

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

PÂMELA KAROLINE LINS ALVES

**O PROTAGONISMO DO ESTADO NA SUPERCAPITALIZAÇÃO DA
POLÍTICA DE SAÚDE:**

o fortalecimento da saúde suplementar em debate.

Recife
2021

PÂMELA KAROLINE LINS ALVES

**O PROTAGONISMO DO ESTADO NA SUPERCAPITALIZAÇÃO DA
POLÍTICA DE SAÚDE:**

o fortalecimento da saúde suplementar em debate.

Dissertação de mestrado apresentada à banca de avaliação como requisito parcial para obtenção de Título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE.

Orientação: Dra. Ana Cristina de Souza Vieira.

Coorientação: Dr. Evandro Alves Barbosa Filho.

Recife
2021

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

A474p Alves, Pâmela Karoline Lins

O protagonismo do estado na supercapitalização da política de saúde: o fortalecimento da saúde suplementar em debate / Pâmela Karoline Lins Alves. - 2021.

88 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof. ^a Dra. Ana Cristina de Souza Vieira e Coorientador Prof. Dr. Evandro Alves Barbosa Filho

Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2021.

Inclui referências.

1. Estado. 2. Capitalização (Brasil). 3. Saúde suplementar. I. Vieira, Ana Cristina de Souza (Orientadora). II. Barbosa Filho, Evandro Alves (Coorientador). III. Título.

361 CDD (22. ed.)

UFPE (CSA 2021 – 084)

PÂMELA KAROLINE LINS ALVES

**O PROTAGONISMO DO ESTADO NA SUPERCAPITALIZAÇÃO DA
POLÍTICA DE SAÚDE:**

o fortalecimento da saúde suplementar em debate.

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Aprovada em: 27 de julho de 2021.

PROF.^a DR.^a ANA CRISTINA DE SOUZA VIEIRA (ORIENTADORA E EXAMINADORA INTERNA)
Universidade Federal de Pernambuco

PROF.^o DR.^o EVANDRO ALVES BARBOSA FILHO (COORIENTADOR E EXAMINADOR
INTERNO)
Universidade Federal de Pernambuco

PROF.^a DR.^a MARIA VALÉRIA COSTA CORREIA (EXAMINADORA EXTERNA)
Universidade Federal de Alagoas

PROF.^a DR.^a RAQUEL CAVALCANTE SOARES (EXAMINADORA EXTERNA)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

À minha família, minha mãe Reniudes Lins e minha irmã Paula Lins, pelo apoio durante toda trajetória de pesquisa, me dando o suporte necessário. Também agradeço a Kessiany Souto e Kelfson Souto, meus irmãos, pelo incentivo, mesmo à distância.

À Ana Cristina de Souza Vieira e ao Evandro Alves Barbosa Filho, pela orientação durante a pesquisa, pelo conhecimento transmitido, por incentivar reflexões e questionamentos que enriqueceram o trabalho. Agradeço também pelo apoio e compreensões quando necessário.

À Valéria Correia e Raquel Soares, por trazer contribuições essenciais ao trabalho, por terem participado da banca de qualificação do projeto e defesa da dissertação.

À minha turma de mestrado, em especial, Bia Correia, Mayara Soledade e Clécia da Silva, por dividirem comigo os momentos de alegrias e os desafios enfrentados na trajetória acadêmica, principalmente pelo companheirismo e amizade.

Às minhas amigas, Alice Santana, Evelyn Lopes, Larissa Jambo e Nicole Cavalcante por me proporcionarem momentos de descontração, por apoiarem os momentos difíceis e por estarem comigo desde sempre.

Aos companheiros e companheiras do Fórum Alagoano em Defesa do SUS, meu principal espaço de militância e luta. Em especial à Valéria Correia, Viviane dos Santos e Clara Morgana, por me incentivarem a continuar na pesquisa acadêmica, pelo apoio e amizade.

À todas e todos que lutam cotidianamente na defesa do SUS público-estatal e de qualidade, me servindo de inspiração e horizonte!

Meu estado de espírito sintetiza estes dois sentimentos [otimismo e pessimismo] e os supera: sou pessimista com a inteligência, mas otimista com a vontade. Em cada circunstância, penso na hipótese pior, para pôr em movimento todas as reservas de vontade e ser capaz de abater o obstáculo - Antonio Gramsci.

RESUMO

Esta dissertação tem como principal objetivo analisar o papel do Estado diante da supercapitalização da saúde por meio de incentivos à saúde suplementar nos governos Temer e Bolsonaro. Para isso, partiu-se do método materialista histórico e dialético, julgando ser o que possibilita maior aproximação e compreensão do real, através da análise das contradições, mediações e determinações que o perpassam. Neste sentido, utilizou-se a pesquisa bibliográfica e documental. A primeira foi essencial para, a partir de uma base teórico-crítica sobre os processos de crise capitalista em Marx, compreender o atual momento de hegemonia neoliberal, que tem se radicalizado para garantir as taxas de lucros via supercapitalização dos bens sociais. Além disso, a pesquisa bibliográfica permitiu, por meio de um aprofundado estudo das teorias, compreender a dinâmica da atual conjuntura que levou ao golpe de 2016 e à eleição de Bolsonaro. A pesquisa documental nos possibilitou caracterizar as ações do Estado na viabilização da supercapitalização da saúde, que teve centralidade no fortalecimento da saúde suplementar, delimitado desde os governos do PT, porém, com enfoque nos governos de Temer e de Bolsonaro. As análises foram feitas a partir dos seguintes documentos: “Uma ponte para o futuro”, publicado em 2015; “A travessia social”, publicado em 2016; a proposta de plano de governo de Bolsonaro, intitulado “O caminho da prosperidade. Brasil acima de tudo. Deus acima de todos” publicado em 2018; “Políticas sociais: acompanhamento e análise (área: saúde)”, do Instituto de Pesquisa Econômica Ampliada (IPEA), publicado em 2018; “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, publicado em 2017; “Análise preliminar da proposta de nova lei elaborada pelas empresas de planos de saúde”, publicado em 2019; “Planos de saúde ‘falsos coletivos’: crescimento do mercado e reajuste dos preços (2014-2019)”, publicado em 2019; ao Boletim Informativo “Utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS”, publicado em 2020. Além do acesso à base de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e ao Demonstrativo dos Gastos Tributários – PLOA, na base de dados da Receita Federal, no período de 2003 à 2019. Por fim, analisou-se a Portaria N° 1.432, 4 de agosto de 2016 e o ofício N° 60-GS, 18 de janeiro de 2017, da Secretaria de Atenção à Saúde. Os resultados desta pesquisa indicam condições essenciais para a luta de classes em torno da defesa do SUS público-estatal, com isso, chegou-se às seguintes conclusões: o atual processo de desfinanciamento do SUS inviabiliza seu avanço enquanto principal política pública de caráter universal, abrindo enormes brechas para a mercantilização da saúde. Os governos de Temer e de Bolsonaro têm agido em consonância para favorecer uma nova estrutura de saúde que impossibilite futuras crises do mercado de saúde suplementar. Para finalizar, as atuais tendências apontam para uma reconfiguração no sistema de saúde brasileiro, através da supercapitalização, em que a saúde suplementar se torna o principal meio de acesso à saúde no Brasil, destruindo os princípios do SUS, garantidos nas normas legislativas e constitucionais, atreladas à perspectiva da reforma sanitária.

Palavras-chave: Estado. Supercapitalização. Mercantilização. Saúde suplementar. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the role of the State in the face of overcapitalization of health through incentives to supplementary health in the Temer and Bolsonaro governments. For this, it was based on the historical and dialectical materialist method, judging to be what allows greater approximation and understanding of the real, through the analysis of the contradictions, mediations and determinations that permeate it. In this sense, bibliographic and documentary research was used. The first was essential to, from a theoretical-critical basis on the processes of capitalist crisis in Marx, understand the current moment of neoliberal hegemony, which has been radicalized to guarantee the rates of profits via the overcapitalization of social goods. In addition, bibliographical research allowed, through an in-depth study of theories, to understand the dynamics of the current conjuncture that led to the 2016 coup and Bolsonaro's election. The documentary research allowed us to characterize the actions of the State in the feasibility of overcapitalization of health, which had centrality in the strengthening of supplementary health, delimited since the pt governments, however, focusing on the governments of Temer and Bolsonaro. The analyses were made from the following documents: "A bridge to the future", published in 2015; "The social crossing", published in 2016; Bolsonaro's government plan proposal, entitled "The path of prosperity. Brazil above all. God above all" published in 2018; "Social policies: monitoring and analysis (area: health)", of the Institute of Expanded Economic Research (IPEA), published in 2018; "Brazil Health Coalition: an agenda to transform the health system", published in 2017; "Preliminary analysis of the proposed new law prepared by health insurance companies", published in 2019; "collective false' health plans: market growth and price adjustment (2014-2019)", published in 2019; newsletter "Use of the SUS by beneficiaries of health plans and reimbursement to the SUS", published in 2020. In addition to access to the database of the National Agency for Supplementary Health (ANS) and the Tax Expense Statement - PLOA, in the IRS database, in the period from 2003 to 2019. Finally, we analyzed Ordinance No. 1,432, August 4, 2016 and letter No. 60-GS, January 18, 2017, from the Department of Health Care. The results of this research indicate essential conditions for the class struggle around the defense of the public-state SUS, thus the following conclusions were reached: the current process of defunding the SUS makes its progress impossible as the main public policy of universal character, opening huge gaps for the commodification of health. The governments of Temer and Bolsonaro have acted in line to favor a new health structure that makes it impossible for future crises in the supplementary health market. Finally, the current trends point to a reconfiguration in the Brazilian health system, through overcapitalization, in which supplementary health becomes the main means of access to health in Brazil, destroying the principles of the SUS, guaranteed in legislative and constitutional norms, tied to the perspective of health reform.

Keywords: State. Overcapitalization. Commodification. Supplementary health. Unified Health System.

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 – Número de usuários de planos privados de saúde por cobertura do plano (dezembro/2002 – dezembro/2015).....	37
--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Renúncia fiscal em saúde (2003-2015).....	39
TABELA 2 - Renúncia fiscal em saúde às entidades filantrópicas (2003-2015).....	40
TABELA 3 – Número de usuários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia e a taxa de crescimento em relação a dezembro do ano anterior (2015-2019).....	66
TABELA 4 – Evolução do número de usuários (em milhares), segundo tipo de planos privados de saúde (2014-2019).....	68
TABELA 5 – Evolução comparada de reajustes (%) de planos de saúde e IPCA. Brasil, 2019.....	69
TABELA 6 – Renúncia fiscal em saúde (2016-2019).....	70
TABELA 7 – Pagamento do ressarcimento ao SUS por ano de lançamento de ABI (em milhões).....	73

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – O processo de ressarcimento ao SUS.....	72
FIGURA 2 – Jornada de implementação de um novo sistema de saúde para o Brasil (ICOS, 2017).....	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABI – Aviso de Beneficiário Identificado

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

BM – Banco Mundial

BIRD – Banco Interamericano de Desenvolvimento

CONSU – Conselho de Saúde Suplementar

CUS – Cobertura Universal da Saúde

CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

CNS – Conselho Nacional de Saúde

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FEDP – Fundações Estatais de Direito Privado

FMI – Fundo Monetário Internacional

GT – Grupo de Trabalho

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IRPF – Imposto de Renda de Pessoa Física

IRPJ – Imposto de Renda de Pessoa Jurídica

IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

ICOS – Instituto Coalisão Saúde

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MPC – Modo de Produção Capitalista

OS – Organizações Sociais

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PLOA – Projeto de Lei Orçamentária Anual

RCL – Receita Corrente Líquida

RGPS – Regime Geral de Previdência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUMÁRIO

1 INDROTUÇÃO	13
2 A EXPANSÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR COM APOIO ESTATAL NO BRASIL.....	19
2.1 A crise do capital e a hegemonia neoliberal no Brasil.....	20
2.2 A consolidação da saúde suplementar no Brasil e o papel do Estado.....	30
2.3 O apoio estatal à saúde suplementar nos governos Lula da Silva e Dilma Rouseff.....	34
3 A DISPUTA PELO FUNDO PÚBLICO E A AGENDA NEOLIBERAL PARA A SAÚDE NOS GOVERNOS TEMER E BOLSONARO.....	42
3.1 O golpe de 2016 e o neoliberalismo nos governos Temer e Bolsonaro.....	43
3.2 A agenda neoliberal para a saúde nos governos Temer e Bolsonaro.....	53
3.3 Projetos antagônicos da saúde e a disputa pelo fundo público	58
3.4 O processo de desfinanciamento do SUS.....	61
4 A SUPERCAPITALIZAÇÃO DO SUS: movimentações a favor da saúde suplementar nos governos de Temer e de Bolsonaro.....	66
4.1 A queda do número de usuários dos planos privados de saúde e o reajuste dos preços dos planos.....	66
4.2 Os mecanismos de renúncia fiscal da saúde.....	70
4.3 O ressarcimento ao SUS.....	71
4.4 A proposta de planos privados de saúde acessíveis e a desregulamentação da ANS.....	74
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
6 REFERÊNCIAS	84

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de dissertação pretende estudar o papel do Estado diante da tendência de supercapitalização da política pública¹ de saúde, que se direciona a fortalecer o setor de saúde suplementar e tornar o Sistema Único de Saúde (SUS) subalterno ao setor privado.

O interesse em estudar o tema surgiu a partir de estudos desenvolvidos na graduação, por meio do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC), assim como da minha inserção no grupo de pesquisa intitulado “Políticas públicas, Controle Social e Movimentos Sociais”, o qual desenvolvi projetos de iniciação científica que tiveram como tema: “As Orientações do Banco Mundial à política de saúde brasileira: fundamentos, financiamentos e as tendências da contrarreforma na saúde”, além do projeto de pesquisa “A ampliação do mercado privado de saúde com apoio estatal e o processo de universalização excludente no Brasil”. A pesquisa desenvolvida no TCC teve como tema “A ampliação da saúde suplementar com apoio estatal: incentivos, desonerações e subsídios do Estado brasileiro”, e a partir dela aprofundi o estudo sobre os interesses do capital na política de saúde brasileira, no contexto de contrarreforma do Estado, compreendendo como o setor privado da saúde vem sendo fortalecido por meio de mecanismos de apoio estatal desde antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante a realização do TCC, foi observado que a saúde suplementar² vem sendo expandida e esse processo se dá atrelado a mecanismos de apoio Estatal. Resgatando os dados de Mendes (1998), denota-se que, na década de 1990, o número de usuários dos serviços de saúde suplementar saiu de 31,1 milhões de usuários, em 1989, para 45 milhões de usuários, em 1998. Analisando os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), demonstra-se que entre 2000 e 2015 houve um crescimento contínuo do sistema de saúde suplementar, respectivamente, de 30,5 milhões de usuários para 50,2 milhões.

¹ Como pontuado por Pereira (2009), o termo “política pública” significa uma estratégia de ação pensada, planejada e avaliada, guiada por uma racionalidade coletiva, no qual, tanto o Estado como a sociedade, desempenham papéis ativos. Portanto, é ação política, “por se referir a medidas e formas de ação formuladas e executadas com vista ao atendimento de legítimas demandas e necessidades sociais (e não individuais). [...] É ação pública, no qual, além do Estado, a sociedade se faz presente, ganhando representatividade, poder de decisão e condições de exercer o controle sobre a sua própria reprodução e sobre os atos e decisões do governo” (PEREIRA, 2009, p. 94,96).

² Reúnem as chamadas operadoras de planos de saúde, conjunto de organizações diversas como as empresas de seguro-saúde, as medicinas de grupo, as cooperativas de trabalho médico, os hospitais empresa e as autogestões, surgidas em diferentes momentos históricos (ACIOLE, 2006, p. 244).

Ou seja, durante o percurso de constitucionalização e implementação do Sistema Único de Saúde, houve um processo de expansão da saúde suplementar.

É observado que essa expansão se dá atrelada a um aumento dos subsídios do Estado brasileiro a esse setor, seja por meio de renúncia fiscal, na emissão de certificação filantrópica às entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, na compra de planos de saúde para funcionários públicos, subsídios para oferta de planos de saúde acessíveis, perdão de dívidas e a assistência farmacêutica.

Alguns autores³, colocam que o processo de fortalecimento da saúde suplementar⁴, tem gerado diversas limitações para a consolidação do SUS. De acordo com Santos (2009, p.152), a existência de dois segmentos (público e privado) no sistema de saúde brasileiro, compreende relações da saúde suplementar com o SUS que se dão de modo promíscuo, parasitário, iníquo e descompromissado com o interesse público e com os princípios de uma proteção social solidária e, então, com os objetivos do SUS. Essa relação limita a expansão do setor público na saúde, devido ao processo de subfinanciamento que esse setor passa a sofrer, quando o Estado prioriza medidas de apoio ao setor privado.

A atual conjuntura brasileira, caracterizada na flexibilização das relações trabalhistas e no avanço das medidas de austeridade, demonstra o caráter ultraliberal dos governos Temer e Bolsonaro. As ações governamentais têm se dado via reconfigurações neoliberais mais ofensivas à classe trabalhadora, reforçando o caráter de classe do Estado capitalista no atendimento aos interesses hegemônicos burgueses. Essa ofensiva neoliberal mediada pelo Estado, tem significado uma menor capacidade da população em garantir sua subsistência e esse fator tem afetado diretamente a utilização de serviços de saúde suplementar. Para reverter possíveis crises nesse setor o Estado Brasileiro tem sido central para promover mudanças jurídicas e legislativas na política de saúde, de modo a favorecer e fomentar processos de supercapitalização.

³ Ocké-Reis (2015), Scheffer (2015), Sestelo (2019).

⁴ Processo que se dá desde a sua criação, durante a ditadura empresarial-militar, a partir das medicinas de grupo, que teve seu primeiro registro em 1956, com o primeiro plano de pré-pagamento fixo, conhecido como Policlínica Central. Nesse mecanismo, as empresas contratantes se responsabilizam pela prestação de atenção médica aos seus empregados e desobriga o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) de fazê-lo. Essa ação ocorre através de um sistema de “pré-pagamento”, no qual o empregador paga um valor fixo pela cobertura do serviço de seu funcionário. Porém, o Estado não deixou de subsidiar essa prática, já que a empresa passa a descontar de suas obrigações fiscais (KOBORI, 2008).

Contudo, é essa reconfiguração e aprofundamento da ofensiva neoliberal para a política de saúde brasileira, através de processos de fortalecimento da saúde suplementar pelo Estado, que pretendo aprofundar nesta pesquisa. Buscando compreender como esses fatores se interligam com o atual desfinanciamento do SUS público-estatal, observado nos governos Temer e Bolsonaro.

Nesse sentido, optou-se por utilizar o termo “SUS público-estatal” em alguns momentos do decorrer do texto, para particularizar uma visão histórico-crítica da saúde, portanto, uma concepção ampliada de saúde como um direito de cidadania, considerando o direito de acesso à saúde como um direito de todos (portanto, público) e dever do Estado (portanto, estatal). Por analisar que é essa assistência à saúde de caráter público, desmercantilizado e estatal que vem sendo desmontado pela hegemonia neoliberal.

O presente trabalho tem como método de análise científica, o materialismo histórico e dialético. Netto (2011), na apresentação deste método, analisa que, para Marx, é na teoria que o sujeito reproduz, em seu pensamento, a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa; e esta reprodução será mais coerente e verdadeira quanto mais fiel o sujeito for ao objeto estudado. Portanto, parte-se da compreensão de que é o método materialista histórico o que melhor responde a pesquisa aqui proposta, por se basear na análise do concreto e da realidade, vista em Marx como a síntese de múltiplas determinações, “unidade do diverso”, levando a projeções para além da imediatez ou das expressões fenomênicas. Dessa forma, permite ao pesquisador refletir criticamente sobre o objeto e analisar suas determinações a partir da totalidade.

Com isso, foi realizado um grande levantamento bibliográfico para compreender as determinações sociais e as contradições presentes no processo de supercapitalização da saúde no Brasil, além de buscar conferir os fatores que contribuíram com a atual conjuntura posta no período de pós golpe de 2016. Diante disso, optou-se por pesquisar o período de 2016 à 2019, seguindo a análise de Behring (2018), de que o golpe de 2016 representou um novo estágio neoliberal do capitalismo. Portanto, utilizou-se de referenciais teóricos marxianos e marxistas, assim como, autores com perspectiva histórico-crítica, como: Marx (2017), Mandel (1982), Mészáros (2011), Harvey (2011), Abramides (2019), Dardot e Laval (2016), O’Connor (1977), Behring (2018), dentre outros.

Além da pesquisa bibliográfica, utilizou-se a pesquisa documental como recurso para caracterizar os elementos do real concreto e permitir aproximações ao objeto estudado. Diante disso, a presente pesquisa, após resgatar como o neoliberalismo ganha hegemonia no Brasil, parte para análise da consolidação da saúde suplementar e o papel do Estado. Neste sentido, fez-se um levantamento bibliográfico buscando evidenciar a participação direta do Estado na consolidação do mercado privado de saúde. Para explicar como se estrutura a saúde suplementar no Brasil, fez-se o acesso à dados secundários. Posteriormente, a pesquisa se debruçou sobre os governos de Lula da Silva e de Dilma Rousseff, por reconhecer que eles apresentavam diferenciações importantes se comparado aos governos de Temer e de Bolsonaro, e que contribuiria para a compreensão de como o golpe de 2016 viabilizou uma ofensiva mais radical contra o direito à saúde e as organizações e serviços público estatais.

Ante o exposto, o trabalho utilizou o levantamento de dados através do acesso a base de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para demonstrar a expansão da saúde suplementar nos governos do PT, além do acesso ao Demonstrativo dos Gastos Tributários – PLOA, na base de dados da Receita Federal, no período de 2003 a 2015, buscando caracterizar as ações dos referidos governos em apoiar a expansão desse setor. Optou-se por esses dados por serem elementos desses governos que se mantém nos governos posteriores, indicando uma política de Estado.

Em um segundo momento, buscou-se analisar o golpe de 2016, a partir de uma perspectiva gramsciana, fazendo uso das categorias de Gramsci para explicar a realidade atual, baseando-se no estudo bibliográfico a Fernandes (2019b), Iasi (2019), Castelo (2017) e Lowy (2015). Com isso, no intuito de alcançar o objetivo central deste trabalho, que foi: analisar o papel do Estado diante da supercapitalização da saúde por meio de incentivos a saúde suplementar nos governos Temer e Bolsonaro; houve o recorte no período entre 2016 e 2019, por considerar a magnitude do tema e a as limitações temporais de um trabalho de dissertação.

Nesse sentido, utilizou-se da pesquisa documental para análise de dois documentos do governo de Temer intitulados “Uma ponte para o futuro” de 2015, e “A travessia social” de 2016; e para análise da proposta de plano de governo de Bolsonaro, intitulado “O caminho da prosperidade. Brasil acima de tudo. Deus acima de todos” de 2018. Esses documentos foram importantes para caracterizar a agenda neoliberal de saúde dos referidos governos. Porém, pensando nos projetos em disputa pelo fundo público da

saúde, também se utilizou do levantamento bibliográfico para evidenciar as determinações sociais em torno do fundo público e caracterizar os mecanismos de favorecimento da supercapitalização da saúde.

O processo de desfinanciamento do SUS é um dos mecanismos que favorece a supercapitalização da saúde, portanto, fez-se a análise ao documento do Instituto de Pesquisa Econômica Ampliada (IPEA, 2018) sobre o financiamento da saúde; e o acesso aos dados apresentados pelo Conselho Nacional de Saúde (2020) e pela Organização Mundial de Saúde (2019). Com a finalidade de investigar como tem se dado a desestruturação do SUS em detrimento do fortalecimento da agenda dos sujeitos pertencentes ao setor de saúde suplementar.

Por fim, o presente trabalho intentou demonstrar como tem se dado o processo de supercapitalização da política pública de saúde. Para isso, foi realizado um aprofundado levantamento de dados, buscando unir diversos elementos, viabilizados pelo Estado, que coloca a mercantilização da saúde como fator central de acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, fez-se o acesso à base de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); ao Demonstrativo dos Gastos Tributários – PLOA, na base de dados da Receita Federal, no período de 2016 a 2019; ao documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, publicado em 2017, pelo Instituto Coalizão Saúde; ao documento “Análise preliminar da proposta de nova lei elaborada pelas empresas de planos de saúde”, publicado em Bahia, Lazzarini e Scheffer (2019); ao documento “Planos de saúde ‘falsos coletivos’: crescimento do mercado e reajuste dos preços (2014-2019)”, publicado em 2019, pelo Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde; e ao Boletim Informativo “Utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS”, publicado em 2020. Utilizou-se, também, o acesso e análise a Portaria N° 1.432, 4 de agosto de 2016 e ao ofício N° 60-GS, 18 de janeiro de 2017, da Secretaria de Atenção à Saúde.

Diante do exposto, esta pesquisa se estrutura em três capítulos:

- O primeiro capítulo analisa a contradição estruturada na tendencial queda da taxa de lucro, processo que, devido ao desenvolvimento capitalista, leva a hegemonia dos ideários neoliberais. Desse modo, o capítulo analisa como o neoliberalismo se apresenta no Brasil. Em um segundo momento, analisa como se dá a consolidação do sistema de saúde suplementar e como o Estado desempenha um

papel central nesse processo. Além disso, o capítulo também caracteriza como se desenvolveu a política de saúde e a expansão da saúde suplementar nos governos do PT.

- O segundo capítulo sintetiza as determinações sociais e contradições que compuseram e viabilizaram o golpe de 2016, apresentando um novo receituário neoliberal mais ofensivo a classe trabalhadora. Além disso, investiga a agenda neoliberal para a saúde no período dos governos de Temer e de Bolsonaro, e discute as disputas em torno do fundo público e os projetos de saúde presentes. Em outro momento, este capítulo demonstra o processo de desfinanciamento do SUS e como ele é nocivo a garantia do direito à saúde, como direito social de cidadania.
- O terceiro capítulo apresenta a supercapitalização da saúde e o papel central dos governos Temer e Bolsonaro em viabilizar seu avanço. Para isso, fez-se o uso de um longo processo descritivo das estratégias que os interesses do capital na saúde têm utilizado para, a partir da mediação do Estado, tornar o acesso à saúde essencialmente mercadológico.

2 A EXPANSÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR COM APOIO ESTATAL NO BRASIL

Neste capítulo, a partir da utilização do método de Marx, desenvolveu-se um estudo sobre algumas categorias que dão elementos para compreender e analisar a atual fase do sistema capitalista de hegemonia neoliberal. Com este intuito, partiu-se da análise de Marx quanto a “tendência a queda da taxa de lucro”, demonstrando algumas das contradições presentes no sistema capitalista, suas crises e as contratendências necessárias ao desenvolvimento desse sistema, que tem como principal catalisador o Estado. Além disso, realizou-se a pesquisa bibliográfica aos teóricos contemporâneos que, com uma abordagem crítico-histórica, buscam interpretar a realidade brasileira no atual estágio do capitalismo.

Em um outro momento, a partir da pesquisa bibliográfica aos teóricos que analisam a mercantilização da saúde no Brasil, no estudo à Bravo (2011), Correia (2015) e Mendes (1999), buscou-se analisar como se deu o fortalecimento do mercado privado de saúde no período anterior a criação do Sistema Único de Saúde e como esses fatores favoreceram a consolidação da saúde suplementar; tema abordado também por Menicucci (2003), trazendo importantes contribuições utilizadas nesta pesquisa. Além disso, utilizou-se os dados divulgados por Costa (2017), quanto aos tipos de contratação realizadas pela saúde suplementar, sendo evidente a prevalência do tipo de contratação coletiva, contribuindo para a análise dos mecanismos que viabilizaram e viabilizam o fortalecimento da saúde suplementar, elemento essencial para esta pesquisa.

Este capítulo aborda a política de saúde nos governos Lula da Silva (2003-2010) e Dilma Rousseff (2011-2016), as rupturas e continuidades em relação aos governos anteriores. Para isso, fez-se uma pesquisa bibliográfica de autores que analisem esse período, buscando demonstrar como os governos Lula da Silva e Dilma Rousseff atuaram no âmbito da saúde. Para evidenciar o crescimento da saúde suplementar, nesse período, utilizou-se a base de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a partir do acesso ao Caderno de Informação da saúde suplementar (2015). Na análise aos mecanismos de apoio estatal que impulsionaram a expansão da saúde suplementar, durante esses governos, a presente pesquisa se limitou a analisar os gastos tributários⁵ em

⁵ Incentivos, desonerações, deduções e renúncias fiscais; também identificados como “gastos indiretos”, por serem recursos que o Estado deixa de receber, reduzindo a carga tributária.

saúde, especificamente as renúncias fiscais (IRPF e IRPJ) e as isenções fiscais aos hospitais filantrópicos/privados, através do acesso ao Demonstrativo dos Gastos Tributários – PLOA, na base de dados da Receita Federal, no período de 2003 a 2015.

2.1 A crise do capital e a hegemonia neoliberal no Brasil

Para compreender os processos de crise do capital, resgatamos a análise de Marx (2017) referente a “tendência a queda da taxa de lucro”, desenvolvida em sua obra *O Capital*. Marx analisa o processo de desenvolvimento capitalista, nesse sentido, ele observa que o desenvolvimento das forças produtivas, decorre de uma necessidade sempre crescente de se investir em capital constante⁶, acarretando na queda progressiva de investimento em capital variável⁷, devido a intensificação da exploração do trabalho gerada nesse processo.

Diante disso, Marx (2017) coloca que, em termos absolutos, com o desenvolvimento da produção, decresce enormemente a soma de trabalho vivo acrescentado a cada mercadoria, com esse decréscimo, a parte não-paga do trabalho nela contido diminui, mesmo havendo aumento do trabalho não-pago com relação ao pago, quando considerado o capital total. Essas contradições postas resultarão na queda da taxa de lucro. Para reverter essa queda o capital sempre busca formas de compensação. Ou seja, o capital tem de crescer numa proporção maior que aquela em que diminui a taxa de lucro.⁸

De acordo com Marx (2017), a taxa de lucro cai não por tornar o trabalho mais improdutivo, mas por torná-lo mais produtivo. Ambas, a elevação da taxa de mais-valia e a queda da taxa de lucro, são apenas formas particulares em que se expressa, em termos capitalistas, a produtividade crescente do trabalho. Desse modo, é evidente uma das contradições intrínsecas ao sistema capitalista, que se dá no fato de que quanto mais se acumula capital, mais serão produzidas as condições para a queda da taxa de lucro, sendo assim, o capitalismo, para se desenvolver, sempre busca formas de reverter ou amenizar as tendências dessa relação.

⁶ Meios de produção, matéria-prima, maquinaria etc.

⁷ Também conceituado como trabalho vivo, força de trabalho.

⁸ Cf. Marx, 2017, p. 249-269.

A queda da taxa de lucro e a acumulação acelerada só são diferentes expressões do mesmo processo na medida em que ambas expressam o desenvolvimento da força produtiva. A acumulação, por sua vez, acelera a queda da taxa de lucro na medida em que com ela está dada a concentração dos trabalhadores em grande escala e, com isso, uma composição mais alta do capital. Por outro lado, a queda da taxa de lucro acelera a concentração do capital e sua centralização por meio da expropriação dos últimos produtores diretos que ainda disponham de algo a ser expropriado. Desse modo, a acumulação se acelera na proporção de sua massa, ainda que a taxa de acumulação diminua juntamente com a taxa de lucro (MARX, 2017, p. 281).

Outra contradição a ser apontada, é a relação entre a produção da mais-valia nos processos de exploração do trabalho e a realização do capital produzido nos processos de circulação das mercadorias. Desse modo, as condições de exploração direta e as de sua realização não são idênticas. “Umas estão limitadas pela força produtiva da sociedade; outras, pela proporcionalidade entre os diversos ramos de produção e pela capacidade de consumo da sociedade” (MARX, 2017, p. 284). O qual, está determinada pela capacidade de consumo sobre a base de relações antagônicas de distribuição, “que reduzem o consumo da grande massa da sociedade a um mínimo só suscetível de variação dentro de limites mais ou menos estreitos” (MARX, 2017, p.284). Ou seja, a intensificação da exploração do trabalho presente na produção capitalista, limita a capacidade da classe trabalhadora de consumir, dificultando a circulação e realização daquilo que foi produzido. Sendo assim, “quanto mais se desenvolve a força produtiva, mais ela entra em conflito com a base estreita sobre a qual repousam as relações de consumo” (MARX, 2017, p. 284).

Diante disso, na busca por conter essas contradições, o capitalismo cria contratendências a essa lei, tendo, em certa medida, o Estado como principal catalisador.⁹ “Destacam-se, dentre elas, a ‘elevação do grau de exploração do trabalho’, bem como o ‘aumento do capital acionário’¹⁰, compensando a queda na taxa de lucro com juros oferecidos pelo mercado financeiro, por empresas ou por títulos do Estado” (MENDES; CARNUT, 2020, p. 14). Com isso, como abordado por Harvey (2011), há dentro da geografia histórica do capitalismo, uma luta perpétua para converter limites aparentemente absolutos em barreiras que possam ser transcendidas ou contornadas.

Uma das saídas buscadas para deter possíveis crises decorrentes da queda da taxa de lucro, tem sido a necessidade do capital em encontrar formas de realização de seu

⁹ Cf. Mendes; Carnut, 2020.

¹⁰ “Esta contratendência está relacionada ao aumento da esfera financeira e se expressa como um fator crucial na discussão da crise contemporânea do capitalismo” (MENDES; CARNUT, 2020, p. 14).

excedente produzido. Esse processo pode se dar a partir da construção de fontes de demandas efetivas, seja através da classe trabalhadora ou do próprio capitalista. Também pode ser identificado nas práticas imperialistas, no qual países desenvolvidos investem seu excedente para desenvolver e explorar países subdesenvolvidos. Outra solução encontrada tem sido a expansão do sistema de crédito como forma de realização do excedente capitalista, que,

tem sido o mecanismo mais eficaz para solucionar o problema de capital ocioso. Apesar de que, em curto prazo, o crédito serve para suavizar muitos pequenos problemas, mas, em longo prazo, tende a acumular as contradições e tensões. Ele espalha os riscos, ao mesmo tempo que os acumula (HARVEY, 2011, p. 98).

Nesse sentido, a partir de 1970, é observado no capitalismo mundial, processos de crises profundas. Com isso, Harvey (1989) analisa que as décadas de 1970 e 1980 foram um conturbado período de reestruturação econômica e de reajustamento social e político. “No espaço social criado por todas essas oscilações e incertezas, uma série de novas experiências nos domínios da organização industrial, da vida social e política começou a tomar forma” (HARVEY, 1989, p. 140).

Neste contexto, a saída que o capitalismo tem buscado para essa crise, gira em torno dos ideários neoliberais, o qual encontra espaço efetivo de realização, que, como pontuado por Paniago (2012), tem significado uma série de medidas que visam a recuperação do lucro dos capitalistas e, em outro aspecto, imposições restritivas e autoritárias sobre a classe trabalhadora, cujo resultado é a degradação da sua qualidade de vida e trabalho. Dessa forma, as diretrizes apontadas pela política neoliberal, segundo Abramides (2019), são a priorização da estabilidade econômica por meio da disciplina orçamentária na contenção de gastos em políticas sociais, restauração da taxa natural de desemprego e reformas fiscais de incentivo aos agentes financeiros.

O mundo capitalista mergulhou na neoliberalização como resposta por meio de uma série de idas e vindas e de experimentos caóticos que na verdade só convergiram como uma nova ortodoxia com a articulação, nos anos 1990, do que veio a ser conhecido como o “Consenso de Washington”. [...] O desenvolvimento geográfico desigual do neoliberalismo, sua aplicação frequentemente parcial e assimétrica de Estado para Estado e de formação social para formação social atestam o caráter não elaborado das soluções neoliberais e as complexas maneiras pelas quais forças políticas, tradições históricas e arranjos institucionais existentes moldaram em conjunto por que e como o processo de neoliberalização de fato ocorreu (HARVEY, 2014, p. 23).

Nesse sentido, Harvey (2014) associa a ascensão neoliberal a uma busca pela restauração do poder de classe das elites econômicas, que significa o fim da conciliação de classe característica do período de vigência do Estado de bem-estar social, o qual garantiu uma série de direitos a classe trabalhadora, devido a necessidade de realização de consensos na época. Com a crise de acumulação, gerada a partir de 1970, há a necessidade de aprofundamento das formas de expropriação de riquezas e, desse modo, do aumento da ofensiva capitalista sobre a classe trabalhadora e da restauração do poder de classe. Portanto, o autor identifica na restauração do poder de classe um dos fatores centrais do neoliberalismo.

Podemos interpretar a neoliberalização seja como um projeto utópico de realizar um plano teórico de reorganização do capitalismo internacional ou como um projeto político de restabelecimento das condições da acumulação do capital e de restauração do poder das elites econômicas. Defenderei a seguir a ideia de que o segundo desses objetivos na prática predominou. A neoliberalização não foi muito eficaz na revitalização da acumulação do capital global, mas teve notável sucesso na restauração ou, em alguns casos, na criação do poder de uma elite econômica. O utopismo teórico de argumento neoliberal, em conclusão, funcionou primordialmente como um sistema de justificação e de legitimação do que quer que tenha sido necessário fazer para alcançar esse fim (HARVEY, 2014, p.27).

Portanto, é em reação a crise mundial dos anos 1970, que foi inaugurada uma nova etapa do capitalismo, muito mais brutal à classe trabalhadora, tendo como principal mediador o Estado. “Dentro da estratégia das classes proprietárias, o Estado cumpriu um papel de destaque na retomada das taxas de lucros então decrescentes e na recomposição do bloco do poder dominante” (CASTELO, 2017, p.62).

Na atual fase do capitalismo¹¹, O’Connor (1977) analisa que o Estado teria duas funções contraditórias que condicionaria suas ações: criar condições favoráveis para a reprodução do capital e, ao mesmo tempo, assegurar a reprodução da força de trabalho. Ou seja, garantir as bases para a acumulação e legitimação capitalista. Porém, diante da crise vivenciada em 1970 e da necessidade do capital em criar as condições de retomada de sua taxa de lucro, torna-se necessário ampliar a função de “acumulação” do Estado, em detrimento da desestruturação da sua função de “legitimação”.

¹¹ Compreende-se essa atual fase como de Capitalismo Tardio, segundo Ernest Mandel (1982). Para o autor, a análise marxista de Capitalismo Tardio baseia-se nos estudos de Lênin sobre o Imperialismo. Nesse aspecto, o Capitalismo Tardio não é uma nova época do desenvolvimento capitalista; mas sim, constitui um desenvolvimento ulterior da época imperialista, de capitalismo monopolista, identificado no período pós-guerra (MANDEL, 1982, p.5).

Diante disso, Castelo (2017) analisa que o papel que o Estado desempenha com a hegemonia neoliberal, não se dá através de um Estado mínimo, mas por meio de um Estado ampliado direcionado ao atendimento dos interesses econômicos da burguesia, “com a refuncionalização de antigas estruturas e criação de novas com o objetivo de reverter a crise orgânica nos anos 1970” (CASTELO, 2017, p. 62). Portanto, se observa o direcionamento das ações do Estado no sentido de garantir todas as bases necessárias para a acumulação do capital, no qual, não implica na diminuição do aparato estatal, como colocado pelos teóricos clássicos do neoliberalismo, mas numa crescente socialização dos custos da reprodução capitalista sob a responsabilidade do Estado.

Em uma abordagem crítica do neoliberalismo, Dardot e Laval (2016) tecem uma análise do papel do Estado capitalista diante da hegemonia neoliberal generalizada. Dessa forma, eles seguem a linha narrativa de que não há uma redução do Estado e nem do seu aparato, mas o seu reengajamento político sobre novas bases, novos métodos e novos objetivos. Nesse sentido, os autores destacam o caráter disciplinar dessa nova política,

que dá ao governo um papel de guardião das regras jurídicas, monetárias, comportamentais, atribui-lhe a função oficial de vigia das regras de concorrência, [...] confere-lhe o objetivo de criar situações de mercado e formar indivíduos adaptados às lógicas de mercado (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 191).

Além disso, os referidos autores analisam o Estado como credor de última instância, desempenhando um papel de “salvador” das instituições financeiras e capitalistas em risco, “essas intervenções apenas ilustram em grande escala o princípio da ‘nacionalização dos riscos e da privatização dos lucros’” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 204). Ou seja, como colocado anteriormente, observa-se reconfigurações no papel do Estado que favorecem o desenvolvimento capitalista, por meio da socialização crescente dos custos de reprodução do capital, enquanto ocorre a desresponsabilização desse Estado em assegurar a reprodução da força de trabalho, por meio de mecanismos como a redução do orçamento público com as despesas sociais tão necessária à classe trabalhadora.

Tendo uma análise gramsciana de Estado¹², Castelo (2017) demonstra que, no âmbito da sociedade política, a busca pelo controle dos seus aparatos resultou no

¹² Gramsci parte da análise de que o Estado se configura na unidade articulada entre consenso e coerção, pois, apesar de seu caráter de classe burguesa, ele não se mantém apenas pela força e pela coerção legal; e sua dominação precisa de legitimidade (ROCHA; COSTA, 2017). Diante disso, Gramsci identifica, na constituição do Estado, a articulação entre sociedade política – compreendida como os aparelhos de controle estatal –, e sociedade civil – os aparelhos privados de hegemonia, “conjunto de instituições e/ou

fortalecimento do Poder Executivo frente ao Legislativo. Dentro dessa narrativa, evidencia-se a “blindagem” da economia e a autonomia relativa dos Bancos Centrais e de Desenvolvimento Nacional, Tesouros Nacionais e demais instituições de política econômica frente às demandas públicas por melhores condições de vida. Diante disso, o autor também resgata o conceito de violência como potência econômica¹³ para classificar o Estado e suas novas configurações no neoliberalismo.

Essa blindagem não significa a separação entre política e economia: antes de tudo, é a vitória da grande política das classes dominantes em estabelecer um novo bloco histórico no âmbito global. Somente no plano da aparência, política e economia podem ser separadas: Estado e capital estão imbricados sob a hegemonia de diferentes frações das classes dominantes ao longo do tempo (CASTELO, 2017, p. 62)

Nesse sentido, Castelo (2017) complementa que no Estado ampliado neoliberal, há uma conformação na forma de operar as políticas econômicas, sociais, geopolíticas e de segurança, sob uma lógica totalizante, no atendimento reduzido e quase nulo as necessidades da classe trabalhadora, no apassivamento das lutas populares e na criminalização das organizações mais radicais de esquerda. Portanto, o autor defende a tese de que há um fortalecimento do Estado na era neoliberal, e não a sua redução, que cumpre papel fundamental na hegemonia do capital financeiro e no imperialismo sob os países dependentes.

De acordo com Marini (2000), a crise capitalista gerada a partir de 1970, dá lugar a uma centralização selvagem, que desata em uma revolução tecnológica implicando em mudanças substanciais nos níveis de emprego e remuneração, assim como nos modos de organização, de gestão do capital e da força de trabalho.

organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão de ideologias, por meio do sistema escolar, das igrejas, dos partidos políticos, dos sindicatos, dos meios de comunicação, entre outros” (ROCHA; COSTA, 2017, p.202). “O Estado regula juridicamente os dissídios internos de classe, os atritos de interesses conflitantes, unifica os vários segmentos e dá a imagem plástica da classe em sua totalidade” (GRAMSCI, 2004, p.168 apud ROCHA; COSTA, 2017, p. 202).

¹³ Categoria de Marx, utilizada por Octavio Ianni para reconstruir teoricamente os vínculos orgânicos entre Estado e alta burguesia na acumulação capitalista e nas lutas de classes na consolidação do estágio monopolista do capitalismo dependente brasileiro. “No âmbito das relações de produção, a violência estatal passa a ser uma potência econômica, ou força produtiva. A violência do poder estatal, como violência concentrada e organizada da sociedade burguesa, passa a atuar no sentido de garantir e reforçar a subordinação econômica e política da classe operária e do campesinato. [...] Assim, a combinação do sistema federal de planejamento com o sistema federal de violência passa a operar de forma decisiva na dinâmica da transformação do que poderia ser uma taxa potencial de mais-valia em mais-valia efetiva. [...] Assim, a combinação do sistema federal de planejamento com o sistema federal de violência passa a operar de forma decisiva na dinâmica da transformação do que poderia ser uma taxa potencial de mais-valia efetiva” (IANNI, 1981 apud CASTELO, 2017, p. 61)

De acordo com Abramides (2019), é o Consenso de Washington, em 1989, quem define o receituário neoliberal para a América Latina, orientado pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD) e pelo Banco Mundial (BM). Segundo a autora, o neoliberalismo segue as determinações macroeconômicas de subordinação dos países dependentes ao imperialismo. A sua execução se dá com base em dez áreas programáticas:

Disciplina fiscal, estabilidade monetária, redução de gastos públicos, reforma tributária, liberalização financeira e comercial, investimento direto estrangeiro, privatizações, desregulamentações, com drásticas consequências para a classe trabalhadora em toda América Latina (ABRAMIDES, 2019, p. 139).

Neste sentido, os objetivos centrais do Consenso de Washington, abordados pela autora, se efetivam por meio de uma drástica redução do Estado para com as políticas sociais e a corrosão do conceito de Nação, da abertura à importação de bens e serviços e à entrada de capital de riscos.

A situação dos países dependentes e periféricos, sob a lógica do desenvolvimento desigual e combinado, da sociedade dual, agrava substancialmente a precariedade das condições de vida e de trabalho no interior de cada país do continente latino-americano. [...] A investida capitalista propaga ideológica e politicamente a inexorabilidade do neoliberalismo para destruir qualquer tentativa de soberania nacional, mesmo que nos limites das bandeiras democráticas do capitalismo, implementadas em seu período de crescimento econômico no Estado de Bem-Estar Social, neutralizando a resistência organizada dos trabalhadores (ABRAMIDES, 2019, p. 140).

Dardot e Laval (2016) ao analisar as categorias de soberania e governança diante do neoliberalismo, apontam a tendência hegemônica em propagar o conceito de “governança” e de um esvaziamento do conceito de “soberania”. Nesse sentido, conceitua-se a “boa governança” como o respeito as condições de gestão sob os préstimos do ajuste estrutural e a abertura aos fluxos comerciais e financeiros, articulada a uma política de integração ao mercado mundial, ou seja, a uma subordinação do Estado às normas jurídicas e às ‘boas práticas’ econômicas da governança neoliberal.

Portanto, as noções de ‘governança’ e ‘soberania’ são, em parte, antinômicas. A governança pressupõe, antes de mais nada, obediência às injunções dos organismos que representam os grandes interesses comerciais e financeiros; ela também permite, em função das relações de forças internacionais e dos interesses geoestratégicos, o direito de ingerência de ONGs, forças armadas estrangeiras ou credores, em nome dos direitos humanos ou das minorias, ou então, de forma mais prosaica, da ‘liberdade de mercado’ (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 276).

Nesse sentido, Fernandes (2019a) analisa que desde os anos 1980, o que se observa nos países de capitalismo dependente é a perda gradual da soberania,

principalmente após a aplicação do receituário neoliberal. Além disso, houve um aumento da influência do imperialismo norte-americano no controle e submissão dos Estados e burguesias nacionais, o que provocou uma perda substancial da soberania dos países latinos sobre seu território.

Transformadas em meros ‘mercados emergentes’, as economias da periferia tornaram-se alvos de verdadeiras operações de pilhagem por parte dos grandes conglomerados internacionais interessados em tirar proveito de privatizações, fusões e aquisições; utilizar o poder de monopólio para controlar segmentos inteiros do mercado nacional e internacional; aproveitar a fragilidade e o desespero dos países endividados para extorquir-lhes polpidos recursos, sob a forma de benefícios fiscais e financeiros; e explorar as vantagens comparativas derivadas do controle de matérias-primas estratégicas, da presença de mão de obra barata e da possibilidade ilimitada de depredar o meio ambiente. (SAMPAIO JR, 2010, p.450 apud FERNANDES, 2019a, p. 47)

Portanto, Fernandes (2019a) conclui que a tendência é que o capital aumente o grau de exploração sobre o território latino-americano. “Ao que tudo indica, o cenário regional é extremamente oportuno para que a atuação predatória do capital continue acontecendo sem grandes resistências” (FERNANDES, 2019a, p. 47).

Analisando a particularidade brasileira, Castelo (2017) coloca que a acumulação capitalista no Brasil sob a égide neoliberal, contou decisivamente com a atuação do Estado, que garantiu a hegemonia rentista dentro do bloco de poder dominante. Diante disso, o autor analisa que a violência como potência econômica¹⁴ será um aspecto fundamental do Estado brasileiro no neoliberalismo.

Diante desses aspectos, segundo Castelo (2017), o Brasil é inserido na lógica neoliberal a partir de 1990, por meio do governo de Collor, sendo consolidado no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e aprofundado nos governos de Lula e de Dilma, com diferenciações e particularidades em cada governo supracitado. De acordo com Behring (2018), o neoliberalismo no Brasil divide-se em três fases: a primeira fase compreendida no governo de FHC, segunda fase nos governos de Lula da Silva (2003-

¹⁴ Segundo Castelo (2018), Ianni se apropria dessa categoria para explicar o Estado capitalista brasileiro. Nesse aspecto, o autor pontua que “a inovação de Ianni é destrinchar como a máquina estatal se ampliou em diversas esferas, desde a militarização até o controle da indústria cultural, com ênfase nas políticas econômicas e seus planos de desenvolvimento” (CASTELO, 2018, p. 281). “Em suma, são três elementos centrais da ditadura do grande capital, todos extraídos teoricamente do debate da acumulação primitiva, mas como expressão ideal da história do capitalismo dependente brasileiro: (1) a transformação do planejamento como força produtiva na acumulação capitalista; (2) a violência estatal como potência econômica a serviço do grande capital; (3) a hegemonia do capital financeiro no bloco de poder, atuando tática e estrategicamente com latifundiários e empresários brasileiros e contra as classes proletarizadas, rurais e urbanas (CASTELO, 2018, p. 282).

2010) e de Dilma Rousseff (2011-2016) e terceira fase a partir dos governos de Temer (2016-2018) e de Bolsonaro (2019-2022).

No governo de Collor (1990-1992), as primeiras expressões do neoliberalismo ocorreram por meio de uma política ofensiva de reconfiguração do Estado e de privatizações; além da liberalização comercial com a abertura da economia ao mercado internacional. O governo de Itamar Franco (1992-1995), que assume a presidência da república após o impeachment de Collor, se caracteriza por estabelecer “uma política econômica de continuidade ao neoliberalismo voltado aos interesses dos usineiros e do capital privado” (ABRAMIDES, 2019, p. 151).

O governo de FHC consolidou as medidas neoliberais no país em consonância com as deliberações do Consenso de Washington, em um processo de reconfiguração do Estado e ampliação dos interesses do capital sob a lógica mercantil e privada¹⁵. Diante disso, o governo aplicou como medida central de ajuste macroeconômico a estabilização monetária. Para isso, Abramides (2019) coloca que a ação do Estado se pautou na redução dos custos em políticas sociais e do orçamento público; mercantilização das demandas sociais básicas (saúde, educação, previdência social e habitação); quebra de monopólios e privatizações de estatais rentáveis; contrarreformas do Estado (administrativa, sindical, previdenciária e do ensino superior), com o privilégio de interesses privados pela lógica suprema do mercado.

Os decretos e as contrarreformas no governo FHC adotam o receituário da ordem econômica do grande capital pela privatização de empresas estatais rentáveis e de monopólios de áreas estratégicas para o país pela introdução de oligopólios. Em relação aos direitos sociais, reduz-se a previdência pública e incentiva-se a previdência privada; a saúde e a educação são “publicizadas” sob a intervenção e soberania do mercado, aliadas às privatizações operacionalizadas nas Organizações Sociais (OS); as políticas sociais se transformam em políticas compensatórias; os direitos dos trabalhadores são revistos. [...] O projeto avassalador do neoliberalismo no governo FHC dilapida o patrimônio público, privatiza, desregulamenta e desconstitucionaliza direitos sociais e trabalhistas, de abertura irrestrita ao capital internacional (ABRAMIDES, 2019, p. 155).

Deste modo, como pontuado por Abramides (2019), o governo de FHC, ao implementar as medidas neoliberais, se caracterizou por reduzir as políticas estatais públicas de caráter universal e desresponsabilizar o Estado da gestão dessas políticas, priorizando processos de mercantilização via terceirização desses serviços. Além de

¹⁵ *cf.* Abramides, 2019, p.158.

incentivar programas sociais compensatórios, focalizados, direcionados para a população em situação de vulnerabilidade social, sem a contrapartida de políticas estruturantes. “Esta orientação procura conciliar necessidades imediatas, expressão da barbárie social, em um processo de cooptação dos setores sociais tornados mais vulneráveis à adesão ao projeto do capital na sua fase mais destrutiva” (ABRAMIDES, 2019, p. 156).

Quanto ao governo de Lula da Silva, Abramides (2019) analisa que, dando continuidade à política fiscal e monetária de FHC, as contrarreformas implementadas por Lula prosseguiram o pacto neoliberal de manter o superávit primário¹⁶, dessa forma, a autora caracteriza o social-desenvolvimentismo presente no governo como sendo uma outra face do neoliberalismo. Behring (2018) irá apontar diferenciações entre os governos federais do PT (Lula da Silva e Dilma Rousseff) e os governos anteriores (Collor e FHC), quanto a política neoliberal implementada em cada governo. Dessa forma, a autora analisa que os governos do PT não romperam com o neoliberalismo vigente, mas tentaram amenizar sua ofensiva, a partir de uma maior atuação do Estado na mediação entre garantir os meios de instauração neoliberal e implementar políticas assistenciais que favorecesse a classe trabalhadora.

Para conter os impactos mais deletérios e explosivos das políticas neoliberais desencadeadas nos anos 1990, e acompanhando os deslocamentos internos nos núcleos formuladores daquelas orientações, bem como respondendo às pressões da crise do capital, produziram-se mudanças no Brasil, induzidas pelo Estado (BEHRING, 2018, p. 52).

Portanto, identifica-se no governo de Lula da Silva, sendo continuado no governo de Dilma Rousseff, algumas ações de benefício à classe trabalhadora, mesmo que de modo a gerar ganhos ao capital e sem atingir os interesses burgueses hegemônicos da época. Uma de suas políticas, foi a criação do Programa Bolsa Família, que segundo Anderson (2020), atingiu mais de 12 milhões de famílias, ou seja, um quarto da população brasileira; e se caracteriza por ser um programa assistencial de transferência de renda mínima condicionada. Outras medidas foram o aumento substancial do salário mínimo e a introdução do crédito consignado. Medidas que favoreciam a classe trabalhadora, mas que, principalmente, impulsionavam o mercado interno favorecendo o desenvolvimento capitalista brasileiro.

¹⁶ Recursos retidos pelo Estado para garantir o pagamento da dívida pública e passar mais confiança aos credores.

Juntos, transferências condicionais de renda, salários mínimos mais elevados e a instituição de novas linhas de crédito engendraram não apenas um crescimento sustentado do consumo popular, como também uma expansão do mercado interno que, por fim, depois de uma longa estiagem, propiciou a criação de mais empregos (ANDERSON, 2020, p. 62).

Contudo, Behring (2018) ao analisar a atuação do Estado nos governos do PT, no que tange às políticas sociais, identifica a restrição do seu papel indutor, realizando cortes orçamentários com as despesas sociais sob a justificativa de garantir o superávit primário. “Em 2011, o governo cortou R\$ 50 bilhões do orçamento; em 2012, efetuou o contingenciamento de 28 bilhões, e em 2014, de 44 bilhões de reais” (BEHRING, 2018, p. 59). A prioridade estabelecida pelo governo com relação ao superávit primário, compõe o tripé macroeconômico (superávit primário, metas inflacionárias e câmbio flutuante), defendido por todos os governos neoliberais aqui apontado, sendo prioridade econômica inquestionável e irrevogável, mesmo nos governos progressistas. Diante disso, é identificado por Behring (2018), o crescimento do superávit primário nos governos de Lula e de Dilma, tendo uma queda apenas em 2015, sendo um dos argumentos para o golpe de Estado jurídico-parlamentar de 2016.

Logo, observa-se nos governos de Lula da Silva e de Dilma Rousseff, a atuação do Estado indo de encontro ao receituário neoliberal, de modo diferenciado dos governos anteriores, mas viabilizando os processos de mercantilização necessários à reprodução capitalista, como os processos na saúde, a exemplo da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) das Organizações Sociais (OS); “na educação, com a expansão privada do ensino superior e médio, apesar de alguma expansão do setor público que estava congelada nos períodos anteriores; e na previdência social, com o estímulo à previdência privada” (BEHRING, 2018, p. 60).

2.2 A consolidação da saúde suplementar no Brasil e o papel do Estado

A consolidação da saúde suplementar se deu tendo como principal viabilizador o Estado, para compreender esse processo, este estudo parte de um resgate histórico-crítico do período anterior a década de 1990, buscando demonstrar as mediações que permitiram a expansão do mercado privado de saúde, mesmo diante da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

No período da ditadura empresarial militar, a política de saúde era voltada para a medicina previdenciária, de cunho individual e assistencialista, centrada no atendimento

hospitalar (BRAVO, 2011). A expansão da assistência médica previdenciária, a partir da década de 1960, criou um novo padrão de saúde no Brasil, priorizando os serviços do setor privado de saúde, por meio de mecanismos de apoio estatal (MENICUCCI, 2003). Correia (2015) analisa que, diante disso, a assistência à saúde foi hegemonicamente baseada no modelo médico assistencial privatista¹⁷, que tinha o Estado como grande financiador da previdência social; “o setor privado nacional como o maior prestador de serviços de atenção médica; e o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especificamente equipamentos biomédicos e medicamentos” (CORREIA, 2015, p. 69).

Além disso, de acordo com Bravo (2011), a assistência à saúde era dividida entre o Ministério da Saúde, que se responsabilizava apenas pelas doenças que afetavam maior parte da população, e o setor previdenciário, que realizava o atendimento médico individual e tinha como majoritário a contratação terceirizada dos serviços. Segundo Menicucci (2003), houve a expansão da assistência médica previdenciária enquanto tinha-se a perda da importância relativa das medidas de saúde pública voltada para o atendimento de necessidades coletivas e de caráter preventivo, através da redução dos recursos do Ministério da saúde para o financiamento dessas medidas. “A dicotomia saúde pública e saúde curativa permaneceu de forma acentuada, sendo dada pouca importância às medidas de atenção coletiva à saúde da população” (BRAVO, 2011, p.59).

Como analisado por Menicucci (2003), após 1967, houve a ampliação dos gastos com assistência médica individual por meio do Instituto Nacional de Previdência Social – (INPS)¹⁸ e a redução dos gastos estatais em ações diretas com saúde e saneamento. A partir da análise de dados da época, a autora aponta que, em 1972, “o gasto com saúde coletiva se reduz a 45,1% do gasto total com saúde, sendo que, em contrapartida, as despesas com assistência médica individual atingem 51,7%, nada menos que 77% do gasto direto/gasto INPS” (MENICUCCI, 2003, p. 70).

Ademais, esse processo de expansão da cobertura previdenciária e da assistência médica individual e a criação do INPS viabilizando a contratação de serviços terceirizados propiciou o fortalecimento do setor privado da saúde. Com a ampliação da

¹⁷ Mendes (1994).

¹⁸ Criado em 1966, unificou os antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Além disso, a partir de sua criação, os programas de saúde se desenvolveram com base no privilegiamento do setor privado, através da prioridade na contratação de serviços terceirizados em detrimento da ampliação dos serviços próprios (Bravo, 2011).

assistência à saúde através do INPS, a rede própria de serviços existentes na época tem sua capacidade de cobertura reduzida. Diante disso, a opção não é pela ampliação da rede própria, que se manteve praticamente inalterada até a década de 1990, mas sim, pela compra dos serviços privados de saúde, o que proporcionou o crescimento da importância desse setor. “Ao não optar pela expansão da rede própria, a política governamental favoreceu a expansão da rede privada, escolha que será condicionante da evolução da assistência médica posterior” (MENICUCCI, 2003, p. 74).

Diante disso, observa-se que o fator crucial para a expansão e consolidação do mercado privado de saúde foi o apoio dado pelo Estado, evidenciado na compra de serviços e insumos privados, transferindo recursos para a ampliação desse setor, enquanto mantinha os serviços próprios estagnados.

É nesse sentido que a interferência estatal contribuiu para o fortalecimento do setor privado, uma vez que dificilmente a expansão e a manutenção da rede privada seriam viáveis de forma independente do Estado tendo em vista os baixos níveis salariais da população e o aumento dos custos da assistência médica, fatores que inviabilizariam a compra direta de serviços médicos à maioria da população brasileira. [...] Nessas, a solução adotada na política de saúde assistencial fez prevalecer os interesses capitalistas, seja no sentido mais estrutural de manutenção da ordem capitalista, ordenando as relações capital/trabalho, seja no sentido de atender aos interesses e pressões dos setores empresariais, em uma perspectiva sociocêntrica para a explicação das políticas sociais (MENICUCCI, 2003, p. 75).

Portanto, demonstra-se que o crescimento do setor privado não se deu por meio de uma ausência do Estado, mas sim, com a expansão da atuação governamental, delegando ao setor privado grande parte das atividades de prestação de serviços, enquanto mantinha-se como financiador, através de subsídios. Esses fatores foram cruciais para o desenvolvimento das formas privadas de assistência, inclusive para a viabilização da saúde suplementar.

A saúde suplementar reúne as operadoras de planos de saúde, ela é composta por cinco modalidades assistenciais: medicinas de grupo, seguro-saúde, cooperativas médicas, sistemas próprios de empresas (autogestão), e planos de administração. Nessas modalidades, existem dois tipos de contratação: individual/familiar ou coletiva. Segundo pesquisa realizada por Costa (2017), o maior tipo de contratação é a coletiva. Ela é realizada por intermédio de uma pessoa jurídica (empresa, associação, fundação ou sindicato), que, de acordo com os dados de Costa (2017), se mantém crescente até 2014,

em 40,2 milhões de usuários, apresentando queda a partir de 2015¹⁹. Segundo os dados apresentados pela referida autora, o tipo de contratação individual ou familiar se mantém estável até 2014, em 9,9 milhões de usuários, também apresentando queda em 2015.

Menicucci (2003) analisa essa preponderância do tipo de contratação coletiva, ainda presente na atualidade, como uma importante demonstração de como a assistência à saúde na rede privada é majoritariamente realizada a partir de vínculos empregatícios. “Mesmo que esses planos coletivos tendam a se concentrar nos setores mais dinâmicos da economia, onde também os salários costumam ser maiores, o acesso a essa assistência empresarial não está diretamente vinculado à disponibilidade de renda” (MENICUCCI, 2003, p. 108). O tipo de contratação que dependeria de maior disponibilidade de renda, tipo de contratação individual/familiar²⁰, mantém-se consideravelmente inferior, e são características analisadas pela autora, baseando-se nos dados de 1990, mas que se mantém presente na atualidade, como identificado nos dados analisados por Costa (2017). Tornando-se também um importante mecanismo que fortaleceu a saúde suplementar e sua expansão.

A partir da década de 1980, ocorre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado através da Constituição Federal de 1988, nos Art. 196 ao 200, e regulamentado nas leis orgânicas da saúde nº8.080 e nº8.142, ambas de 1990. Neste momento, a saúde torna-se, no âmbito jurídico-institucional, direito de todos e dever do Estado, tendo como preceito a universalização do acesso e a gratuidade do serviço; baseando-se no conceito amplo de saúde²¹ e na participação popular democrática por meio do controle social.

Porém, em contrapartida, a partir de 1990, com a inserção do ideário neoliberal no Brasil, o SUS encontra diversas dificuldades de efetivação, identificadas principalmente em seu financiamento, devido aos mecanismos de racionamento de recursos²², tornando-se um dos principais obstáculos para a viabilização da expansão da saúde pública com eficiência e qualidade. Esse fator favoreceu o fortalecimento da saúde

¹⁹ Cf.: COSTA, 2017, p. 58.

²⁰ “Essa forma de acesso à assistência privada está diretamente vinculada à disponibilidade de recursos financeiros e engendra uma relação tipicamente de consumo por meio da qual, dependendo do produto adquirido e discriminado em um contrato, adquire-se o direito a um pacote de serviços de saúde” (MENICUCCI, 2003, p. 108).

²¹ Conceitua-se por incluir na definição de saúde: “o bem-estar social, o direito ao trabalho, a um salário digno; o direito a ter água, à vestimenta, à educação [...]” (Brasil, 1987:36 apud Dantas, 2017, p. 156).

²² Esses mecanismos são abordados no segundo capítulo desta pesquisa.

suplementar, devido a um processo que Mendes (1999) classifica como “universalização excludente”, que significa a migração dos segmentos sociais das camadas médias e do operariado melhor remunerado, para os serviços prestados pela rede privada da saúde; em um momento de expansão da universalização na rede pública. O autor vai apontar a precarização da rede pública como um fator impulsionador da rede privada, já que parte dos trabalhadores buscam assistência à saúde por meio da rede privada, além de terem como benefício trabalhista a assistência à saúde via saúde suplementar.

Essa forma peculiar de ‘universalismo excludente’ gerou um sistema de saúde extremamente regressivo no seu conjunto ao criar, para clientela distintas, diversas modalidades assistenciais discriminatórias, onde o subsistema público, ele mesmo, fixa-se como mais uma modalidade assistencial para os pobres, um *medicaid* à brasileira. [...] Os setores sociais expulsos não são totalmente excluídos do sistema público porque continuam a depender do subsistema da alta tecnologia para receber serviços de alto custo que, normalmente, não são cobertos pelo subsistema de atenção médica supletiva (MENDES, 1999, p. 53).

Menicucci (2003) aponta outros fatores que impulsionam o fortalecimento da saúde suplementar, para além da “universalização excludente”, pois o mercado de planos de saúde já era consolidado e se encontrava em expansão, desde antes da criação do SUS. Portanto, analisa-se que atrelado a essa migração de clientela para a rede privada e ao subfinanciamento da rede pública, existiam correlações de forças no âmbito da assistência à saúde, que em um contexto de ascensão neoliberal, favorecera os processos de mercantilização e supercapitalização da política de saúde.

Dessa forma, observa-se na Constituição Federal de 1988, a dualidade na prestação dos serviços de saúde, a partir da existência do público e do privado concomitantes, sendo o setor privado permitido no Art.199, o qual traz que “a saúde é livre a iniciativa privada” (BRASIL, 1988). A existência de um modelo dual no Brasil, favorece a mercantilização da saúde e a expansão da saúde suplementar em detrimento do desmonte da política pública de saúde²³, fator analisado no decorrer dessa pesquisa, e que tem como central a atuação do Estado, priorizando os interesses do capital na saúde e tornando a política pública de saúde subordinada ao mercado e às elites políticas.

²³ Como pontuado por Pereira (2009), o termo “política pública” significa uma estratégia de ação pensada, planejada e avaliada, guiada por uma racionalidade coletiva, no qual, tanto o Estado como a sociedade, desempenham papéis ativos. Portanto, é ação política, “por se referir a medidas e formas de ação formuladas e executadas com vista ao atendimento de legítimas demandas e necessidades sociais (e não individuais). [...] É ação pública, no qual, além do Estado, a sociedade se faz presente, ganhando representatividade, poder de decisão e condições de exercer o controle sobre a sua própria reprodução e sobre os atos e decisões do governo” (PEREIRA, 2009, p. 94-96).

2.3 O apoio estatal à saúde suplementar nos governos Lula da Silva e Dilma Rousseff

Segundo Bravo e Menezes (2011), os governos do PT apresentaram uma continuidade da política de saúde dos anos 1990, com ênfase na focalização, na terceirização e no subfinanciamento da saúde pública-estatal. A prioridade desses governos foi na atenção primária e em políticas paliativas importantes, mas que não ameaçavam a dualidade na prestação dos serviços, privilegiando o setor privado em detrimento do público-estatal. Neste sentido, as principais ações governamentais foram a criação do Programa Brasil Sorridente; a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), para o atendimento pré-hospitalar móvel no âmbito da Política de Atenção às Urgências e Emergências; a ampliação da atenção básica, através do Programa Saúde da Família, com o aumento no número de equipes de saúde, qualificação de profissionais, aprimoramento da atuação dos agentes comunitários de saúde, dentre outras medidas. Ou seja, observa-se a implementação de políticas focais de grande relevância à população usuária, mas que não impulsionaram mudanças estruturais essenciais para o fortalecimento do SUS público-estatal, como a ampliação de seu financiamento e um maior controle dos planos privados de saúde.

Diante disso, Costa, Mélo e Nogueira (2018) analisam que os governos do PT foram de encontro aos interesses burgueses nacionais e internacionais na saúde. O projeto neodesenvolvimentista adotado por eles, além das ações já mencionadas, se pautaram em propostas de fortalecimento do setor privado da saúde, em medidas como a criação das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP)²⁴, via projeto de Lei Complementar n°92/2007²⁵; na criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)²⁶, via Lei 12.550/2011; na expansão da oferta de planos privados de assistência à saúde para servidores públicos, dentre outros.

²⁴ É considerado um modelo privatizante de gestão, recebendo essa denominação por ser uma organização sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado. Alguns autores têm conceituado esse novo modelo de gestão como uma forma de privatização não clássica, “porque não se realizam pelo mecanismo de venda típica, mas envolvem também no plano dos argumentos uma afirmação de que tais mecanismos operarão com mais e não menos Estado” (GRANEMANN, 2011, p.54).

²⁵ “Apesar de não ter sido aprovada como lei federal, as FEDPS têm sido implantadas em alguns Estados e municípios do país através de leis estaduais e municipais” (SANTOS, 2018, p.45).

²⁶ Trata-se de uma Empresa pública com personalidade jurídica de direito privado, ou seja, são empresas que possuem autonomia no gerenciamento dos serviços, de acordo com seus interesses privados mercadológicos/lucrativos. Segundo Correia (2015), constitui uma via de privatização do maior sistema hospitalar público brasileiro – os 50 Hospitais Universitários.

Se por um lado foram fortalecidos alguns pontos do projeto de Reforma Sanitária, por outro houve o depósito da realização do direito à saúde à iniciativa privada – que contou com um significativo aumento do lucro líquido entre os anos 2003 e 2011, em detrimento de investimentos na esfera federal (COSTA; MÉLLO; NOGUEIRA, 2018, p. 1100).

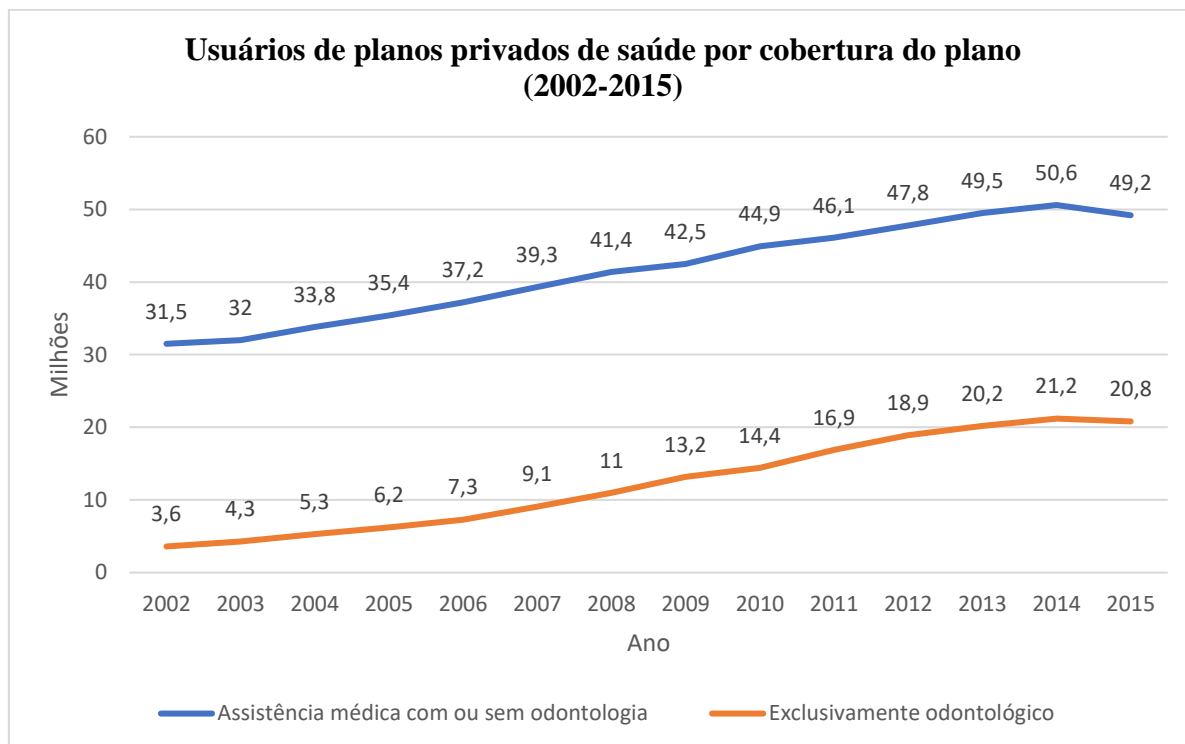
No governo de Dilma Rousseff, a crise internacional do capitalismo mundial e seus impactos na economia brasileira, como o baixo crescimento do PIB, a partir de 2012; além do surto inflacionário, desencadeado em 2013; inviabilizaram a continuidade do projeto neodesenvolvimentista defendido e implementado no governo Lula (COSTA; MÉLLO; NOGUEIRA, 2018). Com isso, os ideários da reforma sanitária e a efetivação do direito à saúde pela via da saúde pública, tornam-se ainda mais distantes.

Algumas ações estatais, identificadas por Costa; Mélo; Nogueira (2018), que evidenciam esse processo são: a concessão do fundo público à iniciativa privada, por meio da renúncia fiscal concedidos aos planos e seguros privados de assistência à saúde; a permissão da abertura do capital privado estrangeiro para exploração das ações e serviços de saúde; e a adoção de ajustes fiscais com considerável redução nos recursos da saúde. Além disso, as referidas autoras apontam o processo de desfinanciamento do SUS, não mais subfinanciamento, que por meio da aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº86/2015, que modifica a base de cálculo do financiamento federal da saúde, representando a redução gradual dos recursos do SUS, processo agravado no governo Temer.

Esses fatores favoreceram o fortalecimento da saúde suplementar, seja por inviabilizar o aprimoramento dos serviços públicos de saúde, através do seu subfinanciamento e, atualmente, desfinanciamento; seja por garantir subsídios que permitiram que a saúde suplementar cresça como principal meio de acesso à saúde, colocando o SUS subordinado ao mercado e direcionado para a população em situação de maior vulnerabilidade social e com menor poder aquisitivo.

Neste sentido, para evidenciar como tem se dado o crescimento da saúde suplementar durante os governos supracitados, demonstra-se no gráfico 1, o número de usuários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano, no período dos referidos governos, através do acesso ao Caderno de Informação da Saúde Suplementar (2015).

Gráfico 1 – Número de usuários de planos privados de saúde por cobertura do plano (dezembro/2002 – dezembro/2015).



Fonte: SIB/ANS/MS – 2015. Caderno de Informação da Saúde Suplementar, 2015.

De acordo com o gráfico apresentado, o número de usuários de planos privados de assistência à saúde se manteve crescente no período de 2002 a 2014, chegando, aproximadamente, a 50,6 milhões de usuários nos planos de assistência médica com ou sem odontologia e, aproximadamente, a 21,2 milhões de usuários nos planos exclusivamente odontológicos. A partir da análise desses dados evidencia-se o fortalecimento da saúde suplementar durante o período dos governos aqui analisados, demonstrado no aumento da população que tem procurado esse setor.

Na busca por compreender as mediações que contribuem com esse processo, esta pesquisa parte da análise de que a expansão da saúde suplementar não ocorre sem a intervenção ativa do Estado, mas sim por meio do aumento da atuação estatal, que desempenha um papel central na viabilização da mercantilização/supercapitalização da saúde, fator presente desde governos anteriores, apesar de apresentar diferenciações em cada governo. Portanto, parte-se da análise de que os governos de Lula da Silva e de Dilma Rousseff deram continuidade a agenda neoliberal para a saúde, mesmo buscando

realizar mediações por meio de políticas focais direcionadas à atenção primária; priorizando, dessa forma, a assistência à saúde via setor privado.

Os mecanismos de apoio estatal que viabilizaram o fortalecimento da saúde suplementar, nesse período, foram as renúncias fiscais; as desonerações; as isenções fiscais às entidades privadas ditas sem fins lucrativos; os gastos com planos privados de saúde para servidores públicos; a aprovação da lei n° 11.320/2006, que obriga todos os empregadores brasileiros a garantirem aos seus empregados serviços de assistência à saúde privada; a promulgação da lei n° 13.097/2015, que permite a participação do capital estrangeiro na saúde²⁷.

Neste capítulo, a presente pesquisa se deteve a analisar os gastos tributários em saúde, por serem mecanismos aplicados, não somente nos governos supracitados, mas desde governos anteriores, sendo continuado nos governos de Temer e Bolsonaro, caracterizando-se, dessa forma, como política de Estado.

Desse modo, os gastos tributários, conforme já explicado no início deste capítulo, são recursos que o Estado deixa de receber, reduzindo a carga tributária, sob a justificativa de compensar os gastos dos contribuintes com serviços que deveriam ser fornecidos pelo poder público. “Dessa maneira, os recursos públicos (indiretamente) financiam (parcialmente) o consumo de um serviço privado em substituição a uma política pública” (MACHADO, 2017, p. 23). Analisa-se, à vista disso, que estes mecanismos utilizados pelo Estado, diminuem a capacidade de financiamento do SUS e viabilizam o fortalecimento do mercado privado de saúde – incluindo a saúde suplementar –, por serem recursos significativos que o Estado deixa de receber, incentivando a compra de serviços privados e impulsionando processos de mercantilização, criando ou fortalecendo juridicamente nichos de acumulação de capital na saúde.

Neste sentido, este capítulo se limitou a analisar dois tipos de gastos tributários: as renúncias fiscais e as isenções fiscais aos hospitais filantrópicos/privados²⁸. Desta maneira, apresenta-se na tabela 1, os dados da renúncia fiscal em saúde, no período dos governos Lula da Silva e Dilma Rousseff. Esse tipo de renúncia fiscal pode ser efetuado para pessoa física, com despesas em planos de saúde e serviços médicos privados, como

²⁷ Cf.: Alves (2018).

²⁸ Segue-se a análise de Silva, Correia e Santos (2015) de que apesar de se apresentarem como filantrópicas, possuem uma alta margem de lucro, portanto, atendem a interesses privados de mercado.

para pessoa jurídica, ou seja, às empresas, na dedução de valores relativos à assistência médica, odontológica e farmacêutica prestada a empregados.

TABELA 1 - Renúncia fiscal em saúde (2003-2015).

Ano	Imposto de Renda para Pessoa Física (IRPF)	Imposto de Renda para Pessoa Jurídica (IRPJ)
2003	R\$ 625.631.850	Indisponível
2004	R\$ 1.729.162.262	R\$ 689.265.882
2005	R\$ 1.943.016.780	R\$ 726.171.076
2006	R\$ 2.052.559.496	R\$ 977.502.960
2007	R\$ 2.271.235.065	R\$ 1.882.913.061
2008	R\$ 3.086.253.584	R\$ 1.965.056.159
2009	R\$ 3.103.810.898	R\$ 2.328.723.397
2010	R\$ 3.325.339.605	R\$ 2.961.314.044
2011	R\$ 4.408.890.042	R\$ 2.936.021.268
2012	R\$ 9.715.107.620	R\$ 3.149.139.314
2013	R\$ 9.874.206.268	R\$ 3.450.713.531
2014	R\$ 10.724.947.105	R\$ 3.724.879.007
2015	R\$ 11.859.391.307	R\$ 4.280.014.761

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Projeto de Lei Orçamentária Anual – Receita Federal (BRASIL, 2020).

Com base nos dados apresentados, é possível analisar o crescimento da renúncia fiscal em saúde, que entre 2003 e 2015, cresceu de R\$ 625.631.850 para R\$ 11.859.391.307 no IRPF; assim como cresceu de R\$ 689.265.882 para R\$ 4.280.014.761 no IRPJ, durante o mesmo período. Dessa forma, analisa-se que a renúncia fiscal é um dos principais mecanismos para impulsionar o crescimento da saúde suplementar no Brasil. Além disso, os dados apontam que houve um aumento significativo do IRPF, no ano de 2012 – segundo ano de mandato do governo Dilma Rousseff –, saindo de R\$ 4.408.890.042 para R\$ 9.715.107.620, no período de um ano. Diante disso, analisa-se que o governo Dilma Rousseff aprofundou o processo de crescimento do mercado privado de saúde via renúncia fiscal, desonerando recursos significativos que poderiam estar sendo direcionados para o aprimoramento dos serviços públicos de saúde.

Quanto aos hospitais filantrópicos/privados, foi aprovado, no ano de 2009, o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), pelo Ministério da Saúde, que ofereceu o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) para instituições de saúde privada consideradas de excelência, são elas: Albert Einstein, Sírio Libanês, Hospital do Coração,

Oswaldo Cruz, Moinhos de Vento e Samaritano²⁹ (ALVES, 2018). “Isso significou, de acordo com o Portal do Ministério da Saúde, uma isenção fiscal de R\$ 993 milhões em três anos” (GUIMARÃES, 2013, p. 9).

Além disso, existe a modalidade de renúncia fiscal às entidades filantrópicas/privadas que se comprometam a prestar serviços ao SUS, conforme apresentado na tabela 2.

TABELA 2 - Renúncia fiscal em saúde às entidades filantrópicas (2003-2015).

Ano	Renúncia Fiscal às Entidades Filantrópicas/Privadas – Assistência Social
2003	-
2004	R\$1.231.661.659
2005	R\$ 944.574.124
2006	R\$ 1.182.615.172
2007	R\$ 1.638.717.768
2008	R\$ 1.669.635.165
2009	R\$ 2.069.050.749
2010	R\$ 2.587.115.721
2011	R\$ 2.158.614.364
2012	R\$ 2.560.377.647
2013	R\$ 2.739.357.300
2014	R\$ 2.863.824.120
2015	R\$ 3.448.218.817

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Projeto de Lei Orçamentária Anual – Receita Federal (BRASIL, 2020).

Apesar da oscilação quanto ao crescimento desse tipo de renúncia, observa-se sua expansão, pois ela avança de R\$1.231.661.659, no ano de 2004, para R\$ 3.448.218.817 de isenções fiscais, no ano de 2015. Esse tipo de renúncia fiscal fortalece o mercado privado de saúde, pois em vez de investir em serviços próprios do SUS, o Estado opta por investir indiretamente na oferta de serviços de saúde – de média e alta complexidade –

²⁹ Essas instituições receberam o título de entidades sem fins lucrativos, mas oferecem serviços privados à população, abrindo espaço para os planos de saúde. Assim, esses hospitais se dividem entre o setor privado e o setor público.

via hospitais privados/filantrópicos, que se caracterizam por atender significativamente à saúde suplementar.

Contudo, a crise estrutural do capital e a consequente ofensiva neoliberal, mediada pelo Estado, tem significado uma menor capacidade da população em garantir sua subsistência e esse fator tem afetado diretamente a utilização/compra direta dos serviços de saúde suplementar. De acordo com os dados apresentados no gráfico 1, aponta-se que, a partir de 2015, houve uma queda no número de usuários de planos privados de assistência à saúde, aspecto presente nos anos posteriores. Esse processo de queda e risco ao fortalecimento da saúde suplementar ocasiona tentativas de reconfiguração da política de saúde brasileira, com o intuito de reverter possíveis crises no mercado da saúde suplementar.

3 A DISPUTA PELO FUNDO PÚBLICO E A AGENDA NEOLIBERAL PARA A SAÚDE NOS GOVERNOS TEMER E BOLSONARO

Este capítulo, em um primeiro momento, busca analisar os processos de crise capitalista e como a crise estrutural do capital contribui para a atual conjuntura brasileira. Para isso, parte-se de uma análise marxiana e marxista da crise, através dos autores como: Netto e Braz, (2012); Mészáros (2011); e Fernandes (2019a). Posteriormente, o capítulo busca realizar uma análise da realidade brasileira no período pós-golpe de 2016, momento em que tem a intensificação das medidas de austeridade e reconfigurações nas formas de intervenções neoliberais via atuação do Estado. Neste sentido, foi realizado um levantamento bibliográfico dos principais autores que tem trabalhado esse tema, utilizando Mascaro (2018), Fernandes (2019b), Iasi (2019), Castelo (2017), Behring (2018) e Lowy (2015).

Em um segundo momento, foi realizada uma pesquisa documental às agendas dos governos Temer e Bolsonaro para a saúde. Neste intuito, foram analisados os seguintes documentos: “Uma ponte para o futuro” de 2015, e “A travessia social” de 2016, elaborados pela Fundação Ulysses Guimarães, no Governo Temer; e a proposta de plano de governo de Bolsonaro, intitulado “O caminho da prosperidade. Brasil acima de tudo. Deus acima de todos” de 2018. Além disso, também se utilizou da pesquisa bibliográfica à autores que tratam do último governo supracitado. Vale-se enfatizar que o governo Bolsonaro não apresentou documentos de domínio público que detalhem suas ações governamentais, apenas foi encontrada sua proposta de governo do período eleitoral³⁰.

Posteriormente, no tópico 2.3, realizou-se um estudo bibliográfico sobre a importância do fundo público para a reprodução capitalista e os impactos das disputas em torno do fundo público para a política de saúde brasileira. Para isso, analisou-se os projetos antagônicos da saúde em disputa, tendo como principal autor Soares (2010). Além disso, também foi analisada a relação público-privado na saúde por meio dos autores Sestelo (2019), Miranda (2019) e Possa (2019).

Por fim, analisou-se o processo de subfinanciamento e atual desfinanciamento do SUS. Através da análise a Emenda Constitucional (EC) n° 29/2000, EC n°86/2015 e EC

³⁰ Essa pesquisa documental foi realizada em abril de 2021, até então o governo não havia apresentado documentos com suas propostas governamentais; apenas declarações, de modo superficial, em jornais e mídias sociais.

n° 95/2016; por meio da pesquisa documental ao documento do Instituto de Pesquisa Econômica Ampliada (IPEA, 2018) sobre o financiamento da saúde; e aos dados apresentados por Mendes e Canut (2018), pelo CNS (2020) e pela OMS (2019).

3.1 O golpe de 2016 e o neoliberalismo nos governos Temer e Bolsonaro

Conforme mencionado no capítulo 1, os processos de crise são intrínsecos ao sistema capitalista, quanto mais o capitalismo se desenvolve e acumula riquezas, crises são geradas, resultado da criação de um capital excedente que não encontra formas de valorização. Com isso, novas reconfigurações são postas de modo que o capitalismo possa reverter suas crises, gerando novos nichos para a acumulação capitalista. Netto e Braz (2012) analisam que essas crises são permeadas por processos contraditórios, pois ao tempo em que elas trazem luz as contradições do Modo de Produção Capitalista (MPC), criam as condições para uma reanimação e um novo auge do sistema.

Se “é através das crises que se realiza a queda tendencial da taxa de lucro”, elas, “ao mesmo tempo, constituem a reação do sistema [capitalista] contra essa queda” (Salama e Valier, 1975, p.121). Assim, as crises são funcionais ao MPC: constituem os mecanismos mediante os quais o MPC restaura, sempre em níveis mais complexos e instáveis, as condições necessárias à sua continuidade (NETTO; BRAZ, 2012, p. 175).

Contudo, no atual estágio do sistema capitalista, do capitalismo tardio, essas crises têm ganhado um caráter estrutural, pois afetam a totalidade de um complexo social em todas as suas partes constituintes, além de outros aspectos aos quais é articulada. Segundo Mészáros (2011), pela primeira vez na história humana, a dominação e expansão do capitalismo tem encontrado limites insustentáveis para o seu desenvolvimento, pondo em risco a continuidade da sobrevivência da estrutura global. Nesse sentido, o autor analisa que as medidas adotadas para deter essa crise, não a amenizam, mas aprofundam suas contradições, trazendo à tona o caráter destrutivo da atual fase.

A busca desenfreada do capital pela acumulação faz com que esse sistema não enxergue limites as suas necessidades pondo em risco a própria sobrevivência da humanidade. Desta maneira, a produção destrutiva e a utilização ilimitada dos recursos naturais finitos são a demonstração de que o capital caminha para a barbárie. [...] Dessa forma, é possível afirmar que as mudanças operadas pela reestruturação produtiva potencializaram a passagem da destruição produtiva à produção destrutiva na medida em que formas cada vez mais arcaicas de extração de trabalho vêm sendo implementadas (FERNANDES, 2019a, p. 31).

Portanto, na busca em deter a queda da taxa de lucro, o capitalismo tem colocado em novos patamares o processo de expropriação de riquezas. Este atual processo de expropriação tem significado o aumento da exploração da classe trabalhadora, dificultando a manutenção da sua reprodução social e subsistência, por meio de mecanismos como a retirada dos direitos sociais via apropriação do fundo público pelo capital³¹. Conforme analisado por Boschetti e Teixeira (2019):

A expropriação de direitos sociais é compreendida como processo de subtração de condições históricas de reprodução da força de trabalho mediada pelo Estado Social por meio da reapropriação, pelo capital, de parte do fundo público antes destinado aos direitos conquistados pela classe trabalhadora por intermédio de sucessivas e avassaladoras contrarreformas nas políticas sociais, que obriga a classe trabalhadora a oferecer sua força de trabalho no mercado a qualquer custo e a se submeter às mais perversas e precarizadas relações de trabalho, que exacerbam a extração da mais-valia relativa e absoluta. [...] Ao reduzir os recursos de benefícios e/ou serviços socioassistenciais, milhares de pessoas desempregadas e em condições de miserabilidade ou extrema pobreza se veem desprovidas do mínimo necessário à sua subsistência, o que as obriga a se submeter às mais sórdidas formas de exploração e/ou indignas situações de mendicância (BOSCHETTI; TEIXEIRA, 2019, p. 81).

Dessa forma, o neoliberalismo encontra atualmente novas formas de implementar sua política de austeridade, ainda mais perversa para a classe trabalhadora. Diante do exposto, esta seção do estudo busca analisar os fatores e as contradições que contribuíram com a atual conjuntura brasileira, tendo como principais fatos históricos o golpe de 2016 e a eleição de Bolsonaro.

Segundo Mascaro (2018), a crise brasileira atual é resultado de duas crises de formas sociais: a crise econômica mundial, surgida em 2008, que enseja uma específica crise capitalista brasileira; e a crise da forma jurídica, representada nos governos de Lula e de Dilma. “Em sua história, o Brasil, por dinâmicas de capitalismo intervencionista ou por contenções reacionárias, fabrica suas próprias crises estruturais e é levado a fabricá-las, além de enfrentar, necessariamente, as crises do capitalismo mundial, do qual é dependente” (MASCARO, 2018, p. 41).

Portanto, o autor pontua que a crise hoje tem uma ligação inextrincável com a crise mundial capitalista de 2008. No Brasil, essa crise foi adiada pelas políticas intervencionistas e contratendentes do governo Lula, tornando-se insustentável a partir de 2013, quando as contradições postas inviabilizaram a reversão dessa crise.

A partir de 2008, a crise da forma econômica capitalista engendra uma crise da forma política pelos Estados, exigindo destes uma resolução que seus próprios

³¹ Aspecto melhor discutido no ítem 2.3 deste capítulo.

talhes não permitem entregar, o que, então, eleva ao máximo as estratégias de derrocada de democracias e de intervenções militares e golpes, deixando antever uma sistemática de ditaduras e de governos de espoliação pelo mundo. [...] Em face da crise que eclode em 2008, a acumulação de grandes grupos encontrava, no país, um grande mercado a conquistar, caso se vencessem os obstáculos parciais petistas às investidas neoliberais e privatistas. A partir de então, desencadeou-se uma renhida luta de classes que resultou na remoção dos governos petistas do poder federal brasileiro (MASCARO, 2018, p. 43-45).

Com isso, têm-se no Brasil o início de um interregno que alia crise de hegemonia e crise econômica, trazendo “sintomas que se opõem e se contradizem, mas que, conjuntamente, são caracterizados pela perda de consentimento: pelo PT, pela direita tradicional, pela esquerda em geral, pelo sistema político estabelecido na redemocratização brasileira de 1988” (FERNANDES, 2019b, p.102).

Iasi (2019), tece algumas análises sobre o atual período histórico e suas determinações. Em primeiro, ele observa que o período de democratização do país ocorreu com a manutenção e o aprofundamento do capital monopolista e da dependência, o que implica na permanência da superexploração da força de trabalho e das consequências incontornáveis para a maioria da população, com a complexificação das refrações da questão social. Com isso, ele apresenta que a forma política implementada nesse momento histórico foi a democracia de cooptação, com a coexistência de aspectos coercitivos e de consenso instável.

Nossa afirmação é que o Brasil desenvolveu um capitalismo completo nos marcos de sua inserção subordinada e dependente à ordem capitalista e imperialista, e isso implica sua adequação aos padrões da acumulação de capitais que hoje predomina nessa ordem, isto é, uma forma chamada de “flexível” para ocultar ideologicamente seu aspecto extremamente predatório, precarizante das relações de trabalho e contrato, intensificadora da exploração e extração de mais valor, mercantilizante de todas as esferas da vida (IASI, 2019, p.423).

Essa democracia de cooptação, que cria bases para a conciliação de classes, entre a burguesia nacional e a classe trabalhadora; encontra seus limites diante da atual fase do capitalismo tardio – que necessita para reverter sua crise, cria novos nichos de acumulação capitalista, como os mecanismos de apropriação do fundo público. Com isso, as reconfigurações postas ao Estado não permitem mais a manutenção dos mecanismos de conciliação e garantia de direitos à classe trabalhadora.

O Estado burguês está sempre pronto para reverter as formas democráticas em formas abertamente autocráticas, na medida em que seus interesses econômicos corporativos se vejam real ou potencialmente ameaçados. [...] A ordem econômica e seus nexos com a forma política atual é uma resultante

dessa contradição: precisa garantir as condições de relações sociais e formas de propriedade que geram um grau de exploração que solapa as condições mínimas de legitimidade da ordem em que se fundamentam. [...] Tudo indica que a forma política para cumprir tal papel não é a ordem democrática. A conclusão, portanto, é que a base econômica que se esperava ser a base para o processo de democratização da política converteu-se na base que exige a negação dessa forma democrática e reatualiza as bases da autocracia burguesa naquilo que lhe é fundamental, isto é, uma ordem que encontra legitimidade nos estreitos limites daqueles que dela se beneficiam, restando aos demais a imposição violenta dos meios coercitivos e a intensificação dos mecanismos explicitamente ideológicos que encobrem e justificam a ordem social existente (IASI, 2019, p. 424-426).

Portanto, a atual crise de hegemonia no Brasil interliga-se a um interregno, ainda em movimento, que tem no golpe de 2016 e na eleição de Bolsonaro, alguns de seus sintomas mórbidos. A análise sobre a crise de hegemonia, desta pesquisa, parte das sínteses e contribuições teóricas de Antonio Gramsci, expressa em uma de suas frases mais conhecidas: “a crise consiste precisamente no fato de que o velho está morrendo e o novo não pode nascer; neste interregno, uma grande variedade de sintomas mórbidos aparecem”.

Fernandes (2019b), ao analisar os conceitos de “interregno” e “sintomas mórbidos” em Gramsci, pontua que o interregno significa, literalmente, o intervalo entre a morte de um rei e a ascensão do novo monarca. “O interregno marcava o período no qual um rei falecia e seu primogênito ainda não possuía a idade mínima para reinar; [...] isso representava o intervalo entre a morte do rei e a eleição do seu sucessor” (FERNANDES, 2019b, p.101). Portanto, estas circunstâncias traziam como característica central a instalação de uma crise de autoridade durante o regime interino.

Não somente o novo ainda não estava pronto para “nascer” como a instabilidade gerada abria campo para tentativas de golpes internos e externos, guerras, insurreições e rebeliões. O período de interregno é marcado principalmente pela perda de consentimento. [...] Aqui se faz necessário retomar Gramsci em sua contribuição mais básica, vista anteriormente: é possível governar com a coerção, sendo isso uma dominação, mas a hegemonia depende do consentimento, que é mais duradouro, estável e se reproduz com facilidade no senso comum. [...] Quando há perda de consentimento, há crise de hegemonia (FERNANDES, 2019b, p. 101).

Diante disso, analisando a particularidade brasileira, pode-se observar que, quando o governo de Dilma Rousseff, que tinha como estratégia a conciliação de classe, e representava uma hegemonia no país, entra em crise, tornando-se inviável para o desenvolvimento do capital; uma variedade de possibilidades de hegemonia torna-se possível, acirrando a luta de classes. Nesse processo, observam-se tentativa de restauração do poder de classe pela burguesia (considerando que os governos do PT tinham um viés

de conciliação e, por isso, permitiram a ascensão social da classe trabalhadora, mesmo que limitada).

Para Mascaro (2018), na análise da luta de classes, a disputa ideológica é central. “Nas raras vezes em que a humanidade alcançou patamares de avanço social, houve intensa mobilização das massas, cuja condição de maioria ensejava a solidez para que os resultados das lutas fossem obtidos e perenizados” (MASCARO, 2018, p.31). Porém, o autor complementa que, apesar de haver no presente uma crise estrutural do capitalismo, não há apoio de massas para processos de superação do modo de produção. “Os indivíduos sofrem o capitalismo e culpam, por seu sofrimento, a ausência de fé, os governantes, os corruptos, os esquerdistas, os marxistas ou as imoralidades. A ideologia constitui o sujeito funcional para o capitalismo” (MASCARO, 2018, p.31). Segundo o autor, os agentes políticos de esquerda que ocuparam os governos não investiram contra tais grandes blocos de controle imediato das massas.

Aqui estaria a principal chave que – eventualmente e a preços altos – as esquerdas têm em mãos, em tempos não revolucionários, para poder mobilizar o próprio povo. O investimento contra o controle ideológico seria a única esfera imediata possível de disputa na atualidade, na medida em que o mediato do controle das massas é a própria estrutura da sociabilidade burguesa (MASCARO, 2018, p. 32).

Fernandes (2019b) coloca que a conciliação de classe promovida pelos governos do PT, além de falhar economicamente, impactou a consciência de classe no Brasil. Esses governos partiam da premissa de que não havia como promover desenvolvimento e melhorias sociais no Brasil sem o pacto com a burguesia e, de acordo com Fernandes (2019b), esta estratégia adotada barrou utopias, minou projetos alternativos e vinculou a visão popular da esquerda como gestor social da ordem.

Diante disso, a autora analisa que com a hegemonia dessa esquerda, classificada por ela como esquerda moderada, o antagonismo de classe some, sendo substituído por “apelos e sacrifícios temporários, paciência política, e normalização das relações cordiais com o mercado” (FERNANDES, 2019b, p. 100); ao tempo em que ocorriam disputas internas dentro da esquerda, especialmente entre esquerda moderada e esquerda radical, resultando em processos de fragmentação.

A fragmentação da esquerda brasileira é um problema porque a realidade continua a apresentar contradições e desafios, mas a esquerda não consegue se posicionar e fazer as sínteses necessárias para acompanhar o movimento histórico de qualidade emancipatória. A fragmentação da esquerda brasileira, sob disputas envoltas na desmobilização e na despolitização de seu sujeito

histórico, contribui para a crise de hegemonia em que nos encontramos. Todavia, neste interregno, a fragmentação também aparece como manifestação de uma crise de práxis da esquerda que engloba vários dos sintomas mórbidos que nos esmorecem (FERNANDES, 2019b, p.101).

Iasi (2019) complementa a discussão afirmando que as experiências dos governos do PT levaram, não ao fortalecimento da classe trabalhadora, suas organizações e consciência de classe, mas sim, a uma inflexão política e a sua desconstrução. “A forma política do pacto de classes e da conciliação, como eixo central da manutenção da governabilidade no ciclo petista, quebra a autonomia e a independência de classe, desarmando os trabalhadores para os necessários confrontos com seus inimigos” (IASI, 2019, p. 426). Portanto, o que Iasi (2019) busca discutir é que com o esvaziamento da participação popular na luta de classes e com a crise de práxis³² da esquerda, uma margem para o avanço desenfreado do capitalismo se abre.

Uma vez que esse exercício do poder é sempre um “equilíbrio instável”, dada a natureza antagônica dos interesses dominantes e das classes trabalhadoras, o Estado burguês está sempre pronto para reverter as formas democráticas em formas abertamente autocráticas, na medida em que seus interesses econômicos corporativos se vejam real ou potencialmente ameaçados (IASI, 2019, p.426)

Dessa forma, para Iasi (2019), o golpe de 2016 representa essa inflexão, em que a própria dinâmica da crise do capital e a instabilidade política e institucional gerada, impulsionaram processos antidemocráticos, ao contrário de situações históricas anteriores em que processos de contrarrevolução burguesa surgiam para conter a organização da classe trabalhadora na luta pela hegemonia. Castelo (2017), classifica o golpe como “golpe legislativo-midiático-judiciário”, por ter sido um processo que articulou esses diferentes aparelhos de hegemonia no sentido de viabilizar a recuperação econômica e política do capitalismo, a partir de um neoliberalismo mais radical.

Estamos, portanto, não diante de uma restauração neoliberal com o golpe, pois o neoliberalismo não deixou de ser hegemônico desde FHC, mas sim de uma nova etapa do neoliberalismo, a mais radical no sentido de atacar direitos sociais que nem mesmo os governos anteriores (PSDB e PT) conseguiram levar a cabo ou mesmo colocaram em pauta. [...] O Estado brasileiro ampliou os seus aparatos coercitivos policiais, legislativos e econômicos e maximizou

³² “A tese da crise de práxis dialoga diretamente com o problema da fragmentação na esquerda brasileira. Fala de um longo processo, ligado à cisão entre uma esquerda moderada e uma radical no país, através da qual as vozes de atores e organizações de esquerda se desprendem ou perdem ressonância em significado para os ouvidos e vozes da classe trabalhadora. [...] Se a práxis é a síntese dialética entre a teoria e a prática revolucionárias, a crise de práxis é o contexto em que os obstáculos à síntese prevalecem (fragmentação e despolitização) e as poucas sínteses produzidas acabam obscurecidas pela fragmentação contínua da esquerda que a isola da classe (em sua consciência e em sua estrutura devido à intensificação das relações reificadas). (FERNANDES, 2019b, p.108).

a sua violência como potência econômica na captura da riqueza nacional para benefício de muito poucos e a lei tendencial de concentração e centralização de capital nas mãos dos grandes conglomerados econômicos se reafirma na atualidade do capitalismo dependente brasileiro (CASTELO, 2017, p.66).

Segundo Behring (2018), essa foi a saída adotada pela burguesia brasileira para se adaptar ao novo momento do neoliberalismo no mundo, atendendo aos interesses do capitalismo internacional, no qual a disputa geopolítica promove uma ofensiva desenfreada sobre os trabalhadores, ameaçando os direitos, as políticas públicas que os materializam, e a democracia.

De acordo com Mascaro (2018), a forma da subjetividade jurídica³³ é central para o golpe ocorrido no Brasil em 2016, a sobreposição do direito permite a rearticulação do arranjo institucional diante da crise que não consegue encontrar saídas por meio do sistema político até então estruturado. “Para isso, o direito é utilizado a partir tanto de seus usos típicos de exploração e dominação quanto de uma inflexão de seus papéis, corroborando novas articulações institucionais que respondam à crise” (MASCARO, 2018, p. 51). Portanto, a forma da subjetividade jurídica tem sido uma forte aliada na atual fase capitalista, em seus processos de extração de riquezas. Essas reconfigurações podem ser vistas em casos como o da Operação Lava Jato em que, conforme aponta Mascaro (2018), alterou a projeção do impacto decisório de alguns juízes, membros do Ministério Público e policiais federais.

Trata-se de uma mudança de grau do poder do mundo jurídico: antes, decidia a vida dos desgraçados de sempre de uma sociedade exploratória e dominadora, no caso, pobres, negros, periféricos, aqueles sem acesso às articulações sociais com os determinantes; agora, decide também contra membros selecionados e indesejados do mundo político e contra empresas nacionais e estatais contrárias a uma dinâmica geral do interesse de frações do capital que dá as bases a partir das quais determinam sua prática e seu horizonte de mundo (MASCARO, 2018, p.56).

Dessa forma, o autor explica que a crise da forma-mercadoria³⁴ e da valorização do valor, trazendo junto a si a crise da forma política estatal no Brasil, encontra uma afirmação na forma jurídica e na ideologia jurídica como substrato tanto das forças governantes e judiciais usurpadoras quanto das usurpadas. Ideologia essa que vê no

³³ Significa a forma como se constitui o direito no capitalismo, as relações que compõem o campo jurídico.

³⁴ Como se constitui as relações de produção e extração de riqueza no capitalismo.

campo jurídico a existência de uma neutralidade impenetrável por interesses de classe³⁵. Com isso, o autor segue afirmando que o golpe de 2016 é determinado economicamente e sobredeterminado juridicamente, “a política é reclamada de dois modos: pela economia, para solucionar uma crise de acumulação; pelo direito, para reelaborar, em termos próprios, as perseguições judiciais aos governos petistas e a partes do mundo político” (MASCARO, 2018, p.81).

Diante disso, Mascaro (2018) identifica que o movimento político do golpe de 2016 buscou a reorganização da classe política em termos de autossalvação, ou seja:

No fim, ao custo de um câmbio de graves consequências econômicas e sociais, o golpe consegue de algum modo reacomodar a política tradicional, ainda mais inclinada para partidos e políticos de direita, sob tutela do setor judiciário, também de direita em sua tradição e em sua reafirmação presente (MASCARO, 2018, p. 84).

Assim, um novo estágio do neoliberalismo se instaura a partir do golpe de 2016³⁶, com o governo interino de Michel Temer, representando a radicalização das práticas neoliberais, muito mais perversas que os governos anteriores, colocando como prioridade a expropriação dos direitos sociais para a reprodução do capital e a precarização do trabalho em patamares insustentáveis para os trabalhadores, aprofundando a desigualdade social e a miséria no país. Segundo Behring (2018), apesar das semelhanças presentes entre o governo de Temer e o governo de FHC, ambos apresentam diferenciações centrais, pois esse novo estágio do neoliberalismo não representa mais um momento fundacional do projeto neoliberal no Brasil, mas sim uma retomada da programática mais dura do Consenso de Washington de 1989.

O Estado brasileiro ampliou os seus aparatos coercitivos policiais, legislativos e econômicos e maximizou a sua violência como potência econômica na captura da riqueza nacional para benefício de muitos poucos e a lei tendencial

³⁵ “Desde Menger, cujas posições foram notavelmente combatidas por Engels e Kautsky no célebre ‘Socialismo Jurídico’, há uma esperança de que o direito possa ser neutro ou, pelo menos, instrumental, à disposição também das classes trabalhadoras para instaurar suas plataformas de conquistas e avanço social. Nas sociedades capitalistas, a ideologia jurídica é responsável por ilusões reformistas; de canalização de lutas para que não eclodam, de tal sorte, que deságuem em políticas públicas e por elas sejam administradas; de respeito aos poderes judiciários como guardiões de democracias etc. [...] Somente o conjunto de leituras filosóficas críticas, assentadas nas descobertas científicas de Marx, dá conta de entender o direito como fenômeno social específico, cuja forma social, derivada da forma-mercadoria, é necessária para a própria estruturação das relações de compra e venda da força de trabalho, garantindo, por meio do vínculo contratual, a exploração e apropriação privada. Stutchka, já no albor da Revolução Soviética, antecipava que o direito exprime a luta de classes, jamais uma tecnicidade imparcial ou à igual disposição de todas as classes. No entanto, foi Pachukanis quem alcançou a compreensão da forma social do direito como forma de subjetividade jurídica. Toda a realidade jurídica, então, é capitalista” (MASCARO, 2018, p. 60).

³⁶ Identificado por Behring (2018) como o terceiro estágio do neoliberalismo no Brasil.

de concentração e centralização de capital nas mãos dos grandes conglomerados econômicos se reafirma na atualidade do capitalismo dependente brasileiro (CASTELO, 2017, p. 69).

Uma das principais medidas do governo Temer, foi a Emenda Constitucional (EC) nº 95 de 2016, que cria um novo regime fiscal de congelamento dos gastos sociais por vinte anos, especialmente os gastos federais primários, e que só serão reajustados nominalmente de acordo com o índice inflacionário (IPCA) do ano anterior. Para Castelo (2017), é a medida mais marcante da violência como potência econômica dos últimos anos. Esse novo regime fiscal, inviabiliza a expansão da alocação de recursos para as políticas sociais até então vigentes, diminuindo as possibilidades de disputa pelos recursos do fundo público a favor da classe trabalhadora e favorecendo o enfraquecimento dos serviços sociais de responsabilidade do Estado, como o SUS.

Nos três poderes, o executivo se tornou um bunker tecnocrático respaldado na Constituição, via EC/95, para operar métodos intensificados de exploração da classe trabalhadora e expropriação de seus salários (via tributação), direitos sociais e meios de produção ainda disponíveis na forma pública (terras, água, florestas, subsolo etc.), naquilo que Virgínia Fontes (2010) chama de expropriações secundárias (CASTELO, 2017, p. 69).

Para Dweck (2019) a agenda neoliberal do governo Temer vai além do ajuste fiscal permanente, ela inclui um programa de desmonte e privatização das estatais, desmonte das instituições públicas de ensino e pesquisa, fim do regime solidário de seguridade social, abertura comercial e financeira unilateral do Brasil e aprofundamento da reforma trabalhista.

Lowy (2015), ao analisar o avanço da extrema-direita no mundo e no Brasil, afirma que é equivocado a interpretação de que o fascismo e o antifascismo são fenômenos pertencentes ao passado. Para o autor, a realidade é muito mais complexa, existem diferenciações claras entre o fascismo do período anterior e a extrema-direita hoje. Uma das principais diferenças pontuadas por ele é que os interesses da burguesia hoje são esmagadoramente favoráveis à globalização capitalista neoliberal e hostis ao nacionalismo econômico; o que não significa que o fascismo tenha ficado para trás, mas que elementos significativos, apesar de não homogêneos, desse fascismo têm sido identificados na extrema-direita atualmente hegemônica.

Outro fator analisado pelo autor é que o avanço da extrema-direita tem se interligado com a hegemonia neoliberal no mundo, ou seja, a extrema-direita torna-se um meio para a radicalização da política neoliberal e sua implementação.

Diretamente relacionado a esse processo de hegemonia mundial neoliberal do capital financeiro há outro fator importante: a crise econômica que tem despedaçado a Europa desde 2008. Exceto na Grécia e na Espanha, essa crise tem em quase todos os lugares favorecido muito mais a extrema-direita do que a esquerda radical – diferente da situação Europeia dos anos 1930, quando em muitos países a esquerda antifascista cresceu paralelamente ao fascismo. A extrema-direita atual tem, sem dúvida, se beneficiado da crise, particularmente na França (Lowy, 2015, p. 657).

Diante da hegemonia neoliberal e do avanço da extrema-direita no mundo, assim como da conjuntura brasileira de radicalização do neoliberalismo, que levou ao golpe de 2016 e ao governo interino de Michel Temer, têm-se a eleição de Bolsonaro para presidência do Brasil, em 2018. Isso representou a chegada da extrema-direita no poder. De acordo com Fernandes (2019b), apesar da imprevisibilidade e autoritarismo de Bolsonaro, havia duas vantagens para a burguesia dependente brasileira, com sua eleição: “trocava apoio por submissão aos liberais em sua campanha, e traria maior garantia de vitória por fazer parte de uma tendência global de viradas à extrema-direita – em geral associada a métodos de despolarização e desinformação [...] (FERNANDES, 2019b, p.113).

Para analisar o governo Bolsonaro, Fernandes (2019b) parte de uma interpretação de que houve uma hegemonia ultrapolítica³⁷ na conjuntura que legitimou sua eleição, desse modo, a ultrapolítica é representada pelos processos de despolarização em curso, no qual ocorre a reificação das relações antagônicas. Ou seja, constrói-se a identidade de um “Inimigo” (inexistente) a ser combatido a todo custo. Com isso, segundo a autora, essa militarização direta da política impede a hegemonia de uma interpretação politizada da realidade, devido a uma falsa tentativa de resolver esses impasses.

Como a ultrapolítica cria falsas polarizações e reduz os problemas à sensação imediata, ela é fortalecida em contextos em que há despolarização ligada à descrença, à traição e à perda de privilégios. [...] A ultrapolítica floresce bem em um cenário de consciência geral fragmentada, mas também favorece essa fragmentação ao posicionar indivíduos e grupos uns contra os outros, em uma distração das explicações estruturais (FERNANDES, 2019b, p. 259).

Portanto, Bolsonaro assume a Presidência da República, em janeiro de 2019, representando o retorno das forças armadas, trinta anos após o fim da ditadura militar,

³⁷ Quando o político (como instância ontológica do antagonismo) assume a dominação total sobre a política. Adversário político é visto como um inimigo a ser destruído por todos os meios. Mais uma vez, a diferença entre a política e o político entra em colapso, desta vez do lado político, o qual a política deve promulgar de maneira imediata. O chão/abismo ontológico aparece diretamente no reino [real – não fenomenológico], com efeitos frequentemente catastróficos (guerra total, terror revolucionário). (PAIPAIS apud FERNANDES, 2019b, p. 256).

assumindo importantes cargos em seu governo. Além disso, têm-se a continuidade de um neoliberalismo radicalizado, tendo como principal representante Paulo Guedes, Ministro da Economia.

Segundo Anderson (2020), a prioridade inicial do governo foi o desmantelamento do atual sistema previdenciário. Além disso, as privatizações das estatais brasileiras também são peça-chave para esse governo. “Como nos tempos de Cardoso, os negócios mais lucrativos acabarão nas mãos de investidores estrangeiros” (ANDERSON, 2020, p.155). O patriotismo pregado e defendido por Bolsonaro se relaciona a sua posição contrária a determinados grupos sociais (comunistas, feministas, população LGBT, negros, indígenas), “por ele representadas como excrescências estranhas à alma brasileira” (ANDERSON, 2020, p.160). Portanto, ao contrário de governos tradicionalmente nacionalistas, neste governo, há uma forte legitimação pela presença do capital estrangeiro no país. Conforme apresenta Anderson (2020): “com o livre mercado não há discordâncias. É um nacionalismo pautado pelo paradoxo do populismo entreguista: totalmente disposto, ao menos em princípio, a entregar ativos nacionais a bancos e corporações globais” (ANDERSON, 2020, p. 160).

Diante disso, observa-se uma forte tendência, no país, pela instauração do neoliberalismo radicalizado e que tem como central processos de mercantilização de todos os âmbitos da vida, extraíndo direitos antes pertencentes aos trabalhadores e colocando para eles, como única alternativa de acesso aos serviços, a compra no setor privado.

Para demonstrar como os governos de Temer e de Bolsonaro viabilizaram a centralidade do mercado na prestação dos serviços, foi analisado, no tópico 2.2, a agenda neoliberal dos referidos governos para a saúde.

3.2 A agenda neoliberal para a saúde nos governos Temer e Bolsonaro

Como mencionado anteriormente, este tópico se propõe a caracterizar as agendas dos governos de Temer e de Bolsonaro para a saúde. Desse modo, busca-se demonstrar os interesses capitalistas da saúde representados nos documentos governamentais dos sujeitos políticos supracitados. Diante disso, foram analisados dois documentos do

governo de Temer intitulados “Uma ponte para o futuro” de 2015, e “A travessia social” de 2016. Para o governo de Bolsonaro, foi analisada sua proposta de plano de governo intitulado “O caminho da prosperidade. Brasil acima de tudo. Deus acima de todos” de 2018, assim como documentos e literatura científica crítica que abordem a sua agenda.

O documento “Uma ponte para o futuro”, inicia realizando uma crítica ao Estado, afirmando que houve excessos na gestão anterior, seja criando novos programas, seja ampliando os antigos, admitindo novos servidores ou assumindo investimentos acima da capacidade fiscal do Estado. Nesse sentido, o documento pontua que parte dos desequilíbrios fiscais é de natureza estrutural e está relacionado a forma de composição do Estado. “Para enfrentá-lo teremos que mudar leis e até mesmo normas constitucionais, sem o que a crise fiscal voltará sempre, e cada vez mais intratável, até chegarmos finalmente a uma espécie de colapso” (UMA PONTE PARA O FUTURO, 2015). Diante disso, o documento propõe uma reconfiguração na forma de atuação do Estado.

A solução destas questões não é apenas de natureza técnica: depende de decisão política. Na ausência de uma ação forte e articulada, que conduza a um conjunto de reformas nas leis e na constituição, a crise fiscal não será resolvida e, ao contrário, tende a tornar-se cada vez mais grave. [...] No Brasil, a maior parte do orçamento chega ao Congresso para ser discutido e votado, com a maior parte dos recursos já previamente comprometidos ou contratados, seja por meio de vinculações constitucionais, seja por indexação obrigatória dos valores. Assim, a maior parte das despesas públicas tornou-se obrigatória, quer haja recursos ou não (UMA PONTE PARA O FUTURO, 2015, p.7-8).

Portanto, o documento aponta como uma das saídas, acabar com as vinculações constitucionais, citando como exemplo a saúde e a educação, para que o Executivo possa contingenciar ou cortar esses recursos em casos de necessidade. “Para um novo regime fiscal, voltado para o crescimento, e não para o impasse e a estagnação, precisamos de novo regime orçamentário, com o fim de todas as vinculações e a implantação do orçamento inteiramente impositivo” (UMA PONTE PARA O FUTURO, 2015, p.9).

Outro fator de prioridade do governo é a questão do pagamento da dívida pública e da manutenção do superávit primário. No que tange a dívida pública, o documento afirma ser necessário a

obtenção de um superávit primário capaz de cobrir as despesas de juros menos o crescimento do próprio PIB. A reforma fiscal permitirá, não apenas controlar a trajetória explosiva da dívida pública, bem como contribuirá para a redução da taxa de inflação e a redução da taxa de juros e do custo da dívida. (UMA PONTE PARA O FUTURO, 2015, p.13).

Neste intuito, o ponto central do documento é a contenção dos gastos públicos. “Para o Brasil, o tripé de qualquer ajuste duradouro consiste na redução estrutural das despesas públicas, na diminuição do custo da dívida pública e no crescimento do PIB” (UMA PONTE PARA O FUTURO, 2015, p.13). Para isso, o documento aposta na articulação com o setor privado:

Temos que viabilizar a participação mais efetiva e predominante do setor privado na construção e operação de infraestrutura, em modelos de negócio que respeitem a lógica das decisões econômicas privadas, sem intervenções que distorçam os incentivos de mercado, inclusive respeitando o realismo tarifário. Em segundo lugar, o Estado deve cooperar com o setor privado na abertura dos mercados externos, buscando com sinceridade o maior número possível de alianças ou parcerias regionais, que incluam, além da redução de tarifas, a convergência de normas, na forma das parcerias que estão sendo negociadas na Ásia e no Atlântico Norte (UMA PONTE PARA O FUTURO, 2015, p. 17).

Desse modo, o documento traz uma série de propostas de ação, dentre elas, algumas que apontam possíveis mudanças na política de saúde, como a execução de uma política de desenvolvimento centrada na iniciativa privada, por meio de transferência de ativos e parcerias público-privadas para complementar a oferta de serviços públicos.

No documento “A travessia social”, o governo defende a manutenção de políticas sociais focalizada na população em situação de pobreza, mas critica as políticas públicas universais por serem gastos desnecessários para o país. Neste sentido, o documento defende a redução das políticas universais e manutenção das políticas focais/residuais. Com isso, defende o aprimoramento de programas de transferência de renda, como o Bolsa Família.

Segundo Silva, Santos e Correia (2021), o documento também aponta as debilidades do SUS, recomendando oito pontos de ação com ênfase no gerencialismo³⁸, a necessidade de focalização na parcela que não pode pagar planos privados de saúde e o estímulo ao aumento de cobertura dos planos privados, na busca por reverter possíveis crises nesse setor³⁹.

³⁸ Concepções e técnicas de gestão do setor privado aplicadas ao setor público, sob o discurso da racionalização e da eficiência. As principais “formas materiais” do gerencialismo na gestão pública que ganharam notoriedade dentro do marco do “Estado empresarial” (Oszlak, 2013) foram os “agenciamentos”, as “parcerias público-privadas”, as “contratualizações por resultados” e as “remunerações variáveis por desempenho”. Na gestão pública brasileira, essas formas ganharam respaldo jurídico após a contrarreforma administrativa do aparelho do Estado incitada por Bresser-Pereira em 1995 (MENDES; CARNUT, 2018).

³⁹ Aspecto que será abordado no terceiro capítulo desta pesquisa.

Seguindo a análise da saúde, o documento aborda a questão financeira afirmando que “é preciso melhorar a gestão financeira em todos os níveis das redes de saúde, mas será igualmente necessário obter margem fiscal para elevar os recursos para o financiamento do sistema” (A TRAVESSIA SOCIAL, 2016, p. 13). Ou seja, ele propõe a redução dos gastos com a saúde a partir de reconfiguração na gestão do sistema.

Além disso, defende a execução de uma “nova política de remuneração dos provedores e unidades de saúde associada ao desempenho e à qualidade do serviço prestado, aplicável aos estabelecimentos públicos e privados” (A TRAVESSIA SOCIAL, 2016, p. 13). Aspecto que pode pôr em risco os recursos para esses estabelecimentos e impor uma lógica produtivista, de gestão por resultados, em vez da qualidade na execução destes serviços.

Por fim, o documento aponta a necessidade de viabilizar oportunidades de articulação com o setor privado, desenvolvendo parcerias público-privadas com compartilhamento de riscos operacionais e financeiro, objetivando estimular aumentos de produtividade e ganhos de eficiência.

Quanto ao governo Bolsonaro, de acordo com Bravo, Pelaez e Menezes (2020), ele apresenta três características básicas: o extremo liberalismo econômico, o temor das mobilizações e o desprezo pela democracia com participação popular. Aspectos vistos na análise de sua proposta de plano de governo, que serão demonstradas no decorrer do texto.

A referida proposta de plano de governo, inicia com a defesa da propriedade privada como algo sagrado, inquestionável, indiscutível. Posteriormente, o documento coloca como prioridade a economia de mercado, pontuando ser o maior instrumento de geração de renda, emprego, prosperidade e inclusão social. Com isso, o documento acompanha o proposto pelo governo de Temer, de mudanças na atuação do Estado a partir da desvinculação de recursos.

Com o fim do aparelhamento dos ministérios, inverteremos a lógica tradicional do processo de gastos públicos. Cada gestor, diante de suas metas, terá que justificar suas demandas por recursos públicos. Os recursos financeiros, materiais e de pessoal, serão disponibilizados e haverá o acompanhamento do desempenho de sua gestão. O montante gasto no passado não justificará os recursos demandados no presente ou no futuro (PSL, 2018, p. 18).

Quanto à saúde, o documento considera os recursos para a saúde exagerados e a prestação dos serviços precária, alegando má gestão. Além disso, cita a criação de um

Prontuário Eletrônico Nacional Interligado, cujo objetivo é conter todas as informações sobre a situação de saúde dos usuários e facilitar a cobrança de maior desempenho dos gestores locais. Outra medida apontada, é a criação do Credenciamento Universal dos Médicos, que uniria o público e o privado na prestação dos serviços. “Isso permitirá às pessoas maior poder de escolha, compartilhando esforços da área pública com o setor privado. Todo médico brasileiro poderá atender a qualquer plano de saúde” (PSL, 2018, p.39).

Segundo Bravo, Pelaez e Menezes (2020), verifica-se, neste documento, grande inconsistência e ausência de aprofundamento sobre a política de saúde e apresentação de propostas, com apenas quatro páginas dedicadas à saúde e uma única menção ao termo SUS. Até o período de recorte de estudo desta pesquisa (2019), o Ministro da saúde do governo de Bolsonaro foi Luiz Henrique Mandetta, que conforme apontado pelas autoras, tem relações com a Unimed e com as entidades filantrópicas (ex.: Santa Casa).

Bravo, Pelaez e Menezes (2020) analisaram a perspectiva e os posicionamentos acerca da saúde presente nos discursos do Ministro da economia Paulo Guedes, como a criação de um *voucher* para a saúde e educação.

O *voucher* funcionaria como um ‘vale saúde’, a ser entregue pelos usuários para empresas privadas, em troca da prestação de serviços básicos nessas áreas. Desse modo, o Estado ficaria desobrigado a ter estrutura pública para os tipos de atendimentos comprados no setor privado (BRAVO; PELAEZ; MENZES, 2020, p.202).

Desse modo, analisa-se que ambos os governos, apesar de apresentarem suas particularidades, se alinham na tentativa de reconfiguração da política de saúde em prol do setor privado, especificamente, o da saúde suplementar, por meio da tentativa de viabilização de uma complementaridade entre ambos. Além disso, observa-se a tendência crescente pelo desfinanciamento do SUS, apresentando um SUS amplamente subordinado ao mercado. Com isso, o próximo tópico busca analisar os projetos em disputas na saúde pela apropriação do fundo público.

3.3 Projetos antagônicos da saúde e a disputa pelo fundo público

O fundo público compõe todos os recursos auferidos ao Estado para a sua atuação. Segundo Salvador (2019), uma das principais formas de realização do fundo público é

por meio da extração de recursos da sociedade na forma de impostos, contribuições e taxas. No Brasil, os recursos do fundo público advêm, principalmente, via sistema tributário, que se caracteriza por ser regressivo, ou seja, recai mais sobre as frações mais pauperizadas da classe trabalhadora, na forma de impostos indiretos, por meio do consumo; e de impostos diretos sobre os salários. De acordo com Salvador (2018) a carga tributária que incidente sobre o consumo e a tributação direta sobre os salários dos trabalhadores correspondem a 70% da arrecadação tributária total.

Salvador (2018) analisa que a composição do fundo público tem sua origem na exploração da força de trabalho, pois o Estado, para cumprir suas múltiplas e contraditórias funções, apropria-se de parte da mais-valia socialmente produzida, mas não somente, apropria-se também do trabalho necessário na forma de salário.

Marx tinha consciência da exploração tributária sobre os trabalhadores e como os impostos pesavam sobre os meios de subsistência. No livro I de *O Capital*, volume II, Marx (1987b, p.974) destaca que ‘o regime fiscal moderno encontra seu eixo nos impostos que recaem sobre os meios de subsistência mais necessários, encarecendo-os, portanto, e traz em si mesmo o germe da progressão automática. A tributação excessiva não é um incidente; é um princípio’” (SALVADOR, 2018, p. 96).

Quanto a questão tributária no Brasil, Salvador (2018) aponta que houve a redução da carga tributária sobre os capitalistas, na forma de desoneração da folha de pagamento por meio da redução dos encargos sociais previdenciários, que gerou um corte de R\$64,02 bilhões nos cofres públicos, em 2016. Aspecto que representa a diminuição da apropriação do Estado pela mais-valia socialmente produzida e o aumento da apropriação sobre o trabalho necessário. A justificativa para esta supressão de impostos era a viabilização da geração de emprego e do aumento da remuneração dos salários, porém, o que ocorreu foi a tentativa de recomposição da taxa de lucros dos setores econômicos beneficiados. Portanto, observa-se que os recursos do fundo público estão cada vez mais direcionados a garantir o desenvolvimento capitalista, que no atual contexto, tem significado a redução do financiamento das políticas públicas e o aumento da exploração tributária sobre os trabalhadores.

A rigor, todos os recursos que compõem o fundo público advêm do trabalho, fonte de toda a riqueza: da parte necessária de sua jornada, onde o trabalhador repõe suas forças e que equivale ao salário; e da parte excedente de sua jornada, que na relação de exploração que sustenta o modo de produção capitalista, será apropriada na forma do juro, do lucro e da renda da terra, que serão também tributados pelo Estado. No entanto, estes últimos, os donos dos meios de produção, da terra e do dinheiro, não são impedidos de lançar no preço do produto, que vai para os consumidores (parte significativa desses, os

trabalhadores), os “custos” da tributação. [...] Por outro lado, enquanto em geral os trabalhadores são tributados na fonte, os donos dos meios de produção e das propriedades não o são, o que gera a sonegação fiscal tratada com leniência pelo Estado. [...] Assim, se a carga tributária representa o esforço de toda sociedade para sustentação das atividades do Estado, ela é sobretudo uma questão de luta de classes, já que essa carga recai de forma desigual sobre as classes e seus segmentos, e pode expressar também desigualdades regionais, no ambiente da heterogeneidade estrutural brasileira, o que implica em tensões no pacto federativo (BEHRING, 2018, p. 199).

O’Connor (1977) também analisa a relação tributária como expressão da luta de classes devido as disputas presentes em torno dela, seja para direcionar seus recursos para o capital, seja para garantir o financiamento de políticas públicas à classe trabalhadora. “Cada mudança importante no equilíbrio das forças políticas e classistas é registrada pela estrutura tributária. Dizendo-o de outro modo, os sistemas tributários são apenas formas particulares dos sistemas de classes” (O’CONNOR, 1977, p.203).

Para o referido autor, o sistema tributário cumpre duas funções principais: permite que o capitalista aumente seus ganhos e bens, pois as crescentes despesas estatais aumentam seus lucros e pesam mais sobre o salário real; além de cobrir os custos das despesas capitalistas de caráter social (infraestrutura, transporte etc.). Com isso, o trabalhador tem seus salários cada vez mais apropriados pelo Estado e pelos capitalistas nas formas de exploração, gerando uma dependência seja na relação capital-trabalho, seja na necessidade de contrapartida do Estado via políticas públicas.

Esta é uma interessante contradição do sistema tributário: por um lado, o fardo dos impostos recai sobre a classe trabalhadora; por outro lado, a classe trabalhadora exige cada vez mais despesas (de consumo social e correntes de caráter social) exatamente porque tem o *status* de classe trabalhadora. Pode ser fato que quanto maior for o nível de exploração tributária mais elevado será o nível de despesas governamentais e, pois, a necessidade de mais exploração tributária (O’CONNOR, 1977, p. 214).

Além disso, de acordo com Salvador (2019), o fundo público tem sido central para socorrer instituições financeiras falidas durante as crises bancárias, à custa dos impostos pagos pelo cidadão. Desse modo, analisa-se que todo este contexto de disputas em torno do fundo público, favorece o processo de supercapitalização⁴⁰ das políticas sociais, que significa a transformação do setor de serviços – que engloba a saúde, a educação, o lazer etc. – em meios de valorização do capital ocioso. Ou seja, conforme apontado por Behring

⁴⁰ É vista por Mandel (1982) como um processo decorrente da migração do capital e da busca por lucro na esfera da reprodução social, até então invisibilizada pelo capitalismo. “A mecanização, a padronização, a superespecialização e a fragmentação do trabalho, que no passado determinaram apenas o reino da produção de mercadorias na indústria propriamente dita, penetram agora todos os setores da vida social” (MANDEL, 1982, p. 271).

(2018), ao tempo em que o capital se apropria do fundo público, ele cria nichos para a realização do excedente acumulado, por meio da mercantilização dos serviços sociais.

Esses são processos que se requisitam na reprodução ampliada do capitalismo em ambiente de crise estrutural, ainda que isso implique num recrudescimento das contradições do modo de produção capitalista no seu conjunto, donde decorre a caracterização da crise como estrutural e endêmica (BEHRING, 2018, p. 192).

Diante do exposto, no âmbito da saúde, considera-se a existência de projetos antagônicos na disputa pelo fundo público. Soares (2010) analisa a existência de três projetos de saúde: o projeto da reforma sanitária, o projeto privatista e o projeto do SUS possível. O projeto privatista é pautado na individualização e fragmentação dos cuidados com a saúde e na lógica de mercantilização, identificam-se com esse projeto os empresários da saúde e a indústria farmacêutica.

O projeto da reforma sanitária tem como cerne a construção de uma saúde coletiva, com o olhar sobre as determinações sociais do processo saúde e doença, considerando a concepção ampliada de saúde, a participação popular e se colocando como alternativa à saúde mercantilizada, via implementação da saúde pública, estatal, universal e igualitária, tendo como horizonte a construção de uma sociedade humanamente emancipada. Este projeto de saúde foi o hegemônico na realização do relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que, posteriormente, fundamentou as leis que dão sustentação ao SUS.

O projeto do SUS possível, ainda segundo Soares (2010), é atravessado por uma racionalidade que viabiliza o SUS dentro dos moldes permitidos pelo capital, buscando vias de conciliação. Portanto, apesar de aderir a alguns preceitos defendidos pela reforma sanitária brasileira, esse projeto procura se materializar atendendo aos interesses do grande capital, de privatização e manutenção da lógica de mercado; tendo sido amplamente viabilizado pelos governos federais do PT.

Dessa forma, no atual contexto de crise do capital e hegemonia neoliberal, as disputas destes projetos em torno do fundo público da saúde acirram-se, colocando em ameaça a execução qualificada do SUS e a viabilização dos preceitos defendidos pela reforma sanitária, garantidos constitucionalmente. Logo, a agenda neoliberal para a saúde tem colocado na centralidade a supercapitalização destes serviços pela via do

fortalecimento da saúde suplementar, pela incorporação do gerencialismo, pelos novos modelos de gestão e do desfinanciamento do SUS.

Sestelo (2019) ao analisar a relação entre o público e o privado na saúde argumenta que a saúde suplementar é predatória e concorrencial ao SUS e não alivia a demanda ao sistema público, mas sim dificulta uma distribuição mais equitativa dos recursos disponíveis. Á vista disso, para que a saúde suplementar se torne alternativa de acesso pela população, ela se apropria de parte significativa dos recursos públicos e também dos serviços ofertados por ele, na forma de subsídios estatais e compartilhamento da infraestrutura do setor público. “Em outras palavras, só é possível vender planos de saúde de uso privativo para tanta gente com uma oferta exclusiva e abundante de serviços porque existe uma articulação íntima com a esfera pública como garantia de última linha” (SESTELO, 2019, p. 15).

Portanto, Sestelo (2019) coloca que o comércio de planos e seguros de saúde não pretende se apresentar como uma ameaça a existência do SUS; mas sim, pretende controlar, ajustar e subordinar o funcionamento do SUS à lógica de acumulação privada de capital e concentração de recursos assistenciais para disponibilidade dos usuários de seus serviços situados nos estratos mais altos de renda. Neste contexto, o SUS torna-se complementar ao setor privado e útil para a transferência de custeio. “Para o mercado especializado em doenças o SUS tem sido convenientemente útil para arcar com despesas de alto custo (transplantes, hemodiálise, outras terapias excepcionalmente caras) que gerariam eventuais prejuízos financeiros” (MIRANDA, 2019, p.31).

Nesse sentido, para Possa (2019), a existência da saúde suplementar nos sistemas de saúde gera iniquidades e a inviabilidade de sustentar sistemas universais. Com isso, vê-se a desigualdade no financiamento e na distribuição da oferta de serviços. Além da dupla porta de entrada no atendimento, quando estruturas hospitalares ditas filantrópicas atendem duplamente o setor público e o privado, apresentando a priorização e a qualidade no atendimento àqueles vinculados ao setor privado.

Desse modo, fica evidente a relação entre o fortalecimento da saúde suplementar e o desmonte do SUS público-estatal via seu subfinanciamento e atual desfinanciamento, que prioriza os interesses do capital na saúde e, atualmente, tem significado a subordinação ampla do SUS ao mercado.

3.4 O processo de desfinanciamento do SUS

A implementação do neoliberalismo no país via priorização do tripé macroeconômico (metas de inflação, superávit primário, câmbio flutuante), adotado pelos governos federais, desde FHC; tem pressionado o Estado a reduzir a destinação de recursos para a seguridade social. Deste modo, os governos federais tem se preocupado com a manutenção da meta de superávit primário, mesmo que isso signifique a redução do financiamento das políticas sociais e, com isso, a precarização na garantia dos direitos sociais à população. Isso tem resultado na fragilidade financeira do SUS,

por meio da destinação insuficiente de recursos; da indefinição de fontes próprias para a saúde; das elevadas transferências de recursos para o setor privado e o aumento significativo de renúncias fiscais; de um gasto público financiado por uma estrutura tributária defasada e desigual (MENDES; CARNUT, 2018, p. 1112).

Segundo Mendes e Carnut (2020), o contexto do capitalismo em crise, que viabilizou a hegemonia neoliberal, vem contribuindo para os embates na história do financiamento do SUS. A apropriação do fundo público na saúde pelo capital fictício manteve-se intensa, por meio de mecanismos que representam a expropriação do direito à saúde, fragilizando a assistência universalizada com qualidade e colocando o mercado privado de saúde como melhor alternativa para a população

Em vista disto, a implementação do SUS foi atravessada, historicamente, por disputas políticas em torno de seu financiamento. Uma delas se expressa na aprovação da Emenda Constitucional (EC) n° 29/2000, que apresenta a vinculação de recursos federais para aplicação na saúde. Porém, essa viabilização foi feita por meio de um frágil esquema baseado no cálculo do montante aplicado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. Com isso, apesar da garantia de vinculação de recursos para a saúde, isso se dá de modo insuficiente, devido a magnitude do sistema. Em uma análise comparativa, Mendes e Carnut (2018) apresentam que entre os anos de 1995 e 2016, o gasto do Ministério da Saúde manteve-se em 1,7% do PIB, não havendo ampliação na alocação de recursos para a saúde, aspecto que demonstra o subfinanciamento do sistema.

No ano de 2015, é aprovada a EC n°86/2015, que intensifica o processo de subfinanciamento do SUS e surge para substituir a EC n°29/2000, definindo como

recursos mínimos a serem aplicados pelo Governo Federal na atenção à saúde um percentual incidente sobre a Receita Corrente Líquida (RCL), começando em 13,2%, em 2016, e chegando a 15%, em 2020. Segundo Mendes e Carnut (2018), com essa nova emenda, houve uma perda de R\$ 9,2 bilhões para o orçamento do Ministério da Saúde já em 2016.

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Ampliada (IPEA, 2018), havia na EC n° 29/2000 um dispositivo que protegia os recursos para a saúde em situação de queda do PIB, mecanismo que não foi aplicado na EC n° 86/2015 em relação a possibilidade de queda da receita corrente líquida. Portanto, o IPEA (2018) aponta que com a queda das receitas a partir de 2014, a EC n° 29/2000 passaria a garantir maior montante de recursos para a saúde em comparação com a EC n° 86/2015.

O próprio ministro admitiu, em dezembro de 2016, *déficit* de R\$ 3,5 bilhões ao ano (a.a.) para o custeio e ampliação dos serviços do SUS, impactando a habilitação ou o funcionamento de 2.698 serviços, em sua maior parte sob gestão municipal, o que fez com que municípios e estados deixassem de receber, respectivamente, R\$ 1,96 bilhão e R\$ 1,23 bilhão por ano. O impacto sobre a oferta só não foi mais agudo porque parte dos gestores locais de serviços decidiu arcar integralmente com o custeio, sem a contrapartida federal, sobrecarregando seus orçamentos, os quais também passam por restrições em razão da queda das receitas decorrente da crise econômica (IPEA, 2018, p. 6).

A EC n° 86/2015 mal havia sido implementada, quando o Governo Federal apresenta a EC n° 95, aprovada em dezembro de 2016 e significando um Novo Regime Fiscal de proporções catastróficas para o financiamento das políticas sociais.

Esta estabelece teto para as despesas primárias, a ser atualizado anualmente pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), e desvincula o limite mínimo das despesas com saúde e educação das receitas, gerando preocupações com o agravamento do histórico subfinanciamento do SUS (IPEA; 2018, p. 3)

O IPEA (2018) segue analisando que a EC n° 95/2015 significou considerável perda de recursos se comparada com a recente aprovação da EC n° 86/2016, pois, nesse Novo Regime Fiscal, quanto maior forem as taxas de crescimento econômico, menos recursos serão direcionados à saúde. “Quanto maior o crescimento das receitas do governo federal, mais recursos deixariam de ser obrigatoriamente alocados no SUS” (IPEA, 2018, p. 8). Segundo o referido Instituto de Pesquisa, o congelamento proposto por essa Emenda parte-se de um patamar inicial de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) de 2017, tendo os recursos congelados a partir de 2018.

Em projeções realizadas pelo IPEA (2018), para estimar os impactos da EC n° 95/2016 no gasto com saúde nos próximos vinte anos, utilizou-se os limites mínimos de aplicação em saúde, de acordo com quatro cenários para as taxas de crescimento real do PIB: i) 0,0% a.a.; ii) 1,0%, a.a.; iii) 2,0%, a.a.; e iv) taxas de crescimento do PIB utilizadas nas projeções atuariais do Regime Geral de Previdência Social – RGPS. “No cenário de crescimento real do PIB de 2,0% a.a., a desvinculação da RCL pela EC n° 95/2016 reduziria o limite mínimo em ASPS⁴¹ para 12,7% da RCL, em 2026, e para 10,5%, em 2036 – ao invés dos 15% previstos na EC n° 86/2015” (IPEA, 2018, p.20). Portanto, o que se apresenta com a EC n° 95/2016, é um cenário pior do que o de subfinanciamento crônico, agora de desfinanciamento. “Nessa perspectiva, o subfinanciamento do SUS passou a ser transformado num processo de desfinanciamento, configurando um quadro de aniquilamento, ‘a conta-gotas’ das tentativas de construção de nosso sistema universal”. (MENDES; CARNUT, 2020, p. 26).

Segundo o Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2020), o orçamento para a saúde reduziu cerca de R\$ 20 bilhões, em 2019. Processo que representa a desvinculação do gasto mínimo de 15% da receita da União com a saúde. De acordo com esses dados, a receita da saúde vem em “queda livre”, pois, em 2017, os investimentos em serviços públicos de saúde representavam 15,77% da arrecadação da União. Porém, em 2019, os recursos destinados à área representaram 13,54%.

Diante disso, torna-se evidente que a implementação desse teto de gastos, por meio do Novo Regime Fiscal, limita e inviabiliza qualquer tentativa de ampliação do SUS público-estatal, ocorrendo a defasagem de seus recursos mesmo em um cenário de crescimento econômico. Este aspecto, favorece o mercado privado de saúde, pois com o sucateamento crescente do SUS, o setor privado ou as parcerias público-privadas tornam-se os únicos meios de acesso aos serviços.

Isto posto, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2019), o gasto total em saúde, no ano de 2018, foi de cerca de 8% do PIB, sendo 4,4% de gastos privados (55% do total) e 3,8% PIB de gastos públicos (45% do total, que atendem 75% da população na assistência em saúde e outros 100% em vigilância sanitária, epidemiológica,

⁴¹ Ações e serviços públicos de saúde.

pesquisa e CT&I etc). Ou seja, é evidente o favorecimento ao setor privado quanto ao seu financiamento.

Um outro aspecto que impede a efetivação do SUS público-estatal, a favor da viabilização dos princípios preconizados pela reforma sanitária, conforme analisam Mendes e Carnut (2018), é a questão do gerencialismo, ou seja, a utilização de concepções e técnicas de gestão do setor privado no interior da gestão pública, sob a justificativa da racionalização dos gastos e da eficiência. Desse modo, apresenta-se que os principais meios de materialização do gerencialismo no Brasil foram os agenciamentos, as parcerias público-privadas, as contratualizações por resultados e as remunerações variáveis por desempenho.

De acordo com os referidos autores, os instrumentos utilizados nessa forma de gerenciamento são excelentes métodos para intensificar o trabalho e deles expropriar mais-valia. Principalmente, pelo foco em resultados e pela melhoria do desempenho via aumento da produtividade e da quantidade de trabalho. Processo que mina a efetivação ideal do SUS, devido a incorporação de uma racionalidade empresarial/ produtivista, que não objetiva a qualidade do atendimento universalizado, favorecendo o mercado privado de saúde.

Conforme apontado por Mendes e Carnut (2020), torna-se claro a intervenção da forma jurídica do Estado no desenvolvimento do processo de desfinanciamento do SUS, sob uma intervenção pública que busca cumprir o papel exigido pelo capital em crise. Com isso, a EC nº 95/2016 representa a forte expressão do Estado capitalista brasileiro em consonância com a lógica do capitalismo contemporâneo sob a dominância do capital financeiro, especialmente porque na definição das regras dessa Emenda, não foi incluso nenhum limite para os juros e outras despesas financeiras.

4 A SUPERCAPITALIZAÇÃO DO SUS: MOVIMENTAÇÕES A FAVOR DA SAÚDE SUPLEMENTAR NOS GOVERNOS DE TEMER E DE BOLSONARO

Neste capítulo, analisou-se como tem se dado o fortalecimento da saúde suplementar nos governos de Temer e de Bolsonaro, tendo como enfoque as movimentações governamentais que favorecem a supercapitalização desse setor. Para isso, utilizou-se a pesquisa documental e de dados, através do acesso à base de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); ao Demonstrativo dos Gastos Tributários – PLOA, na base de dados da Receita Federal, no período de 2016 a 2019, ao documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, publicado em 2017; ao documento “Análise preliminar da proposta de nova lei elaborada pelas empresas de planos de saúde”, publicado em 2019; ao documento “Planos de saúde ‘falsos coletivos’: crescimento do mercado e reajuste dos preços (2014-2019)”, publicado em 2019; e ao Boletim Informativo “Utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS”, publicado em 2020.

Além disso, foi analisada a Portaria N° 1.432, 4 de agosto de 2016, que institui um grupo de trabalho (GT) para discutir o projeto de planos de saúde acessíveis e que resultou, posteriormente, no ofício N° 60-GS, 18 de janeiro de 2017, da Secretaria de Atenção à Saúde, contendo as propostas relativas ao referido projeto.

4.1 A queda do número de usuários dos planos privados de saúde e o reajuste dos preços dos planos

Desde o primeiro capítulo deste trabalho, foi evidenciada uma queda no número de usuários dos planos privados de saúde no Brasil. Esta queda manteve-se nos governos de Temer e de Bolsonaro, com poucas oscilações a cada ano, conforme demonstrado na Tabela 3, a seguir. Para este estudo, utilizou-se apenas os dados dos usuários de assistência médica com ou sem odontologia, por verificar que é onde se concentra o maior número de usuários e onde houve maiores alterações.

TABELA 3 – Número de usuários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia e a taxa de crescimento em relação a dezembro do ano anterior (2015-2019).

Ano	Nº de usuários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia	Taxa de crescimento (%)
Dez/2015	49.279.085	-2,5
Dez/2016	47.636.161	-3,3
Dez/2017	47.095.883	-1,1
Dez/2018	47.100.146	0,0
Dez/2019	47.031.425	-0,1

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2020).

Portanto, com base nos dados apresentados, demonstra-se uma queda considerável entre o ano de 2015 e 2016, período de conturbações políticas e grave crise econômica no país, marcado pelo impeachment de Dilma Rousseff e pelo avanço de um neoliberalismo mais ortodoxo através do governo interino de Michel Temer. A partir do ano de 2017, têm-se tentativas de recuperação do número de usuários, apoiadas pelos governos de Temer e de Bolsonaro, conforme será demonstrado no decorrer do capítulo, porém, sem muitos avanços, mantendo os números estagnados ou em queda.

Diante disso, analisa-se que a crise do número de usuários da saúde suplementar é decorrente da crise econômica e social vivenciada pelo país neste período. Segundo dados do IBGE, no ano de 2015, o índice de desemprego aumentou em 35%, somando um número a mais de 2,8 milhões de pessoas desempregadas, ou seja, o índice de desemprego chegou a 9,6%, o maior desde 2004. No ano de 2019, o índice de desemprego manteve-se em 11,9%. Desse modo, o aumento do desemprego pode significar uma das razões da queda do número de usuários dos planos privados de saúde. Além disso, os governos de Temer e de Bolsonaro têm reagido à crise econômica com mais medidas de austeridade, que agravam ainda mais a capacidade de consumo da classe trabalhadora, por meio de medidas como a aprovação da lei nº 13.467/2017, que desregulamenta as relações de trabalho; e a PEC 6/2019, que traz a reforma da previdência e precariza ainda mais a situação dessa população. Portanto, presume-se que, com o aumento do desemprego e o desmonte dos direitos trabalhistas, a população tem recorrido muito mais a assistência pública de saúde, ofertada e/ou financiada pelo SUS.

Em contrapartida a essa queda, tem-se inúmeras ações dos referidos governos no sentido de enfraquecer o SUS⁴² ao ponto em que as pessoas busquem o mercado privado de saúde como única alternativa de acesso, aspecto que fortalece a supercapitalização desse setor. As medidas governamentais partem de tentativas de mudanças legislativas a reuniões com sujeitos coletivos representados pelo setor capitalista da saúde, viabilizando o acesso deles à processos decisórios da política pública de saúde. Além disso, observa-se estratégias para permitir um maior reajuste no preço dos planos privados de saúde, de modo que contribua com a manutenção de suas taxas de lucros.

O Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde (GEPS), da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), em documento apresentado no ano de 2019, apontou que entre 2014 e 2019 cresceu o número de pessoas vinculadas aos planos de saúde “falsos coletivos”. Eles classificam como “falsos coletivos” os planos adquiridos por indivíduos, famílias ou grupos de até 29 usuários, mediante apresentação de CNPJ. Porém, a ANS classifica esses planos como “contrato coletivo com menos de 30 usuários”, ou “plano empresarial até 29 usuários”.

TABELA 4 – Evolução do número de usuários (em milhares), segundo tipo de planos privados de saúde (2014-2019).

PLANOS	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Falsos coletivos	3.300	3.962	4.186	4.541	5.291	5.212
Individuais	9.888	9.869	9.548	9.300	9.142	9.042
Empresariais*	29.722	29.251	27.743	26.899	26.264	26.579
Adesão	6.675	6.767	6.579	6.409	6.370	6.374
Outros	377	268	218	181	159	118
Total	50.013	50.117	48.274	47.330	47.225	47.333

Fonte: ANS. Elaboração GEPS/DMP/FMUSP (GEPS, 2019).

Obs.: *Nos planos empresariais foram subtraídos os planos falsos coletivos (contratos CNPJ com menos de 30 pessoas).

De acordo com esta tabela, pode-se analisar que os planos “falsos coletivos” foram os únicos que cresceram de 2014 a 2019. Os dados apresentados indicam que, em 2014, eram 3,3 milhões de pessoas vinculadas a planos “falsos coletivos”, correspondendo a

⁴² Com mecanismos como o processo de desfinanciamento do SUS, conforme já apresentado nesta pesquisa.

6,6% de pessoas com planos privados de saúde. Em 2019, aproximadamente, 5,2 milhões de usuários estavam vinculados a planos “falsos coletivos”, correspondendo a 11% do total.

A hipótese apresentada pelo grupo de estudo é de que tem ocorrido uma migração de parte dos planos individuais para os “falsos coletivos”. Nos contratos individuais, a ANS limita o valor a ser reajustado, única modalidade que garante essa regulação, portanto, aspecto que não está presente no contrato de planos “falsos coletivos” ou empresariais; o que pode ser um dos motivos para essa migração.

Segundo o GEPS, para fugir do teto anual de reajuste, definido pela ANS, as operadoras deixaram de vender planos individuais, substituindo-os pelos planos “falsos coletivos” ou pelos planos de adesão, que possuem reajustes anuais mais elevados. O argumento utilizado para convencer a população, é de que os “falsos coletivos” são mais baratos que os planos individuais. Porém, o que não fica claro é que, à longo prazo, os “falsos coletivos” sofrem mais reajustes que os planos individuais.

Diante disso, o grupo de estudo apresenta que o contrato de planos “falsos coletivos” tem sofrido reajustes exorbitantes, quando comparados com o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Conforme apresentado na tabela 5.

TABELA 5 – Evolução comparada de reajustes (%) de planos de saúde e IPCA. Brasil, 2019.

ANO	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Reajuste Falsos Coletivos	14,46	15,91	14,92	17,68	27,91	14,74
Reajuste Individual/Familiar	9,04	9,65	13,55	13,57	13,55	10
IPCA	6,37	8,47	9,32	3,6	2,86	4,66

Fonte: ANS. Elaboração GEPS/DMP/FMUSP (GEPS, 2019).

Obs.: Reajustes dos falsos coletivos (planos de saúde com menos de 30 beneficiários), com média ponderada pelo número de clientes; Reajuste máximo anual definido pela ANS para planos individuais; IPCA acumulado em 12 meses (maio de cada ano).

Portanto, a tabela acima nos demonstra que é muito mais lucrativo, para as operadoras, ofertar tipos de planos “falso coletivos”, por ele abrir uma brecha de reajuste

muito maior e, dessa forma, permitir a extração lucro da população, mesmo em um momento de queda do número de usuários de planos privados de saúde.

Porém, esta estratégia sozinha não é suficiente para sustentar os lucros do mercado da saúde suplementar. Desta forma, o Estado tem contribuído, seja mantendo os mecanismos anteriores (como os gastos tributários); seja perdoando as dívidas de ressarcimento ao SUS; seja buscando reconfigurar a assistência à saúde através da criação de uma assistência que coloque a saúde suplementar como principal meio de acesso à saúde e o SUS como complementar a ela. Recursos demonstrados nos tópicos seguintes.

4.2 Os mecanismos de renúncia fiscal da saúde

Um dos mecanismos que o Estado tem mantido independente de quem esteja no governo federal são os gastos tributários. Portanto, este tópico apresenta como se procedeu a renúncia fiscal para a saúde nos governos de Temer e Bolsonaro, conforme a tabela 6.

TABELA 6 – Renúncia fiscal em saúde (2016-2019)

Ano	Imposto de Renda para Pessoa Física (IRPF)	Imposto de Renda para Pessoa Jurídica (IRPJ)
2016	R\$ 11.049.752.892	R\$ 4.898.630.291
2017	R\$ 12.690.845.142	R\$ 5.080.267.238
2018	R\$ 13.149.244.375	R\$ 5.271.257.921
2019	R\$ 15.502.081.124	R\$ 5.645.151.451

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Projeto de Lei Orçamentária Anual – Receita Federal (BRASIL, 2020).

Segundo os dados apresentados, observa-se o contínuo crescimento da renúncia fiscal em saúde, se comparado com os governos de Lula e de Dilma, denotando maior investimento durante o governo de Bolsonaro. Logo, o IRPF, entre 2016 e 2019, cresceu de R\$ 11.049.752.892 para R\$ 15.502.081.124, representando o forte incentivo do Estado para a assistência à saúde via saúde suplementar. O IRPJ não teve um crescimento acentuado, mas manteve-se em expansão. Esses aspectos demonstram que a renúncia fiscal continua sendo um importante mecanismo de fortalecimento da saúde suplementar e de desmonte do fundo público.

Conforme analisado no capítulo dois, o orçamento para os serviços públicos de saúde, em 2019, sofreu uma queda de R\$ 20 bilhões, devido a EC N°95. Os gastos

tributários totais em saúde, no ano de 2019, foram de, aproximadamente, R\$ 41,3 bilhões, segundo o Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA). Pode-se inferir, portanto, o quão importante seria, para o aprimoramento e aperfeiçoamento do SUS, o montante de recursos que o Estado deixa de arrecadar para viabilizar a saúde suplementar.

4.3 O ressarcimento ao SUS

O ressarcimento ao SUS é um mecanismo de proteção da rede pública no atendimento aos usuários da rede privada, ou seja, o SUS atende a população independente dela ter planos privados de saúde. Porém, fica sob a responsabilidade da operadora que oferta os planos privados de ressarcir ao SUS pelo atendimento, desde que esse atendimento também seja ofertado pelo setor privado.

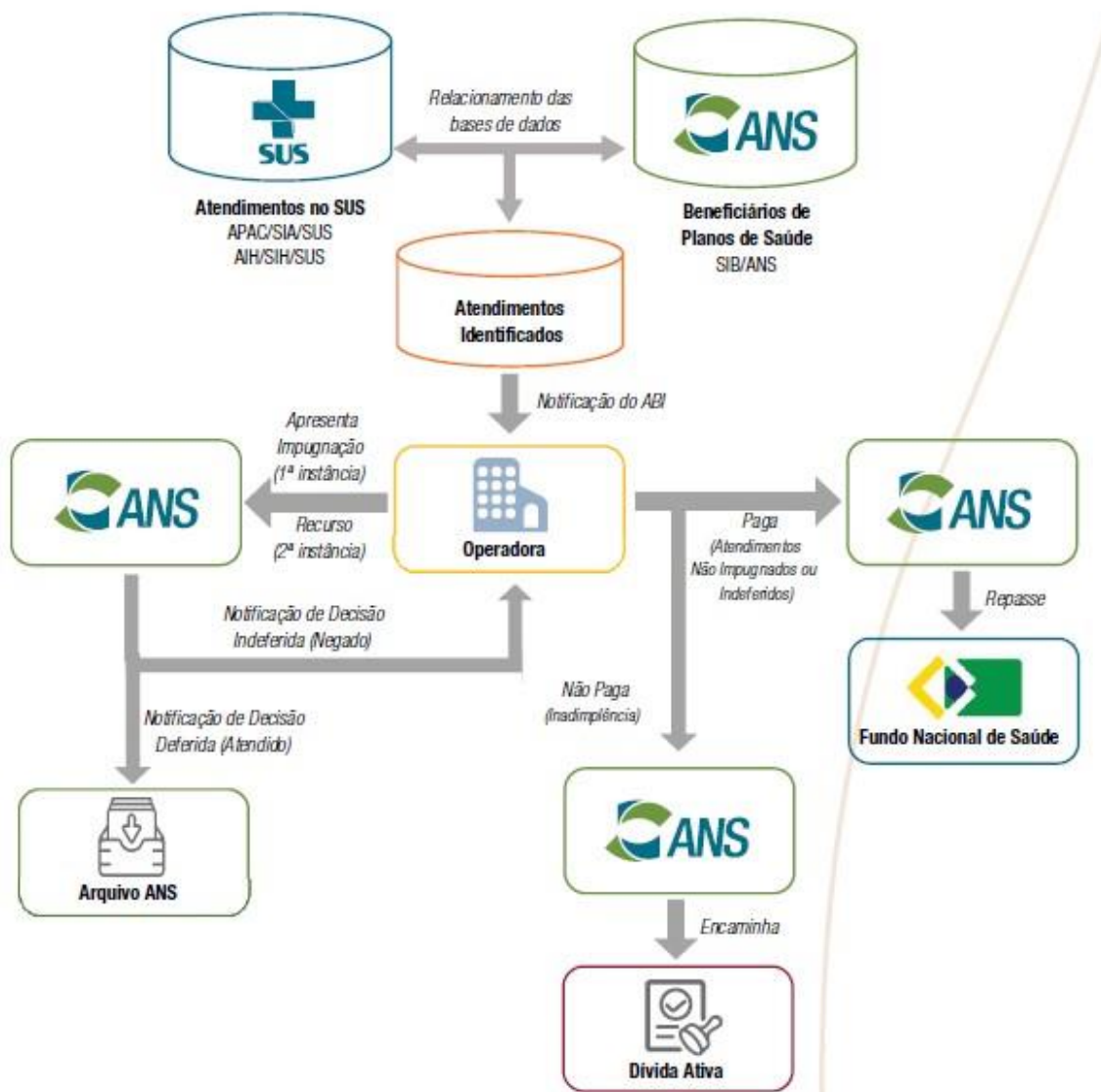
Esse mecanismo foi legalizado pela lei N° 9.656/1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e, posteriormente, atualizada pela medida provisória N° 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. De acordo com o art. 32, alterado pela medida provisória, o ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base de regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Quando verificada a ocorrência da obrigação legal do ressarcimento ao SUS, as operadoras são notificadas com expedição do denominado Aviso de Beneficiário Identificado (ABI). Neste ato, a operadora pode apresentar a impugnação com as razões acerca da inexistência de eventual obrigação legal do ressarcimento. Quanto ao valor a ser cobrado pelo atendimento, estipula-se que ele não pode ser inferior àqueles praticados pelo SUS, nem superior aos praticados pelas operadoras de planos de saúde.

No entanto, caso a operadora de plano de saúde não proceda ao recolhimento dos valores devidos à título de ressarcimento ao SUS até o prazo assinalado, os valores serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual competirá adotar as providências necessárias para a cobrança judicial dos referidos créditos, como por exemplo o ajuizamento da respectiva execução fiscal em face da operadora de plano de saúde, com os acréscimos de juros de mora de um por cento e multa de mora de dez por cento, sendo possível a celebração de parcelamento do débito junto a ANS, nas condições a serem previstas em legislação (MORAES, 2019, p. 97).

Na figura 1 apresentada, pode-se compreender melhor como funciona o procedimento de ressarcimento:

FIGURA 1 – O processo de ressarcimento ao SUS



Fonte: Boletim Informativo: Utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS – 10ª edição (ANS, 2020).

O ressarcimento ao SUS torna-se muito importante para o financiamento da rede pública-estatal, pois, de acordo com o Boletim Informativo (2020), em média a cada trimestre, de 2015 a 2019, foram realizadas 2,9 milhões de internações e 7,4 milhões de atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, pelos usuários dos planos privados de saúde. Logo, uma quantia considerável de procedimentos tem ficado sob a responsabilidade da rede pública, demonstrando o parasitismo da saúde suplementar e a importância do devido ressarcimento, no intuito de devolver recursos essenciais para a constituição do fundo público e para o funcionamento do SUS.

No ano de 2017, a ANS lançou o maior número de Avisos de Beneficiários Identificados (ABIs) da história do ressarcimento ao SUS, 8 ABIs no total, tendo identificado a maior quantidade de procedimentos e de valores desde que a atividade passou a ser exercida pela agência. Já em 2018, foram lançados 7 ABIs com a finalização da cobrança de APACs retroativas, de modo a atingir patamares semelhantes a 2017. No ano de 2019, com a finalização do legado de APACs, foram lançados 6 ABIs (ANS, 2020, p. 13).

Diante disso, é importante averiguar como tem se dado o processo de ressarcimento ao SUS nos governos Temer e Bolsonaro (2016-2019), conforme apresentado na tabela 7.

TABELA 7 – Pagamento do ressarcimento ao SUS por ano de lançamento de ABI (em milhões).

Ano de lançamento dos ABIs	Total identificado no ano	Total cobrado – GRUs entre 2001-2020 (R\$)	Valor total pago à vista (R\$)	Total parcelado (R\$)	Total pago + parcelado (R\$)	Índice de efetivo pagamento
Anos anteriores	2.924.157.830	2.910.105.899,98	12.980.150,28	644.606.678,58	657.586.828,86	23%
2015	410.594.956	408.012.433,02	626.896,45	117.234.094,71	117.860.991,16	29%
2016	650.144.970	645.816.921,35	4.224.467,53	190.356.236,21	194.580.703,74	30%
2017	984.695.490	978.594.858,01	34.500.949,17	251.010.258,81	285.511.207,98	29%
2018	790.237.438	788.206.351,38	64.804.306,79	189.294.940,53	254.099.247,32	32%
2019	561.911.181	561.774.268,64	119.386.420,50	119.579.189,50	238.965.610	43%
TOTAL	6.321.741.866	6.292.510.732,38	236.523.190,71	1.512.081.398,34	1.748.604.589,05	28%

Fonte: Elaboração própria a partir da base de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2020).

A partir dos dados acima, verifica-se que, no ano de 2019, o valor cobrado foi de, aproximadamente, R\$ 561,7 milhões, enquanto, o valor pago à vista foi de R\$ 119,3 milhões, totalizando (com o valor parcelado) uma margem de 43% de pagamento efetivo. Além de ter sido o ano com a maior porcentagem de pagamento (conforme a tabela 7), ou seja, mesmo existindo uma legislação que obriga o ressarcimento ao SUS, ela não vem sendo cumprida, e o Estado não tem se preocupado em cobrar. Processo que fortalece a saúde suplementar, pois são serviços que deveriam ser ofertados pelos planos privados de saúde, mas ficam sob a responsabilidade do SUS, aumentando sua margem de lucro.

Deste modo, o ressarcimento ao SUS tem servido como mecanismo de economia na oferta de serviços pela saúde suplementar, pois ao negar determinado atendimento o

usuário busca o mesmo através do SUS, processo que contribui com o fortalecimento das operadoras de planos privados de saúde e sobrecarrega ainda mais a rede pública, especialmente a pública-estatal.

Com isso, conclui-se que tanto os gastos tributários quanto o ressarcimento ao SUS são mecanismos que demonstram a relação parasitária da saúde suplementar com o SUS, pois viabilizam a apropriação do fundo público da saúde pelo capital. Além de favorecer os processos de supercapitalização da saúde, que, com a precarização do SUS, incentiva a população a procurar os serviços de saúde pelo mercado.

4.4 A proposta de planos privados de saúde acessíveis e a desregulamentação da ANS

O governo de Temer propôs, no âmbito da saúde, como política central, a viabilização dos planos de saúde acessíveis. Neste intuito, o ministro da saúde Ricardo Barros, afirma a necessidade de mudanças constitucionais por ser impossível a garantia da universalidade na saúde por meio do Estado, tendo como justificativa o teto dos gastos, criado pelo próprio governo. No entanto, Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) relatam que o referido ministro da saúde teve seu financiamento de campanha para deputado federal, pelo Estado do Paraná, vinculado a um consórcio de planos privados de saúde, o que demonstra os interesses diretos do capital por traz dos processos decisórios do governo.

Diante disso, foi criada, pelo Ministério da Saúde, a Portaria N° 1.432, 4 de agosto de 2016, que institui um grupo de trabalho (GT) para discutir o projeto de planos de saúde acessíveis. Ela foi composta por um representante do Ministério da Saúde, da ANS e da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNseg); sendo coordenada pelo Ministério de Saúde.

Esse GT resultou no ofício N° 60-GS, 18 de janeiro de 2017, da Secretaria de Atenção à Saúde, encaminhado à ANS para avaliação e manifestação com relação à sua viabilidade técnica. A justificativa apresentada pelo GT, para a criação dos planos de saúde acessíveis, foi a crise econômica atravessada pelo país, desde 2013, fator que impactou no mercado de trabalho, diminuindo a capacidade de compra da população e afetando, dessa forma, o mercado de planos privados de saúde. Portanto, com essa tentativa de fragmentação dos planos privados, eles buscam retomar o crescimento do mercado de saúde suplementar, até então fragilizado.

Desse modo, analisa-se que, diante de uma possível crise dos planos privados de saúde, quem assume a responsabilidade, de retomar o mercado de saúde, é o Estado. Com isso, é o Estado quem, sob a justificativa de limitação de recursos para o fortalecimento do SUS, cria ou aprofunda nichos de acumulação capitalista, materializadas nos planos de saúde acessíveis. Ou seja, é ele o principal mediador dos processos de supercapitalização da saúde.

Por conseguinte, o GT apresentou três propostas, analisadas por Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018):

- Plano Simplificado: cobertura para atenção primária, incluindo consultas nas especialidades previstas no Conselho Federal de Medicina (CFM) e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade. Nessa proposta não há previsão para exames ambulatoriais de alta complexidade, para internação, terapias e exames de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência e hospital dia.

- Plano Ambulatorial + hospitalar: cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade. O paciente passaria obrigatoriamente por uma prévia avaliação realizada por médico da família escolhido pelo beneficiário. Caberá a esse médico encaminhar o paciente para a rede especializada, caso julgue necessário. Havendo indicação para atendimento hospitalar, o beneficiário poderá ser encaminhado para uma segunda avaliação médica que reafirme a necessidade para o encaminhamento do procedimento. Vale ressaltar que a cobertura do plano está adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município e à capacidade operacional da rede particular. Bem como a criação de dupla autorização pela operadora, o que é vedado pela legislação, dificultando o acesso após uma única autorização.

- Plano em Regime Misto de Pagamento: oferece serviço por intermédio de contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva, bem como, quando necessário, atendimento ambulatorial. Fica sob a responsabilidade do beneficiário o pagamento do procedimento, de acordo com valores previstos em contrato. Os modelos de pré e pós-pagamento serão acordados, assegurando o Rol de Procedimentos da ANS. Nessa modalidade as operadoras estariam livres para cobrar um fator moderador (coparticipação) de 50%. (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018 p. 14)

Ou seja, essa nova modalidade de plano, apresentada por eles, representa a fragmentação e limitação do acesso à saúde e, neste sentido, perde-se o princípio de integralidade dos serviços, colocando sob a responsabilidade do indivíduo o acesso aos serviços não cobertos pelo plano escolhido. Essa perspectiva vai de encontro com o ideário neoliberal para a saúde, proposto pelos organismos internacionais, como o Banco Mundial (BM). Segundo colocam Rizzotto e Campos (2016), para o BM:

A intervenção do Estado deveria ocorrer apenas para regular a oferta e garantir 'mínimos essenciais', organizando ainda um aparato público reduzido que desenvolvesse ações tradicionais de saúde pública, controlando epidemias e

riscos tendentes a desestruturar o mercado (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016, p. 264).

Nesse sentido, o Banco Mundial defende que a população acesse a saúde hegemonicamente pela via do mercado e os serviços públicos desempenhem um papel assistencialista. Algo propagado pelo governo de Temer e que vem sendo viabilizado pelo governo de Bolsonaro, apesar das resistências políticas presentes.

De modo geral, essa proposta de plano de saúde acessível, tem como objetivo atingir a população mais empobrecida com uma série de limitações de acesso, tendo como único intuito a retomada do mercado de saúde suplementar. Logo, observa-se que a medida além de sobrecarregar o SUS, não aprimora os serviços para a população usuária da saúde suplementar. Contudo, o que se propõe é uma reconfiguração na política pública de saúde que se assemelha muito ao ideário da Cobertura Universal da Saúde (CUS). Segundo Correia (2018), essa cobertura significa a substituição da oferta universal e gratuita pelos sistemas de saúde, por um mix entre o provimento de saúde para população via Estado, e o acesso via Seguradoras de Saúde e planos privados para aqueles que podem pagar. “Trata-se de um neouniversalismo, que subverte o caráter universal do SUS” (CORREIA, 2018, p. 24).

Segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), várias entidades apresentaram posicionamento contrário aos planos de saúde acessíveis. O Conselho Nacional de Saúde (CNS), por exemplo, em moção de repúdio, enfatizou que esta proposta subverte o papel do Estado e representa inúmeros retrocessos, além das restrições de cobertura e da diminuição da competência regulatória da ANS. A associação dos servidores e demais trabalhadores da ANS, destacam que a proposta limita a cobertura garantida pela Lei N° 9.656, que regulamenta os planos privados, concordando com o CNS quanto a redução do processo regulatório. “Ressalta também que os serviços oferecidos serão parcelados, de baixa qualidade e jogando para o sistema público os procedimentos de alto custo” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 15).

Para fortalecer esses ideais de reconfigurações na saúde, a favor da saúde suplementar, o governo de Temer se articulou ao Instituto Coalizão Saúde (ICOS), órgão que elaborou um documento denominado: “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, publicado em 2017; e possui o intuito de elaborar um novo sistema de saúde para o Brasil.

O ICOS surgiu em 2014, pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), reunindo uma parte significativa da cadeia produtiva da saúde. Segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), o objetivo da criação da instituição foi influenciar nas eleições federais de 2014. Em 2016, ampliou-se o número de associados, totalizando vinte e quatro, algumas delas: Johnson & Johnson; Qualicorp e Unimed Brasil; Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaude); Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma); Confederação Nacional de Saúde (CNS) e Confederação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas.

Dessa forma, o documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, apresenta inúmeras mudanças na oferta de serviços de saúde. Para isso, ele utiliza o art. 199, da CF/1988, no § 1º, que traz que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde. Porém, eles subvertem a forma como foi prevista essa complementaridade, pois a Lei Orgânica da Saúde N° 8080 de 1990, assegura que só se pode recorrer ao setor privado quando os serviços disponíveis no SUS forem insuficientes para a demanda populacional, sendo vetado concessões e auxílios a instituições de saúde que apresentem finalidade lucrativa. Isto é, o ICOS utiliza-se desse artigo da CF/1988 para justificar a reconfiguração na forma de ofertar saúde, permitindo uma relação parasitária da saúde suplementar sobre o SUS, de modo que o SUS torne-se complementar ao privado.

A união de toda cadeia produtiva para pensar o sistema de saúde do Brasil é um fato inédito e uma oportunidade única. O ICOS discute e propõe soluções para nosso sistema de saúde público e privado, de forma integrada. Mostrar caminhos para que eles se tornem de fato complementares, como prevê nossa constituição, e não concorrentes (INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE, 2017b, p. 5).

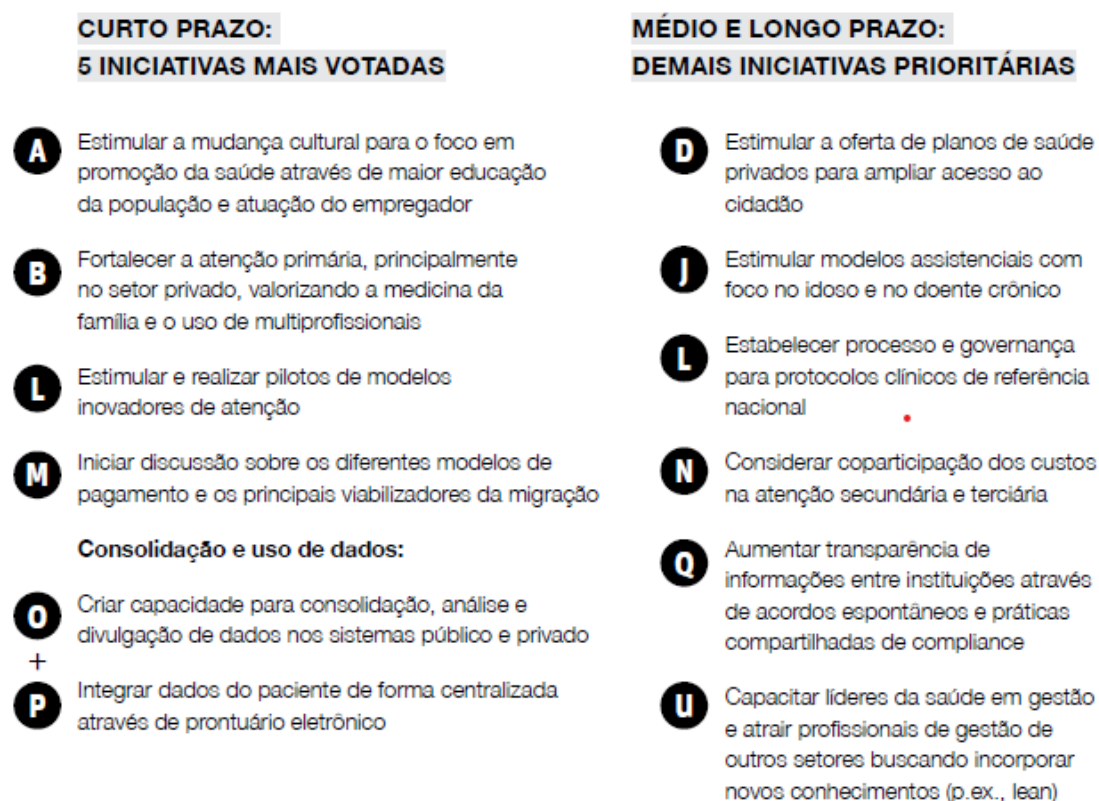
O documento propõe algumas iniciativas, dentre elas: fortalecer a atenção primária em saúde, principalmente no setor privado, valorizando medicina da família e uso de equipes multiprofissionais; viabilizar modelos mais flexíveis de planos privados de saúde para ampliar o acesso ao cidadão; ampliar ações intersetoriais (saneamento, segurança e habitação) por meio de parcerias com o setor privado; considerar coparticipação como forma de incentivar a utilização racional dos recursos do sistema; criar modelos menos burocráticos, juridicamente seguros, mais eficientes e transparentes para contratação do setor privado pelo público.

Outro fator destas iniciativas, é o foco em ampliar a atenção primária no setor de saúde suplementar, como porta de entrada aos serviços. Diferente do proposto pela

reforma sanitária e implementado no SUS, essa atenção primária funcionaria sob a perspectiva neoliberal para a saúde. O objetivo é criar barreiras de atendimento aos usuários dos serviços, conforme já apresentado na proposta de planos de saúde acessíveis, que se tem etapas de avaliações feitas por médicos para liberação a determinados atendimentos, retardando a sua oferta, o que pode agravar o quadro do paciente/usuário.

Nesse sentido, o documento apresenta um quadro com iniciativas a curto e longo prazo, demonstrado na figura 2, a seguir:

FIGURA 2 – Jornada de implementação de um novo sistema de saúde para o Brasil (ICOS, 2017).



FONTE: Análise da equipe

Pode-se inferir, portanto, que as ações do ICOS e do governo de Temer, ao tentar implementar os planos de saúde acessíveis, se alinham e apontam para um serviço de saúde que subordina o SUS ao mercado, colocando como central a saúde suplementar.

No governo de Bolsonaro, verificou-se a tentativa de modificação da lei de planos privados de saúde (Lei N° 9.656 de 1998). Segundo Bahia, Lazzarini, Scheffer (2019), o projeto de lei contém 89 artigos e propõe a redução de coberturas, libera reajustes de mensalidades, acaba com o ressarcimento ao SUS e desregulamenta a ANS.

Tão grave quanto as mudanças pretendidas, foi a maneira como o projeto foi formulado e supostamente encaminhado ao Legislativo. Ao apresentar uma proposta pronta e acabada, uma iniciativa explicitamente autoritária, seus autores desprezam o debate e os processos democráticos de construção das normas sociais (BAHIA; LAZZARINI; SCHEFFER, 2019, p. 3).

De acordo com os referidos autores, esta proposta de lei, retoma, em certa medida, as formas contratuais excludentes vivenciadas antes da legislação de 1998. “Trata-se de uma proposição que ‘moderniza’ e incorpora velhas propostas de comercialização de planos de saúde apenas para consultas médicas básicas ou de planos ‘populares’ com coberturas reduzidas” (BAHIA; LAZZARINI; SCHEFFER, 2019, p. 3).

Além disso, Alves e Santos (2020) abordam que o projeto de lei também propõe a retomada do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), retirando qualquer poder decisório antes concernente à ANS, ficando o CONSU responsável por decidir os reajustes de planos individuais e familiares, baseando-se em notas técnicas das operadoras (o que pode significar reajustes extraordinários quando as contas das operadoras estiverem desequilibradas), e definir o rol de procedimentos obrigatórios que as operadoras devem oferecer. Desse modo, o que se propõe é uma flexibilização da ANS para garantir a ampliação do mercado de planos e seguros privados de saúde, modificando os serviços de saúde em prol de seus interesses de acumulação.

O CONSU é composto apenas por membros do Ministério do governo federal, o que pode significar uma tentativa do governo de Bolsonaro em avançar com as medidas neoliberais de saúde, barradas durante governo de Temer, como o plano de saúde acessível. Ante o exposto, essa ação significa mais uma das inúmeras movimentações governamentais para garantir a supercapitalização da saúde, diante de um receituário neoliberal mais ortodoxo.

Neste sentido, Bahia, Lazzarini; Scheffer (2019) apresentaram em sua pesquisa, intitulada “Análise preliminar da proposta de nova lei elaborada pelas empresas de planos de saúde”, os principais pontos do projeto de lei, expostos a seguir:

- *Quanto à cobertura*, ela passa a ser dividida em módulos assistenciais limitados de acordo com determinados serviços de saúde. No atendimento ambulatorial, o plano de saúde ofertaria três módulos: consultas médicas (básicas); serviços de apoio diagnóstico e tratamento; e terapias. Para internações hospitalares, seriam dispostos oito módulos: emergência; internação; internação em centros de terapia

intensiva; pagamento de honorários de profissionais de saúde; exames e medicamentos; taxas para admissão em centros cirúrgicos; acompanhantes para adultos; e atividades de fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia e psicologia. Diante disso, o usuário adquiriria o plano privado de saúde segundo um determinado pacote de módulos, limitando seu acesso aos serviços. “Pressupõe-se, erroneamente, que um atendimento no módulo consulta não possa desencadear encaminhamentos para atendimento hospitalar e outras modalidades assistenciais. Coberturas restritas que não garantem a integralidade [...] irão transferir responsabilidades das empresas que vendem planos de saúde para indivíduos, para as famílias e para o SUS” (BAHIA; LAZZARINI; SCHEFFER, 2019, p. 5).

- *Quanto aos prazos para atendimento*, eles deixariam de existir, ficando as operadoras de planos privados de saúde livres para delimitar seus prazos, podendo postergar consultas e internações. Realidade que pode agravar as condições clínicas dos usuários.
- *Quanto às barreiras de acesso*, eles criariam uma triagem para verificar se o usuário deve ou não acessar determinado serviço. “Pelas novas regras, a atenção especializada e de alto custo poderia ser negada com base em normas legalmente instituídas. Os pacientes não acessariam serviços até mesmo credenciados pela operadora” (BAHIA; LAZZARINI; SCHEFFER, 2019, p. 7).
- *Quanto aos planos individuais*, um dos objetivos da proposta de lei é aumentar a oferta deste tipo de plano. Portanto, traz-se a ideia de cobertura reduzida e incentivos fiscais às empresas de planos privados de saúde que voltarem a priorizar a oferta dessa modalidade de plano. Essa regra faria crescer a fragmentação do atendimento e a baixa densidade para resolução dos problemas de saúde.

Diante dos elementos expostos, pode-se concluir que ações dos governos de Temer e de Bolsonaro mostram tendências que atendem aos interesses da saúde suplementar, representadas via ICOS. Portanto, analisa-se o avanço por parte do Estado em viabilizar o fortalecimento da saúde suplementar e em destruir os ideais da reforma sanitária previstas no SUS público-estatal, propondo-se a criar, em substituição, um novo sistema de saúde que tenha o SUS amplamente subordinado ao mercado. Processo que evidencia os caminhos que os sujeitos coletivos do neoliberalismo vêm tomando para viabilizar a supercapitalização da política de saúde no Brasil.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da pesquisa apresentada, foi possível elencar inúmeros elementos que demonstram o papel mediador e viabilizador do Estado, em um momento de hegemonia neoliberal, que com os governos de Temer e Bolsonaro, consolidam o aprofundamento de medidas de austeridade, nocivas a classe trabalhadora. Além disso, o estudo evidencia o protagonismo dos governos supracitados em garantir os meios para a supercapitalização da saúde.

A partir de uma análise da queda tendencial da taxa de lucro, em Marx (2017), evidenciou-se a busca desenfreada do capitalismo em encontrar mecanismos de retomada da acumulação capitalista que, em uma de suas principais contradições, tende a decair e gerar crises, devido ao seu próprio desenvolvimento. Com isso, contratendências são criadas tendo o Estado como principal catalisador.

Uma das contratendências apresentadas neste trabalho, foi a necessidade do capital em encontrar formas de realização de seu excedente produzido. Este aspecto pode ser caracterizado através da supercapitalização dos bens sociais, fator que representa um novo estágio ao capitalismo imperialista, classificado por Mandel (1982) como capitalismo tardio.

Diante da crise gerada em 1970 e do avanço do novo estágio capitalista, os ideários neoliberais ganham espaço de efetivação, tornando-se principal recurso capitalista para retomar suas taxas de lucro. Com isso, trazendo a análise para o Brasil, a presente pesquisa parte das contribuições de Behring (2018), quanto a divisão do neoliberalismo em três fases. A primeira fase compreendida no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), segunda fase nos governos de Lula da Silva (2003-2010) e de Dilma Rousseff (2011-2016) e terceira fase a partir dos governos de Temer (2016-2018) e de Bolsonaro (2019-2022). Esta última fase, foco desta pesquisa, apresentou ideários neoliberais mais ortodoxos, com a presença de medidas de austeridade em níveis de violência catastróficas à classe trabalhadora.

As contribuições gramscianas foram centrais para a discussão em torno do golpe de 2016 e a eleição de Bolsonaro. Neste sentido, foi apontado uma crise de hegemonia atrelada a uma crise econômica, que acirrou processos de disputas políticas impulsionadas pela tentativa de restauração do poder de classe da burguesia nacional e internacional;

assim como o fim dos processos de conciliação defendidos nos governos do PT. Essas disputas, mesmo com a eleição do governo Bolsonaro, de extrema direita, ainda se mantêm em movimento; apontando para mudanças seja a favor de um ambiente mais progressista, seja a favor do autoritarismo. Portanto, analisa-se o momento atual como de interregno, em que sintomas mórbidos aparecem (como a ascensão de um governo autoritário), tornando a luta de classes e a organização da classe trabalhadora extremamente decisiva e necessária.

Quanto a saúde, o neoliberalismo radicalizado presente nos governos de Temer e de Bolsonaro contribuiu com o avanço da ofensiva do projeto privatista na saúde. Diante disso, observa-se a centralidade desses governos em mediar os processos de supercapitalização da política de saúde, direcionados a fortalecer o setor de saúde suplementar. Com isso, enfatiza-se aquilo apontado por Dardot e Laval (2016), de que, no neoliberalismo, o Estado direciona suas ações, majoritariamente, para garantir a acumulação desenfreada do capital, favorecendo a criação de situações de mercado (supercapitalização) para o avanço capitalista.

O processo de desfinanciamento do SUS surge, a partir do congelamento dos gastos sociais na saúde, com a EC N° 95/2016. Medida que acontece em um momento conjuntural de crise do capitalismo brasileiro, no qual, a partir de 2015, observa-se a queda tendencial do número de usuários dos planos privados de saúde. Esse aspecto representa uma ameaça ao setor de saúde suplementar. Desse modo, os governos supracitados se articulam com o empresariado da saúde, representado no Instituto Coalizão Saúde, para reestruturar a política de saúde, a favor de seus interesses mercadológicos.

O objetivo é tornar o SUS complementar ao mercado privado de saúde e útil para a transferência de custeio, ou seja, para aquilo não é de interesse/lucrativo para a acumulação do capital na saúde; buscando frear possíveis crises futuras decorrentes da queda do número de usuários. Isto posto, é o Estado quem vai se responsabilizar por viabilizar esse processo, através da criação de estratégias que busquem fragilizar a hegemonia de um SUS público-estatal e universalizado; fortalecendo, em contrapartida, uma política de saúde neoliberal que coloque o setor de saúde suplementar como protagonista no acesso ao fundo público da saúde no Brasil. Ou seja, demonstra-se o protagonismo do Estado no “salvamento” de setores capitalistas em crise, representado aqui no complexo privado de saúde.

Em vista disso, as ações governamentais são caracterizadas por medidas como: o crescente subsídio à saúde suplementar, via gastos tributários; a permissão de reajustes alarmantes no preço dos planos privados de saúde; a utilização pela saúde suplementar dos serviços próprios do SUS, sem realizar o devido ressarcimento; a proposta dos planos de saúde acessíveis; a articulação governamental com o Instituto Coalizão Saúde, que possui um documento de mudanças na oferta de serviços de saúde a serem efetivadas pelo Estado; a tentativa de modificação da Lei N° 9.656 de 1998, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e regulamenta os planos privados de saúde; a retomada do Conselho de Saúde Suplementar, que desde a criação da ANS havia sido desligado e que se apresenta como um órgão superior aos processos decisórios relativos a ANS.

Portanto, observa-se que a centralidade dada ao fortalecimento da saúde suplementar e a responsabilização posta para a população em viabilizar o acesso a saúde pelo mercado, são fatores que se aproximam às recomendações do Banco Mundial de implementação da Cobertura Universal de Saúde e a hegemonia da perspectiva neoliberal da saúde. Logo, devido a magnitude do objeto estudado, esta pesquisa não se debruçou em esgotar o tema, mas em realizar aproximações, buscando esclarecer a atual realidade em torno do direito à saúde.

Com isso, a pesquisa se propõe a contribuir com a luta em defesa do SUS público-estatal, trazendo elementos que desvelem a realidade e que sirvam de suporte aos movimentos sociais para lutar pelo direito à saúde, baseando-se em um novo projeto societário mais justo e igualitário. Logo, a importância desta pesquisa esteve em trazer elementos que desvendam o atual estágio capitalista e neoliberal no Brasil, que tem o protagonismo do Estado como agente essencial para viabilizar os processos de supercapitalização necessários ao empresariado da saúde, diante da crise estrutural.

Os atuais processos de expropriação dos direitos sociais, explanado e trabalhado por Mota (2018), acontece ao tempo em que esses serviços são entregues ao capitalismo e transformados em fontes de lucros. A agenda neoliberal da saúde articula o protagonismo do Estado em sustentar o mercado de saúde, com a responsabilização do indivíduo em atuar como único agente viabilizador na garantia de suas necessidades de reprodução social. Dito isto, aponta-se alguns elementos a serem aprofundados em futuras pesquisas, relevantes para a compreensão da realidade atual, de avanço do caráter destrutivo do capital e da necessidade de resgatar os ideários da reforma sanitária que pautem um projeto societário emancipatório.

6 REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa. **O projeto ético-político do serviço social brasileiro: ruptura com o conservadorismo**. São Paulo: Cortez Editora, 2019. 279 p.

ANDERSON, Perry. **Brasil à parte**. São Paulo: Boitempo, 2020. 192 p.

ALVES, Pâmela Karoline Lins. A ampliação da saúde suplementar com apoio estatal: incentivos, desonerações e subsídios do Estado brasileiro. *In*: CORREIA, Maria Valéria Costa. **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado: desmonte de SUS público, estatal e universal**. Maceió: Edufal, 2018. p. 101-122.

ALVES, Pâmela Karoline Lins; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Expropriações contemporâneas: o apoio estatal à saúde suplementar no Brasil. **Argumentum**, Vitória, v. 2, n. 12, p. 253-269, ago. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Boletim Informativo: utilização do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS**. 10 ed. 2020.

BAHIA, Lígia; LAZZARINI, Marilena; SCHEFFER, Mario. **Análise preliminar da proposta de nova lei elaborada pelas empresas de planos de saúde**. 2019. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/publicacoes/>. Acesso em: 26 maio 2021.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191-209, jun. 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: algumas reflexões. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2011. Cap. 2. p. 15-28.

BEHRING, Elaine. Estado no capitalismo: notas para uma leitura crítica do Brasil recente. *In*: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine; LIMA, Rita de Lourdes de. **Marxismo, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2018. Cap. 2018. p. 39-72.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 1, n. 10, p.9-23, jan. 2018.

BOSCHETTI, Ivanete Salette; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. O draconiano ajuste fiscal no Brasil e a expropriação de direitos da seguridade social. *In*: SALVADOR, Evilásio;

BEHRING, Elaine; LIMA, Rita de Lourdes de. **Crise do capital e fundo público**. São Paulo: Cortez Editora, 2019. p. 67-89.

COSTA, Laila Talita da Conceição; MÉLLO, Livia; NOGUEIRA, Priscila Tamar Alves. Desenvolvimento do capitalismo no Brasil e as tendências da política de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 4, n. 27, p. 1094-1104, 2018.

COSTA, Laila Talita da Conceição. **Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde: interesses representados no poder legislativo e as ameaças ao direito à saúde**. 2017. 131 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde**. In: CORREIA, M.V.C; SANTOS, V.M. dos (Org.) Reforma sanitária e Contrarreformas na saúde: interesses do capital em curso. Maceió: Edufal, 2015.

COALIZÃO SAÚDE BRASIL. **Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde**. São Paulo: Coalizão Saúde Brasil, 2017.

GRUPO DE ESTUDOS SOBRE PLANOS DE SAÚDE. **Planos de saúde “falsos coletivos”**: crescimento do mercado e reajuste de preços (2014-2019). crescimento do mercado e reajuste de preços (2014-2019). 2019. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/publicacoes/>. Acesso em: 26 mai. 2021.

CASTELO, Rodrigo. Supremacia rentista no Brasil neoliberal e a violência como potência econômica. **Universidade e Sociedade**, Brasília, v. 60, p. 58-71, jul. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016. 2020**. Disponível em: < [DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Boitempo, 2016. 413 p.](https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016#:~:text=Conforme%20metodologia%20de%20c%C3%A1lculo%20utilizada,%24%20122%2C6%20bilh%C3%B5es%20aplicados.> .>. Acesso em: 12 mai. 2021</p></div><div data-bbox=)

DWECK, Esther. Brasil em queda livre. **Jacobin Brasil**, São Paulo, v. 1, p. 62-71, nov. 2019.

FERNANDES, Elaine Nunes Silva. **Crise do capital e as consequências da reversão neocolonial: para a questão agrária brasileira**. Maceió: Edufal, 2019a.

FERNANDEZ, Sabrina. **Sintomas Mórbidos: a encruzilhada da esquerda brasileira**. São Paulo: Autonomia Literária, 2019b. 387 p.

FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES. **Ponte para o futuro**. Brasília-DF, 2015. Disponível em: <<https://www.fundacaoulysses.org.br/blog/acervo/>>. Acesso em: 19/03/2021.

FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES. **Travessia Social**. Brasília-DF, [2016]. Disponível em: <<https://www.fundacaoulysses.org.br/blog/acervo/>>. Acesso em: 19/03/2021.

GUIMARÃES, Cátia. Saúde: a voz das ruas e a voz do mercado. **Poli**. Rio de Janeiro, v.29, n.0, p.4-10, ago. 2013.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1989.

HARVEY, David. **O Enigma do Capital: e as crises do capitalismo**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2011. 235 p.

HARVEY, David. **O neoliberalismo: história e implicações**. 5. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014. 252 p.

IASI, Mauro Luis. Cinco teses sobre a formação social brasileira: notas de estudo guiadas pelo pessimismo da razão e uma conclusão animada pelo otimismo da prática. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 136, p. 417-438, dez., 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA E ECONOMIA APLICADA (IPEA). **Políticas sociais: acompanhamento e análise (área: saúde)**. Brasília: Livraria Ipea, 2020. 54p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).

Desemprego cai para 11,9% na média de 2019; informalidade é a maior em 4 anos.

Disponível em: <[LÖWY, Michael. Conservadorismo e extrema-direita na Europa e no Brasil. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 124, p. 652-664, dez. 2015.](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26741-desemprego-cai-para-11-9-na-media-de-2019-informalidade-e-a-maior-em-4-anos#:~:text=A%20taxa%20m%C3%A9dia%20de%20desocupa%C3%A7%C3%A3o,hoje%20(31)%20pelo%20IBGE.>. Acessado em: 26. mai. 2021.</p></div><div data-bbox=)

MACHADO, Felipe Galvão. **Renúncia de Arrecadação Fiscal em Saúde no Estado Brasileiro: forma política-jurídica no capitalismo contemporâneo**. 2017. 83 p. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

MARX, Karl. **O capital**. São Paulo: Boitempo, 2017. 980 p.

MARINI, Ruy Mauro. **Dialética da dependência: uma ontologia da obra de Ruy Mauro Mairini**. Petrópolis: Editora Vozes, 2000. 295 p.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Tese de Doutorado em Sociologia e Política, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG: 2003. 402 p.

MENDES, Aquilas; CARNUT, Leonardo. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 4, n. 27, p.1105-1119, 2018.

MANDEL, E. **O Capitalismo Tardio**. 1. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MASCARO, Alysson Leandro. **Crise e golpe**. São Paulo: Boitempo, 2018. 207 p.

MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital**. 2ª. ed. São Paulo: Boitempo, 2011.

MIRANDA, Alcides Silva de. O SUS reduzido a sistema complementar do setor privado. **Revista do Instituto Humanistas Unisinos**, São Leopoldo, v. 541, p.26-33, set. 2019.

MORAES, Vinícius Caleffi de. **Da Abordagem Crítica do Ressarcimento ao SUS e o Acesso à Saúde**. 2019. 131 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Jurídicas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas, Centro Universitário de Maringá, Maringá, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 1.482, de 4 de agosto de 2016**. Institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível. Brasília (DF), 2016b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1482_04_08_2016.html> Acesso em: 26.05.2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Ofício nº 60-GS/SAS**. Proposta de Plano de Saúde Acessível. Brasília-DF, 18/01/2017a. Disponível em: <<http://www.epsvj.fiocruz.br/sites/default/files/files/Proposta-de-Plano-de-Saude-Acessivel.pdf>>. Acesso em: 26.05.2021.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política**: uma introdução crítica. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012. 269 p.

O'CONNOR, James. **USA**: A crise do Estado capitalista. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. 263 p. v. 13.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Países estão gastando mais em saúde, mas pessoas ainda pagam muitos serviços com dinheiro do próprio bolso**. 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5874:países-estão-gastando-mais-em-saude-mas-pessoas-ainda-pagam-muitos-serviços-com-dinheiro-do-próprio-bolso&Itemid=843>. Acesso em: 12 mai. 2021.

PANIAGO, Maria Cristina Soares. Keynesianismo, neoliberalismo e os antecedentes da “crise” do Estado. In: PANIAGO, Maria Cristina Soares (Org.). **Marx, Mézáros e o Estado**. São Paulo: Instituto Lukács, 2012. P. 11-27.

POSSA, Lisiane Bôer. Regulação estatal sim, mas só se for para aumentar o lucro de planos privados. **Revista do Instituto Humanistas Unisinos**, São Leopoldo, v. 541, p.26-33, set. 2019.

SILVA, Joelcio Jackson Lima; SANTOS, Viviane Medeiros dos; CORREIA, Maria Valéria Costa. Política de Saúde e desmonte do SUS no Governo Temer. **Ser Social**, Brasília, v. 23, n. 48, p. 191-210, jun. 2021.

SALVADOR, Evilásio. Fundo público, crise e financeirização da previdência social. In: SALVADOR, Evilásio; BEHRING, Elaine; LIMA, Rita de Lourdes de. **Crise do capital e fundo público**: implicações para o trabalho, os direitos e a política social. São Paulo: Cortez, 2019. p. 99-121.

SALVADOR, Evilásio. A questão tributária em Marx: fundamentos para compreender o financiamento do fundo público. In: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine; LIMA, Rita de Lourdes de. **Marxismo, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2018. Cap. 2018. p. 89-112.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma da política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao Serviço Social. Recife, 2010. Tese (Doutorado em Serviço

Social), Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

SESTELO, José Antonio de Freitas. A relação predatória e concorrencial dos Planos de Saúde com o SUS. **Revista do Instituto Humanistas Unisinos**, São Leopoldo, v. 541, p.14-21, set. 2019.