

LUTA PELA UNIVERSALIDADE DA SAÚDE

Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

A LUTA PELA UNIVERSALIDADE DA SAÚDE

Resumo: O trabalho analisa os entraves que hoje se colocam para a implantação de um sistema de saúde universal e igualitário e caracteriza os movimentos sociais que se posicionam perante esses entraves. A partir da definição constitucional do direito a saúde em 1988, identifica duas questões não totalmente equacionadas do próprio desenho do Sistema Único de Saúde: a descentralização e a universalização sem garantia de recursos adicionais. Na implementação do SUS, vão se descaracterizando: o subfinanciamento, a contrarreforma do Estado, a apassivamento dos movimentos sociais e a confluência de agendas com o Banco Mundial. Conclui que as ameaças atuais ao direito à saúde partem da consolidação do grande capital situado nesse campo, do privatismo e da inflexão ideológica de alguns setores subalternos ao projeto do capital. E ainda, que três linhas são identificadas na luta atual pelo direito a saúde: a reforma sanitária flexibilizada, a democracia de massas e a necessidade da revolução social.

Palavras-chave: Brasil, políticas de saúde, movimentos sociais, direitos sociais.

THE STRUGGLE FOR HEALTH UNIVERSALITY

Abstract: The paper analyzes the obstacles currently placed for the implementation of a universal and equitable health system and characterizes social movements that stand before these barriers. Departing from the constitutional definition of the right to health in 1988 identifies two issues not fully equated by the very design of the Unified Health System/SUS: decentralization and universalization without securing additional resources. Some issues have distorted the SUS in its implementation: underfunding, the reform of the state, pressures towards the social movements and the convergence of agendas with the World Bank. Concludes that the current threats to the right of health depart come from the consolidation of big business in health, privatism and ideological inflection of some dominated classes to the capital project. Three lines are identified in the current struggle for the right to health: a flexible health reform, mass democracy and the need for social revolution.

Key words: Brazil, health policies, social movements, social rights.

Recebido em: 16.02.2016. Aprovado em: 06.06.2016.

1 INTRODUÇÃO

O propósito deste trabalho é identificar e analisar os entraves que hoje se colocam para o avanço da democracia na saúde enquanto a implantação de fato de um sistema universal e igualitário. E, ainda, caracterizar as forças sociais e movimentos políticos atuais em como se posicionam perante esses entraves.

Trata-se de um ensaio que dialoga com teóricos do campo das Políticas Públicas e de Saúde, a luz de interpretação materialista histórica e dialética da formação econômica brasileira.

2 ATRAJETÓRIADODIREITOCONSTITUCIONAL A SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO

Podemos afirmar que a ideia de um sistema de saúde público e universal baseado em direitos de cidadania se forja e fortalece no Brasil entre os movimentos que lutaram pelo fim do regime militar e o retorno a uma ordem democrática liberal no final dos anos 70 e início dos 80 do século XX.

No período de lutas contra esse regime poderíamos encontrar muitas tendências políticas no campo das relações entre a democracia e a saúde. Uma delas relacionava o regime autoritário a um aprofundamento da dominação imperialista no Brasil que teria implantado um modelo econômico profundamente concentrador de riquezas. A luta pelas liberdades democráticas passaria pela mudança desse modelo econômico na construção de um capitalismo nacional que pudesse resolver a chamada *dívida social* que incluía a reversão de péssimas condições de vida e saúde e ampliação dos direitos de atenção à saúde. A questão, portanto não era apenas o autoritarismo, mas para quem ele servia, localizando-o no longo ciclo de lutas de classes no país que teve um clímax nas possibilidades de reformas estruturais pré-1964. Outra vertente priorizava a luta pela redemocratização política do país que possibilitaria o avanço das lutas sociais em direção à conquista de direitos sociais, inclusive do direito à saúde. Ambas reconheciam uma construção republicana não concluída em que vários direitos ainda não haviam sido alcançados, num atraso marcante em relação ao mundo capitalista desenvolvido, onde partidos socialdemocratas teriam logrado, inclusive, construir sociedades de pleno emprego e seguridade social universal.

Na Constituinte de 1988 convergiram muitas dessas tendências na formulação do capítulo da Saúde como direito de todos e dever do estado e na construção de um sistema único de saúde universal, gratuito e participativo.

Há que considerar o forte movimento de massas da época construído em resposta a uma crise econômica e recessão e aos anseios de participação

nos destinos do país. Tal movimento foi canalizado para uma mudança eleitoral, com um ponto culminante na Constituinte de 1988. Nesta existiu um setor mais conservador expresso no chamado *Centrão*, responsável, no caso da saúde, pela manutenção do direito a livre iniciativa na atenção à saúde. A despeito disso, prevaleceram em áreas sociais, as ideias socialdemocratas, inspiradas nos *welfare states* de alguns países europeus, e foram responsáveis por avanços consideráveis como a seguridade social e o direito universal à saúde. Na administração pública, toma forma a perspectiva na construção do estado republicano, com a implantação do regime jurídico único, da estabilidade do servidor, do ingresso através de concurso público, na carreira segundo critérios meritocráticos, na impessoalidade nas relações contratuais com o setor privado. Paim (2013) assinala como importante a formação de um chamado projeto democrático-popular consubstanciado no crescimento de um chamado Partido dos Trabalhadores (PT) com uma estratégia, à época, vinculada a construção do socialismo, através de uma via reformista, eleitoral. O quanto o movimento de massas e uma alternativa eleitoral reformista pode ser levado as classes dominantes a aceitar um projeto socialdemocrata na Constituição pode ser avaliado na conjuntura imediatamente posterior.

Implanta-se o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Seu desenrolar ocorre numa conjuntura internacional e nacional de fortalecimento do neoliberalismo, frontalmente contrário a seus princípios. Há uma vasta literatura que analisa contrastes entre o chamado SUS legal e SUS real como Santos (2007), Bahia (2009) e Paim (2013). Do ponto de vista das forças políticas, há que notar que as classes dominantes brasileiras aderem ao programa liberal iniciado com Collor e continuado, sob diferentes matizes, nos governos que o seguiram. Que pressões internacionais se fizeram sentir sob a forma de empréstimos e acordos com organismos financeiros internacionais é fato também estudado (CORREIA, 2007). Pressões menos formalizadas em documentos oficiais, mas que não são menos efetivas para mudanças no SUS no sentido da focalização e privatização se expressaram no contexto de acordos comerciais multilaterais como o Acordo Geral sobre Comércio em Serviços (SANTOS; PASSOS, 2010) ou mesmo, bilaterais. Num contexto de deslocalização industrial e primarização da economia, políticas de uma reestruturação atual do imperialismo, onde os interesses da monocultura exportadora se absolutizam, o país fica muito mais vulnerável a ter que abrir áreas de interesse para o capital internacional, como se tornou os serviços de saúde.

Parcelas da burguesia nacional, da pequena burguesia e até setores diferenciados da classe operária, inclusive aquelas que chegam ao poder com

o PT aderem às novas perspectivas que as políticas sociais devem adotar no neoliberalismo, contrárias aos princípios do SUS. Autores de corte gramsciano vão chamar a atenção para esse fenômeno, como uma manifestação de transformismo, ou seja, como indivíduos e grupos políticos identificados com uma linha de oposição extremista se incorporam a classe conservadora e moderada (MENEZES, 2014).

Em se falando do SUS há questões de não implantação, mas há questões de próprio desenho que colaboram para o confronto entre o real e o legal. As dificuldades relacionadas ao financiamento adequado são quase consensuais entre os comentaristas das políticas de saúde com destaque para o baixo per capita, a ampliação do gasto privado e os subsídios que este recebe do orçamento público (DAIN, 2007). Menos consensuais são dois aspectos aqui apresentados: a descentralização e a universalização sem ampliação de recursos.

2.1 A descentralização

O SUS assim como muitas outras políticas públicas reformadas na Carta Constitucional de 1988 tiveram um forte componente de descentralização, inclusive de municipalização. Entretanto, cabe ainda avaliar o que tem representado a descentralização da saúde no alcance de objetivos de eficiência e participação social, que justificaram sua inclusão entre os projetos de reforma sanitária dos anos 70 e 80, sem terem sido alteradas questões estruturais ligadas ao poder político local. Das diretrizes do SUS, a descentralização de recursos financeiros, unidades de saúde e responsabilidades de fato logrou se materializar. Esta estratégia não pode ser considerada a rigor contra hegemônica dentro da perspectiva neoliberal. Ao contrário, é uma recomendação explícita do Banco Mundial (BM) no seu primeiro documento voltado as políticas de saúde de 1987 (BANCO MUNDIAL, 1987). Coincidindo a descentralização da execução de políticas sociais recomendada pelo Banco com a própria agenda do SUS, os governos neoliberais ressignificaram-na a partir de um descompromisso financeiro da União que passava longe da proposta original do SUS. Em decorrência, houve um aumento progressivo da participação das instâncias descentralizadas de Poder do financiamento público da saúde (FAVERET et al., 2001).

A centralização excessiva promovida pelo regime militar gera uma reação contrária da sociedade civil, porém amplos setores que propugnavam a democratização não levaram em conta o papel de municípios e estados na longa história da formação da administração pública brasileira. Uma questão é a capacidade e a escala da maioria dos municípios para darem conta da complexidade da atenção à saúde envolvendo recrutamento e gestão de recursos humanos especializados, aquisição de

insumos, entre outros (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004). A outra é se as formas pelas quais se efetua a gestão de políticas ao nível local e também estadual permitem ou não a ampliação efetiva do processo democrático. É clássica na ciência política brasileira a identificação de um poder local (intimamente articulado com o estadual) baseado na grande propriedade da terra dominador da máquina política, de cunho essencialmente conservador no que diz respeito ao uso democrático da máquina de estado (FAORO, 1958) e com capacidade para desorganizar os serviços públicos locais (CARVALHO, 1997) que não foi ainda desmontado. Isso faria com que as perspectivas democratizantes que acompanharam a formulação do SUS tenham ficado distantes da realidade da gestão de serviços municipais de saúde (SANTOS; RODRIGUES, 2014).

2.2 A universalização sem a garantia da ampliação dos recursos

Um dos caros argumentos no final dos anos 70 e início dos 80, utilizados para ampliar o conceito de seguro para seguridade social, com base no fundo de seguro social, então existentes, era de que este seguro não era financiado apenas de forma direta pelos contribuintes, empregados e empregadores que não representavam a parcela mais significativa da população economicamente ativa considerando a estreiteza estrutural do mercado de trabalho formal brasileiro. Na medida em que as empresas repassavam aos preços dos bens e serviços os custos do trabalho de sua folha de salários, que era a principal base de incidência das alíquotas da previdência social, toda a sociedade a financiava. Ora, por outro lado, também se argumentava que a folha de salários era muito susceptível a situações de baixas na atividade econômica, e conseqüente desemprego, gerando crises, o que o Brasil vivia no início dos 80. O movimento sanitário propugnava a ampliação dessas bases contributivas taxando receitas e lucros das empresas, o que foi estabelecido no orçamento da seguridade social na Constituição de 1988. De qualquer modo, mal estar havia por uma pretensa pecha de privilégio que era associada à formalidade do trabalho quando o correto seria ampliar os direitos trabalhistas sem questionar aquilo que o movimento operário havia conquistado com lutas.

Para garantir que a universalidade da saúde não fosse dividir recursos que não sobravam era necessário estabelecer algumas salvaguardas, o que não foi feito a não ser diretrizes transitórias da Constituição de 1988 onde se estabeleceu que 30% do orçamento da seguridade social seria para a saúde. De acordo com Soares e Santos (2014) não se respeitou essa diretriz que cessou em 1993. No Governo Collor, o orçamento federal da saúde sofreu uma de suas mais abruptas quedas secundária ao

não repasse de receitas de contribuição de folha de salários acrescida do questionamento legal da Contribuição sobre o faturamento das empresas. Só em 2000 a Emenda Constitucional 29 tenta garantir uma certa estabilidade no orçamento federal da saúde proporcionais a variação do Produto Interno Bruto (PIB) a partir de um patamar já baixo.

3 AS AMEAÇAS AO DIREITO À SAÚDE: a implementação

A implementação do SUS nesses 26 anos não seguiu a cartilha legal. A despeito da judicialização da saúde ter se tornado uma novidade crescente no cenário da política de saúde (VENTURA et al., 2010). A seguir, apresentam-se os principais entraves identificados.

3.1 Do desfinanciamento agudo ao desfinanciamento crônico

Questão quase consensual, como já dito, o financiamento inadequado é observado de forma geral e, especificamente, quanto aos gastos federais com saúde. A despeito de um relativo aumento do gasto federal na segunda metade dos 2000, os governos do PT não diferiram dos governos do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) resultando que o perfil dos gastos com saúde não deu conta de atender ao sonho da reforma sanitária dos anos 1980 de garantir a universalidade e a qualidade da saúde no país. Assim, a média dos gastos federais com ações e serviços públicos de saúde entre 2011 e 2012 foi de R\$ 400,10 per capita, enquanto que entre 1999 e 2002 foi de R\$ 251,40 (ambos valores de 2012), um aumento portanto. Entretanto o que representaram esses valores no total das receitas, 7,0% e 7,8%, respectivamente, sob a base de um per capita baixo, mostra que reduziu o gasto com saúde nas receitas durante o governo do PT, quando se podia manter-se, ao menos até a margem do início dos anos 2000, governo do PSDB (SOARES; SANTOS, 2014).

O subfinanciamento, ainda, longe de se constituir como algo decorrente de restrições materiais absolutas da sociedade brasileira, falta de recursos, é muito mais consequente de prioridades do governo na alocação de receitas tributárias. De acordo com Dain (2007, p. 1854)

Durante os anos 2000, o gasto social como um todo explica apenas a metade do crescimento da carga tributária do governo federal, tendo sido a outra metade alocada ao superávit primário para fins de ajuste fiscal. Ou seja, apesar da significativa elevação da carga tributária, de 4,37 pontos percentuais do PIB, os gastos de Saúde, no mesmo período, respondem por menos de um centésimo desta elevação da carga no

período, desautorizando as frequentes alegações de crescente participação da Saúde no total de gastos do governo federal.

Cabe também considerar o papel da Desvinculação de Receitas da União (DRU) que captura 20% deste orçamento para evidenciar como a política econômica baseada no endividamento público, com taxas de juros extremamente generosas para atração de capital especulativo (DAIN, 2007), afeta a sobrevivência da seguridade social como direito da população.

3.2 A contrarreforma do estado de 1995

A contrarreforma reintroduz o afastamento do estado da prestação de serviços de saúde, priorizando-se o projeto de Organizações Sociais (OS) a que, posteriormente, nos anos 2000, já nos governos do PT, vão se agregar empresas e Fundações estatais de direito privado em substituição à administração direta estatal dos serviços. Entregando as unidades para terceiros administrarem mediante um contrato de gestão com o poder público, os princípios do SUS de integralidade e gestão participativa são atingidos, assim como a administração pública na sua impessoalidade na medida em que os contratos são realizados sem licitação e a contratação de pessoal pode se dar através de contratos seletivos simplificados.

Com as Organizações Sociais de saúde (OSS), a flexibilização da política pública é levada a cabo na medida em que permite que o dimensionamento dos contratos se adeque aos ditames do ajuste fiscal. Reduzindo custos fixos com a manutenção de unidades próprias, uma simples não renovação do contrato ou a interrupção de um pagamento deixa usuários sem atendimento, comprometendo a universalidade e integralidade.

A contrarreforma do estado se apoia em vários argumentos, como um pretenso descompromisso com resultados da administração direta, o que a introdução de princípios de mercado viria combater. No entanto, ao contrário de mais mercado liberal, mais competição, o que se vê é o retorno, via OS, das velhas práticas clientelistas que a Constituição de 1988 tentou abolir. Estudos sobre OSS tem confirmado a utilização da OS como forma de manter currais eleitorais e repassar recursos a empresas lucrativas pertencentes a grupos econômicos a elas associados (ANDREAZZI; BRAVO; PACHECO, 2015).

Há uma grande aceleração dos contratos de estados e municípios com OSS a partir da segunda década de 2000 (ANDREAZZI; BRAVO, 2014). A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) já forçou contratos com muitas universidades federais e fundações estatais de direito privado se encontram presentes em estados

e municípios do país revelando terem se tornado uma tendência dominante na atualidade. Além da prioridade ao setor privado, se observa em alguns casos a própria destruição de unidades públicas como ocorreu nos anos 2009 com três grandes hospitais pertencentes a rede do Estado do Rio de Janeiro.

3.3 O apassivamento do movimento social

Como processo de incorporação de setores antes contestatórios à ordem, se destaca, nos anos 90, onde o SUS inicia sua trajetória, o envolvimento de muitos intelectuais orgânicos da reforma sanitária na sua gestão, inclusive na Esfera Federal, que estava hegemônica claramente pelo neoliberalismo. Identificam-se, por outro lado, algumas experiências de construção de sistemas municipais a partir dos princípios do SUS. A insatisfação popular com os efeitos da implantação do neoliberalismo no país é canalizada para uma transformação do Executivo através de sucessivas campanhas eleitorais concorridas pelo candidato do PT. Este vence afinal em 2002, após fechado acordo com o sistema financeiro internacional para a manutenção dos contratos estabelecidos, especialmente relativos às privatizações. Um discurso recorrente nesta campanha era de que o fim da corrupção teria um grande potencial de liberar recursos para as políticas sociais, recursos estes que eram escassos pelos estrangulamentos fiscais referentes a dívida pública. Transformações nos espaços de controle social também são observadas e estudadas: não se respeitam suas decisões, os conselheiros são cooptados pelo Estado e os membros dos conselhos são indicados pelos governos (SILVA; SILVA; SOUZA, 2013). Os conselhos e conferências de saúde acabam funcionando como palanques. Após algum tempo, seu efeito é o contrário do esperado quanto à possível participação popular, afastando os membros que levaram a sério a letra da Lei. No fim, servem para cumprir agendas de políticas previamente decididas pelos gerentes, dando o verniz de democracia a um processo de decisão tomado alhures. Particularmente os governos do PT levaram bastante longe a estratégia de cooptação do movimento social e valorização de uma participação social colaboracionista (NEVES, 2008).

Trata-se de um apassivamento proposital, como estratégia de corporativização dos setores populares, que envolve cooptação e controle por mecanismos econômicos e políticos, vinculando suas organizações aos propósitos de manutenção dos grupos de poder.

3.4 Prioridades confluentes à agenda do Banco Mundial

A ênfase na atenção básica focalizada em populações pobres, os estrangulamentos ao acesso

à média e alta complexidade e os estímulos ao crescimento dos planos privados de saúde, inclusive quanto à estabilidade do mercado pela criação de uma Agência Reguladora específica, acompanham a política de saúde especialmente após o final dos anos 90. Tudo isso faz parte das propostas do BM para os países do III Mundo que constam do *Relatório do Desenvolvimento Mundial* de 1993 (BANCO MUNDIAL, 1993).

Alguns dados das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD), suplementos de Saúde de 1998 e 2008 mostram que a universalidade e a integralidade estão longe de serem efetivas. Em 1998, 33% da população brasileira não haviam ido ao dentista, nos últimos 12 (doze) meses, percentual que sobre a 40% em 2008. Como resultado da falta de acesso público, além de aumento de gastos com planos privados de saúde, os gastos diretos da população com saúde ainda são significativos no país. De acordo com essas mesmas fontes, em 2008, 17% da população pagaram a última mamografia e 50% pagaram a última consulta odontológica (VIACAVA, 2010).

Como *síntese* desse período, concluímos pela existência de universalidade formal da saúde. Construiu-se um sistema fragmentado de fato, em que o estado vem abrindo mão de seu papel prestador, financiador e inclusive regulador, entregando programas e unidades a terceiros, através de contratos de gestão, sem controle, avaliação e participação popular no planejamento e fiscalização.

Tanto por estratégia de sobrevivência como pela difusão de uma ideologia do consumo privado de saúde, cresceu a cobertura de planos privados de saúde atingindo cerca de 25% da população. A utilização do fundo público para fomentar a mercantilização da saúde se dá por diversos mecanismos, como os fiscais e financiamentos a juros subsidiados: para medicamentos, para planos de saúde, para empresas do chamado complexo produtivo da saúde, inclusive transnacionais e grandes empresas da burguesia brasileira.

Para os trabalhadores da saúde, ocorre a perda de vínculos de servidor público e aumento dos contratos precários de diversas formas. Reforçam-se às práticas associadas ao clientelismo, numa verdadeira volta à República Velha.

Os mecanismos políticos que contribuíram para o quadro foram a despolitização da luta pelo SUS que se transforma numa questão de gestão mais eficiente, a centralidade da luta institucional, dentro do estado. Há o apassivamento proposital do movimento de massas. Para os que contestam a ordem, violência do Estado que ocorre, por exemplo, com desocupações de prédios públicos e terras e violência policial contra manifestações que contestam as privatizações e desativações de serviços públicos de saúde e educação.

4 DE ONDE VEM AS AMEAÇAS AO DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE

Como resultados dos processos anteriores, nos últimos anos, vimos o crescimento do poder econômico, político e ideológico daqueles associados às propostas do BM para a saúde. Ou seja, focalização, pacote básico sem integralidade na saúde, crescimento de mercado de seguros privados de saúde, mix público-privado no financiamento de unidades públicas de saúde, especialmente as de alta complexidade, como os hospitais universitários, descentralização como desresponsabilização e copagamentos (BANCO MUNDIAL, 1987, 1993). Tais propostas representam os interesses do grande capital financeiro em crise, de mercantilizar todos os setores da produção, como forma de contrarrestar a queda tendencial da taxa de lucros, característica desta fase monopolista do capitalismo (HARVEY, 2003).

Ocorre, no Brasil, o fortalecimento dos grupos econômicos interessados na mercantilização da saúde sob a forma de grandes empresas de planos de saúde e cadeias privadas de serviços, como hospitais e laboratórios de análises clínicas e clínicas de imagem médica. Com a Lei Federal n. 13.097, de 19 de janeiro de 2015 que permitiu a entrada do capital estrangeiro dos serviços de saúde, todos esses setores são suscetíveis de se ligar diretamente ao imperialismo. Desde os anos 70 quando cresceram as seguradoras privadas na saúde, já se vislumbrava a constituição do capital financeiro na saúde (ANDREAZZI, 1991), fato que se consolida nos anos 2000 na abertura de muitas empresas de serviços de saúde na Bolsa de Valores e muitos fundos de pensão e investimento como sócios deste capital.

Não é mais o pequeno capital de serviços que disputa o fundo público, são grandes empresas. No mercado de seguros privados de saúde, as 4 (quatro) maiores empresas detinham 22% do mercado de planos médicos em 2014 (BRASIL, 2014). São elas a *AMIL/United Health* (empresa de capital do USA), dois bancos, Bradesco (associado a Allianz, empresa alemã) e Sul América, a *Golden Cross* e a *Intermédica*, que foi muito tempo uma empresa brasileira mas vendida em 2015 para *Bain Capital*, fundo de investimento dos USA (BRONZATTO, 2014).

Na área de serviços de saúde, se consolidam grandes redes, algumas financeirizadas e ligadas a capitais externos: Redes d'Ór, receptora de empréstimos da *International Financial Corporation* (IFC), ligada ao BM para expandir número de leitos (REDE..., 2014); Diagnósticos da América (DASA), rede de laboratórios de análises clínicas de capital aberto com participação de capitais externos, que possui inclusive grandes contratos com o setor público como no município do Rio de Janeiro

(ANDREAZZI; BRAVO; PACHECO, 2015); Fleury, competidor em tamanho com o DASA; Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), grande OSS sediada em São Paulo com contratos com vários Estados da Federação e com a Saúde Indígena ((ANDREAZZI et al., 2014).

Em paralelo ao seu fortalecimento econômico, o grande capital da saúde reforça o seu tradicional papel político. É hoje grande financiador de campanhas eleitorais, inclusive dos partidos que se dizem de esquerda, como o PT/Partido Comunista do Brasil (PCdoB)/Partido Socialista Brasileiro (PSB). Nas eleições gerais de 2014, os planos de saúde doaram mais de R\$ 8 milhões a candidatos (REIS, 2014)

E cobrando a fatura deste investimento eleitoral, pressionam para que o Estado passe para ele toda a gestão dos serviços públicos, como tem sido o caso das OS, empresas estatais como a EBSEH e Fundações de direito privado. Querem, ainda que o Estado amplie o subsídio para planos de saúde de funcionários públicos. Com isso, hospitais públicos são até literalmente demolidos. Na atual legislatura, projetos de Lei são levados à frente como o perdão de dívidas de planos de saúde e a obrigatoriedade de empresas pagarem planos de saúde a funcionários (Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 451/2014 de autoria do Deputado Eduardo Cunha, presidente da Câmara dos Deputados) (BRASIL, 2015). Alguns já viraram Leis como a própria Lei Federal nº 13.097/2015 (a da abertura do setor ao capital estrangeiro).

No campo das classes trabalhadoras, vai se consolidando a cooptação de empregados de empresas, principalmente grandes, pela posse de planos privados de saúde, negociados em contratos coletivos de trabalho.

Não dá para eximir especialmente as direções sindicais atreladas ao Estado, de setores mais bem situados no mercado de trabalho, muitos de empresas multinacionais dos EUA que já tem presente com muita anterioridade, entre suas práticas, o pagamento de planos privados de saúde. Essa tem sido historicamente, mesmo nos países dominantes, a origem de uma aristocracia operária com condições de vida diferenciadas com relação ao conjunto da classe, base material do revisionismo, que inclui um sindicalismo corporativo (LENIN, 2000), que troca a luta pelos direitos universais por certos benefícios corporativos como planos de saúde privados. É necessário ressaltar que entre a parcela hegemônica dos grupos de poder hoje no aparelho de estado federal, muitos oriundos dessa aristocracia operária, prevalece a concepção da complementariedade do público e a centralidade do privado como política de reprodução da força de trabalho, tanto da saúde como da previdência (vide discurso final de campanha do candidato Lula em 2002 de que o SUS era para quem não tem planos

privados de saúde).

Entretanto, na medida em que os benefícios privados são trocados pela redução de salários e são proporcionais ao que se paga, quando esses trabalhadores se defrontam com as barreiras de utilização de serviços de saúde pelos planos ou mesmo quando perdem seus empregos ou se aposentam, isso é uma permanente contradição que os coloca permeáveis (embora não sejam os mais dispostos) a uma política de defesa do direito universal a saúde.

Isso ajudou a consolidar uma posição ideológica do setor público ser para *quem precisa*, minando a concepção do direito universal a saúde, onde a utilização de populações não pobres dos serviços públicos passa a ser traduzida como privilégio.

Finalmente, entraves políticos ao direito universal são advindos do privatismo, que é uma característica marcante da sociedade brasileira, que se expressaria na sua origem clânica, dominada por latifúndios semiautônomos e isolados, uma massa escrava oprimida e um contingente de pobres marginalizados (GOYATÁ, 2011). O privatismo se projeta na política tornando-a espaço de mandonismo e autoritarismo, uma ausência de uma sólida esfera pública de universalização de direitos democraticamente controlada pela sociedade. Onde os grupos oligárquicos procuram dominar e utilizar o aparelho de estado como coisa privada, no asseguramento dos seus negócios e de manutenção de clientelas que perpetuem seu controle. Com a escassez da oferta, o clientelismo impera no acesso a serviços de saúde enas contratações com o Estado (ANDREAZZI et al., 2011; SANTOS; RODRIGUES, 2014).

5 LUTAS E RESISTÊNCIAS PELA UNIVERSALIDADE DO DIREITO A SAÚDE NA CONJUNTURA ATUAL

Lutas e resistências pela efetivação do direito a saúde tem acompanhado a implantação do SUS desde o seu início. A defesa do projeto da reforma sanitária é formalmente assumida por muitas entidades que foram protagonistas dessa luta desde sala origem e por muitos intelectuais, movimentos sociais, sindicatos, movimentos de profissionais de saúde, entre outros, conformando um grande campo que se contrapôs ao projeto neoliberal, embora com diferenças de abordagens teóricas entre eles.

Mas, Bravo e Menezes (2011) tem colocado em suas análises sobre os movimentos sociais em saúde que, no campo da defesa dos princípios da reforma sanitária brasileira teria havido uma cisão. Uma parcela destes movimentos teria adotada uma

postura mais flexível,

Não há um enfrentamento com a política macroeconômica do governo e, na maioria das análises, o conteúdo da reforma tem ficado no âmbito setorial. Percebe-se também uma flexibilização de suas proposições, pautada nas possibilidades de ação face ao atual contexto brasileiro de financeirização do capital. A luta em defesa de um outro projeto societário, tendo como horizonte a transição para o socialismo, aparece, na atualidade, de forma muito tênue. (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 25).

Além disso, há pouca articulação com os movimentos que tem sido mais atuante na luta contra as expressões do neoliberalismo, privilegiando-se uma atuação mais institucional, no âmbito dos Conselhos de Saúde e numa interlocução grande com os governos, inclusive na gestão do Ministério da Saúde (MS) e Secretarias de Saúde. Em relação aos modelos privatizantes de gestão não há críticas sendo, antes de tudo, considerados, formas alternativas de gestão em que se busca contornar um corporativismo dos profissionais de saúde que afeta os resultados da atenção.

Com o maior acirramento da privatização, precarização do trabalho e dificuldades de acesso aos serviços de saúde que se iniciam no final da década de 2000, amplia-se a conformação de Fóruns Populares de Saúde em defesa do SUS e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS). Estes movimentos recuperam os princípios da reforma sanitária defendendo com ênfase a estatização da saúde e se articulam com os movimentos sociais que lutam contra as consequências do modelo econômico concentrador, numa perspectiva de independência perante aos governos considerados responsáveis pelo abandono da construção do SUS (BRAVO, 2014). Há um recrudescimento do ativismo na saúde manifesto nas resistências a votação de leis que entregam a gestão pública para OSS, Fundações Estatais de Direito Privado e EBSEH. Manifesto, ainda, em lutas sindicais de profissionais de saúde e lutas de usuários como o Movimento de Resistência a destruição do IASERJ (MUDI), hospital público do estado do Rio de Janeiro, em 2011.

2013 representou outro divisor de águas, permitindo que pudesse vir a tona outras formas de protesto e movimentossociais que lutam pela saúde e seus determinantes sociais. Esses movimentos têm como características o classismo, a independência em relações a formas tradicionais de participação política e a organização de combate e resistência a violência policial que caracterizou grandes manifestações no Brasil. Também houve expressões de espontaneísmo, revoltas individuais contra as condições de atendimento através de

quebra-quebras. Intensifica-se a utilização da rede mundial de computadores na organização de grupos com interesses comuns e na marcação de atividades inclusive de atos públicos (ANDREAZZI, 2014). Todas essas manifestações contemporâneas também têm sido observadas em muitos outros países nos protestos antiglobalização e em vários movimentos de resistência armada ao redor do mundo (THERBORN, 2014).

Em síntese, identificam-se três linhas na luta pela implantação efetiva do direito universal a saúde no país. Uma primeira, que pode ser considerada *flexibilizada*, que defende o direito universal, mas aceita certo grau de interesses mercantis no SUS através dos chamados *novos modelos de gestão* que privatizam a gestão pública. Consideram que há plena vigência da democracia no país, como os espaços de controle social do SUS que permitem que a população participe das decisões aceitando as regras do jogo. Uma segunda linha que defende a reforma sanitária no seu ideário original como sistema público, gratuito e estatal, não admitindo a mercantilização da saúde. Inspira essa linha muito possivelmente o conceito de democracia de massas, como uma progressiva ampliação da esfera pública dentro da sociedade capitalista com um horizonte no socialismo. Defende a centralidade da pressão do movimento de massa sobre o estado, mas subestima a violência do estado como responsável pela insuficiente pressão popular, permitindo o avanço de políticas a serviço do capital. Uma terceira linha entende a efetivação do direito universal e ademesmentilização da saúde no bojo da revolução social no país como conclusão da revolução democrática em que questões estruturais necessitariam ser resolvidas como a democratização da terra, das oportunidades e do poder político através da quebra do estado, como condição indispensável a construção da sociedade do socialismo.

6 CONCLUSÃO

A luta pela universalidade do direito a saúde é a expressão da contradição entre os anseios de democratização da sociedade brasileira, anseios republicanos, pois faz parte de um conjunto de relações de produção trazido a tona pela Revolução democrática mundial que foi burguesa na sua origem, e as características semifeudais e semicoloniais tradicionais da nossa formação econômico-social. Ou seja, é uma situação em que as forças produtivas do país, na expansão do trabalho livre, nas novas possibilidades civilizatórias de acesso a educação, a cultura, a saúde, a padrões de vida que representam as potencialidades brasileiras que o próprio desenvolvimento do capitalismo industrial ajudou a conformar no século XX criam expectativas de construção de uma sociedade de direitos universais. Contradição, portanto, entre forças produtivas e

relações de produção anacrônicas representadas por um capitalismo atrasado que se alia as tradicionais oligarquias monopolizadoras da terra e é submisso aos ditames do imperialismo. Em que uma legislação que permite a existência de um aparelho de estado típico da dominação racional-legal (a impessoalidade, a meritocracia) se torna uma formalidade perante o assumimento das reformas do BM e as velhas práticas do clientelismo e mandonismo local típicas do coronelismo. Contradição essa que as classes dominantes do país não podem resolver dados seus interesses materiais. E que nenhum grupo de poder mesmo oriundo de classes oprimidas teve capacidade, até então, de resolver ao não romper com as bases materiais das estruturas tradicionais de dominação, onde o ajuste fiscal permanente a expansão do grande capital financeiro na saúde são eixos importantes da situação semicolonial do país.

REFERÊNCIAS

- ANDREAZZI, M. F. S. Movimentos Sociais, Mobilizações de Junho de 2013 e a Saúde no Brasil. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2014. p. 69-74.
- _____. **O Seguro Saúde no Brasil**. 1991. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1991.
- _____. et al. Copagamentos no Sistema Público Brasileiro: anomalia ou tendência. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 105, p. 89-109, jan./mar. 2011.
- _____.; BRAVO, M. I. S. Privatização da Gestão e Organizações Sociais na Atenção à Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014.
- _____.; BRAVO, M. I. S.; PACHECO, J. Novos agentes econômicos fomentados pela contrarreforma do estado: um panorama das Organizações Sociais atuantes no município do Rio de Janeiro, Brasil. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Orgs.). A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro, UERJ e UFRJ. **Cadernos de Saúde**, Rio de Janeiro, 2015, p. 61-67.
- BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 753-762, 2009
- BANCO MUNDIAL. **Financiando os Serviços de Saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para a reforma**. Washington, D.C., 1987.

_____. **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial**. Rio de Janeiro: FGV, 1993.

BARATA, L. R.; TANAKA, O. U.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, DF, v. 13, n. 1, p. 15-24, mar. 2004.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Proposta obriga empregador a pagar plano de saúde para trabalhadores**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/TRABALHO-E-PREVIDENCIA/480944-PROPOSTA-OBRI-GA-EMPREGADOR-A-PAGAR-PLANO-DE-SAUDE-PARA-TRABALHADORES.html>>. Acesso em: 8 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Brasília, DF, 2014.

BRAVO, M. I. S. As lutas pela saúde e os desafios da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde na atualidade. In: _____; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro: UERJ, 2014. p. 75-81.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: _____; _____. (Orgs.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, 2011. p. 15-28.

BRONZATTO, T. Bain Capital compra Intermédica por quase R\$ 2 bilhões. **Revista Exame**, São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/negocios/noticias/intermedica-e-vendida-por-r-1-8-bi-ao-fundo-bain-capital>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

CARVALHO, J. M. Mandonismo, coronelismo, clientelismo: uma discussão conceitual. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 1-4, 1997.

CORREIA, M. V. A Saúde no contexto da crise contemporânea do Capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de Saúde brasileira. **Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios**. **Temporalis**, São Paulo, ano VII, n. 13, 2007.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, sup., p. 1851-1864, 2007.

FAORO, R. **Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro**. Porto Alegre: Ed. Globo, 1958.

FAVERET, A. C. de S. C. et al. Estimativas do impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde (Emenda Constitucional 29/2000). In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal da Saúde**. Tomo 2. Brasília, DF, 2001. p. 111-142.

GOYATÁ, R. Privatismo. In: AVRITZER, L. et al (Orgs.). **Corrupção: ensaios e críticas**. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2011. p. 152-157. Harvey, D., *The New Imperialism*. New York: Oxford UP, 2003

LENIN, V. I. **Imperialismo, fase superior do capitalismo**. São Paulo: Centauro 2000. Publicado originalmente em 1916.

MENEZES, J. S. B. Os governos do PT e as Políticas Sociais: "Nada de novo no front" In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro: UERJ, 2014. p. 7-19.

NEVES, L. M. W. A Política Educacional Brasileira na 'Sociedade do Conhecimento'. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, out. 2013.

REDE D'Or hospitals to borrow \$255m from IFC. **Valor Econômico Internacional**, [S. l.], dec. 2014. Disponível em: <<http://www.valor.com.br/international/news/3822246/rede-dor-hospitals-borrow-255m-ifc>>. Acesso em: 15 maio 2015.

REIS, V. **Planos de saúde já doaram mais de R\$ 8 milhões a candidatos**. Rio de Janeiro: ABRASCO 2014. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/2014/10/planos-de-saude-ja-doaram-mais-de-r-8-milhoes-a-candidatos/>>. Acesso em: 1 dez. 2014.

SANTOS, D. L.; RODRIGUES, P. H. A política, atenção primária e acesso a serviços de média e alta complexidade em pequenos municípios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 744-755, out./dez. 2014.

SANTOS, M. A. B; PASSOS, S. R. L. Comércio internacional de serviços e complexo industrial da saúde: implicações para os sistemas nacionais

de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1483-1493, ago. 2010.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007.

SILVA, C. V.; SILVA, D. F. L.; SOUZA, E. M. A participação da sociedade civil na democratização do setor de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online], Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 254-259, 2013.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma Saúde Debate Rio De Janeiro, V. 38, N. 100, P. 18-25, Jan-Mar 2014

THERBORN, G. New masses?: social bases of resistance. **New Left Review**, London, v. 85, jan./feb. 2014 Disponível em: <<http://newleftreview.org/II/85/goran-therborn-newmasses>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.

VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. **RADIS: comunicação e saúde**, Rio de Janeiro, n. 96, p. 12-19, ago. 2010.

Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi

Médica

Doutora de Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Professora Adjunta do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Email: siliansky@iesc.ufrj.br

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Cidade Universitária - Av. Pedro Calmon. nº 550, Prédio da Reitoria, 2º andar, Rio de Janeiro, RJ

CEP: 21941-901