

Há pedras no meio do caminho do SUS - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil*

There are obstacles on SUS's way – the impacts of neoliberalism on Brazilian Health Care

LEANDRA MARIA BORLINI**



RESUMO – Este artigo objetiva refletir sobre os impactos da reforma neoliberal na política de saúde brasileira a partir dos anos de 1980. Destaca os projetos políticos em disputa na área, apresentando um panorama de conquistas sociais e os obstáculos derivados da política econômica liberal adotada no período abordado. Aponta como determinante para a ampliação do projeto privatista os ajustes derivados da contrarreforma do Estado, sobretudo na política de saúde. Os impactos da contrarreforma no Sistema Único de Saúde são abordados como fundamentais para compreender o atual quadro da saúde.

Palavras-chave – Contrarreforma. Política de saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT – This study aims at reflecting on the impacts neoliberal reformation has had on the Brazilian health policy since the 1980's. It highlights the disputing political projects in the field, presenting a broad view of the social accomplishments and the obstacles deriving from the liberal economic policy adopted in the study period. This study points at the adjustments deriving from the counter-reform of the State as the determining factor for broadening the privatizing project, especially as far as health policies are concerned. The impacts of counter-reform on the Brazilian Unified Health System (SUS) are seen as a fundamental issue in order to understand the current situation of health care.

Keywords – Counter-reform. Health policy. Unified Health System.

* Este artigo foi apresentado no IV Encontro Nacional de Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Trata-se de um recorte das reflexões construídas para a dissertação de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Política Social na UFES, que teve como orientadora a Prof^a. Dr. Maria Lucia Teixeira Garcia.

** Assistente Social do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM/UFES); Mestranda em Política Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória – ES/Brasil. E-mail: leandraborlini@hotmail.com.
Submetido em: abril/2010. Aprovado em: junho/2010.

De todas as coisas seguras, a mais segura é a dúvida.
[Bertolt Brecht](#)

O presente artigo tem por objetivo refletir sobre os impactos da reforma neoliberal na política de saúde brasileira. Para tanto o texto foi estruturado em duas partes. Inicialmente foram abordados os anos de 1980, no contexto de difusão do ideário neoliberal na conjuntura brasileira, sobretudo com as medidas de contrarreforma do Estado. Posteriormente, abordaram-se também as implicações da contrarreforma nas políticas de saúde no Brasil e os reflexos desta no SUS. Para fundamentar a pesquisa, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, considerando os principais autores que tratam o tema em tela.

A aproximação da política neoliberal na Europa e América Latina, nos anos 1970, e no Brasil (tardamente) após 1980, traz o desmonte dos princípios do keynesianismo (intervenção estatal no econômico, garantia de pleno emprego e maior investimento no social). A concepção de um Estado interventor e redutor das desigualdades sociais, também chamado *Welfare State* é posto por terra nessa perspectiva (BOSCHETTI, 2008).¹ A nova abordagem (neoliberal) apregoa o discurso que se concretiza por meio de práticas que buscam demonstrar que o Estado é uma instituição ineficaz, deficitária e perniciosa para o desenvolvimento econômico e, por isso, deve restringir-se à manutenção da ordem, da liberdade e da propriedade privada, bem como assegurar condições para o livre mercado. Para os neoliberais, “o Estado deve apenas fornecer base legal para que o mercado livre possa maximizar os ‘benefícios aos homens’”. Trata-se de um *Estado mínimo*, sob forte controle dos indivíduos que compõem a sociedade civil, na qual se localiza a virtude” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 59), conforme o pensamento *smithiano*.

Esse formato de Estado modifica a atuação do mesmo nas relações sociais, reconfigurando as políticas sociais.

Sader (2003) nos adverte que é necessário inscrever esse processo de aprofundamento e dependência econômica associado ao tipo de desenvolvimento construído entre o final dos anos 1960 e primeira metade dos anos 1970, pela ampliação de mecanismos de superexploração do trabalho – da terceirização ao trabalho precário, do trabalho doméstico ao trabalho infantil e semiescravo –, caracterizando a combinação da mais-valia relativa com a mais-valia absoluta. Esse contexto de exploração fortalecerá a politização da classe trabalhadora brasileira, principalmente localizada nos grandes centros urbanos e será ela uma das responsáveis pela quebra da “espinha dorsal” da política econômica de arrocho salarial da ditadura, com greves que obtiveram amplo apoio popular no final dos anos de 1970 (SADER, 2003). Na década de 1970, o projeto tecnocrático e conservador da ditadura começava a apresentar sinais de esgotamento (vide a conjuntura social e econômica interna e as orientações neoliberais em nível mundial). A deslegitimação dos governos militares impulsiona a transição democrática, sobretudo pela força dos trabalhadores e movimentos sociais, um “novo ingrediente” político – surgido das mudanças introduzidas pela industrialização e urbanização – que foi decisivo na elaboração da Constituinte. Esta, pautada pelo ideal de um Estado democrático de direito (BEHRING; BOSCHETTI, 2008). O avanço dos movimentos populares não pôde ser contido pelas elites hegemônicas vigentes e, a partir disso, configura-se um campo de forças entre interesses a serem legitimados na Constituição Federal de 1988. Os movimentos sociais passam a ser saudados como a contraface do Estado autoritário ou desagregador da crise brasileira. Suas reivindicações traziam conflitos e atores que reinventaram formas de espaços de luta e, coexistindo no espaço das ações coletivas, desvendaram um processo que se refere, intimamente, à existência de conflitos múltiplos cuja legitimidade forma a própria possibilidade de uma democracia real. Neste país, eles eram novos, em vários sentidos, sobretudo em sua demanda de direitos, dignidade e cidadania (PAOLI, 1994).

Boschetti (2006) menciona a disputa de forças, destacando que a transição democrática ocorreu de forma negociada e pactuada no Brasil, visto que a intensa concentração de riqueza no país possibilitou

privilégios às classes mais abastadas. Dessa forma, o “pacto” permitiu mudanças sem grandes rupturas, mantendo a participação de tais classes no poder (vide o exemplo da permanência de membros da ditadura no governo e a rejeição às eleições diretas em 1984). Daí resultaram as alianças entre partidos de esquerda e centro-esquerda para a aprovação da eleição indireta que levou Tancredo Neves à presidência. Acreditava-se que a oposição (progressista) pudesse conduzir uma reforma no Estado até então administrado pela ditadura; entretanto os rumos de fracasso econômico e político do país não alcançaram êxito imediato na instituição de um Estado democrático.

A tensão social e política permanecia. De qualquer modo, porém, era necessário um processo de abertura democrática (vide a intensa manifestação social em prol de garantias de direitos). Movimentos sociais, estudantes, trabalhadores e sindicatos ansiavam pela concretização da Lei Máxima, que, para eles, representava o reconhecimento do indivíduo como sujeito político e detentor de liberdades até então suprimidas. Para outra parcela da população – os parlamentares –, a “Constituição Cidadã” significava uma resposta ao clamor nacional, ainda que não correspondesse aos seus anseios políticos. Todavia, não poderiam correr o risco de uma derrubada radical do poder.

Pelo exposto, infere-se que o texto constitucional reflete a disputa pela hegemonia, contemplando avanços e medidas conservadoras. Behring; Boschetti (2008, p.142) qualificam a Constituição como “uma espécie de híbrido entre o velho e o novo”, concebendo que não favoreceu a nenhum grupo, mas sim, se manteve no “Centrão”. Isso nos leva a concluir que a Constituição “foi o resultado de ‘um grande acordo nacional’.” (BOSCHETTI, 2006, 144).

Apesar das conquistas democráticas na década de 1980, o setor econômico foi permeado pela conjuntura de crise interna e externa, pela dificuldade na formulação de políticas econômicas de impacto positivo, pelo aprofundamento da dívida externa, pela disparidade na distribuição de renda e pela explosão de juros e taxas inflacionárias. Esse contexto de crise criou espaço para que as medidas de ajuste neoliberal se apresentassem como a solução para o alcance do avanço econômico no país.² Como apontado por Behring (2003, p.147), o neoliberalismo “encontra solo fértil” aqui no Brasil para adentrar a política econômica e, conseqüentemente, a social.³ Inicia-se assim uma reconfiguração das políticas do país, estas sob jugo de capitais externos e ditames de órgãos como FMI e Banco Mundial.

Estão em disputa três grandes projetos políticos na sociedade (concebendo projeto político como conjunto de crenças, interesses e concepções que orienta a ação política dos sujeitos): **o projeto autoritário**, **o projeto neoliberal** e **o projeto democrático-participativo** (DAGNINO; OLIVEIRA; PANFICHI, 2006). Em linhas gerais, o primeiro desconsidera a participação social nas ações políticas, excluindo a cidadania e suprimindo os direitos; o segundo tem amplo interesse no ajuste econômico e expansão do mercado, ainda que por meio da exclusão da participação social nas decisões e no controle social; e o terceiro projeto determina ampla atuação política e democrática à sociedade, oferecendo um papel de cogestão à mesma. Ressalta-se, pois, que a relação de forças entre os projetos propicia a forma e intensidade de como os mesmos são implantados. No Brasil, a partir da queda do regime militar, a disputa permaneceu de forma mais intensa entre o projeto neoliberal e o democrático-participativo. As características de ambos podem ser encontradas nos embates políticos, econômicos e sociais que se seguem no fim do século XX até a atualidade.

Os anos 1990 dão continuidade de forma acentuada aos ideais neoliberais nas políticas brasileiras: planos econômicos visando à estabilidade, mas em benefício do pagamento de dívida externa; do processo de privatização de empresas estatais (com imensos incentivos e subsídios por parte do Estado); da redução drástica nos gastos com a área social; e do direcionamento das políticas sociais para a focalização, seletividade e descentralização – trinômio do ideário neoliberal para com as políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI 2008; MONTAÑO, 2002). Tem-se início à contrarreforma do Estado (BEHRING, 2003): um conjunto de medidas neoliberais de desmonte e destruição das conquistas democráticas. Trata-se de uma reformatação do Estado de forma a adaptá-lo ao capital. Nogueira (1998) destaca que o processo de modernização capitalista no Brasil culminou na hipertrofia do Estado e no favorecimento deste em prol de apenas uma classe – a burguesa. Nessa perspectiva, floresce a crença de

que a reforma do Estado deve dar-se no âmbito quantitativo, fiscal, financeiro e gerenciador, em detrimento do político, participativo e democrático. Isso porque “não se trata mais de construir, mas de desconstruir o Estado” (NOGUEIRA, 1998, p. 16). O Estado estaria submetido aos ditames de uma nova era histórico-universal – a globalização –, que por meio da desregulamentação e da flexibilização, reduziria consideravelmente o papel político e participativo do próprio Estado e da sociedade. Torna-se evidente a fragilização da organização societária, bem como o desmonte da democracia. O autor destaca que é preciso ter em mente que a reforma do Estado não pode ser reduzida a reformas administrativas, mas sim é preciso olhar para “fora do Estado”, para as relações entre Estado e sociedade, para a prática política. “A reforma do Estado, nesse sentido, é o prolongamento de uma reforma da própria sociedade, tanto quanto é a remodelação das relações entre Estado e sociedade civil” (NOGUEIRA, 1998, p. 212).

O termo reforma, aqui, assume um sentido tal como apontado por Behring (2003) e Behring; Boschetti (2008). As autoras destacam o uso indevido do termo *reforma* pelos adeptos da corrente neoliberal. De acordo com Behring, a palavra reforma é apropriada às ações de contestação à hegemonia do capital, na intenção de ampliar o espaço democrático, na garantia de direitos e redução das desigualdades. Entretanto, o que se percebe na conjuntura atual é que

[...] se está diante de uma apropriação indébita e fortemente ideológica da ideia reformista, a qual é destituída de seu conteúdo progressista e submetida ao uso pragmático, como se qualquer mudança significasse uma reforma, não importando seu sentido, suas consequências sociais e direção sociopolítica (BEHRING, 2003, p.128).

Neste raciocínio, a autora concorda com Nogueira quando este aponta que não

é razoável imaginar que a reforma possa se converter na bandeira tremulante do neoliberalismo: há de se tentar, no mínimo, reafirmar a consanguinidade entre reformismo e esquerda e demonstrar que a concepção de reforma que tem a esquerda é a única capaz de se pôr a perspectiva de totalidade dos homens, dos iguais e, particularmente, dos desiguais (NOGUEIRA apud BEHRING, 2003, p. 129).

Ocorre assim que a reforma sugerida pelos neoliberais está voltada aos interesses do mercado, na contramão dos anseios democráticos e progressistas. Trata-se de uma contrarreforma do Estado, a qual foi possível a partir de fatores estruturais e conjunturais, externos e internos, que ganharam impulso nos governos Collor e Fernando Henrique Cardoso (FHC), sobretudo pelos antecedentes de crise econômica e impasses sociais no processo de democratização (BEHRING; BOSCHETTI, 2008). São destaques nos ideais de “reforma do Estado”⁴ as propostas de Bresser Pereira,⁵ que sugere não um Estado mínimo, mas reconstruir um Estado social a partir do mercado, pela via de contratação e/ou repasse de responsabilidades na área social. Busca reerguer o Estado da crise de governabilidade e governança via uma reforma gerencial (BEHRING, 2003). Para Elias [s.d.],

No plano das políticas sociais, reforma passa a significar a revisão radical do acesso a certos bens sociais requeridos pela efetivação dos direitos sociais e em benefício do império da racionalidade e da globalização das economias nacionais (p. 84).

Ao considerar a política social como “processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e lutas de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 36), é importante destacar a intrínseca relação entre economia e política social e por isso entender que as investidas neoliberais no campo econômico trouxeram inúmeras consequências para as políticas sociais.

Assim, a partir da contrarreforma, inicia-se uma tendência à desresponsabilização com a política social por parte do Estado, sendo esta repassada gradativamente às organizações sociais, ONGs e

entidades filantrópicas, seguindo o trinômio neoliberal de privatização, focalização e descentralização (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Bravo; Matos (2002, p.206) destacam:

[...] é como se não houvesse uma crise econômico-política. A crise passa a ser centrada como se fosse apenas a de um modelo de Estado, que, caso mude – e consequentemente a sua forma de administração -, irá resolver a situação da crise instalada. Fica claro que a solução para o encaminhamento seria o Estado abrir mão de sua responsabilidade para com as políticas sociais.

Elias [sd] afirma, ainda, que a política neoliberal, sob nova concepção de políticas sociais, abandona o ideal de equidade e igualdade em nome da eficiência e do equilíbrio do mercado, sendo substituídas por programas focalizados de combate à pobreza, que tratam de minimizar os efeitos do ajuste econômico sobre os “mais pobres” ou os “mais frágeis”. As principais características desses programas são: a dependência de recursos externos expressos sob a forma de “pacotes” que os governos devem aceitar; o caráter transitório de seus programas, o que implica que suas ações não tenham uma continuidade no tempo e no espaço em que se realizam (o que é um fator determinante para o seu baixo impacto e reduzida efetividade), gerando uma instabilidade que afeta os supostos “beneficiários”; a baixa cobertura desses programas cujo caráter focalizado supõe grupos mais vulneráveis; a substituição de agentes públicos estatais por organizações comunitárias não governamentais que não detêm critérios definidos de acesso, bem como a forma de utilização de recursos não é transparente; a introdução de critérios empresariais no aparato estatal como “custo-benefício” e “autofinanciamento” que são incompatíveis com o caráter público e social dos benefícios e serviços; a terceirização na contratação de pessoal e a compra de serviços privados, gerando uma quebra de vínculo daquele que executa o serviço público com o Estado e, sobretudo com a população beneficiária; a substituição da universalidade pela focalização, traduzida pelo direcionamento do gasto público e dos serviços sociais aos “comprovadamente pobres”; a ideia de autofinanciamento que parte do princípio de que a única forma de financiar os serviços sociais seria através do pagamento direto (SOARES, 2003). Para esta autora, essa postura ignora que são os mais pobres que indiretamente pagam mais impostos e o alto custo dos seguros privados *vis-à-vis* sua baixa cobertura e o alto preço pago pelos governos na transição e na manutenção desse sistema através de subsídios e isenções fiscais.

Salienta-se que as características apontadas por Soares (2003) podem ser encontradas em unanimidade nas políticas sociais brasileiras, visto que seguem um projeto político societário que tem por finalidade alcançar o propósito da contrarreforma – a redução do Estado mediante a ampliação do mercado. Entretanto, apesar do caráter generalizado, essas reflexões iniciais permitem pensar uma política social específica – a política de saúde (vide os abalos que esta vem sofrendo em função do “desajuste social”) (SOARES, 2003).⁶

Portanto, passados quase 19 anos da aprovação da lei orgânica da Saúde (Leis 8.080 e 8.142), é preciso aprofundar criticamente a trajetória dessa política. Afinal, o Sistema Único de Saúde (SUS)

transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2007: 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultrassons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de sessões de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de sessões de radioquimioterapia, 9,7 milhões de sessões de hemodiálise e o controle mais avançado da AIDS no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com

aproximadamente metade da população excluída antes dos anos oitenta, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas (SANTOS, 2008, p. 2010)

Apesar de tantos avanços, o SUS vivencia esperas para procedimentos mais sofisticados (níveis de atenção de média e alta complexidade), geradoras de profundos sofrimentos, com agravamento de doenças e mortes evitáveis. Também não acompanha o crescimento de doenças, posto que só 13 milhões de hipertensos e 4,5 milhões de diabéticos têm acesso regular ao sistema (SANTOS, 2008). Apresenta-se um cenário no qual entrecruzam dois projetos em disputa: o Projeto Privatista e o Projeto de Reforma Sanitária (BRAVO, 2006).

É necessário aqui um maior esclarecimento a respeito dos projetos políticos acima citados, relacionando os mesmos aos projetos políticos societários já apontados por Dagnino; Oliveira; Panfichi (2006) neste trabalho. O projeto privatista apresenta-se articulado ao mercado, tendo por tendência a contenção de gastos e a descentralização por meio de desresponsabilização do Estado na área social. Medidas como focalização, privatização, estímulo ao setor privado e desfinanciamento da saúde são características centrais desse projeto, que data da década de 1990, o qual se enquadra no projeto político neoliberal. Em contraposição ao projeto articulado ao mercado, encontra-se o projeto de reforma sanitária, iniciado por forças populares e movimentos sociais nos anos 1970 e inscrito na Constituição Federal em 1988. Esse projeto de dimensão política, e estreitamente vinculado à democracia tem por premissa a atuação de um Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais, mantendo a saúde como direito universal e igualitário, passível de controle social, via a participação popular nos espaços sociais (BRAVO, 2006). E, por tais características, o referido projeto pertence ao projeto societário democrático participativo.

Assim, tentaremos demonstrar que os projetos de políticas sociais montados no final dos anos 1980, particularmente no setor saúde, apoiados na noção de direito universal, tiveram, na década de 1990, um cenário de implementação profundamente adverso (GERSCHMAN, 2004). Construção e desmanche do SUS é o que abordaremos a seguir.

A contrarreforma e seus desdobramentos sobre a política de saúde brasileira

*[...] os verdadeiros versos não são para embalar, mas para abalar...
Mário Quintana*

A política de saúde desenvolvida no Brasil, na atualidade, é fruto de intensas transformações ao longo da história; entretanto, neste trabalho, será focado o período a partir da década de 1980.⁷ Os anos 1980 são marcados por avanços significativos e reestruturantes da política de saúde, sobretudo a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), que, dada sua relevância, na participação social e de atores estratégicos, garantiu espaço na reformulação da Constituição Federal (1988).⁸ A partir da CF/88, a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, integrando os serviços de forma regionalizada e hierarquizada. Estava criado o Sistema Único de Saúde (SUS), amparado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, que tem por preocupação central a democratização do acesso, a universalização dos direitos, melhoria da qualidade dos serviços prestados e integralidade e equidade das ações. Nesse projeto político, a relação Estado-sociedade civil⁹ se dá por mecanismos democráticos e inovadores na gestão, como os Conselhos e as Conferências de Saúde (nas três esferas de governo), o que viabiliza, em sua proposta, maior transparência no uso e destino dos recursos públicos. Entretanto, o amparo legal das políticas de saúde não interrompe o processo de relação de forças entre os projetos políticos existentes neste âmbito – projeto privatista e de reforma sanitária¹⁰ –, o que perpetua as disputas de interesses aqui já demonstradas.

Dessa forma, a afirmação neoliberal nas políticas sociais brasileiras tem gerado um sucateamento em áreas como previdência, educação e saúde, o que leva a concluir que a proposta de democratização da saúde tem sido “destruída” em favor do projeto privatista (BRAVO, 2006). Assim, apesar de todo avanço político conquistado nos anos anteriores, a década de 1990 é caracterizada pela consolidação do projeto de saúde articulado ao mercado, que

[...] pautado na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidades do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características, destacam-se: o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso (BRAVO; MATOS, 2006, p. 35-36).

Ou seja,

[...] a temática da Saúde é reuniversalizada, agora, porém, através de uma vertente predominantemente economicista e no âmbito das mudanças da nova ordem econômica mundial, em que às políticas sociais resta apenas o caminho da eficiência, da eficácia e da privatização (ELIAS, s.d., p. 87).

Nesse contexto, Bravo; Matos (2002) destacam os momentos de ruptura com o projeto democrático da saúde na década de 1990, a começar pelo governo Collor, com redução de gastos na área social e boicote à implantação do SUS, via emendas constitucionais. Posteriormente, a era Itamar Franco foi marcada por iniciativas incipientes de descentralização e financiamento das ações do SUS, mas também pelo início da primazia da área econômica sobre a social. O governo FHC, por seu turno, inicia explicitamente a implantação do projeto neoliberal nas políticas de saúde, a partir da inércia das ações neste setor ou, ainda, por ações deliberadas sem a consulta ou consentimento da população, a exemplo da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira). É também no governo FHC que se evidencia mais fortemente a ação dos grupos contrários ao SUS, sobretudo no aspecto de gestão, orçamento e controle, adaptando o já sucateado setor saúde aos ditames da equipe econômica (BRAVO; MATOS, 2002).

No governo FHC, a consolidação da contrarreforma do Estado na área da saúde, prevista na política de Bresser Pereira (o Plano Nacional de Desenvolvimento e Reforma do Estado – PNDRE), não considera o núcleo de serviços sociais e científicos (saúde, educação, meio ambiente e pesquisa) como de responsabilidade de execução do Estado. O argumento é a já ‘conhecida’ incompetência na gestão e, por isso, a necessidade de modificação e repasse da gerência dos mesmos (BRAVO; MATOS, 2002). A este núcleo é proposta sua transformação em Organizações Públicas Não Estatais (OPNES) ou Organizações Sociais (OS), “ou seja, sociedades de direito privado, sem fins lucrativos, que administrariam com subvenções dos cofres públicos” (p. 207).

Inicia-se, então, o processo de “publicização” do Estado, com “a transformação dos serviços não exclusivos de Estado em propriedade pública não estatal e sua declaração como organização social” (BRESSER apud MONTAÑO, 2002, p. 45). Montañó (2002), por sua vez, aponta que Bresser Pereira “engenhosamente”,¹¹ utilizou o termo publicização em seu plano de reforma, ao indicar a convocação da sociedade à participação e controle social, bem como à gestão de serviços sociais e científicos, o que culminaria na ampliação dos ideais democráticos e de cidadania. Contudo, o que ocorreu foi uma denominação ideológica dada à transferência das questões públicas de responsabilidade do Estado ao terceiro setor e o repasse de recursos públicos para o setor privado.

Isto é uma verdadeira privatização de serviços sociais e de parte dos fundos públicos. Esta estratégia de “publicização” orienta-se numa perspectiva, na verdade, desuniversalizante, contributivista e não constitutiva de direito das políticas sociais (MONTAÑO, 2002, p. 46).

Seguindo conceitos como descentralização, organização social e parceria, a “publicização”, dentro do projeto privatista, resultaria em maior autonomia administrativa, não apenas em assuntos burocráticos, mas também em relação aos controles democráticos existentes no âmbito estatal (MONTAÑO, 2002), reduzindo a participação social na elaboração e controle das políticas públicas.

Como apontam Bravo; Matos (2002), outros aspectos dessas organizações privadas tornam-se questionáveis, tais como: a composição do controle social e suas divergências de interesse; a redução do financiamento e o repasse das ações à sociedade civil; a construção de um cidadão consumidor e não detentor de direitos; e a duvidosa autonomia dos gestores das organizações. Todos esses aspectos vão de encontro aos ideais preconizados pelo SUS. Ainda podem ser apontadas, dentro da reforma da saúde, outras normalizações, como a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), que regula os planos e seguros privados de saúde, bem como a desarticulação da atenção básica da secundária e terciária, dividindo o SUS em dois blocos: hospitalar (com ampla “parceria” com a rede privada) e assistência básica através de programas focais (com caráter público), ou ainda como “deixa subentendidos dois sistemas: um SUS para os pobres e outro sistema para os consumidores” (BRAVO; MATOS, 2002, p. 210).¹²

Para Elias (s.d.), a operacionalização deste sistema – “um *mix* público/privado” – requer um Estado provedor da assistência básica e incentivador do setor privado, dando, assim, impulso à reprodução do capital, em que ao Estado cabem funções como direcionar o financiamento, organizar consumidores e conciliar interesses dos produtores privados. Tal estrutura gera o que esse autor denomina de “modelo dual” e “socialmente injusto” (p. 88).

Dando continuidade aos parâmetros neoliberais na saúde, o então ministro da Saúde no governo FHC – José Serra – criou a Agência Nacional de Saúde (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), instituições com elevada autonomia orçamentária e decisória, as quais contribuem para a regulamentação dos agentes privados. Teoricamente, a criação dessas agências deveria retratar o fortalecimento do Ministério da Saúde sobre os agentes privados, entretanto Bravo; Matos (2002) destacam que isso não melhorou as condições da saúde pública, nem mesmo disciplinou as relações com o setor privado. Isto porque

As regulamentações trazem explicitamente uma contradição, que é a regulamentação da ação do capital estrangeiro na saúde, mas ao mesmo tempo naturaliza a concepção de cidadão consumidor, rompendo com o conceito do Movimento da Reforma Sanitária, em que a saúde é um direito de todos e sua prestação um dever do Estado. Assim, as propostas de normatização estão coerentes com a contrarreforma em curso no Brasil (BRAVO; MATOS, 2002, p. 211).

Ressalta-se que, com o governo Lula (a partir de 2003), ansiava-se por medidas que rompessem com o projeto privatizante e mercadológico das políticas econômicas e sociais, sobretudo pela trajetória progressista do presidente eleito e de seu partido (PT). Todavia, como apontam Mendes e Marques (2005), o governo Lula manteve e deu continuidade às medidas neoliberais, imperantes no governo anterior, pois

[...] no lugar de implementar uma transição para um novo modelo, defendida durante a campanha eleitoral, não só havia mantido a política macroeconômica do segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso – FHC, como havia aprofundado, o que fica evidente com a manutenção do compromisso de promover o superávit fiscal primário [...] (p. 259).

Na intenção de manter níveis econômicos satisfatórios para os organismos internacionais, a política econômica adotada por Lula foi carregada de aumento de juros e controle da inflação, de forma a demonstrar a capacidade de pagamento da dívida externa (superávit primário) aos credores, ainda que ao custo da redução de investimentos na área social (MENDES; MARQUES, 2005).

Como já destacado anteriormente, a ampliação dos direitos sociais torna-se entrave para os interesses do capital. Nessa perspectiva, instituições estratégicas, voltadas à segurança interna e externa dos países centrais e, sobretudo, da organização do mundo capitalista – como o Banco Mundial e o FMI – atuam de forma a desestruturar e romper com as políticas sociais de caráter democratizante, não importando se para isso for necessário romper com a constituição federal dos países periféricos (RIZZOTTO, 2005). Na saúde brasileira isso pode ser exemplificado pela redução do gasto público, sob a justificativa do déficit fiscal; pela imposição de uma reforma institucional, descentralizando poderes e com eles os orçamentos envolvidos, bem como a separação das funções de regulador e executor do Estado; pela sugestão de restrição e discriminação do acesso; e também pela defesa da participação da rede privada na prestação dos serviços, muito além da complementação, como sugere a Constituição do país. Também para o FMI e para o Banco Mundial parece existir uma “incapacidade nacional de formular políticas sociais adequadas e de alocar eficientemente os recursos públicos” (p.144), conforme o pensamento neoliberal. Novamente impõe-se a ideia de transferência da gestão do social, aqui, em específico, da saúde, a terceiros, que não o aparelho do Estado.

Retomando as ações do governo Lula, e tendo em vista os interesses do capital, importa destacar três medidas que se relacionam ao financiamento da saúde: a Desvinculação de Receitas da União (DRU), a Emenda Constitucional 29 (EC-29) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Todas seguem a lógica de desviar recursos da saúde para outros fins econômicos, como aponta Mendes; Marques (2005; 2007; 2009).¹³

A DRU, criada pelo governo FHC em 1994 – sob o nome de Fundo Social de Emergência e, posteriormente, Fundo de Estabilização Fiscal –, permite que 20% das receitas de impostos e contribuições vinculados à saúde, educação e previdência sejam livremente alocadas pelo governo federal. Tal desvinculação recebeu, em 2007, prorrogação até o ano de 2011, sob a justificativa da reforma tributária imposta pelo governo Lula. Como apontam Mendes; Marques (2005; 2007), essa desvinculação oferece ao governo total liberdade no uso dos recursos públicos, os quais estão sendo destinados, sobretudo aos cofres externos (pagamento da dívida externa). O governo, por sua vez, insiste em manter tal desvinculação sob a justificativa de que a flexibilização do orçamento pode garantir crescimento ao país.

Sob os mesmos argumentos, cresce a pressão para a derrubada da EC-29, a qual foi criada em 2000, com a intenção de vincular recursos para a saúde pública, em sintonia com as esferas de governo, bem como com a variação do PIB. Assim, a emenda define os percentuais mínimos de cada esfera – união, estado e município – na área da saúde. Todavia a regulamentação da EC-29 não se tornou prioridade ao governo petista, mas, ao contrário, este começa a abrir precedentes que desvirtuam a ideia central da emenda, passando a considerar como gastos na saúde despesas que não se relacionam a ela (MENDES; MARQUES, 2007).

Ressalta-se, pois, que a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO, em 2004, previa que gastos previdenciários, serviço da dívida e recursos para o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza fossem contabilizados como gastos do Ministério da Saúde no SUS. Frente à forte contestação do Conselho Nacional de Saúde e da Frente Parlamentar da Saúde, essa medida foi vetada. Entretanto, em 2006, surge nova tentativa de “desvirtuação” dos recursos, novamente recuada frente à mobilização de entidades (MENDES; MARQUES, 2005).

Esse processo é assustador quando o transformamos em números. De 1980 a 2004: queda federal de 75% para 49,6% e aumento da soma estadual/municipal de 25% para 50,4%, de todos os recursos públicos de saúde. De 1995 a 2004: queda federal de U\$ 85,71 por habitante-ano para U\$ 62,39; a soma estadual/ municipal aumentou entre 2000 e 2004 de U\$ 44,15 para U\$ 75,51; de 1995 a 2004 houve um aumento da receita corrente da União perante o Produto Interno Bruto (PIB) de 19,7 para 26,7%. Entretanto, há queda dos gastos do Ministério da Saúde perante a receita corrente: 8,9% para 7,2% (SANTOS, 2008).

Estes números denunciam o não cumprimento do governo federal no repasse de verbas à saúde de acordo com a variação nominal do PIB (PLP 01/2003 e PLS 121/2007),¹⁴ e como aponta Santos (2008), mesmo que isso fosse cumprido, ainda assim não contemplaria as atuais necessidades do setor de saúde em função do avanço tecnológico e o crescimento populacional. O financiamento anual da saúde brasileira ainda é menor do que nos países como Uruguai, Costa Rica e Argentina, todos esses com receitas internas inferiores à arrecadada no Brasil. Em termos de comparação, o autor divulga que seria necessário, para cumprir as prerrogativas do SUS (universalidade, equidade e integralidade) um investimento de R\$ 106 bilhões, ao contrário dos apenas R\$ 48,5 aprovados para o orçamento de 2008 (SANTOS, 2008).

Considerações finais

A tensão entre a área da saúde e a área econômica na configuração da política de saúde brasileira foi aqui situada. Reafirma, pois, a tese inicial da dependência das políticas sociais às determinações econômicas. Assim, o subfinanciamento, os programas pobres para pobres, com baixa eficiência e resolutividade, a ampliação dos programas focalizados e curativos em detrimento dos princípios de universalidade, equidade e integralidade propostos pelo SUS são resultantes de uma redução drástica no tamanho e no papel do Estado na condução de sua política social.

Por isso, a frase “há pedras no caminho do SUS”, cunhada por Campos (2007), parece oportuna para finalizar nosso texto. As pedras, aqui citadas por Gastão Wagner, se referem ao momento atual do SUS. Nas palavras do autor:

Vivemos em uma época em que há imensos **obstáculos estruturais** (pedras) à construção do bem-estar social. Talvez essa seja a marca que irá caracterizar no futuro esse nosso tempo: a incapacidade, apesar da produção exponencial de riqueza, de assegurar bem-estar às pessoas. As políticas públicas estão em crise, são consideradas fora de moda. Construiu-se um discurso bastante difundido, repetido como um cantochão sinistro, sobre a quase autossuficiência do mercado. E essa é uma pedra no caminho do SUS. [...] **Falta um mundo de coisas!** Falta pensar outra estrutura administrativa para o SUS: continuar a reforma política para dentro do Sistema, criar uma nova legislação sobre suas organizações e sobre o modo como poderiam se relacionar. **Há o obstáculo do financiamento**, há projetos pelo meio do caminho, mas, sobretudo, há, creio, uma falha entre nós [...] sujeitos ou vítimas desse processo: no fundo, no duro da batata, não pensamos e agimos como se o SUS fosse nosso espaço vital encarregado de coproduzir saúde. **A classe média e as empresas fogem pela saúde suplementar; os governantes, para programas focais; a mídia, raramente nomeia o SUS:** fala em fila, hospitais, entretanto ignora o sistema, sequer menciona o controle social e a gestão participativa; os pesquisadores são segmentados e empurrados para temas da moda: governança, avaliação, integralidade, promoção, humanização (p. 298, grifo nosso).

O referido autor, como é possível constatar, provoca-nos a pensar tanto as dimensões macro como microsociais constituintes desse ‘mundo de coisas’ que faltam. Quanto às dimensões macro não podemos pensar de forma simplista sobre crescimento econômico como condição necessária e suficiente para superação das desigualdades sociais. Os efeitos negativos do ciclo econômico sobre a pobreza são acentuados pelas políticas econômicas restritivas, decididas por razões de credibilidade sobre os mercados financeiros internacionais. O crescimento econômico não é neutro do ponto de vista distributivo. Ele aumenta ou diminui as desigualdades, a depender de seus próprios regimes (SALAMA, s.d.).¹⁵ Há uma prevalência de interesses econômicos e financeiros sobre os sociais – fruto da economia global –, gerando um “déficit democrático” nas políticas. Instala-se a lógica de que o acesso e o direito à

saúde se tornam submissos ao nível de renda adquirido ou à classe social pertencente, escamoteando direitos até aqui conquistados (BUSS, 2007).¹⁶ Portanto, compreender a situação da saúde no país requer conhecer a forma como a sua riqueza é distribuída, o que demanda discernir em qual projeto político as decisões governamentais se encaixam.

Nessa perspectiva, importa destacar o quão volátil se torna o financiamento da saúde diante das exigências (e artimanhas) da economia de mercado. Prevalecem formas de manipulação ao que fora antes determinado. Tal manipulação vem não somente prejudicar os valores a serem transferidos para os fundos de saúde, mas também dar suporte ao discurso de que a saúde pública não mais atende às demandas a ela repassadas e, que a única, ou quem sabe a mais plausível saída seria a entrega desse campo ao mercado. Nasce a ideia de que a “mão invisível” do mercado se torna mais eficiente na gestão do legado estatal.

É mantido, nesse contexto, um discurso de crise na saúde, onde a ausência de recursos humanos, financiamento, gestão e estrutura física representam alvos das investidas neoliberais em demonstrar os obstáculos para a efetivação de um sistema de saúde público e universal. Entretanto, fica escamoteado o fato de que a crise na saúde não ocorre em função do modelo de sistema, mas ao contrário, é fruto dos fatores “extrassaúde”, relacionados às políticas macroeconômicas (UGÁ; MARQUES, 2005).

A política de saúde, assim, ao mesmo tempo em que marca a inserção sem precedentes de brasileiros que, antes de 1988, não tinham assegurado o direito à saúde (e dever do Estado de provê-lo), é marcada pela falta ou, como cunhado por Campos (2007), “Falta um mundo de coisas!” Dentre essas, falta a apropriação por parte dos técnicos e da academia de um debate crítico que aprofunde e defenda a agenda do movimento pela reforma sanitária. Algo que precisa ser urgentemente reassumido. Mas em qual direção? Rechaçando a ‘esterilização’ de conceitos caros ao movimento pela Reforma Sanitária, anteriormente tão prenhes de conteúdo emancipatório, a crescente tecnificação das propostas e análises correntes com a despolitização da participação social. Enfim, fazer retornar à arena política temas centrais da política de saúde, tais como: universalização, relação público-privada, financiamento e seguridade social.

Como um processo em construção, as reflexões aqui apresentadas representam apenas as tentativas iniciais de uma trabalhadora da área da saúde, que milita na esfera do SUS (em uma instituição de assistência à saúde em nível de alta complexidade), que se aventura pelos caminhos do Mestrado em Política Social, buscando abstrair e refletir sobre questões nem sempre claras em um cotidiano marcado por vários desafios que hoje atravessam o Hospital Universitário e seus técnicos.

Referências

- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Org.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 9-23.
- BEHRING, E. R. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.
- _____; BOSCHETTI, I. *Política social: fundamentos e história*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 2)
- BOSCHETTI, I. *Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil*. Brasília: Editora UNB, 2006.
- _____. A seguridade social na América Latina. In: BOSCHETTI, I. et al. (Org.). *Política social no capitalismo: tendências contemporâneas*. São Paulo: Cortez, 2008. p. 174-195.
- BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). *Serviço Social e saúde – formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, MS, 2006. p. 88-110.
- BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). *Política social e democracia*. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p. 197-215.
- _____. Reforma sanitária e projeto ético político do Serviço social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et al. *Saúde e Serviço Social*. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006. p. 5-47.

- BRESSER PEREIRA, L. C. State reform in the 1990s: logic and control mechanisms. In: BURLAMAQUI, Leonardo; CASTRO, Ana Célia; CHANG, Ha-Joon (Org.). *Institutions and the Role of the State*. Cheltenham: Edward Elgar, 2000. p. 175-219.
- BUSS, P. M. Globalização, pobreza e saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online], 2007. v. 12, n. 6, p. 1575-1589.
- CAMPOS, G. W. S. Há pedras no meio do caminho do SUS!. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online], v. 12, n. 2, 2007, p. 298-298.
- CORREIA, Maria Valéria Costa. *Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- DAGNINO, E.; OLIVEIRA, A. J.; PANFICHI, A. (Org.). Para uma outra leitura da disputa pela construção democrática na América Latina. In: _____. *A disputa pela construção democrática na América Latina*. São Paulo: Paz e Terra; Campinas: Unicamp, 2006. p. 13-91.
- ELIAS, P. E. Políticas de saúde: Reforma ou contra-reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil. Disponível em: <<http://www.saudepublica.bvs.br/itd/legis/curso/pdf/a08.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2009.
- GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- MENDES, A.; MARQUES, R. M. O impacto da política econômica do governo Lula na Seguridade Social e no SUS. *Revista Saúde em Debate* [online], v. 29, n. 71, p. 258-267, set./dez. 2005.
- _____; _____. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. *Revista Katalysis* [online], v. 10, n. 1, p. 15-23, jan./jul. 2007.
- _____. O SUS versus as diretrizes da política econômica. *Revista Ser Social*, v. 25, n. 2, p. 55-82, jul./dez. 2009.
- MONTAÑO, C. Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002.
- NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online], v. 18, suppl., 2002, p. 77-87.
- NETTO, J. P. *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1992.
- NOGUEIRA, M. A. *As possibilidades da política – idéias para a reforma democrática do Estado*. São Paulo: Paz e Terra, 1998.
- PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade* [online], 2006, v.15, n. 2, p. 34-46.
- PAOLI, M. C. P. M. Os direitos do trabalho e sua justiça. *Revista USP*, São Paulo, v. 21, p. 100-115, 1994.
- RADIS. *Reforma tributária em xeque*. n. 83, jul. 2009, p. 19.
- RIZZOTTO, M. L. F. As propostas do Banco Mundial para as reformas do setor de Saúde na Brasil nos anos 1990. *Revista Saúde em Debate* [online], v. 29, n. 70, p. 140-147, maio/ago. 2005.
- SADER, E. S. *A vingança da história*. São Paulo: Boitempo, 2003. v. 1.
- SANTOS, N. R. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online], 2008. v. 13, n. 2, p. 2009-2018.
- SOARES, L. T. R. O neoliberalismo e as suas conseqüências. In: _____. *O desastre social*. Rio de Janeiro: Record, 2003. p. 19-39.
- UGÁ, M. A. D.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 193-233.

¹ A crise do modelo econômico do pós-guerra, em 1973, quando o mundo capitalista avançado caiu numa longa e profunda recessão, combinando baixas taxas de crescimento com altas taxas de inflação, mudou tudo. Neste contexto, as ideias neoliberais passaram a ganhar terreno. As raízes da crise, afirmavam Hayek e seus companheiros, localizava-se no poder excessivo dos sindicatos, que havia corroído as bases de acumulação capitalista com suas pressões reivindicativas sobre os salários e com sua pressão parasitária para que o Estado aumentasse cada vez mais os gastos sociais (ANDERSON, 1995).

² Para Soares (2003), o ajuste neoliberal não se limita a medidas econômicas. Abrange um outro projeto de “reintegração social”, diferente do Welfare State, a partir de uma redefinição global nas áreas políticas e de relações sociais.

³ Partimos aqui do pressuposto de que as políticas sociais são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento – em geral setorializadas e fragmentadas – às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho (NETTO, 1992).

⁴ As aspás, aqui propositalmente, indicam que as práticas reformistas, por parte do Estado, são compatíveis aos ideais econômicos. Reforçam a ideia de que se trata de ideologia e mistificação – um cinismo intencional de classe (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

⁵ Para Bresser Pereira (2000), a reforma do Estado que se realiza na década de 1990 não teve como objetivo reduzir o Estado para mínimo, mas de reconstruí-lo e fazê-lo mais eficiente.

⁶ Soares (2003) conceitua desajuste social como fruto do ajuste neoliberal na América Latina, na medida em que esse agrava as condições sociais de desigualdade e faz surgir novas condições de exclusão social e precariedade.

⁷ Para revisão dos períodos anteriores, recomenda-se a leitura de Bravo; Matos (2006).

-
- ⁸ Um resgate do processo de Reforma Sanitária pode ser encontrado em Bravo e Matos (2002), Elias [s.d.], Gershman (2004), Bravo (2006); e Bravo e Matos (2006).
- ⁹ Consideramos aqui que “[...] não existe uma oposição entre Estado e sociedade civil, mas uma unidade orgânica, visto que a separação é apenas metodológica, pois a sociedade civil é um momento do Estado [...] que a sociedade civil não é homogênea, nela circulam interesses das classes antagônicas que compõem a estrutura social” (CORREIA, 2005, p. 54).
- ¹⁰ Bravo (2002; 2006) apresenta detalhadamente a distinção entre o projeto privatista e de reforma sanitária.
- ¹¹ Ao utilizar do termo “publicização”, Bresser Pereira faz uso de linguagem pertencente a ambos os projetos políticos da sociedade (neoliberal e democrático-participativo), ainda que com interesses opostos. Tal estratégia é chamada, conforme Dagnino; Oliveira; Panfichi (2006), de “confluência perversa”.
- ¹² “[...] o governo põe no mercado privado de saúde de R\$ 13 bilhões a R\$ 15 bilhões por ano. É mais do que a regulamentação da EC 29 pede para o SUS”. Somente no ano de 2008 o governo aplicou no sistema privado R\$ 14 bilhões. “Tira do SUS a classe média e os servidores e fica o SUS pobre para pobres, que não têm poder de pressão para que dê certo” (Radis nº 83, 2009, p. 19).
- ¹³ Mendes e Marques (2009) apontam mais recentemente a proposta de Reforma Tributária (PEC 233/2008) do governo Lula. “Essa proposta ameaça os direitos sociais da Constituição de 1988, particularmente o sistema de Seguridade Social, uma vez que subtrai recursos e rompe com as conquistas sociais, atualmente protegidas pelo artigo 195 da Constituição de 1988. Contudo, o prejuízo não é exclusivo da Seguridade Social (previdência, saúde e assistência social, pois atinge também as áreas de educação e trabalho) [...] a reforma tributária propõe alterações no artigo 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, garantindo a continuidade da DRU até 31/12/2011. Em 2008, esse mecanismo retirou R\$ 39 bilhões da Seguridade Social, com a finalidade de garantir a meta de superávit primário” (p. 80).
- ¹⁴ PLP (Projeto de Lei Parlamentar)/PLS (Projeto de Lei do Senado). Ambos regulamentam a EC-29. As medidas propõem que, gradativamente, entre 2008 a 2011, seja repassado ao setor saúde 10% da receita bruta do país.
- ¹⁵ Texto em fase de pré-publicação: SALAMA, P. Pobreza: luz no fim do túnel? In: GARCIA, M.L.T.; RAIZER, E. C. *A questão social e as Políticas Sociais no contexto latino-americano* (no prelo).
- ¹⁶ Buss (2007); Neri (2002) e Paim (2006) fazem uma relação entre pobreza e acesso aos serviços de saúde.