4	11.321,8

Fonte: Straub et al. | Dados: SIA-SUS

Conforme a Tabela 2, no âmbito nacional, o peso relativo da prestação de serviços privados se elevou até chegar à estabilização em torno de 80% dos procedimentos apresentados. Os serviços privados com fins lucrativos foram sendo diminuídos pelos filantrópicos no papel de principais prestadores de serviços sendo 62% no Brasil (Straub et al., 2021).

É possível perceber que historicamente a oferta de radioterapia e quimioterapia pelo SUS acontece através de serviços privados. Contudo subsiste uma prestação de serviços públicos minoritária. A Terapia Renal Substitutiva (engloba procedimentos de hemodiálise e diálise peritoneal) apresenta um aumento da oferta dos procedimentos pelo SUS de 224% mas, em toda análise há o predomínio dos prestadores privados, nunca inferior a 90%. Entre os procedimentos de TRS a maior parte é executada por serviços com fins lucrativos (69%). Pode-se considerar que a prestação de TRS no SUS em âmbito nacional é sobretudo de atribuição privada (Straub et al., 2021).

Os procedimentos de radioterapia e quimioterapia pelo SUS também se desenvolveram essencialmente por meio de serviços privados, tornando essa linha de cuidado, que é direcionada a portadores de neoplasias e a segunda causa de mortes no país, em constante dependência dos prestadores privados (Straub, et al. 2021).

No decorrer dos anos, também tem se intensificado e tornado mais evidente a “filantropização” do setor privado contratado pelo SUS, que pode ser explicada pelas mudanças nas legislações regulamentadoras desse formato institucional além da crescente utilização de artifícios para se obter isenções fiscais, financiamentos e privilégios nos contratos com o SUS (Straub et al., 2021).

Dessa forma, torna-se visível a predominância do setor privado na saúde pública brasileira, particularmente, na compra de serviços de alta complexidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse pela delimitação do tema e objeto do presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), foi demarcado pela vivência do Estágio Curricular Obrigatório que integra o Curso de Graduação em Serviço Social, realizado no Hospital das Clínicas - UFPE, Unidade Pública de Alta Complexidade. Ao nos depararmos com a complementaridade da saúde no setor de oncologia e nefrologia, percebemos a importância e pertinência de sua sistematização, a fim de contribuir na produção de conhecimento sobre a mercadorização no Sistema Único de Saúde. Assim, esse estudo propôs-se a apresentar e refletir sobre a mercantilização do SUS, no contexto neoliberal e de desmontes da Política Pública de Saúde.

Apresentou-se ao longo do trabalho as diversas questões que dificultam a solidificação do SUS público, estatal, gratuito, universal e de qualidade. Por isso, destacamos algumas propostas para a garantia do direito à saúde, como: a defesa dos serviços de saúde como um serviço público, não sujeito a objeto de transações no mercado; a defesa da Seguridade Social através da implementação de políticas sociais intersetoriais que garantam direitos relacionados à saúde, à assistência social e à previdência social; o conceito de saúde como uma dimensão indispensável à vida, que leva em conta determinações sociais e econômicas como alimentação, habitação, saneamento básico, meio ambiente, emprego, acesso à terra para as pessoas que nela trabalham, renda, educação, transporte, lazer e acessibilidade. Os bens e serviços básicos (artigo 3º da Lei 8.080/90) – dizem respeito à qualidade de vida da população. Alcançar a saúde plena requer políticas nacionais comprometidas com modelos econômicos e sociais que acabem progressivamente com a desigualdade social.

O SUS possui serviços abrangentes e fundamentais, indispensáveis em nosso país. A participação da iniciativa privada, conforme progride, dificulta a garantia de direitos. O sistema de saúde não foi concebido para gerar lucros e, portanto, não deve ser mercantilizado. Se faz necessário o combate a toda e qualquer investida de privatizar o SUS: OSs, OSCIPS, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. e Fundações Estatais de Direito Privado.

A partir da problematização desta pesquisa, compreendemos que o sistema de saúde enfrenta limites e desafios, frente ao desmonte das políticas sociais. A redução de investimentos na Saúde e nas políticas sociais tem repercutido no

cotidiano da classe trabalhadora, marcada pela fragmentação e focalização das políticas, programas, projetos, serviços e benefícios sociais. Ademais, conforme constatado neste estudo, um dos rebatimentos da contrarreforma da Saúde relaciona-se ao processo de desfinanciamento da saúde brasileira que vem, conseqüentemente, refletindo nos desmontes e privatização da saúde. No SUS, tem-se ampliado a tendência de transferência da gestão e da operacionalização dos serviços a setores privados da saúde, operando a passos largos para a ausência direta do Estado na garantia do direito à Saúde. Trata-se de um ataque frontal aos princípios do SUS.

No que diz respeito ao fortalecimento da iniciativa privada, destacamos que no decorrer da pesquisa há ligação entre a unificação dos institutos de assistência previdenciária e o aumento da importância e influência das unidades de serviços privados. Assim como apresentam Romano et al. (2015) a hegemonia da medicina previdenciária se expande à medida em que apoia as unidades privadas e interesses empresariais. Esse percurso foi capaz de moldar parte da política de saúde. E atualmente percebe-se essa tendência na ampliação de serviços de saúde privados em detrimento dos serviços públicos. A participação da iniciativa privada no SUS, garante-lhes rentabilidade e investimentos.

É inegável que a implementação do SUS significou um enorme avanço social no atendimento democrático à população; sendo ele um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o atendimento primário até o mais complexo, garantindo acesso universal, gratuito e integral à sociedade brasileira. Houve muitos avanços no decorrer da trajetória de pouco mais de 30 anos do SUS, que podem ser percebidos nos serviços de urgência e emergência, e na rede de atenção básica. Contudo, na rede hospitalar especializada, ainda segue na atualidade o modelo do Inamps, com pagamento de acordo com a produção (procedimento), e de contratos precarizados. A rede privada possui prevalência na rede hospitalar de alta complexidade.

Além disso, entende-se também a necessidade de ampliação da discussão sobre o orçamento do SUS e os rebatimentos do desfinanciamento da política de saúde para toda a população brasileira, tendo em vista as ameaças de restrição orçamentária.

O financiamento do SUS, como apresentado por Figueiredo et al. (2018), não tem sido suficiente para assegurar os recursos que são necessários ao sistema

público, destinam-se valores menores para o atendimento da população e abaixo do previsto em sua criação. É necessário que os recursos sejam aumentados e direcionados somente à rede pública. O gasto público precisa ser maior que o gasto privado e crescente, fortalecendo o papel do Estado.

O Brasil precisa de um sistema de saúde pública unificado. Como mencionado acima, a privatização não resolverá os problemas de saúde do nosso país. A alta complexidade, representada por hospitais de grande porte, bem equipados e com tecnologia de diagnóstico sofisticada não deve ser financiada com investimentos públicos e isenções de impostos, em detrimento do fortalecimento da própria rede. O setor privado tem no SUS a possibilidade de obtenção de lucros, sendo desse modo, beneficiado pelo Estado. A grande quantidade de incentivos governamentais para o setor privado também contribui para que seja reduzido o valor do gasto público com saúde mantendo o ciclo do subfinanciamento.

No processo de luta pela defesa do Sistema Único de Saúde os Movimentos Sociais possuem extrema importância, sendo referência e base na luta pelo direito à saúde e consolidação do SUS. Portanto, vale ressaltar a necessidade dos movimentos e sua relevância histórica para o enfrentamento aos ataques e os desmontes atuais, entende-se que existem dois projetos em disputa no centro do campo da saúde, o proposto pela Reforma Sanitária (saúde como direito social) e o Privatista (saúde como fonte de lucro).

Se faz necessário conglomerar esforços para assegurar a devida priorização do SUS nos gastos públicos nacionais com saúde. Além de possuir um crescimento do gasto (regra real) em saúde condizente com a necessidade do sistema de saúde que é integral, universal e equitativo. Reduzir o tamanho do setor privado e aumentar a oferta pública, acabando com os subsídios ao consumo privado seja por redução de imposto de renda a empresas que prestam assistência médica aos funcionários, a pessoa física a respeito do pagamento, a planos privados ou por filantropia. A manutenção, direta ou indiretamente, de dinheiro público no setor privado impede o crescimento do setor público.

Acerca das limitações deste estudo o primeiro aspecto a ser evidenciado, trata-se da profundidade da discussão proposta, o tema escolhido possui diversas nuances e diferentes formas de aprofundamento.

Para entender em profundidade o financiamento, arrecadação tributária, finanças públicas, e o modelo de isenção de impostos, é necessário maior imersão

e tempo dedicado à pesquisa. Este trabalho trata-se de uma primeira aproximação com objeto de investigação proposto que pode ser aprofundado posteriormente.

Existem, atualmente, diversas propostas e estudos mais aprofundados acerca das possibilidades viáveis para um financiamento efetivo da saúde pública que podem direcionar e auxiliar próximas investigações. A garantia das condições de um financiamento adequado da saúde pública é um grande desafio para o SUS desde seu início.

Apesar das limitações apresentadas, acredita-se na contribuição deste estudo para a comunidade acadêmica. E para futuros estudos acerca da complementaridade do Sistema Único de Saúde na forma de compra de serviços, para propostas e formas de financiamento da saúde pública e de diminuição da atuação do setor privado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- ANDRADE, Iola Gurgel. (TV ABRASCO). **Financiamento da saúde, alocação de recursos, e o objetivo do SUS 100% público.** YouTube, 2022. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=qLmB0OYdzZ8>.
- ARAÚJO, Carmem. **Estado e mercado, continuidade e mudança: a dualidade da política de saúde nos governos FHC e LULA.** Belo Horizonte, 2017.
- BAHIA, Ligia. SCHEFFER, Mario. **O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos.** Fiocruz, 2017.
- Brasil. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990.** Brasília, 1990.
- BRAVO, M. I; PALAEZ, E. J; CISLAGHI, J. F; BERHING, E. R;. TEIXEIRA, S. O; BOSCHETTI, I. S. **AJUSTE FISCAL E SEGURIDADE SOCIAL: retrocessos e desafios em tempos de ofensiva conservadora.** Revista de Políticas Públicas, 2020.
- BRAVO, Maria Inês; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. **As contrarreformas na política de saúde do governo Temer.** Vitória, v. 10, 2018.
- BRAVO, Maria Inês. **Política de Saúde no Brasil.** Serviço social e saúde, 2004.
- BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história.** São Paulo: Cortez, 2008 (Biblioteca básica do Serviço Social).
- CARVALHO, Gilson. **A Saúde Pública no Brasil.** Estudos Avançados, 2013.
- CISLAGHI, Juliana Fiuza. **Financiamento e privatização da saúde no Brasil em tempos neoliberais.** Revista Humanidades e Inovação v.8, n.35.[s.d.]
- CHESNAIS, François. **O capital portador de juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos.** In: CHESNAIS, F. (Org.). A finança mundializada, raízes sociais e políticas, configuração, consequências. São Paulo: Boitempo, 2005.
- CORREIA, M. V. C. **Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS?** Cadernos de Saúde, 2011.

ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. **Revisão integrativa versus revisão sistemática.** REME - Revista Mineira de Enfermagem, 18(1):09-11, jan.-mar. 2014.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **Parte III - Sistema de saúde brasileiro: história e configuração atual 10. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista.** Rio de Janeiro, 2012.

FARIAS, L. L. **Estado, contrarreforma e as políticas de saúde e saúde mental no Brasil.** Vitória, 2019. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v11i3.22727>

FERREIRA, Dilson Palhares. **A importância da atenção em Nefrologia no Sistema Único de Saúde (SUS).** Health Residencies Journal (HRJ), 2023.

FIGUEIREDO, Juliana Oliveira; PRADO, Níli Maria de Brito Lima; MEDINA, Maria Guadalupe; Jairnilson Silva, PAIM. **Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, 2018.

FUNCIA, Francisco R. **Sistema Único de Saúde - 30 anos: do subfinanciamento crônico para o processo de desfinanciamento decorrente da emenda constitucional 95/2016.** ANFIP: Inovação e luta! 2018.

GRANEMANN, Sara. **Quando o capital vai às compras: direitos sociais, privatização e a acumulação capitalista.** Revista Linhas. Florianópolis, v. 21, n. 46, p. 50-71, maio/ago. 2020.

JÚNIOR BATISTA, Francisco. **Gestão do SUS: o que fazer ?.** Cadernos de Saúde. Rio de Janeiro, 2011.

LACERDA, Nara. **Em quatro anos de Bolsonaro, área da saúde perdeu verba, qualidade e capilaridade.** São Paulo, 2022. Disponível em:

<https://www.brasildefato.com.br/2022/12/29/em-quatro-anos-de-bolsonaro-area-da-saude-perdeu-verba-qualidade-e-capilaridade>. Acesso em: 01 set. 2023.

LEAL, Leila. **PLANOS DE SAÚDE: Setor suplementar ou privatização de direitos? O mercado dos planos privados no Brasil.** Revista Poli, 2011.

MARQUES, Rosa Maria. **O regime de acumulação sob a dominância financeira e a nova ordem no Brasil.** In: MARQUES, Rosa; FERREIRA, Mariana (Org.). O Brasil sob a nova ordem: a economia brasileira contemporânea: uma análise dos governos Collor a Lula. São Paulo: Saraiva, 2009.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. **A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008**. Campinas, v.1 n.2, 2012.

MENDES, Áquilas; CANUT, Leonardo. **Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento**. Brasília, v.22, n 46, 2020.

MENDES, Áquilas. **A saúde no capitalismo financeiro dado em crise: o financiamento do SUS em disputa**. Fiocruz. Ríó de Janeiro, 2017.

MENDES, Áquilas, FUNCIA, Francisco. **O SUS e seu financiamento**. Brasília: Abres/MS/Opas, 2016.

MENDES, Eugenio Vilaça. **25 anos do Sistema Único de Saúde resultados e desafios**. Estudos Avançados, São Paulo, 2013.

MENICUCCI, Telma M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

PAIM, Jairnilson. **A criação e implementação do SUS**. In: **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015, cap. 3. Disponível em: <
<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus> Acesso em: 20 jul. 2023.

PELAEZ, Elaine (CFESS/FNCPS). **A contrarreforma da política de saúde**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=tITl8opVsvc>. Acesso em: 05 jul. 2023. Organizado pela Pós-Graduação em Políticas Sociais da UNB.

PASSOS, Juliana. **O que setor privado quer para a saúde do Brasil?** Fiocruz, Revista Poli, Ano XV - Nº 86 - nov./dez. - 2022

PEALEZ, Elaine; BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete; CISLAGHI, Juliana; BRAVO, Maria Inês; TEIXEIRA, Sandra. **Ajuste fiscal e seguridade social: retrocessos e desafios em tempos de ofensiva conservadora**. Revista de Políticas Públicas, 2020.

PEREIRA, Potyara A. P. **A questão social e as transformações das políticas sociais: respostas do Estado e da sociedade civil**. SER Social, 2009.

PIOLA, Sérgio Francisco. **Evolução das Políticas de Financiamento do Setor Saúde no Brasil**. Brasília, 1989.

REIS, Camila Ramos; PAIM, Jairnilson Silva. **A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016)**. Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, 2018.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. 2000. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **Neoliberalismo e Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

ROMANO, Cátia Maria Costa; SCATENA, João Henrique Gurtler; KEHRING, Ruth Terezinha. **Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2015.

SANTOS, Nelson Rodrigues. **SUS fora do rumo: busca de luzes: acima do SUS**. Rio de Janeiro, 2015.

SANTOS, Isabela Soares. **“O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada”**. Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.

SALIM, Leila. **O SUS na mira: reforma ou descaracterização?** Fiocruz, Revista Poli, Ano XIII - Nº 78 - jul./ago. 2021.

SILVEIRA, Daniel. **Gasto de brasileiros com saúde privada em relação ao PIB é mais que dobro da média dos países da OCDE, diz IBGE**. G1. Rio de Janeiro, 2019.

STRAUB, Michele; GOMES, Rogerio Miranda; ALBUQUERQUE, G. S C. **O conflito público-privado no SUS: a atenção ambulatorial especializada no Paraná**.

Saúde Debate. Rio de Janeiro, 2021.

VASCONCELOS, Gabriel. **IBGE: Gasto dos brasileiros com saúde privada é mais que o dobro da média da OCDE**. Valor Investe. Rio de Janeiro, 2022.

Díspnível em:

<https://valorinveste.globo.com/mercados/brasil-e-politica/noticia/2022/04/14/ibge-gasto-dos-brasileiros-com-sade-privada-mais-que-o-dobro-da-mdia-da-ocde.ghtml>

Acesso em: 08 set. 2023.

NETTO, José Paulo. **Pequena História da Ditadura Brasileira -1964-1985**. São Paulo: Cortez, 1985.

TOLEDO, Hercules Pereira. ROCHA, Daniel Albuquerque. BROTTTO, Marcio Eduardo. **Trabalho Do Assistente Social: Debate Sobre As Formas De Manifestação Da Questão Social**. Santa Catarina, 2015.

_____. **Afinal, o que é saúde?** Rio de Janeiro, 2005. Disponível em:
<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/138480/DLFE-3192.pdf/1.0>

_____. **Setor privado gasta quase 60% do total no País.** Instituto de Estudos Saúde Suplementar - IESS, 2018. Disponível em:
<https://www.iess.org.br/publicacao/blog/setor-privado-gasta-quase-60-do-total-no-pais>
 Acesso em: 08 set. 2023.

_____. **Despesas com saúde em 2019 representam 9,6% do PIB. Conta-Satélite de Saúde. Agência IBGE notícias, 2022.** Disponível em:
<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/33484-despesas-com-saude-em-2019-representam-9-6-do-pib#:~:text=Despesas%20de%20consumo%20final%20com,5%2C8%25%20do%20PIB>. Acesso em: 02 set. 2023.

_____. **Sobre o FNS.** Brasil. Fundo Nacional da Saúde. Disponível em:
<https://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns/#:~:text=12%25%20para%20os%20Estados,ao%20da%20lei%20or%C3%A7ament%C3%A1ria%20anual>. Acesso em: 10 de set. 2023.

_____. **Cenário dos hospitais no Brasil 2021-2022.** Confederação Nacional de Saúde, 2022.

_____. **SBN Informa.** Sociedade Brasileira de Nefrologia. Ano 29, nº 131, 2022.

_____. **Clínicas do SUS não têm vagas suficientes para hemodiálise de pacientes renais graves. G1, jornal nacional, 2023.** Disponível em:
<https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2023/07/11/clinicas-do-sus-nao-tem-vagas-suficientes-para-hemodialise-de-pacientes-renais-graves.ghtml>. Acesso em: 10 de set. 2023.

_____. **Sanar Saúde: Linha do Tempo – Fatos marcantes na Construção das Políticas de Saúde no Brasil.** Disponível em:
<https://www.sanarsaude.com/blog/amp/linha-do-tempo-fatos-marcantes-na-construcao-das-politicas-de-saude-no-brasil>. Acesso em: 10 de set. 2023.

2011	ALMEIDA FILHO.	O que é saúde?
2017	ARAÚJO, Carmen.	Estado e mercado, continuidade e mudança: a dualidade da política de saúde nos governos FHC e LULA.
2017	BAHIA, Ligia. SCHEFFER, Mario.	O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos.
2020	BRAVO, Maria Inês et al.	AJUSTE FISCAL E SEGURIDADE SOCIAL: retrocessos e desafios em tempos de ofensiva conservadora.
2018	BRAVO, Maria Inês et al.	As contrarreformas na política de saúde do governo Temer.
2004	BRAVO, Maria Inês.	Política de Saúde no Brasil.
2008	BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I.	Política Social: fundamentos e história.
2013	CARVALHO, Gilson.	A Saúde Pública no Brasil.
[s.d]	CISLAGHI, Juliana Fiuza.	Financiamento e privatização da saúde no Brasil em tempos neoliberais.
2005	CHESNAIS, François.	O capital portador de juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos.
2011	CORREIA, M. V. C.	Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS?
2012	ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio.	Parte III - Sistema de saúde brasileiro: história e configuração atual 10. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista.
2019	FARIAS, L. L.	Estado, contrarreforma e as políticas de saúde e saúde mental no Brasil.
2023	FERREIRA, Dilson Palhares.	A importância da atenção em Nefrologia no Sistema Único de Saúde (SUS).

2018	FIGUEIREDO, Juliana Oliveira et al.	Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados.
2018	FUNCIA, Francisco R.	Sistema Único de Saúde - 30 anos: do subfinanciamento crônico para o processo de desfinanciamento decorrente da emenda constitucional 95/2016.
2020	GRANEMANN, Sara.	Quando o capital vai às compras: direitos sociais, privatização e a acumulação capitalista.
2011	JÚNIOR, Francisco.	Gestão do SUS: o que fazer ?
2011	LEAL, Leila.	PLANOS DE SAÚDE: Setor suplementar ou privatização de direitos? O mercado dos planos privados no Brasil.
2009	MARQUES, Rosa Maria.	O regime de acumulação sob a dominância financeira e a nova ordem no Brasil.
2012	MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas.	A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008.
2020	MENDES, Áquilas; CANUT, Leonardo.	Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento.
2017	MENDES, Áquilas.	A saúde no capitalismo financeiro dado em crise: o financiamento do SUS em disputa.
2016	MENDES, Áquilas, FUNCIA, Francisco.	O SUS e seu financiamento.
2013	MENDES, Eugenio Vilaça.	25 anos do Sistema Único de Saúde resultados e desafios.
2007	MENICUCCI, Telma M. G.	Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória.
2015	PAIM, Jairnilson.	A criação e implementação do SUS. In: O que é o SUS?
2022	PASSOS, Juliana.	O que setor privado quer para a saúde do Brasil?
2020	PEALEZ, Elaine et al.	Ajuste fiscal e seguridade social: retrocessos e desafios em tempos de ofensiva conservadora.

2009	PEREIRA, Potyara.	A questão social e as transformações das políticas sociais: respostas do Estado e da sociedade civil.
1989	PIOLA, Sérgio Francisco.	Evolução das Políticas de Financiamento do Setor Saúde no Brasil.
2018	REIS, Camila Ramos; PAIM, Jairnilson Silva.	A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016).
2000	RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon.	O Banco Mundial e as políticas de saúde nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS.
2009	RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon.	Neoliberalismo e Saúde.
2015	ROMANO, Cátia et al.	Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.
2015	SANTOS, Nelson Rodrigues.	SUS fora do rumo: busca de luzes: acima do SUS.
2009	SANTOS, Isabela Soares.	“O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada”.
2021	SALIM, Leila.	O SUS na mira: reforma ou descaracterização?
2019	SILVEIRA, Daniel.	Gasto de brasileiros com saúde privada em relação ao PIB é mais que dobro da média dos países da OCDE, diz IBGE.
2021	STRAUB, Michele et al.	O conflito público-privado no SUS: a atenção ambulatorial especializada no Paraná.
1985	NETTO, José Paulo.	Pequena História da Ditadura Brasileira -1964-1985.
2015	TOLEDO, Hercules Pereira.	Trabalho Do Assistente Social: Debate Sobre as Formas de Manifestação da Questão Social.