



## 2016: um ano de perplexidade

O ano de 2016 será para sempre lembrado na história da Democracia brasileira. Seus efeitos marcarão por anos a atuação de intelectuais e militantes da Saúde Coletiva que dedicaram suas vidas à ciência e à construção de alternativas para melhoria das condições de vida e saúde da população.

Crise econômica e ruptura política e institucional demarcam uma conjuntura extremamente adversa à manutenção dos direitos sociais assegurados pela *Constituição Federal* de 1988 e o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso porque, ainda que enormes contradições se evidenciem na trajetória da política social e de saúde desde a promulgação da *Constituição*<sup>1,2</sup>, as condições que favoreceram avanços<sup>3</sup> encontram-se ameaçadas.

De 1988 a 2016, a consolidação de um sistema de saúde universal não ocupou papel de destaque na agenda governamental. Mesmo assim, características histórico-estruturais que limitam a universalização da saúde foram contrabalançadas por políticas nacionais específicas. Tais políticas impulsionaram a expansão da oferta e do acesso a serviços públicos e a reorientação do modelo de prestação do cuidado em saúde, particularmente na atenção básica, produzindo melhorias nos indicadores sanitários<sup>4,5</sup>.

Essas estratégias e intervenções, de forte conteúdo técnico, encontraram espaço variável nos diferentes ciclos de governos, em função dos arranjos políticos e da atuação de grupos setoriais comprometidos com o projeto de reforma sanitária no país. Sobre esse aspecto, destaca-se a atuação de entidades de Saúde Coletiva e outras afins (tais como Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco, Associação Brasileira de Economia da Saúde – ABRES, e Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes), de gestores, técnicos e profissionais de saúde nas diferentes esferas de governo, de conselheiros e movimentos sociais de saúde e, também, de membros do Ministério Público e da Defensoria Pública atuantes na área, que ampliaram a base de apoio ao SUS.

Entretanto, a melhoria das condições de saúde e do acesso aos serviços públicos ocorreu de forma concomitante ao fortalecimento do setor privado no investimento e prestação da assistência<sup>6</sup>. Ao longo desses últimos anos, o gasto público em saúde, seja como proporção do gasto total ou como despesa *per capita*, permaneceu abaixo de outros países de renda média, mesmo considerando sua maior estabilidade e ampliação nos anos 2000<sup>7</sup>. Problemas relacionados ao financiamento – entre outros, a baixa prioridade econômica e fiscal do gasto federal, que variou de acordo com movimentos de crescimento ou desaceleração da economia aferidos pelo Produto Interno Bruto (PIB)<sup>8</sup>, e a canalização de recursos públicos para o setor privado por meio de incentivos diretos e da renúncia fiscal<sup>9,10</sup> –, beneficiaram a expansão do setor privado.

A partir de 2016, as políticas em defesa da saúde como direito universal e dever do Estado não encontram acolhida no Executivo e Legislativo federal. Pelo contrário, verifica-se o avanço de decisões políticas que comprometem o efeito protetor conferido pela *Constituição e Lei Orgânica da Saúde*, desmontam a institucionalidade e fragilizam a base material e técnica do SUS, cada vez mais atingida por questões de ordem financeira.

Segundo recente entrevista concedida a BBC Brasil<sup>11</sup>, o próprio Ministro da Saúde, Ricardo Barros, demonstra seu desprezo ao conhecimento científico se referindo a estudo-



sos da saúde como “*ideólogos que tratam do assunto* [da universalidade do SUS]”, e qualificando como “*teses malucas*” a produção de uma área de conhecimento consolidada no Brasil e internacionalmente.

Por sua vez, o mercado de planos e seguros de saúde intensifica processos de internacionalização e financeirização<sup>12</sup>, por meio de compras e aquisições, alterações no seu regime de acumulação, diversificação de produtos e busca por novas clientelas. Além disso, sua força política se confirma nas proposições do governo e de parlamentares que, favorecendo o segmento privado com medidas que envolvem a regulamentação de “planos populares”, reproduzem a estratificação social e as desigualdades em saúde e submetem o direito à saúde às oscilações econômicas.

Agrega-se à conjuntura o surgimento de propostas que sugerem como solução para a crise econômica um regime de austeridade e ajuste fiscal para os próximos 20 anos (*Proposta de Emenda Constitucional 241/2016* – PEC 241, aprovada pela Câmara dos Deputados em outubro de 2016, e submetida à apreciação do Senado Federal como PEC 55), com retração significativa do gasto público e sérias limitações para a garantia dos direitos sociais e do SUS. Em uma situação política em que o papel do Estado se restringe e a igualdade e a justiça social perdem valor, o setor privado tende a ampliar seu espaço no sistema de saúde.

Nesse contexto, encerramos o ano de 2016 propondo um Espaço Temático sobre “austeridade fiscal, direitos e saúde”. Dando voz aos especialistas, estudiosos da política econômica, social e de saúde foram convidados a analisar, sob diferentes enfoques, os significados e possíveis repercussões dessas medidas. Com isso, esperamos fomentar o debate e renovar nossa perspectiva crítica sobre tais questões tão fundamentais ao futuro das políticas de saúde no Brasil.

Boa leitura!

*Luciana Dias de Lima*  
Editora

*Marília Sá Carvalho*  
Editora

*Claudia Travassos*  
Editora Emérita

*Cláudia Medina Coeli*  
Editora

1. Viana ALD, Machado CV. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis* (Rio J.) 2008; 18:645-84.
2. Paim JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saúde Pública* 2013; 29:1927-36.
3. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377:1778-97.
4. Macinko J, de Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health* 2011; 101:1963-70.
5. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014; 348:g4014.
6. Viacava F, Bellido JG. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:351-70.
7. Servo L, Piola SF, Paiva AB, Ribeiro JA. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: Melamed C, Piola SF, organizadores. *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2011. p. 85-108.
8. Machado CV, Lima LD, Andrade CLT. Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:187-200.
9. Ocké-Reis CO. *SUS: o desafio de ser único*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
10. Mendes A, Weiller JA. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. *Saúde Debate* 2015; 39:491-505.
11. Schreiber M. Sistema de saúde para todos é “sonho” e seus defensores são “ideólogos, não técnicos”, diz ministro da Saúde. *BBC Brasil* 2016; 11 nov. <http://www.bbc.com/portuguese/brasil-37932736>.
12. Bahia L, Scheffer M, Tavares L, Braga IF. Das empresas médicas às seguradoras internacionais: mudanças no regime de acumulação e repercussões sobre o sistema de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2016; 32 Suppl 2:e00154015.