

FINANCIAMENTO E PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL EM TEMPOS ULTRANEOLIBERAIS

FINANCING AND PRIVATIZATION OF HEALTH IN BRAZIL IN ULTRANEOLIBERAL TIMES

Juliana Fiuza Cislighi 1

Resumo: O momento histórico que vivemos de crise econômica, política, sanitária, ambiental e social tem trazido gravíssimas consequências para a vida dos trabalhadores, especialmente no Brasil. A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) universal, público e gratuito foi uma das principais conquistas dos trabalhadores na Constituição de 1988. Esse processo foi, desde o início, repleto de contradições oriundas da ascensão neoliberal nas décadas seguintes. É sobre as mais recentes medidas de desfinanciamento e privatização que trataremos nesse artigo que se inicia por uma análise do cenário político e econômico ultraneoliberal seguido dos efeitos dessa conjuntura no SUS, sobretudo em relação às novas legislações da atenção primária e o avanço das parcerias público-privadas.

Palavras chave: Ultraneoliberalismo. Política de Saúde. SUS.

Abstract: The historical moment we live in economic, political, sanitary, environmental and social crisis has brought very serious consequences for the lives of workers, especially in Brazil. The construction of the universal, public and free Sistema Único de Saúde (SUS) was one of the main achievements of workers in the 1988 Constitution. From the beginning, this process was full of contradictions arising from the neoliberal rise in the following decades. It is about the most recent definancing and privatization measures that we will deal with in this article that begins with an analysis of the ultraneoliberal political and economic scenario followed by the effects of this conjuncture on the SUS, especially in relation to the new primary care legislation and the advancement of public-private partnerships.

Keywords: Ultraneoliberalism. Health Policy. SUS.

Introdução

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) universal, público e gratuito foi uma das principais conquistas da organização e luta dos trabalhadores e trabalhadoras na Constituição de 1988. Esse processo foi, no entanto, desde o início repleto de contradições.

A complementariedade do setor privado permitiu o crescimento da subsunção dos serviços para o lucro do capital em detrimento da ampliação de equipamentos públicos, mecanismos de gastos tributários favoreceram e ajudaram a criar um mercado consumidor para a saúde privada, enquanto o avanço neoliberal significou o desfinanciamento permanente dessa política.

Todos esses elementos vêm se agudizando nos governos ultraneoliberais, iniciados a partir do golpe de 2016 no Brasil o que, associado ao aprofundamento da crise econômica, sobretudo, em meio a pandemia, fazem com que as possibilidades de crescimento dos lucros no setor privado passe necessariamente por apropriação de fundo e patrimônio público.

É sobre as mais recentes medidas de desfinanciamento e privatização que trataremos nesse artigo que se inicia por uma análise do cenário político e econômico ultraneoliberal seguido pelos efeitos dessa conjuntura no SUS.

Crise do capital e ultraneoliberalismo

Desde os fins da década de 1960, o capitalismo entra em um ciclo de crise caracterizado por Mezsáros (2009) como estrutural. Após um período de maior regulação nos países centrais no pós guerra, alimentado por grandes investimentos na indústria bélica e na “reconstrução” das forças produtivas devastadas no conflito, associado ao avanço do imperialismo promotor de ditaduras nos países periféricos, o capital reage à tendência de queda das suas taxas de lucro com políticas chamadas neoliberais, que passam a ser hegemônicas em todo globo a partir da década de 1990, com a ajuda ideológica e da libertação de forças produtivas para o mercado produzidas pelo fim do “socialismo real”.

O mundo viveu, assim as últimas quarenta décadas sob o jugo do neoliberalismo que seguiu avançando para uma subsunção total do conjunto das atividades humanas à lógica do capital, com rodadas sistemáticas de expropriações e ampliação da exploração do trabalho com consequências perversas para as condições de vida da classe trabalhadora.

Ao contrário da expectativa dos ideólogos neoliberais, porém, a História não acabou. A luta de classes não se encerrou, permitindo momentos de vitória de setores populares e progressistas que pareceram, por algum tempo, significar momentos de avanços parciais contra o neoliberalismo. A ideologia individualista, a generalização da concorrência como regulador social, a captura da economia pela financeirização desregulada, os mecanismos de destruição das organizações dos trabalhadores e a consequente apropriação cada vez maior dos fundos públicos pelo capital, no entanto, não cessaram de acontecer dando a essas fases de aparente progressismo características mais de cooptação, sobretudo por meio de parcas políticas sociais e ampliação de políticas de reconhecimento identitário para minorias – mulheres, negros, LGBTTs. A despolitização da economia e a atomização das organizações da classe trabalhadora levaram, sobretudo na primeira década de 2000, a um aprisionamento reiterativo na lógica neoliberal que não mudou nem interrompeu sua trajetória, mas, encurtou o horizonte estratégico da classe que, massacrada pelo desemprego, pela retirada de direitos, pelo retrocesso organizativo, parece mesmo presa a “maldição” de Thatcher e não enxerga alternativas (CISLAGHI, 2020).

Nesse cenário, o neoliberalismo conseguiu consolidar uma permanente centralização e concentração de capitais associadas a um brutal fosso de desigualdade entre a apropriação de riqueza social entre os detentores do capital e os trabalhadores.

O avanço da financeirização da economia tem permitido que, mesmo sem crescimento econômico correspondente, a classe dominante garanta ganhos fictícios estratosféricos. Esses mecanismos, que tentam ganhar tempo, empurrando para frente o colapso no metabolismo do capital, no entanto, geram crises em sequência que, oriundas no sistema financeiro, têm contado com apoio dos Estados, capturados pelos interesses da classe dominante, para cobrar

os prejuízos do conjunto da sociedade por meio da apropriação dos fundos públicos (STREECK, 2013).

Essa necessária captura dos fundos públicos para garantia permanente dos ganhos do capital, qualquer que seja o cenário de crise - mesmo uma pandemia, são alimentados por um lado por uma “exploração tributária” (O’CONNOR, 1977) crescente por meio de sistemas tributários altamente regressivos, uma expropriação extra econômica *pos festum*, dos já insuficientes salários para a reprodução da força de trabalho. Pelo lado do gasto, reduz-se seu uso com trabalhadores do setor público e políticas sociais universais para que o fundo público seja direcionado para pagamento de juros e amortizações da dívida pública dos Estados, associada a novas formas de capitalização de bens públicos como a água e o petróleo. O que vemos é, portanto, apesar das ideologias anti-estatais que alimentaram vastos processos de contrarreformas dos sistemas de proteção social sob o discurso do Estado mínimo, um redirecionamento do fundo público para o capital por meio de Estados diretamente expropriadores de trabalho necessário e garantidores da ordem com o hiperencarceramento e a violência crescente de seus aparatos, também crescentemente privatizados (CISLAGHI e SARAIVA JR., 2016).

Em 2008, uma das mais graves crises do capitalismo, comparada à crise de 1929, teve o sistema financeiro dos EUA como epicentro e se espalhou, em diferentes tempos, por todos os países do mundo entrelaçados pelo sistema capitalista. Uma importante escalada de resistência da classe trabalhadora mundial em movimentos como o Occupy Wall Street, os Indignados na Espanha e a vitória do Syriza nas eleições gregas questionaram a austeridade e a transferência de fundos públicos para as finanças como resposta dos Estados, mas, foram insuficientes em romper as barreiras estratégicas da falta de alternativas ao neoliberalismo. Ao contrário das expectativas, a crise de 2008 deu fôlego a uma nova rodada de expropriações, privatizações e ampliação da exploração, cooptando parte da classe trabalhadora para projetos políticos neofascistas que, apresentando-se como alternativas ao *mainstream* neoliberal, ascenderam ao governo de países como o Brasil por meio de eleições precedidas de golpes de novo tipo que, ainda, que reduzam ainda mais os espaços de participação dos trabalhadores nas democracias liberais, tentam manter certo ar de normalidade nas instituições do Estado neoliberal.

Caracterizamos esse período, então, como uma inflexão, ou nova fase do neoliberalismo, agudizada em profundidade, velocidade e violência em relação ao período anterior. Não se trata de ultraliberalismo, na medida em que não há retorno ao liberalismo clássico (LAVAL, 2018), que ainda não contava com o Estado como financiador, legitimador e expropriador direto a serviço do capital. Ao assumir sua forma “ultra”, como adjetivo, o neoliberalismo entra em nova rodada de aprofundamento de seus pressupostos apoiado em formas exponenciais de bonapartismo nos regimes democráticos liberais e seus governos (DEMIER, 2019), de expropriação de bens comuns, exploração do trabalho e apropriação extraeconômica de trabalho necessário e de criação de capitais fictícios ampliando uma crise sistêmica multifacética que coloca em risco a sobrevivência da humanidade.

Nessa escalada de barbárie social e como consequência dela, em 2020 o planeta mergulha em uma pandemia de escala inédita e com consequências ainda em aberto. Longe de sensibilizar as incontroláveis forças do capital, a pandemia de SarsCovid representou uma nova rodada de oportunidades para a apropriação da riqueza e subsunção da atividade humana a sua órbita. Estima-se que o lucro das 500 maiores empresas do mundo cresceram 156% entre 2009 e 2019. Em 2020, em plena pandemia, as 32 empresas mais lucrativas do mundo vão faturar mais U\$ 109 bilhões do que a média dos últimos quatro anos fazendo com que a fortuna das 25 pessoas mais ricas do mundo tenha crescido U\$ 255 bilhões entre meados de março e o fim de maio. As seis maiores empresas da indústria farmacêutica ampliaram em U\$ 16 bilhões seu faturamento durante a pandemia (OXFAM, 2020). No Brasil, os planos de saúde triplicaram seus lucros entre o primeiro e o segundo semestre de 2020¹.

Enquanto isso desapareceram 400 milhões de empregos em todo o mundo, meio bilhão de pessoas vão passar à condição de pobreza e mais pessoas irão morrer de fome no mundo do que de Covid (OXFAM, 2020).

¹Em: <https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2020/11/20/entidades-criticam-ans-por-aumento-nos-planos-de-saude-medida-perversa.htm> Acesso em 22 de novembro de 2020.

A privatização ultraneoliberal na política de saúde no Brasil

O período ultraneoliberal no Brasil foi iniciado com o golpe parlamentar, jurídico e midiático que levou o vice presidente Michel Temer ao poder, depois do ciclo de neoliberalismo progressista de cooptação do Partido dos Trabalhadores (PT). A primeira e mais importante medida do seu governo foi a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95, que instituiu um teto de gastos orçamentários no Brasil, que pretende garantir a transferência de fundo público com pagamento de juros e amortizações da dívida para o capital financeiro com vigência por 20 anos.

Antes mesmo do início da aplicação dos dispositivos da EC 95, recursos do Orçamento da Seguridade Social sofreram uma redução de 1,7% já de 2016 para 2017²: 2,8% de redução na Assistência Social, 0,2% na Previdência Social, e 7% de redução no orçamento da saúde, o mais significativo, portanto. O total do orçamento da saúde em 2017 representava apenas 19,8% do gasto previsto com juros e amortizações da dívida pública. Além das reduções motivadas pela lógica e pelas regras do teto de gastos, o aumento do percentual da Desvinculação das Receitas da União em 2016 anunciava uma ampliação da média de retirada dos recursos da Seguridade Social de R\$ 63,4 bilhões entre 2013 e 2015 para R\$ 99,4 bilhões em 2016 e R\$ 113 bilhões em 2017 (PELAEZ et al, 2020). Com a tendência de assistencialização da política social observada nas últimas décadas (MOTA, 2007) e as características da Previdência Social, que por ser majoritariamente composta de despesas obrigatórias só pode sofrer reduções orçamentárias significativas a médio prazo e por meio de contrarreformas, a saúde vem sendo a política com o mais significativo desfinanciamento, proporcionalmente, dentro da Seguridade Social.

Para o SUS, estima-se que a perda de recursos federais seja de pelo menos R\$ 654 bilhões podendo alcançar R\$ 1 trilhão em 20 anos, dependendo do crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) do país (PELAEZ et al, 2020). Em valores per capita, o ápice de gastos do SUS se deu em 2014 com R\$ 595 anuais. Em 2015 essa média se reduz para R\$ 581, iniciando uma trajetória de queda que, a partir da entrada em vigor das regras do teto de gastos na saúde em 2018, associado a recessão econômica, atingiu em 2019 R\$ 558 per capita. 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.

Outra preocupação é com a legislação sobre emendas parlamentares impositivas vigentes desde 2016, que compõem em parte o orçamento da saúde, e em 2019 se estenderam às emendas de bancadas dos partidos. Esses recursos podem significar a ampliação de políticas clientelistas, pontuais, focalizadas, esvaziando o orçamento dos programas estruturais e do planejamento estratégico da política de saúde. Essas emendas totalizavam R\$ 1 bilhão em 2013 e, com a nova legislação, alcançaram R\$ 8 bilhões em 2019 (OCKÉ, 2020)

Ainda que a austeridade fiscal, como política de Estado no Brasil, não seja novidade, visto que desde a década de 1980 o país passa por um “ajuste fiscal permanente” materializado em nada menos que 14 planos econômicos (PELAEZ et al, 2020), o teto dos gastos como emenda constitucional é um avanço qualitativo na medida em que pretende ser um dispositivo acima de qualquer alternância de governos eleitos pelo voto popular, não coincidentemente implementado por um presidente que não foi eleito.

O ultraneoliberalismo está longe, infelizmente, de ser o início da privatização da saúde no Brasil. Muito pelo contrário, ele irá aprofundar um caminho aberto desde a contrarreforma do Estado bresseriana no governo Cardoso, que teve como estratégia central a privatização da gestão dos serviços públicos por meio dos chamados “novos modelos de gestão”, o que foi particularmente avançado na política de saúde. Durante o ciclo petista não houve mudança de sentido, nem mesmo paralisação nesse processo, como pretendemos demonstrar, mas uma diminuição nos ritmos esperados pelo capital, na medida em que as estratégias de cooptação de

² Essa redução no orçamento previsto para 2017 só foi menor que a redução orçamentária de 11,6% de 2012 para 2013 na série histórica iniciada em 2005 (PELAEZ et al, 2020).

setores historicamente defensores e construtores do SUS envolveu negociações, concessões laterais, construção de discursos e convencimento, mais demorados e nunca sempre plenamente bem sucedidos, pois manteve oposições dispostas a disputar a manutenção de princípios por meio do controle social estabelecido nos Conselhos e Conferências e na organização sindical e de movimentos sociais de trabalhadores do SUS e seus usuários, como é o caso da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde³.

Desde então, várias formas jurídicas distintas como as organizações sociais (OS), as fundações públicas de direito privado e as empresas públicas organizaram a privatização dos serviços públicos de saúde de forma generalizada, na União e nos diferentes estados e municípios, governados por vários partidos de diferentes ideologias, inclusive de origem na classe trabalhadora como o Partido dos Trabalhadores (PT), componentes essenciais na cooptação de movimentos sociais históricos na saúde para a ideologia da “falta de alternativa”. Em comum essas diversas formas de privatização significaram o fim do Regime Jurídico Único (RJU) e, portanto, da estabilidade para os trabalhadores da saúde o que acarretou na redução de sua autonomia política, precarização dos contratos e direitos com ampliação da rotatividade no emprego, redução de salários e intensificação do trabalho.

Granemann (2011) caracteriza esses mecanismos de privatização da gestão como “privatizações não clássicas” “porque não se realizam pelo mecanismo da venda típica” constituindo-se como formas de privatização mais difíceis de serem desveladas, inclusive do ponto de vista ideológico.

Soares (2000) chama esses modelos de privatização “por dentro”, com a introdução de um modelo de gerenciamento de lógica mercantil no serviço público. O Estado transfere apenas o gerenciamento dos serviços para o setor privado, mas, se mantém como financiador dos mesmos perdendo, assim, o controle da qualidade dos serviços prestados e transferindo grandes somas de fundo público e patrimônio.

A face do direito não se extingue, na medida em que o fundo público segue garantindo serviços gratuitos residuais, mas esse mesmo fundo público passa a dar suporte ao capital, o que se torna ainda mais essencial em momentos de crise.

Essas formas de privatização foram particularmente bem-sucedidas nos serviços especializados da atenção secundária e terciária no SUS. Isso porque são procedimentos mais caros e, portanto, melhor remunerados pelo fundo público e que podem ser mais racionalizados do que urgências e emergências, maternidades ou a atenção primária cuja essência está em atendimentos continuados com pouca tecnologia, centrados também em educação em saúde e prevenção.

Em São Paulo, por exemplo, as OSs devolveram pronto-socorros e maternidades à gestão do município⁴ alegando dificuldades de gestão por serem unidades de portas abertas demonstrando que só se interessam por unidades com retorno financeiro garantido (VALOR ECONÔMICO, 2014)

Em 2014, a Associação Nacional de Hospitais Privados (Anaps) lançou um documento que chama “Livro Branco” com o objetivo explícito de se tornar uma *think tanks* no setor saúde. Defendem um “novo modelo de governança” com maior participação do capital privado na gestão, desenho, planejamento e execução dos serviços, numa rede integrada de cuidados contínuos entre público e privado (MATHIAS, 2016). Para Sestelo (apud MATHIAS, 2016) o Livro Branco inaugura uma nova estratégia de empresariamento da saúde. Ele deu base para a criação do “movimento” Coalizão Saúde que buscou unificar os representantes privados de toda a cadeia produtiva do setor e influenciar os candidatos à presidência em 2014 com propostas para o sistema de saúde brasileiro.

As estratégias desse grupo passam por um deslocamento do significado dos conceitos e instrumentos do SUS como, por exemplo, a substituição do controle social com participação

3 Em: <https://www.contraprivatizacao.com.br/> Acesso em 23 de novembro de 2020.

4 “O pronto socorro, no entanto, continuará sob gestão do município (...) porque o Einstein enfrenta maus bocados na gestão de uma unidade de portas abertas no Hospital Municipal Dr. Moysés Deustch (...). (...) foram frequentes as renegociações para ajustar o custo operacional à dotação do recurso colocado à disposição pela SMS. (...) Assim como o Einstein no M’Boi Mirim, o Sírio, aparentemente, não quer repetir a experiência de gerir uma unidade de portas abertas, tanto que o novo hospital de Jundiaí não terá pronto-socorro” (Valor Econômico, 2014).

popular por conselhos administrativos. Insistem, ainda, que suas propostas são meramente técnicas com vistas a eficiência da gestão, enquanto os defensores da gestão direta, pública e estatal são grupos ideológicos, corporativos e irrealistas (MATHIAS, 2016).

Suas propostas têm como objetivo a ampliação do amálgama entre público e privado na saúde, sob comando do setor privado, que almeja a apropriação total dos equipamentos e recursos da rede pública. Os prestadores privados querem fazer a gestão da rede assistencial dos municípios por meio de Organizações de Gestão da Saúde (OGS) e da transformação do ressarcimento do setor privado ao SUS (Lei n. 9656/1998) em uma política de copagamento que transformaria, na prática, os hospitais públicos em parte da rede credenciada de saúde suplementar (MATHIAS, 2016).

Grupos como o Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde (CBEXS) estiveram em reuniões e eventos com Temer às vésperas do golpe de 2016, preparando uma nova rodada de privatização da saúde adequada aos tempos ultraneoliberais. Assim que, em 2017, no início de seu governo ilegítimo, o Ministério da Saúde de Temer, comandado pelo engenheiro civil Ricardo Barros, implementou várias medidas de privatização por dentro do SUS, com a característica principal de promoverem apropriação do fundo público.

Uma das principais propostas apresentadas foi a criação de “planos de saúde populares” com três possíveis modalidades: a. simplificado para a cobertura da atenção primária; b. ambulatorial e hospitalar para atenção primária, especializada e média e alta complexidade e c. em regime misto de pagamento institucionalizando, então, os mecanismos de copagamento em caso de uso dos serviços.

Outro importante ataque se deu por meio da Portaria 2436, a Nova Política de Atenção Básica (NPAB) “num processo de reestruturação que abrange diretrizes, formas de organização dos serviços, composição das equipes, processos de trabalho e escopo de práticas” (MOROSINI, FONSECA e BAPTISTA, 2020).

A NPAB significava uma nova forma de pensar a Estratégia Saúde da Família (ESF), de eixo central norteador da organização do SUS para organizadora da atenção básica numa perspectiva segmentadora dos serviços. Ainda que a ESF nunca tenha sido universalizada, de fato, para o conjunto da população, a NPAB oficializa a focalização, em contrariedade ao princípio de universalidade do SUS ao prever a cobertura apenas para segmentos da população em dispersão territorial e sob risco ou vulnerabilidade social assumindo, assim, a política como “saúde pobre para pobres”.

A NPAB aponta, ainda, para um retrocesso à compreensão biomédica da saúde restringindo as equipes a médicos e enfermeiros, no padrão básico, e incluindo dentistas no padrão ampliado. Ainda que deixe em aberto a contratação de outros profissionais pelos gestores municipais, o estrangulamento orçamentário, como vimos, impede, na prática, essa ampliação como horizonte o que pode significar a extinção dos agentes comunitários de saúde e de toda equipe multiprofissional de profissionais da saúde; assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e farmacêuticos. Na ESF esses profissionais já eram insuficientes e facultativos, compondo apenas os Núcleos de Apoios da Saúde da Família (NASF), o que já impossibilitava um trabalho de qualidade para o conjunto das famílias acompanhadas. A perspectiva agora, no entanto, é que mesmo os NASFs deixem de existir.

A partir de 2019, Luiz Henrique Mandetta assume o Ministério da Saúde do Governo Bolsonaro. Mandetta é médico, foi secretário de saúde de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, na prefeitura de seu primo Nelson Trad Filho – quando foi acusado de irregularidades na gestão, e deputado federal pelo partido Democratas (DEM), Vinculado às empresas privadas de planos de saúde, foi presidente da Unimed de Campo Grande de 2001 a 2004.

Nesse período, dando continuidade às medidas do governo Temer, intensificou-se a reconfiguração da atenção primária com a criação de uma secretaria própria para a atenção primária à saúde (SAPS) que passou a produzir um intenso volume de leis e normativas.

Como parte da retórica neofascista de Bolsonaro, o governo atacou com acusações xenófobas o Programa Mais Médicos (PMM), criado por Dilma Rousseff, principalmente por contar com médicos cubanos no seu quadro de contratados. O PMM está longe de poder ser considerado uma proposta estruturante para o SUS, visto que era baseado em contratos tem-

porários, sem garantias de continuidade, plano de carreira e estabilidade. Para Bolsonaro e Mandetta, todavia, a retórica de ataques ao PMM é que seria uma ação ideológica do PT.

Assim, o governo editou a Medida Provisória 890 em agosto de 2019, que posteriormente se tornou a Lei 13.958 em 18 de dezembro de 2019 instituindo o Programa Médicos pelo Brasil no âmbito da atenção primária autorizando a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária (Adaps). Como em outros momentos o discurso de bravatas neofascistas se colocou a serviço do avanço de mecanismos ultraneoliberais de privatização que aprofundam a transferência de fundo público para o setor privado e a precarização na contratação de força de trabalho.

A ADAPS é um serviço social autônomo na forma de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos com a finalidade de promover, em âmbito nacional, a execução de políticas de desenvolvimento da atenção primária à saúde em caráter complementar e colaborativo com outros entes da federação, além de executar o Programa Médicos pelo Brasil por meio de contrato de gestão com o MS.

O Serviço Social Autônomo é uma forma de privatização de serviços anterior à contrar-reforma do Estado de Cardoso e, até o momento, pouco utilizada para a privatização da gestão e terceirização dos contratos de força de trabalho na saúde. Foi criado por lei específica para compor o sistema S na década de 1950. O mais famoso Serviço Social autônomo é a Fundação das Pioneiras Sociais, criada pela lei 8246 de 1922, atual administradora da Rede Sarah de hospitais, considerada entidade paraestatal sem fins lucrativos. Segundo Vecina Neto (2006), essa fundação tornou-se Serviço Social Autônomo após a Constituição de 1988 para evitar tornar-se uma autarquia. O objetivo de seus idealizadores, com isso, era manter a força de trabalho “celetista e demissível”. Assim, em outubro de 1991 passou a administrar a Rede Sarah por contrato de gestão, o primeiro na saúde brasileira, sendo seus recursos exclusivamente oriundos do orçamento da União.

Outras portarias de 2019 avançaram, ainda, em mudanças na forma de financiamento da atenção primária, na sequência da NPAB. A portaria 2979 instituiu o Programa Previne Brasil com um novo modelo para o financiamento da atenção básica que substituiu o repasse per capita para os municípios por recursos para “cadastrados”, isto é, apenas para a população coberta por equipes da ESF avançando assim na ruptura com a universalidade como princípio. Por meio de outras portarias esse Programa revisou, ainda, indicadores de desempenho como a principal referência para esses repasses, limitadas a ações biomédicas, e definiu a Carteira de Serviço da Atenção Básica à Saúde (CASAPS) uma lista de ações e serviços clínicos e de vigilância em saúde ofertados pela atenção primária em saúde.

Segundo estudo do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) do Rio de Janeiro, os novos critérios de repasse de recursos federais para a atenção básica, que traz novos critérios socioeconômicos e epidemiológicos e limita a extensão à população “cadastrada”, significaria, na cobertura de então, uma redução de 37,15% dos repasses. Caso a cobertura de “cadastrados” atingisse o máximo de sua possibilidade ainda ocorreria uma redução de 4,68% dos recursos (MOROSINI, FONSECA e BAPTISTA, 2020).

Assim, o PNAB de 2017 como marco orientador, associado à focalização do financiamento apenas para “cadastrados” e a conformação de uma lista de serviços, caminha para a possibilidade de uma precificação que facilitará a contratação de serviços privados, que poderão ser intermediados pela ADAPS, que pela sua forma jurídica poderá contratar serviços de empresas públicas ou cooperativas privadas como a Unimed.

Esse processo de normatização para a capitalização de serviços de saúde na atenção básica foi interrompido pela pandemia da Covid em 2020. Mandetta tentou nesse período se diferenciar da linha negacionista de Bolsonaro e aparecer midiaticamente como um defensor do SUS, o que levou a conflitos com o núcleo central do governo e a sua demissão do MS.

Em 26 de outubro de 2020, ainda que a pandemia no Brasil estivesse longe de uma situação de controle, os processos de privatização da saúde voltaram ao centro da cena política com a publicação do Decreto 10530. O decreto qualificava a política de fomento ao setor de atenção primária à saúde no âmbito do Programa de Parceria de Investimentos (PPI) para a elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada para construção, modernização e operação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com a construção de projetos piloto. A repercussão negativa da proposta fez o governo recuar do decreto mas prometer uma

reedição no mesmo nas semanas seguintes.

As parcerias público privadas (PPP) na saúde, entretanto, não são inéditas nem estão sendo inventadas pelo governo Bolsonaro. Foi em Salvador, no governo estadual do petista Jaques Wagner, que saiu do papel a primeira experiência de PPP na saúde que se estende à gestão da totalidade dos serviços, regida pela lei 11079, privatizando o patrimônio público por meio de contrato administrativo de concessão com entidades privadas com fins lucrativos. O governo do Estado gastou R\$ 54 milhões na construção do Hospital do Subúrbio, de média e alta complexidade e realizou licitação ganha pela Prodal Saúde SA, parceria entre a empresa francesa especializada em “eficiência energética” (sic)⁵ e a empresa brasileira Promédica⁶, empresa de planos de saúde que possui rede própria de hospitais privados. A Prodal alega ter investido R\$ 36 milhões em equipamentos e tem seus serviços remunerados pelo governo mediante cumprimento de metas. A concessão é pelos próximos 10 anos sendo renovável por mais 10 (VALOR ECONÔMICO, 2012).

Diante do “sucesso”⁷ da iniciativa, o governo do PT na Bahia se propôs a elaborar nova PPP para construir, equipar e prestar serviços médicos e não médicos para novos hospitais.

O que é comum em todos os chamados “novos modelos de gestão” é a substituição dos concursos públicos e dos empregos com estabilidade por contratos por Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), podendo ser, inclusive, por tempo determinado. Nesse regime de trabalho reduz-se a autonomia dos profissionais, que retornam à condição de servidores pessoais, e limita-se sua capacidade de organização e reivindicação, na medida em que os contratos podem ser rompidos se os trabalhadores não corresponderem ao projeto do empregador, que não é mais o Estado diretamente. Os serviços oferecidos como políticas públicas passam a estabelecer o mesmo regime de trabalho dos serviços privados e podem passar a extrair mais-valia nessas instituições quando os serviços estão submetidos à lógica do lucro e da acumulação. Aos empregadores interessa o aumento da produtividade do trabalho, seja na extração direta da mais-valia, seja para cumprirem as metas estipuladas em contrato com o Estado, gastando menos recursos com os trabalhadores, o que aumenta sua apropriação de fundo público.

A qualidade do serviço passa a ser medida pela produtividade: quanto se produz, em quanto tempo se produz e com que custo se produz, o que irá definir os contratos de gestão. A qualidade é, na verdade, medida pela quantidade não importando mais o que se produz, como se produz e para que (ou quem) se produz (CHAUÍ, 1999).

Outro fator comum a todos os modelos é que se reduz as possibilidades de controle social, um dos principais ganhos da saúde na Constituição. Ao invés de espaços eleitos pela comunidade, gestores eleitos pela comunidade, conselhos deliberativos e paritários, o controle passa a se dar em Conselhos Administrativos, consultivos, que possuem um representante de usuários e trabalhadores, quando muito. É verdade que o Estado, há muito tempo, vem se recusando a reconhecer o papel dos Conselhos de Saúde. O Conselho Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde, por exemplo, votaram, ambos, contra esses modelos de gestão privatizantes, o que vem sendo desrespeitado pelos governos. No entanto, agora esses espaços se esvaziam institucionalmente.

São muitos os escândalos que vêm sendo denunciados pela mídia na saúde pública: fraudes em licitações, fechamento de serviços para privilegiar o setor privado e até assassinato de pacientes do SUS para esvaziar os leitos⁸. Mais recentemente, o desvio de recursos para OSs

5 “Como parceira estratégica, a Dalkia opera e controla o fornecimento de todas as utilidades necessárias às atividades hospitalares (como frio, vapor e vácuo), à prevenção de riscos sanitários e à gestão global dos empreendimentos. A Dalkia também oferece serviços de hotelaria hospitalar, que garantem aos pacientes, visitantes e funcionários conforto, segurança e bem-estar”. Em: <http://www.dalkia.com.br/pt/segmentos/saude/>. Acesso em maio de 2013.

6 Em: http://www.promedica.com.br/br/emp_apresentacao.html. Acesso em maio de 2013.

7 A iniciativa ganhou prêmio do Banco Mundial em 2013 como uma das 10 melhores PPPs na América Latina. Em: http://www.dalkia.com.br/pt/imprensa/Noticias/2013-04-19,News_Dalkia_19042013.htm. Consulta em: 09/05/2013

8 Em: <http://noticias.terra.com.br/brasil/policia/pr-policia-investiga-se-medicos-usaram-anestesico-para-matar-pacientes,45f41b361561d310VgnVCM20000099cceb0aRCRD.html>, <http://noticias.terra.com.br/brasil/policia/pf-abre-inquerito-para-apurar-fraude-em-licitacoes-em-hospital,49dad840f0da310VgnCLD200000bbccceb0aRCRD.html>. Consulta em: 08/05/2013.

pelo governo do estado do Rio de Janeiro, em plena pandemia, levou ao processo de *impeachment* do seu governador Wilson Witzel. Ainda que, em tese, os mecanismos de privatização da gestão possam ser implementados de forma legal, sem gerar vantagens ilícitas, a recorrência de casos de corrupção demonstra que a articulação entre as decisões políticas e as vantagens econômicas delas decorrentes tornam esse ambiente particularmente favorável a negociações ilegais (GONÇALVES e COSTA, 2020). No caso das OSs, modelo mais antigo e mais difundido na saúde, já vieram à tona inúmeras ilegalidades, denúncias de assédio moral aos trabalhadores, estando praticamente todas as OSs do país sob investigação do Ministério Público⁹.

Ao mesmo tempo, essas propostas não resolvem os graves problemas de financiamento da saúde no Brasil. Tirando a possibilidade de venda de serviços para os planos de saúde, prejudicando a absoluta maioria da população que depende exclusivamente do SUS, não há nenhuma proposta de ampliação do insuficiente financiamento da saúde. Continuará sendo o fundo público o financiador das instituições públicas sob gestão privada.

Considerações Finais

O momento histórico que vivemos de crise econômica, política, sanitária, ambiental e social tem trazido gravíssimas consequências para a vida dos trabalhadores, especialmente em países dirigidos pelo projeto ultraneoliberal neofascista como o Brasil.

O capital, cada vez mais, para garantir suas taxas de lucro, necessita se apropriar de fundo público dados os limites para a formação de um mercado consumidor diretamente capitalista em tempo de ampliação da pobreza e da miséria.

Assim, as ameaças à política de saúde não tratam de uma extinção imediata do SUS mas uma subsunção do SUS às necessidades e interesses do capital, sob seu comando, semelhante ao que vem ocorrendo em outros sistemas públicos de saúde do mundo, como as contrarreformas recentes do *National Health System (NHS)* inglês (CEE Fiocruz, 2018). Um remodelamento do SUS, com vistas à ruptura da universalidade e da integralidade, um transformismo no sentido do que é o controle social, o fim da gratuidade para todos com o estabelecimento de mecanismos de copagamento e graves retrocessos à uma compreensão da saúde restrita a seus aspectos biológicos.

Essas insidiosas formas de privatização se aproveitam do sucateamento histórico produzido pelo desfinanciamento, como foi exemplo o trágico incêndio no Hospital Federal de Bonsucesso no Rio de Janeiro, e da precarização dos trabalhadores para reduzir as resistências políticas a essas medidas. A defesa intransigente do SUS público, universal, estatal, de qualidade é uma necessidade de sobrevivência para os trabalhadores e as trabalhadoras no Brasil.

Referências

CHAUÍ, Marilena. **A universidade em ruínas**. In: TRINDADE, H. (Org.). *Universidade em ruínas: na república dos professores*. Petrópolis: Vozes, 1999.

CEE FIOCRUZ. **Os sistemas de saúde pública brasileiro e inglês enfrentam dilemas no ano que completam 30 e 70 anos**. Em: <https://www.youtube.com/watch?v=s5dNulfDsek> Acesso em 23 de novembro de 2020

CISLAGHI, Juliana Fiuza. **O neoliberalismo de cooptação como resposta às resistências**. **EOL: 2020**. Em: <https://esquerdaonline.com.br/2020/06/15/parte-ii-o-neoliberalismo-de-cooptacao-como-resposta-as-resistencias/>

_____, e SARAIVA JR, Hildebrando. **Redução da maioria penal no Brasil: a quem interessa o encarceramento de nossa juventude?** In: DEMIER, Felipe e HOEVELER, Rejane. *A onda conservadora: ensaios sobre os atuais tempos sombrios no Brasil*. Rio de Janeiro: Mauad, 2016.
DEMIER, Felipe. *Democracia e bonapartismo no Brasil pós golpe*. In: CISLAGHI, Juliana Fiuza e

9 Denúncias que constam no documento da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde: "Contra fatos não há argumentos que sustentem as organizações sociais no Brasil". Em: <http://pelasaude.blogspot.com.br/p/contrafatos-nao-ha-argumentos-que.html> Consulta em: 08/05/2013.

DEMIER, Felipe (orgs). **O neofascismo no poder (ano I)**: análises críticas sobre o governo Bolsonaro. Rio de Janeiro: Consequência, 2019.

GONÇALVES, Guilherme L. e COSTA, Sérgio. **Um porto no capitalismo global**. São Paulo, Boitempo, 2020.

GRANEMANN, Sara. **Fundações estatais: projetos de estado do capital**. In: BRAVO, Maria Inês e MENEZES, Juliana Bravo de. Cadernos de Saúde. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

LAVAL, Cristian. **Foucault, Bordieu e a questão neoliberal**. São Paulo: Elefante, 2018.

MATHIAS, Maíra. **Uma segunda alma para o SUS?** Em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/uma-segunda-alma-para-o-sus> Acesso em 22 de novembro de 2020.

MEZSÁROS, Istvan. **A crise estrutural do capital**. São Paulo: Boitempo, 2009.

MOROSINI, Marcia V. G. C, FONSECA, Angelica F., BAPTISTA, Tatiana W. F. **Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da atenção primária e carteira de serviços**. Em: https://periodicos.fiocruz.br/pt-br/fc_print/publicacao/10933721 Acesso em 22 de novembro de 2020.

MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e Seguridade Social**: uma agenda recorrente e desafiante. Em Pauta. Rio de Janeiro, n. 20, 2007.

OCKÉ, Carlos. Entrevista: **A Adaps pode reforçar a privatização da gestão**. Em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-adaps-pode-reforcar-a-tendencia-de-privatizacao-da-gestao> Acesso em 22 de novembro de 2020.

O'CONNOR, James. **USA: a crise do Estado capitalista**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

OXFAM. **Poder, Lucros e pandemia**. Setembro de 2020. Em: <https://www.oxfam.org.br/justica-social-e-economica/poder-lucros-e-pandemia/>. Acesso em 19 de setembro de 2020.

PELAEZ, Elaine et al. **Ajuste fiscal e Seguridade Social**: avanços e desafios frente à ofensiva conservadora. Revista de Políticas Públicas, n. 24, 2020. Em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/15104/7993> Acesso em 22 de novembro de 2020.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. **As atuais políticas de saúde**: os riscos do desmonte neoliberal. Revista Brasileira de Enfermagem, vol.53, n.especial, p.17-24. Rio de Janeiro: Aben, dez. 2000.

STRECK, Wolfgang. **Tempo comprado: a crise adiada do capitalismo democrático**. São Paulo: Boitempo 2018.

VECINA NETO, Gonzalo. **Gestão de serviços públicos de saúde**. Debates FGV Saúde. v. 1. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

VALOR ECONÔMICO. **Valor setorial saúde**: apoio à produção nacional. Outubro de 2012.

_____. **Atenção básica: desafio é fazer mais com melhor gestão dos recursos**. Agosto de 2014.

Recebido em: 15 de fevereiro de 2021

Aceito em: 22 de fevereiro 2021