



Sessão temática Política Social e Serviço Social.

Mesa coordenada Política social e família: a proteção social no contexto de crise do capital.

POLÍTICA DE SAÚDE E FAMÍLIA NA SOCIEDADE BRASILEIRA CONTEMPORÂNEA

ANDREIA DE OLIVEIRA¹

Resumo: O texto de natureza descritiva e exploratória, elaborado por meio de estudo de revisão bibliográfica e documental, foi desenvolvido com o objetivo de apresentar alguns resultados de uma pesquisa qualitativa em andamento sobre o tema “Estado e saúde: os desafios da política de saúde no Brasil contemporâneo”. Foram selecionadas algumas reflexões sobre os processos de privatização e de retrocessos na política de saúde, especialmente no governo de Michel Temer, marcado pelas medidas de austeridade e regressão dos direitos sociais, e suas implicações no aprofundamento da responsabilização da família em relação à proteção e ao cuidado à saúde de seus integrantes.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Família. Assistência Farmacêutica. Saúde Suplementar.

Abstract: The text presented here, in a descriptive and exploratory nature, elaborated through a bibliographical and documentary review study, was developed with the aim of presenting some results of a qualitative research in progress on the theme "State and health: the challenges of politics health in contemporary Brazil ". Some reflections on the processes of privatization and regressions in health policy were selected, especially in Michel Temer's government, marked by austerity measures and regression of social rights, and their implications for deepening the family's accountability for protection and health care of its members.

Keywords: Single Health System. Family. Pharmaceutical care. Supplementary Health.

INTRODUÇÃO

A configuração da política pública de saúde no Brasil, ao longo de sua história, expressa as desigualdades sociais e econômicas da sociedade brasileira e as disputas entre projetos distintos e antagônicos em torno dessa política pública. Com base nas reflexões de Bravo, Pelaez & Pinheiro (2018), três projetos distintos se destacam: o Projeto da Reforma Sanitária, o Projeto Privatista e o Projeto de Reforma Sanitária Flexibilizada.

O Projeto da Reforma Sanitária, construído a partir de meados da década de 1970, com base nas lutas populares e sindicais pelo direito à saúde, tem como

¹ Professora com formação em Serviço Social. Universidade de Brasília. E-mail: <keliregina@yahoo.com.br>.

base a defesa da saúde como direito social, de caráter universal e dever do Estado.

O Projeto Privatista, orientado pelas regras de mercado, representa interesses do setor privado nacional na área de saúde e possui fortes vínculos com o capital internacional, mediante sua relação com o complexo financeiro industrial médico, hospitalar, farmacêutico e de insumos.

O Projeto de Reforma Sanitária Flexibilizada adquire contornos próprios em meio às contradições inerentes à implementação do SUS, no contexto da reconfiguração do Estado brasileiro e do progressivo desmonte e subfinanciamento das políticas públicas. A Reforma Sanitária Flexibilizada se pauta por arranjos institucionais e mecanismos gerenciais, com responsabilização dos profissionais de saúde na adequação da política de saúde às exigências de uma política de rebaixamento da proposta inicial do Projeto da Reforma Sanitária.

Tais projetos sofrem influência do movimento do capital na saúde, expresso em modelagens distintas de escala mundial resultantes das reformas da saúde, ou seja, da Cobertura Universal de Saúde com Seguro Saúde e a dos Sistemas Universais de Saúde Pública. O conceito de Cobertura Universal de Saúde (CUS), segundo Laurell (2016), representa uma espécie de “pensamento único” no campo da saúde, fundamentado em um discurso neoliberal e na garantia de um pacote limitado de serviços, de caráter mercantilizador e individual. Com pretensões hegemônicas em escala mundial, a Cobertura Universal de Saúde (CUS) é apoiada por instituições supranacionais: o Banco Mundial; a Organização Mundial da Saúde (OMS); organizações filantrópicas, como a Fundação Rockefeller; e os novos espaços da oligarquia transnacional, como o Fórum Econômico Mundial. Por outro lado, os Sistemas Universais de Saúde expressam uma visão de mundo na qual o bem estar coletivo, a dignidade e a vida humana constituem valores fundamentais.

As disputas e tensões, presentes entre os diferentes projetos e configurações das políticas de saúde, avigoram a complexidade que envolve a área da saúde, consubstanciada pelos interesses econômicos que a transformam em expressiva área de geração de renda e acumulação de capital.

A política de saúde pós Constituição Federal de 1988, a despeito de algumas inovações e conquistas no âmbito do Sistema Único de Saúde, instituiu, sob influência da agenda neoliberal, um crônico desfinanciamento público e um movimento favorável às privatizações de organizações empresariais e de setores da economia, como também ao fortalecimento de grupos econômicos vinculados ao capital privado nacional e internacional.

Sob influencia neoliberal, a política social e a política de saúde se reportam ao mercado e à lucratividade do setor privado (LAURELL, 2017), de modo sintonizado com a retração e a violação de direitos, a precarização das condições de trabalho, a deterioração das condições de vida e de dignidade da classe trabalhadora e de grupos sociais oprimidos, além de estimular a ascensão do conservadorismo social, político e teórico.

O artigo ora apresentado, de natureza descritiva e exploratória, elaborado por meio de um estudo de revisão bibliográfica e documental, foi desenvolvido com o objetivo de apresentar alguns resultados de uma pesquisa qualitativa em andamento sobre o tema “Estado e saúde: os desafios da política de saúde no Brasil contemporâneo”. Foram selecionadas algumas reflexões sobre os processos de privatização e de retrocessos na política de saúde, especialmente no governo de Michel Temer ⁽²⁾, marcado pelas medidas de austeridade e regressão dos direitos sociais, e suas implicações no aprofundamento da responsabilização das famílias em relação à proteção e ao cuidado à saúde de seus integrantes.

Neste estudo, foram apresentadas considerações sobre algumas medidas socialmente restritivas, adotadas no governo Temer, com destaque para aquelas iniciativas que acentuam diretamente a responsabilização da família nos gastos e cuidados com a saúde, a exemplo de mecanismos relacionados ao financiamento do SUS, da proposta de criação de planos de saúde acessíveis, do Projeto de Lei nº 7.419/2006, que altera o arcabouço legal dos planos

² Considera-se que a condução de Michel Temer à Presidência da República, ocorreu em decorrência no que passou a ser denominado de *Golpe institucional*, com envolvimento do poder judiciário, de setores da representação parlamentar, da grande mídia e do grande empresariado. Esse golpe político foi sustentado por setores de direita e segmentos da classe média, cuja expressão se traduz em um discurso de defesa da família e dos valores religiosos, o qual representa o endosso a uma bandeira política conservadora. (JINKINGS, DORIA; CLETO, 2016).

privados de saúde, e de mudanças nas políticas públicas de assistência farmacêutica.

SAÚDE NO GOVERNO TEMER: A RESPONSABILIZAÇÃO FAMILIAR APROFUNDADA

O redesenho da política social brasileira, mediante um conjunto de leis, direitos e políticas definidos a partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), não se materializou efetivamente, especialmente a partir da incorporação de ajustes neoliberais e de uma contrarreforma do Estado iniciada no decorrer da década de 1990.

Entretanto, apesar de nenhum governo ter assumido efetivamente a Reforma Sanitária Brasileira e a implantação do SUS, alguns avanços e conquistas no âmbito da política de saúde foram conquistados nesses 30 anos de promulgação da Constituição Federal.

Por outro lado, o contexto brasileiro recente após a ruptura democrática marcada pelo Golpe parlamentar-judicial-midiático-empresarial de 2016, sob a justificativa de “rever o tamanho do SUS” e mediante adoção de medidas de austeridade pelo governo Temer colocam em risco a continuidade da construção do Sistema Único de Saúde – SUS, com tendência a instituir uma barbárie sanitária no país com consequências deletérias e nefastas para um contingente significativo da população, de modo especial àqueles segmentos de pessoas que utilizam exclusivamente os serviços e ações de saúde do SUS, estimado em mais de 70% da população.

A aceleração dos processos de contrarreforma e privatização do setor saúde, implementadas pelo governo de Michel Temer, alia-se a um projeto político conservador, ultra neoliberal, *“assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional.”* (BRAVO, PELAEZ & PINHEIRO, 2018, p. 12).

Medidas adotadas pelo governo, como a aprovação da Emenda Constitucional EC-95 ⁽³⁾, o chamado “Novo Regime Fiscal” de instituição do congelamento do gasto governamental em saúde, por um período de vinte anos ⁽⁴⁾; a Desvinculação das Receitas da União; e, mais recentemente, a medida de corte orçamentário na saúde para subsidiar a política de preços da Petrobrás, por meio da Medida Provisória 839, publicada em edição extraordinária do Diário Oficial da União de 31/05/2018, representam contribuições de adensamento ao processo de desmonte do Sistema Único de Saúde.

Tais medidas governamentais consubstanciam tendências à ampliação da responsabilidade da família nos gastos com saúde, e também com o cuidado e acompanhamento de seus integrantes.

Acesso a medicamentos: mudanças introduzidas após o golpe institucional

A garantia de acesso a medicamentos essenciais para atender às necessidades de saúde da população brasileira consta na Política Nacional de Medicamentos – PNM, estabelecida em 1998, e também na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, desenvolvida em 2004.

Portanto, o acesso da população não somente às políticas públicas relativas ao medicamento, mas à assistência farmacêutica integral, encontra-se contemplado em diversos quesitos das duas políticas públicas farmacêuticas, lavradas a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde, promulgada por meio da Lei Federal 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990).

A Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu Artigo 6º determina, como campo de atuação do SUS, a formulação da política de medicamentos e atribui ao setor saúde a responsabilidade pela execução de ações de assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacêutica. (BRASIL, 1990).

³ As possíveis implicações do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS e para a garantia do direito à saúde, contidas na proposta inicial que deu origem à Proposta de Emenda à Constituição Nº 241/2016 (PEC 241), foram analisados em artigo (VIEIRA; BENEVIDES, 2016) e em nota técnica do IPEA, publicada em 21/09/2016. (VIEIRA; BENEVIDES, 2016a).

⁴ Estima-se que as perdas provocadas pela EC 95 para o SUS, até 2036, poderão variar de R\$ 168 bilhões, em valores de 2016 à taxa de crescimento anual média do Produto Interno Bruto (PIB) de 1%, a R\$ 738 bilhões, com taxa de crescimento anual média de 3% do PIB. (Vieira et al, 2018).

No percurso de construção do SUS, algumas estratégias foram implementadas para melhorar o acesso aos medicamentos e a qualidade da assistência farmacêutica, por meio de iniciativas como a: regulamentação dos genéricos (Lei 9.787, de 10 de Fevereiro de 1999); ampliação do financiamento destinado à assistência farmacêutica pelo Ministério da Saúde; a criação dos Componentes Básico, Estratégico e Especializado da Assistência Farmacêutica; a ampliação dos Programas de DST/AIDS e Hepatites Virais; o fortalecimento da oferta aos hemoderivados; a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, de 2004; o Programa QualifarSUS (Portaria GM/MS 1.214 de 13/06/2012); a criação do Programa Farmácia Popular (Decreto 5.090, de 20 de maio de 2004) ⁽⁵⁾, dentre outros.

Costa et al. (2017) expõem que o setor farmacêutico tem apresentado relevância crescente no âmbito das políticas públicas, com ampliação do investimento público destinado à assistência farmacêutica (AF), de cerca de R\$ 2 bilhões em 2003, para aproximadamente R\$15 bilhões em 2015, o que significou um aumento de 5,8% do orçamento do órgão gestor federal de saúde, em 2003, para 14% do orçamento em 2015. Os dados apresentados no presente estudo, com base nas análises do inquérito PNAUM 2013/2014, indicam que a maioria dos usuários obteve os medicamentos necessários nas farmácias do SUS, ao mesmo tempo em que foi observada uma baixa disponibilidade média de alguns medicamentos traçadores da atenção primária, permanecendo o

⁵ O Programa Farmácia Popular foi criado por meio do Decreto 5.090, de 20 de maio de 2004. Envolveu inicialmente o funcionamento de redes próprias geridas pela Fiocruz em parceria com Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos. A partir de 2006, expandiu-se, credenciando estabelecimentos farmacêuticos do setor privado. Atualmente, o PFPB está regulamentado pela Portaria nº. 971 de 15/05/2011, em suas duas vertentes de organização — Rede Própria (RP) e Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP). Em fevereiro de 2011, tornaram-se isentos de copagamento, os medicamentos para tratamento da hipertensão e diabetes sem necessidade de desembolso de recursos financeiros por parte dos usuários, nas duas vertentes. Esse formato foi formulado como uma "campanha", denominada "Saúde Não Tem Preço". Em 2012, produtos para tratamento da asma também foram inseridos nesta submodalidade. Para os outros medicamentos do elenco, comercializados nas farmácias de ambas vertentes, ainda é exigido copagamento. Com relação ao elenco de medicamentos, o Programa tem como propósito assegurar medicamentos essenciais para o tratamento das doenças mais prevalentes na população. A maioria dos produtos no rol do PFPB estão presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), embora existam alguns que não façam parte do elenco da Relação vigente (2013) ou das anteriores. (SILVIA E CAETANO, 2015)

O Programa Farmácia Popular ao inserir a modalidade do copagamento, abriu uma séria de discussão sobre a sua inconstitucionalidade, a exemplo dos debates nas tradicionais domingueira do Gilson Carvalho. Disponível em: http://idisa.org.br/site/documento_2139_0_2010---27---530---a-inconstitucional-farmAcia-popular.html Acesso: 10/fev de 2018.

desafio de garantir e ampliar o acesso mais equitativo aos medicamentos. (COSTA et al., 2017).

Na PNAUM 2013/2014 (RAMOS et al., 2016) foi identificada a prevalência de utilização de pelo menos um medicamento de uso crônico, com aumento significativo com o transcurso da idade, chegando a 95,0% no segmento etário de 80 anos ou mais.

Para os medicamentos utilizados nos cuidados da hipertensão, a PNAUM 2013/2014 mostrou que a obtenção de medicamentos junto à rede básica do SUS foi de 56%; e no Programa Farmácia Popular do Brasil, foi de 16%, somando, então, 72% de acesso aos medicamentos no SUS. Entretanto, a indisponibilidade de medicamentos no SUS permanece, e a responsabilidade familiar nos gastos com medicamento é relevante, se for considerado o crescimento dos gastos das famílias com medicamentos e planos de saúde, equivalente a 80% do orçamento familiar com saúde, segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) completa, realizada pelo IBGE em 2000-2003, e em outra versão da POF, realizada em 2009-2009 (BRASIL, 2010).

Os gastos com planos de saúde representam uma parcela relevante do gasto total com saúde no Brasil. Garcia et al (2013), ao analisarem dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009, verificaram que as famílias brasileiras tiveram um gasto médio mensal de R\$153,81 com saúde. Medicamentos e planos de saúde ocuparam a maior parcela destas despesas, correspondendo a 76%. Entre as famílias de menor renda, os gastos com medicamentos corresponderam à maior parte do gasto com saúde. Todavia, entre as famílias de maior renda, os planos de saúde foram o principal componente deste gasto (GARCIA, 2015 p. 1426).

Em que pese o processo de privatização na lógica estabelecida no Programa Farmácia Popular do Brasil, principalmente ao beneficiar estabelecimentos privados e na sua modalidade de copagamento, é inegável a ampliação de acesso ao Uso Racional de Medicamentos. Em vez de avançar para o atendimento em rede própria do SUS, sem custo adicional para os usuários de medicamentos, de modo a garantir assistência farmacêutica integral, no governo Temer as 517 farmácias populares da rede própria do Programa são fechadas, tendo o Ministério da Saúde permanecido com o convênio com redes farmacêuticas privadas da modalidade “Aqui Tem Farmácia Popular”, sendo que,

nesse último formato, há previsão de redução dos repasses para a rede conveniada.

No período compreendido entre 2010-2013, segundo dados do IBGE (2015a) – Conta-Satélite de Saúde Brasil, as despesas com medicamentos demonstraram um peso maior no consumo das famílias do que no consumo do governo ⁽⁶⁾. Desta forma, a diminuição de investimento na assistência farmacêutica tem impacto direto para os usuários e famílias, principalmente para os/as idosos/as, que demandam mais medicamentos, se comparado aos indivíduos de faixa etária abaixo de 60 anos de idade.

O cancelamento do Programa Farmácia Popular Rede Própria pelo Governo Temer, somado às alterações dos valores de pagamento para as farmácias credenciadas, realizado em abril de 2018, trará impacto direto no acesso e na atenção integral dos/as idosos, principalmente devido ao fato do Programa ter priorizado o atendimento medicamento gratuito destinados ao tratamento das DCNTs, responsáveis por maior causa de mortalidade entre idosos brasileiros.

Contudo, os desafios que já eram inúmeros para garantir acesso equitativo e integral de medicamentos, em governos anteriores, acentuaram-se, diante das dificuldades relativas ao desfinanciamento do setor saúde e do desmonte dos serviços de assistência farmacêutica implementada pelo governo Temer.

Planos de Saúde Acessível e PL nº 7.419/2006: o desmonte do SUS e o aprofundamento da responsabilização familiar

Em relação ao acesso e utilização dos serviços de saúde e à ocorrência de acidentes e violência, a Pesquisa Nacional de Saúde (2013), ao investigar

⁶ Em 2013, o consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil foi de R\$ 424 bilhões (8,0% do PIB). Desse total, R\$ 190 bilhões (3,6% do PIB) corresponderam a despesas de consumo do governo e R\$ 234 bilhões (4,4% do PIB), equivaleram a despesas de famílias e instituições sem fins de lucro, a serviços das famílias. Do total do consumo final de bens e serviços de saúde, 77,6% foi consumo de serviços e 20,6% de medicamentos. O restante foi, principalmente, consumo de outros materiais médicos, ópticos e odontológicos. No estudo, não foi incluída a parte do Programa Farmácia Popular que transfere recursos para farmácias privadas (“Aqui tem Farmácia Popular”) no consumo de medicamentos pelo governo. (IBGE, 2015a).

aspectos sobre a cobertura de saúde suplementar, apresentou estimativas sobre a proporção da população que tem acesso ao serviço de planos de saúde, e também em termos dos gastos dos moradores com a saúde suplementar. No estudo foi identificado que, em 2013, 27,9% da população possuía algum plano de saúde (médico ou odontológico). Em relação aos grupos de idade, as pessoas de 0 a 17 anos apresentaram a menor proporção de posse de plano de saúde (23,1%), seguidas daquelas de 18 a 29 anos (26,0%). Por outro lado, os grupos de pessoas de 30 anos ou mais de idade apresentaram coberturas estatisticamente semelhantes de posse de planos de saúde, todas superiores a 30,0%. (BRASIL, 2014).

A Agência Nacional de Saúde – ANS ao apresentar dados consolidados da saúde suplementar no Brasil referente a abril/2018, demonstrou que, no período de março/2015, 50,1 milhões de brasileiros/as eram beneficiários de algum plano privado de saúde com assistência médica, com ou sem odontologia. Nos três anos seguintes, de abril/2015 a abril/2018, houve queda da cobertura, sendo que, em 2016, a população coberta com plano de saúde no país foi de 48,5 milhões de pessoas; em 2017, 47,3 milhões; e em 2018, 47,1 milhões. Isso quer dizer que, de março de 2016, quando do *impeachment* de Dilma Rousseff, a março de 2018, um total de 1,4 milhões de pessoas passaram a utilizar o SUS (exclusivamente), devido a rompimento de contratos com planos de saúde, aumentando a demanda no curto prazo para o SUS.

Com relação ao tipo de contratação, os dados da ANS retratam que, em abril de 2018, do total de beneficiários dos planos, 66,66% dos usuários possuíam planos coletivos empresariais; 13,56% contavam com planos coletivos por adesão (ligados a associações profissionais ou sindicatos); e menos de 15% eram detentores de planos individuais ou familiares. O tipo de contratação oferece subsídios para inferir que a queda de consumidores dos planos de saúde suplementar encontra-se diretamente relacionada com a empregabilidade formal, acentuada no Brasil com o aumento do desemprego ⁽⁷⁾ e com desdobramentos da reforma trabalhista realizada no governo Temer, atingindo

⁷ “No Brasil, os resultados de alguns indicadores sociais macros demonstram os efeitos da crise econômica. No segundo trimestre de 2017 foi registrada uma taxa de desocupação de 13% da força de trabalho nacional, o que corresponde a 13,5 milhões de indivíduos”. (VIEIRA, 2018, p. 12).

diretamente os direitos dos trabalhadores, a exemplo da nova forma de contrato de trabalho estabelecido, do trabalho intermitente, da liberalização generalizada da terceirização e do contrato temporário. Tais mudanças, além de aprofundar a precarização das condições e relações de trabalho no país, atingem diretamente o sistema de seguridade social.

Em caso de aposentadoria, as regras restringem a permanência dos beneficiários de planos de saúde ⁽⁸⁾, tendo estes que arcar parcialmente ou integralmente com a mensalidade, no momento da aposentadoria.

Associada a estas questões, inserem-se aquelas advindas de estratégias do mercado de saúde suplementar, comuns do modelo securitário, dentre as quais a criação de barreiras impeditivas da entrada de determinados grupos nas operadoras, ou seja, grupos populacionais que apresentam riscos à lucratividade, e assim, aos que mais precisam é negado o atendimento, a exemplo dos/as idosos/as. Procedimentos como o não pagamento da corretagem para contratos de idosos, negativa explícita de abertura de contratos em caso de idosos, exames médicos prévios à contratação, reajuste exorbitante no valor das mensalidades quando o beneficiário completa 59 anos ⁽⁹⁾, dentre outros, são alguns dos exemplos que têm levado muitos idosos a abandonarem a utilização do plano de saúde.

Em nome da suposta “crise” econômica nacional e das medidas de austeridade, setores empresariais do setor saúde se organizam em torno de propostas que viabilizem maior inserção do setor privado na política pública de saúde, em uma disputa explícita do Fundo Público para conduzi-lo a seus interesses privados ⁽¹⁰⁾. Nesse contexto, ganham envergadura as propostas de

⁸ Resolução Normativa – RN 279 de 24/11/2011. Dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e revoga as Resoluções do CONSU nºs 20 e 21, de 7 de abril de 1999.

⁹ Embora conste no Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03) a proibição de reajustes para maiores de 60 anos, as operadoras realizam aumento que chega a quase 100% quando o beneficiário completa 59 anos, como forma de garantir a continuidade da lucratividade.

¹⁰ Pode ser citada, como exemplo de proposta de viabilização de maior inserção do setor privado na política pública de saúde, a realização, em 10/04/2018, em Brasília, do “1º Fórum Brasil – Agenda Saúde: a ousadia de propor um Novo Sistema de Saúde” organizado pela Federação Brasileira de Planos de Saúde, com participação do Ministério da Saúde, de deputados e senadores. Disponível em: <<https://www.diariodocentrodomundo.com.br/essencial/deputado-esperidiao-amin-aquele-propoe-acabar-com-o-sus-um-projeto-comunista-cristao/>>. Acesso em: 29 maio 2018.

expansão do mercado de planos e seguros privados ⁽¹¹⁾, por meio de comercialização de contratos com diminuição de coberturas assistenciais ou de esquemas de copagamentos inibidores do uso dos serviços (BAHIA et al., 2016). Ao identificar a existência de outras investidas para implementar planos baratos à condição de programa governamental ⁽¹²⁾, Bahia et al. (2016) consideram que as atuais propostas do Governo Temer são mais ofensivas e esdrúxulas.

Sob o discurso da impossibilidade de universalização do SUS, ocorreu a criação de um grupo de trabalho para discutir o Projeto de Planos de Saúde Acessível, por meio da Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016 ⁽¹³⁾, e a retomada na discussão do Projeto de Lei nº 7419/2006 do Senado Federal ⁽¹⁴⁾, referente à previsão de alteração da Lei nº 9.656/1998, a qual dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Foram introduzidos novos elementos para aumentar a lucratividade do setor, em detrimento dos direitos dos usuários e das prerrogativas do SUS constitucional. Dentre as propostas, constam a introdução do princípio da segmentação e liberação de planos “populares”, de baixa cobertura; a alteração do Estatuto do Idoso; e o retorno

¹¹ Tais propostas caminham na direção da implementação de cobertura universal de saúde, conforme recomendações internacional, já explicitada neste manuscrito.

¹² Bahia et al. (2016) apresentam as investidas no segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso, mediante Medida Provisória que regulamentou as normas de cobertura e reajuste de preços dos planos de saúde, logo após a aprovação da legislação setorial (Lei nº 9.656/1998). Na gestão de Dilma Rousseff, proprietários de grandes grupos econômicos, ligados a planos de saúde, buscaram obter subsídios públicos para expandir a oferta de planos “básicos” para milhões de brasileiros. A apresentação da PEC 451, em 22/12/2014, pelo Deputado Eduardo Cunha, com a previsão de obrigatoriedade de oferta de plano privado pelos empregadores, representou mais uma investida de implementar planos baratos à condição de programa governamental.

¹³ O Grupo de Trabalho para a discussão e elaboração de Projeto de Plano de Saúde Acessível foi composto por representantes do Ministério da Saúde; Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSEG). (Brasil, 2016).

¹⁴ Principais críticas do Conselho Nacional de Saúde – CNS ao Projeto de Lei nº 7.419/2006: 1) Introdução do princípio da “segmentação”, o qual deve liberar a venda de planos segmentados, também chamados “acessíveis” ou “populares”; 2) Redução de coberturas e diminuição do rol de procedimentos médicos e tratamentos, obrigatórios no presente exercício (2018); 3) Alteração no Estatuto do Idoso e retorno dos reajustes das mensalidades de planos de saúde por faixa etária, após 60 anos de idade; 4) Vários benefícios e vantagens para as empresas de planos de saúde, incluindo diminuição no valor das multas; 5) Mudança da lógica do ressarcimento das empresas ao SUS, incentivando a “dupla porta”, ou seja: o atendimento de clientes de planos de saúde nos serviços públicos sem que as empresas paguem ao SUS o valor dos procedimentos. Disponível em: <<http://www.susconecta.org.br/2018/06/governo-e-parlamentares-querem-potencializar-planos-de-saude-em-detrimento-do-sus/>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

dos reajustes das mensalidades de planos de saúde por faixa etária, após 60 anos de idade.

As medidas de criação de Plano de Saúde Acessível, pelo governo federal, e a aprovação do Projeto de Lei nº 7419/2006, do Senado Federal ⁽¹⁵⁾, tendem ao aumento das despesas diretas das famílias, com a utilização de serviços de saúde, e acentuam a responsabilidade das famílias no cuidado em saúde.

As medidas empresarias de “seleção de risco” da saúde suplementar corroboram para expulsar milhões de pessoas, principalmente de idosos dos planos privados de saúde; aos que permanecerem, caso se configurem as propostas de planos acessíveis e populares, a cobertura tenderá a ser reduzida, com valores elevados e com co-participação, de modo que será necessário recorrer ao sistema público ou ao desembolso direto. Frequentemente, os indivíduos com posse de plano de saúde, utilizam-se dos serviços do SUS em várias situações e condições, a exemplo dos serviços de emergência, vacinação, medicamentos de alto custo, atendimentos negados pelo plano de saúde e outros. Com a configuração dessas novas modalidades na saúde suplementar no Brasil, o contingente populacional dependente dos serviços públicos de saúde tenderá a se ampliar, tendo em vista a tendência de cobertura restrita, mesmo para aqueles que forem beneficiários de planos de saúde. Considerando esse quadro conjuntural, inquietações se colocam no sentido de pensar alternativas para equacionar as necessidades de saúde da população, sem onerar ainda mais as famílias, seja no que se refere aos gastos com saúde ou na incorporação das famílias nos cuidados em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A longa e forte interferência do setor privado nacional e internacional na política pública de saúde brasileira se insere *“no quadro social, econômico e político sintonizado com processos observados mundialmente e se concretiza com as mediações relacionadas às condições de inserção do Brasil no cenário*

¹⁵ Aspectos relativos ao Projeto de Lei nº 7.419/2006 constam na nota de rodapé anterior.

político-econômico mundial e ao seu particular desenvolvimento histórico". (BRAVO et al., 2018, p. 11).

Desse modo, a aproximação de governos brasileiros com os segmentos privados tem demarcado a política de saúde em diferentes momentos históricos, portanto, antes mesmo da Constituição Federal de 1988, com persistência em governos subsequentes à promulgação da Carta constitucional. Tal fato tem contribuído para inviabilizar a proposta de Reforma Sanitária e implantação do SUS, em um cenário de privilegiamento do setor privado e mercantilização da saúde (¹⁶).

Assim, em consonância com achados de Mito et al (2014), o estudo sinaliza que, embora tenha havido incremento em nos gastos públicos com saúde nas ultimas décadas, os gastos familiares com saúde permanecem demasiadamente onerosos para as famílias, de modo especial para os setores mais pobres da população brasileira.

As estratégias implementadas no SUS para melhorar o acesso aos medicamentos e a qualidade da assistência farmacêutica aumentaram o padrão de acesso, no entanto, não foram suficientes para desonerar significativamente os gastos com medicamentos pelas famílias. E as medidas recentes no governo Temer, na área de Assistência Farmacêutica, comprometem e regridem profundamente o padrão de financiamento e acesso a esse insumo fundamental para a integralidade do cuidado, pois a necessidade de uso da terapêutica medicamentosa onera o orçamento familiar nos gastos com medicamentos.

¹⁶ Scheffer elucida a histórica aproximação de governos brasileiros com o segmento privado da economia. O autor explicita, a título de exemplo, os seguintes momentos: "O ex-presidente José Sarney ouviu o setor e ampliou o abatimento das despesas privadas com saúde no IR. Seus sucessores Collor e Itamar perdoaram dívidas de hospitais privados com o extinto Inamps. Fernando Henrique escancarou BNDES e Caixa para investimentos na rede particular de saúde. Lula agradeceu a grandes hospitais de São Paulo ao flexibilizar títulos de filantropia com isenções milionárias sem devidas contrapartidas ao SUS. No governo Dilma, foi aprovada a abertura irrestrita do capital estrangeiro à saúde privada, e os planos de saúde tomaram a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); obtiveram aumentos de mensalidade bem acima da inflação e diminuição de multas; deixaram de vender planos individuais e lucraram com planos de adesão, que fogem das regras de reajuste e rescisão. Delações da Lava Jato prometem expor algumas dessas transações. Agora, com Temer, empresas da saúde comemoram mais empréstimos, refinanciamento das dívidas fiscais (Refis) e a promessa da liberação dos planos "populares", de menor preço, coberturas reduzidas e franquias, e da aprovação da nova lei dos planos de saúde, escrita pelas próprias operadoras. Disponível em <<http://cee.fiocruz.br/?q=Cronica-do-atraso-artigo-de-M%C3%A1rio-Scheffer>>. Acesso em: 08 jun. 2018.

Igualmente, as propostas de implantação de Planos Privados Acessíveis ou Populares e a alteração do marco regulatório dos Planos Privados de Saúde constituem medidas de retroação, relacionadas à garantia universal do direito à saúde. Tais propostas fortalecem uma perspectiva de um SUS reduzido, para pobres.

Desse modo, tais medidas descompromissadas com o direito à saúde tendem para o sentido da responsabilização das famílias, em relação ao cuidado e aos gastos com saúde de seus membros, além de implicar em sérios riscos de instituir uma barbárie sanitária no país.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília (DF), 2011. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua, 2016. **Características gerais dos moradores 2012-2016**. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101377_informativo.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2018.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde – 2013: ciclos de vida – Brasil e Grandes Regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015a. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE / Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância à Saúde e Fundação Oswaldo Cruz. **Pesquisa Nacional de Saúde – 2013: Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015b. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE / Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância à Saúde e Fundação Oswaldo Cruz. **Pesquisa Nacional de Saúde - 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. BRASIL. **Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE,

2014. 181 p. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2018.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisa. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Despesas, Rendimentos e Condições de Vida**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, 5 de outubro de 1988, Página 1 (Publicação Original).

BRASIL. Presidência da República. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, 20 de setembro de 1990, Página 18055 (Publicação Original).

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr., 2018.

COSTA, K. S. et al. Assistência farmacêutica na atenção primária: a pactuação interfederativa no desenvolvimento das políticas farmacêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS). **Ver. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 2s, 2017.

JINKINGS, I.; DORIA, K.; CLETO, M. (Orgs.). **Por que gritamos golpe?** São Paulo: Boitempo, 2016.

GARCIA, L. P.; SANT'ANNA, A. C.; MAGALHAES, L. C. G.; AUREA, A. P. Gastos com saúde das famílias brasileiras residentes em regiões metropolitanas: composição e evolução no período 1995-2009. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 115-128, jan. 2013.

LAURELL, A. C. La política social y de salud en América Latina: un campo de lucha política. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, 2017.

LAURELL, A. E. C. Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24: e2668, 2016.

MIOTO, R. C. T. et al. O processo de familiarização dos gastos e dos cuidados em saúde no Brasil. In: FAGUNDES, H. S.; SAMPAIO, S.S. (Orgs). **Serviços Social: questão social e direitos humanos**. Volume II. Florianópolis: Ed. UFSC, 2014. p. 55-76.

RAMOS, L. R. et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 2, 8s, 2016.

SILVA, Rondineli Mendes; CAETANO, Rosângela. Programa “Farmácia Popular do Brasil”: caracterização e evolução entre 2004-2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20 n. 10, p. 2943-2956, 2015.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 10, n. 3, 2016.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília: IPEA, setembro de 2016a. (Nota técnica n. 28). Disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2018.

VIEIRA, F. S. et al. **Políticas sociais e austeridade fiscal**: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: CEBES, 2018.