

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE BUCAL

ANDRESSA SIMIONI DE ÁVILA

AUSTERICÍDIO E DIREITOS SOCIAIS: UMA REVISÃO CRÍTICA DA
LITERATURA ACERCA DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Porto Alegre

2020

ANDRESSA SIMIONI DE ÁVILA

AUSTERICÍDIO E DIREITOS SOCIAIS: UMA REVISÃO CRÍTICA DA
LITERATURA ACERCA DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada em Saúde Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ênfase em Saúde da Família e Comunidade, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista Residente.

Orientador: Dr. Renato José De Marchi

Porto Alegre

2020

RESUMO

Introdução: A saúde compõe um setor da economia que produz bens e serviços, sendo alvo do governo, empresas e comunidades. No Brasil, vivenciamos uma dicotomia entre as assistências públicas e privadas, marcadas por influências econômicas, políticas e culturais. Os processos de desigualdades sociais, taxa de desocupação e perdas dos planos privados de saúde foram agravados em virtude da pandemia do COVID-19 que em 2020 assolou o mundo. Assim, todas as parcelas da sociedade precisaram se reinventar, incluindo as Residências Médicas, tendo influência direta nos processos de trabalho e construção das pesquisas dos Programas. **Objetivo:** Realizar uma revisão crítica da literatura brasileira, sobre a temática do sistema de saúde brasileiro. **Metodologia:** Busca responder à pergunta “Sistema Privado de Saúde X Sistema Único de Saúde no Brasil e sua relação e possíveis consequências de políticas de austeridade fiscal como a Emenda Constitucional 95”, servindo como norteadora para pesquisa científica nas bases de dados. **Resultados e Discussão:** O setor público de saúde segue paradoxal e subfinanciado, permeado por falácias. A segmentação da atenção pública e privada mostra-se histórica e política e com as medidas de austeridade fiscal tomadas pelos últimos governos, como a EC 95, que disseminam um mecanismo em espiral do sistema e provocam o austericídio da saúde pública seguem sucateando a saúde e providenciando o aumento das desigualdades sociais com perda dos direitos à cidadania já antes conquistados, tendo influência direta em princípios como os da universalidade e integralidade da assistência. **Conclusão:** O futuro pós-pandemia ainda é muito incerto, mas fica nítida a necessidade de retomada de investimentos em garantias sociais e a quebra de paradigmas e conjecturas austericidas como solução da melhora dos orçamentos da Nação, que culpabilizam a população por governos e administrações incompetentes.

Palavras chaves: Emenda Constitucional 95; Planos Privados de Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Health is a sector of the economy that produces goods and services, being targeted by government, companies and communities. In Brazil, we experience a dichotomy between public and private assistance, marked by economic, political and cultural influences. The processes of social inequality, unemployment rate and losses of private health plans were aggravated due to the COVID-19 pandemic that in 2020 devastated the world. Therefore, all parts of society needed to reinvent themselves, including Medical Residencies, having a direct influence on the work processes and construction of the programs research.

Objective: Realize out a critical review of Brazilian literature on the theme of the Brazilian health system. **Methodology:** It seeks to answer the question “Private Health System X Unified Health System in Brazil and its relationship and possible consequences of fiscal austerity policies such as Constitutional Amendment 95”, serving as a guide for scientific research in the databases. **Results and Discussion:** The public health sector remains paradoxical and underfunded, permeated by fallacies. The segmentation of public and private attention is shown to be historical and political and with the fiscal austerity measures taken by the last governments, such as EC 95, that disseminate a spiral mechanism of the system and cause austerity in public health continue to scrap the health and supply for the increase of social inequalities with loss of rights to citizenship already conquered, having direct influence on principles such as universality and integrality of assistance. **Conclusion:** The post-pandemic future is still very uncertain, but there is a clear need to resume investments in social guarantees and the breaking of austericides paradigms and conjectures as a solution to the improvement of the nation's budgets, which blame the population for incompetent governments and administrations.

Key words: Constitutional Amendment 95; Private Health Plans; Health Unic System.

SUMÁRIO	
INTRODUÇÃO	6
OBJETIVO	12
MÉTODOS	12
Delineamento	12
RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
O subfinanciamento e a articulação dos planos privados de saúde	13
Beneficiários	16
Saúde: direito social e o paradoxo do Sistema brasileiro	17
O Mecanismo em Espiral	19
Falácias do Sistema	21
Desperdícios de recursos e importância da Atenção Primária a Saúde (APS)	22
Desconstrução Social e Histerese Política	24
CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
ANEXO 1 - PROJETO DE PESQUISA INICIAL	34
METODOLOGIA	34
QUESTÕES ÉTICAS	36
ORÇAMENTO	37
CRONOGRAMA E PLANO DE TRABALHO	38
ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	40
ANEXO 3 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA INICIAL	42

INTRODUÇÃO

Em 2020 o mundo foi assolado pela Sars-CoV-2 e conseqüentemente todos vivenciamos mudanças nas dinâmicas de vida. A doença se mostrou como um desafio para saúde, economia e política, aumentando a desigualdade, elevando a taxa de ocupação, sobrecarregando hospitais e os sistemas de saúde do mundo todo. Como residente na área da saúde, tive que voltar meus esforços e olhares à ajuda no combate ao vírus, reinventando-me e trabalhando na área do telemonitoramento, mostrando que é possível e resolutivo que acompanhamentos e orientações fossem realizados sem que a presença do profissional, necessariamente, seja física. A rotina é exaustiva, à medida que o tempo passa nos faz enxergar o mundo de uma outra ótica, deixando mais evidente que o Brasil precisa de um SUS com qualidade, que necessitamos de pesquisa e qualificação científica na área da saúde pública, melhorias para o sistema e que devemos ter um ensino de graduação mais voltado ao coletivo. Unido a isso precisamos lutar contra este governo militarizado, negacionista da ciência e desnorteado que aprofundou a instabilidade política enquanto os alertas de números de infectados e mortos cresciam exponencialmente. A economia não deve vir acima da vida humana.

O projeto de pesquisa inicial, que visava por meio de uma pesquisa qualitativa apanhar as percepções de pessoas em processo de envelhecimento que perderam seus planos privados de saúde e por vez tiveram de acessar o SUS e qual seria a sua relação com esse serviço, terá que dar espaço a um novo foco de pesquisa devido aos efeitos que a pandemia do COVID-19 causou, após declarada pela Organização Mundial da Saúde as intervenções não farmacológicas necessárias para inibição da transmissão e de postergação e desaceleração do pico da curva epidêmica, fez-se necessário medidas de distanciamento social. A partir disso, ocorreram mudanças significativas em todas as áreas, inclusive nos Programas de Residências vigentes, ao qual se dirigiu para o enfrentamento do vírus. No Brasil, através do Ministério da Saúde, orientou-se que a porta de entrada do sistema seria através das Unidades Básicas de Saúde que conduziram a implantação do fluxo dos usuários. Neste novo cenário, os residentes amplificaram o seu propósito de atuação com intuito de melhorar a cobertura de assistência à

população. O profissional residente de odontologia, vê-se ampliando e provocando atitudes e habilidades com uma dimensão maior, já que diante da emergência sanitária apresentou-se necessária. Houve algumas modificações em suas atividades laborais, adaptando-se o seu cuidado e aprimorando suas competências diante da atual perspectiva (GARCIA; DUARTE, 2020; XAVIER, et al. 2020.).

Destarte, na atualidade, o Brasil sofre com uma mudança expressiva do seu perfil demográfico, ou seja, está deixando de ser um país com uma população mais jovem e conquistando a característica de um país mais envelhecido. Diversos fatores podem ser atribuídos para esse fato sendo reflexo de uma queda da fecundidade materna e da mortalidade infantil, da menor quantidade de óbitos por doenças infectocontagiosas, devido à explosão tecnológica que se propagou em todas as áreas da ciência e a sucessiva instalação de condições sanitárias e programas de atenção à saúde com o aumento da expectativa de vida e conseqüentemente o envelhecimento da população (BRAGA, LAUTERT, 2004; BRITO, 2007).

Em 1982 adotou-se, de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), que o idoso, nos países desenvolvidos, seria considerado o indivíduo com 65 anos de idade ou mais e que nos demais países seria a partir de 60 anos de idade. O Brasil segue as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), que adota o mesmo critério de classificação da ONU, e decreta a Lei nº 10.741/03, que dispõe sobre o Estatuto do idoso, que define a pessoa idosa como todo indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos.

Após a década de 50, ocorreu um intenso processo de concentração urbana da população brasileira que acompanhou o processo de expansão das fronteiras econômicas e que hoje, nessas áreas, apresenta um acentuado processo de envelhecimento. As atuais grandes metrópoles tinham a concentração de sua população em suas áreas centrais. Com o passar do tempo pessoas com baixo poder aquisitivo e a população mais jovem oriundas das áreas rurais migram para novas regiões residenciais periféricas e a parte central interrompe suas características residenciais para dar espaço para um novo modelo mais comercial e administrativo. Já a população idosa tende a se concentrar nas regiões mais antigas das cidades, sendo mais expressivo em números nos grandes centros

urbanos. Economicamente falando, a região central, das grandes metrópoles brasileiras, caracteriza-se por uma área com residências de baixa renda e uma população idosa residual com um padrão de vida em declínio. Esse processo de urbanização agravou a exclusão social e a pobreza, fortalecendo problemas como a persistência das desigualdades de renda (UCHÔA et al., 2002; VERAS et al., 1987).

A saúde, objeto de atenção do sistema social, compõe um setor da economia que produz bens e serviços, sendo alvo do governo, empresas e comunidades. O conceito saúde é uma dimensão e discussão não restrita médico-específico, trazendo vários aspectos que influenciam seu processo, sendo extremamente subjetiva e complexa sua definição, visto que, é vivida e percebida de modos distintos para cada sujeito. Saúde é um estado da vida de completo bem-estar físico, mental e social, e, assim, entendendo-se todas as dimensões de sua estrutura, consegue-se aproximar o modo como a sociedade identifica e enfrenta seus problemas de saúde, que sofrem influência econômicas, políticas e culturais, com a organização do sistema sendo guiada pelas crenças, valores e determinantes sociais (PAIM, 2015).

Intrinsecamente o envelhecimento é vivido de modos diferentes de indivíduo para indivíduo, de acordo com o contexto social, cultural e econômico no qual ele está inserido unido com a experiência de vida de cada um, sendo um processo irreversível (UCHÔA et al., 2002).

Quando falamos em envelhecimento não se está apenas citando a senescência, mas também fatores sociais, biológicos e psíquicos que acometem de maneiras diferentes as pessoas e se entrelaçam abrindo um leque de variações dependentes e com dimensões heterogêneas. O processo de envelhecer transcende questões voltadas apenas para presença ou ausência de doenças e sim um conceito ampliado de manutenção da atividade preservando o potencial físico, social e mental mantendo-se autônomo e independente juntamente com a solidariedade social e intergeracional, sendo assim, com o passar do tempo envelhecer se torna um processo multideterminado associado a perdas sociais significativas relacionadas com aposentadoria e perda do papel produtivo e a visão relacionado com o que é belo (UCHÔA et al., 2002).

As mudanças psicológicas se unem a dificuldade em adaptação com os novos papéis sociais, baixa autoestima, depressão e as doenças que percorrem o envelhecimento adquirem maior expressão no conjunto da sociedade. Idosos que permanecem ativos ao longo da vida, praticando regularmente exercícios, apresentam ganhos para saúde com melhora no bem-estar psicológico e na qualidade de vida, contribuindo para o controle da depressão e diminuição da ansiedade e aumentando sua inserção social. Sendo assim, o status social do idoso se modifica ao se relacionar com as pessoas e apesar das mudanças fisiológicas do envelhecimento quando munidas com atividades físicas, auxiliam o idoso a não desenvolver patologias que podem levá-lo a uma perda progressiva da autonomia e independência. Apenas são determinantes que influenciam na vida do idoso não sendo os problemas de saúde só atribuídos ao estilo de vida e práticas não saudáveis (ASSIS, 2004; ASSIS, ARAÚJO, 2004; LOUVISON, 2008; ZIMERMAN, 2000).

A população idosa situada nas capitais do Brasil apresenta o maior percentual na cidade de Porto Alegre, equivalente a 15,04%, tendo sua maior concentração na região centro, de acordo com dados do IBGE de 2010. No Brasil, historicamente se tem escolhas políticas polares, onde em um lado da balança se tem um direito constitucional de garantia de saúde igualitária, universal e equânime para toda a população, do outro se tem a consolidação de um setor privado de saúde e que se torna cada vez mais relevantemente econômico no país. Com esse panorama geral do setor saúde, o Brasil apresenta 24% da população atrelada e vinculada ao setor privado à saúde, desse percentual 11% dos beneficiários são pessoas com 60 anos ou mais (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2020; VIEIRA JUNIOR; MARTINS, 2015).

Plano de saúde

O Brasil apresenta um sistema de saúde público universal, de financiamento público e participação e articulação das esferas federais, estaduais e municipais, que prevê a integralidade do cuidado e da assistência de forma equânime - identificado como um direito de todas as pessoas, não dependente de mérito e sim ligado diretamente à condição de cidadania - entretanto, atualmente a saúde

suplementar brasileira abarca cerca de 24% da população do nosso país (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2020; BRASIL, 2007; PAIM, 2015).

Os planos de saúde no Brasil são associados a questões culturais que fazem parte de uma dicotomia política e social no país. Enquanto o SUS prevê um atendimento integral do cidadão e o reconhecimento das condições de vida indicando uma concepção que perpassa as dimensões biológicas e ecológicas da saúde, adotando seu conceito mais ampliado, deparamo-nos com uma assistência médica suplementar privada prevista por lei, sendo assim alternativas particulares crescem ainda mais e evidenciam uma segmentação consolidada da atenção em saúde. A regulamentação e início da jurisprudência desse setor possui como marco legal a Lei nº 9.656/98 e a Lei nº 9.961/00, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Abre-se, portanto, um mosaico de expressões antagônicas e consolida a ideia de que um SUS integral é inversamente proporcional à magnitude de se estar associado a um plano privado de saúde. Expressões como “só fica no SUS quem não tem recursos para comprar um plano”, “plano de saúde dos pobres” denotam o desmembramento que se é feito das duas assistências. Esse padrão foi impulsionado devido aos incentivos governamentais que estimularam esse mercado (BAHIA, 2001; PAIM, 2015).

O que corrobora essas afirmações são os dados da Conta-Satélite Brasil 2007-2009, que traz em percentual um aumento da despesa do governo com o serviço público em saúde e em contrapartida as famílias continuam desembolsando mais recursos com o consumo de bens e serviços em saúde, ratificando que apesar dos inúmeros esforços para a racionalização e democratização do sistema de saúde, ainda se persiste a segmentação, desperdícios de recursos, expondo suas iniquidades, duplicidade de esforços e uma insatisfação persistente em todos os segmentos da população. Sendo a saúde privada uma ocupadora de lacunas que a saúde pública não consegue (ou não possa) disponibilizar aos seus usuários (LEONEL, 2017; PAIM, 2015).

Segundo uma pesquisa realizada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) o plano de saúde é o segundo objeto de desejo de uma lista de 12 itens de brasileiros que não usufruem da posse dessa demanda privativa. Contratar um plano de saúde é buscar um atendimento superior àquele ofertado

nas redes básicas do SUS, gozando de um status de “pseudo exclusividade” (LEONEL, 2017).

O mercado dos planos privados em saúde que presta assistência está ligado diretamente à urbanização, à industrialização do país, à renda e ao emprego formal. Segundo a ANS, de acordo com os dados disponibilizados em 2016, 66% dos mais de 47 milhões de beneficiários em planos de saúde estão em planos privados por medidas de contratação empresarial, tendo o acesso da empresa atrelado ao do plano de saúde ao passo que os planos individuais/familiares representam um percentual muito menor neste mercado (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2020; DOS SANTOS BORBA FILHO, MYRRHA, 2019).

Grande parte dos beneficiários está na faixa etária de 20 a 49 anos e concentra-se nos municípios mais populosos e de maior industrialização do país, vinculados na sua maioria a planos coletivos, possivelmente devido à inserção no mercado de trabalho. Já nos planos individuais/familiares a população se mostra mais envelhecida (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2020; DOS SANTOS BORBA FILHO, MYRRHA, 2019).

A região sul apresenta uma alta cobertura dos planos de saúde de acordo com o Cadastro de Beneficiários da ANS, tendo uma concentração de cobertura nas áreas urbanas. Em relação às pessoas que possuem planos de saúde consiste uma pirâmide com comportamento diferenciado, no qual se tem a predominância de mulheres em idade fértil e idosos com mais de 60 anos. Diferentemente das outras capitais da região sul, Porto Alegre permanece com proporções diminuídas de cobertura de assistência privada a idosos (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2020).

De acordo com a ANS houve uma queda dos beneficiários de planos privados de saúde a partir do ano de 2015. Em seus primeiros trimestres, já se computava a desocupação de 1,9 milhões de pessoas com 14 anos ou mais (IBGE 2018) e a concomitante saída de 490 mil beneficiários possuíam planos empresariais, essa situação se deu devido aos efeitos da desaceleração da economia com a diminuição de investimentos empresariais e a recessão com altas taxas de desemprego, gerando redução da demanda de algumas áreas, como a

saúde suplementar (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2020; COSTA E FILHO, 2014).

Com os dados apresentados, embora se constate uma grande parcela populacional atrelada e beneficiária dos sistemas privados de saúde, há uma enorme porção de cidadãos que deixaram os planos e que se tornaram potencialmente usuários do Sistema Único de Saúde.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é o de realizar uma revisão crítica da literatura brasileira, sobre a temática dos planos de saúde privado X Sistema Único de Saúde.

MÉTODOS

Delineamento

Foi realizada uma revisão crítica da literatura, em vista de responder a pergunta “Sistema Privado de Saúde X Sistema Único de Saúde no Brasil e sua relação e possíveis consequências de políticas de austeridade fiscal como a Emenda Constitucional 95”, sendo assim, foi a norteadora para a pesquisa científica nas bases de dados eletrônicas.

Neste contexto foi baseado a história das assistências, avanços e retrocessos, como as políticas de austeridade estão presente e perpetuam a não valoração dos direitos sociais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Há poucos artigos publicados que tentam revelar os motivos das pessoas estarem deixando seus planos privados de saúde tampouco produções acadêmicas que tragam as percepções dos próprios usuários que por vez acessam o SUS em decorrência de sua situação atual. Em vista dessa circunstância será feito um certame a respeito do setor saúde brasileiro, que por ser paradoxal e permeado por falácias merece ser aprofundado. Ao passo que vivemos políticas que mudam o quadro social de luta do nosso país, coberto por discursos de melhoria econômica e diminuição de gastos se constitucionaliza a prática do intervencionismo estatal, redução de investimentos sociais e em políticas públicas, baseado no efeito de histerese, expandindo a desigualdade, provocando o austericídio da saúde pública e favorecendo a parte mais rica da população.

O subfinanciamento e a articulação dos planos privados de saúde

O Brasil é um país com uma extensa área demográfica, permeado por heterogeneidade socioeconômica, que apresenta um grande desafio na saúde, pois exhibe um arranjo específico de sistema político, cultural, de passado histórico e de estrutura social. Apresenta um gasto *per capita* muito baixo quando comparado a países desenvolvidos, destaca-se pelo elevado e majoritário financiamento pelo setor privado no sistema de saúde. Interferindo diretamente na qualidade do cuidado, ocorrendo a indisponibilidade de serviços e negociando com o direito social de busca pelos princípios organizativos previstos em lei como a integralidade da assistência (ANDRADE, et al. 2018).

A história da criação do SUS sempre se mostrou de luta social, teve conquistas significativas para uma melhor estabilidade de financiamento com a Emenda Constitucional (EC) 29/00 que prevê os gastos mínimos com saúde nas esferas do governo. Em 2015, foi promulgada a EC 86 que estipulava 15% da aplicação mínima da União (sendo escalonada de 2016-2020). No ano de 2016 o senado aprovou a EC 95, que prevê o congelamento de gastos da União, cujo mínimo passou a ser corrigido pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, mostrando um retrocesso e caminhos perigosos que a saúde brasileira está

por enfrentar pelos próximos 20 anos subsequentes (ANDRADE, et al. 2018; DE OLIVEIRA, 2018).

Trazendo a reflexão de que embora haja uma autonomia político-administrativa entre os entes federativos, a implementação de políticas públicas, o interesse nacional na complexa articulação de oferta de serviços em saúde fica particularmente prejudicada, dado que, embora exista no papel todas as responsabilidades administrativas e também de direitos, princípios como o da integralidade e universalidade passam por grandes dificuldades de garantia.

Pela Lei nº 9.961/00 criou-se a Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS) que desde seu surgimento emergiu em um espaço de mercado que já havia se estruturado e em constante crescimento e que apresentava correlação com o mercado financeiro. Seu avanço se deu através da Lei nº 9.656/98 que estipulou as condições de financiamento dos planos e em 2001 sofreu modificações alterando que eles ficassem subordinados a ANS.

Quanto a contratação dos planos no Brasil, de acordo com a ANS, em julho de 2020, do total de beneficiários aproximadamente 67,39% possuía plano coletivo empresarial, 13,28% planos coletivos de adesão e 19,13% planos individuais ou familiares, tendo uma cobertura da população brasileira de 24%. Apresentam que a cobertura dos planos de saúde tivera uma queda referente ao número de seus beneficiários a partir do ano 2015 e se manteve em queda até junho de 2020, passando de 50.531.748 contribuintes em dezembro/2014 a 46.723.204 em junho/2020 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2020; DE OLIVEIRA, 2018).

Esses dados demonstram que 3.808.544 milhões de brasileiros se tornaram possíveis usuários do SUS devido ao rompimento de contratos com os planos de saúde, gerando, então, em um curto espaço de tempo um aumento da demanda para o sistema público que passa por importantes impactos políticos (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2020).

A partir desses referenciais podemos inferir que a queda de consumidores dos planos de saúde suplementar encontra-se diretamente ligado a empregabilidade formal, sendo confirmado pelo tipo de contratação mais prevalente

no Brasil. As novas formas de trabalho que se desdobram e aumentam a taxa de desemprego advindas de reformas trabalhistas e de interferência política neoliberal que utilizam contratos de trabalho intermitentes e generaliza a terceirização aprofundando a precarização das condições de trabalho, atingindo diretamente a seguridade social e conseqüentemente o financiamento para a saúde (DE OLIVEIRA, 2018).

Quando há aposentadoria, o beneficiário deve arcar parcialmente ou integralmente com a mensalidade para que seja efetuada sua permanência no plano. Dentro do mercado da saúde suplementar esse grupo, que geralmente são idosos, encontram barreiras nas estratégias adotadas pelos planos, pois são vistos como um risco à lucratividade, são expostos a exames médicos prévios para contratação, não pagamento de corretagem para os seus contratos e reajustes exorbitantes do valor da mensalidade quando completam 59 anos, sendo um dos fatores que fazem os idosos abandonarem os planos de saúde (DE OLIVEIRA, 2018).

Diante da mudança na estrutura demográfica do Brasil, essa situação acarretará em maior pressão sobre o SUS, que já lida com os resultados do processo de transição epidemiológica, isto é, de maior protagonismo das doenças crônicas não transmissíveis entre as causas de adoecimento da população e que devido ao financiamento insuficiente e com políticas de escassez que o permeiam ainda terá de prestar assistência a essa população que não tem mais sua vinculação atrelada aos planos de saúde e apresentam diversos problemas a serem acompanhados pelo sistema público (VIEIRA, BENEVIDES, 2016).

O que fica evidente é que os desafios vivenciados pelo SUS são deveras políticos. No qual, diversas estratégias tomadas levam para o sucateamento, fragmentação e entraves na consolidação dos compromissos de financiamento, ou seja, apesar de um diagnóstico consistente da trajetória de baixa priorização da saúde ainda se configuram políticas que perpetuam para uma maior segmentação da saúde pública e privada, dificultando a forma de assegurar a saúde integral e igualitária a toda a população, com o princípio constitucional de direito social sendo violado (DE OLIVEIRA, 2018; VIEIRA, BENEVIDES, 2016).

Beneficiários

Estudos tentam investigar qual o padrão econômico dos brasileiros que optam por aderir aos planos de saúde, visto que há questões correlacionadas que contribuem para o aumento dos beneficiários dos planos como os problemas com acesso e qualidade do sistema público. Como já citado anteriormente, o processo médico-privatista da assistência historicamente fez dos serviços em saúde um universo capitalista, unindo partes da sociedade insatisfeitas com os serviços estatais e que estavam dispostas a custear sua própria proteção à saúde. Há uma segmentação da clientela dos planos privados de saúde, havendo um desmembramento de classe dentro dos conjuntos de seus clientes, sendo os cuidados à saúde, suas expectativas, percepções de suas necessidades e recursos que dispõem diferentes entre as classes sociais (FARIAS, 2001).

O que se pode afirmar é que a adesão aos planos está fortemente associada ao nível socioeconômico, seja ele indicado pelo nível de escolaridade da família, renda, índice de bens ou inserção no mercado de trabalho. Essa relação com o nível socioeconômico é de fácil entendimento, pois na medida em que os recursos orçamentários crescem a competição com outros itens essenciais à vida diminui, consequentemente aumentando os adeptos aos planos de saúde (FARIAS, 2001).

No Brasil já é comprovado que a adesão aos planos está diretamente ligada à visão pela população de que o sistema público se apresenta como serviços de menor qualidade, menos acessíveis e satisfatórios, mesmo que a cobertura dos planos não pareçam proteger as famílias de gastos catastróficos com saúde e ainda está associada a utilização do SUS, ainda que em menor proporção que o resto da população (FONTANELLE, 2017).

Saúde: direito social e o paradoxo do Sistema brasileiro

A Saúde Pública sempre acompanhou as tendências vigentes da nossa sociedade brasileira, ela emerge de um contexto sociopolítico, e é entendida como política social de proteção às pessoas, sendo sua organização em conformidade com a compreensão de vida comunitária. Durante a história ela sofreu mudanças em seu modelo e também na sua estratégia, embora isso não tenha sido o suficiente para a superação de todas as conjunturas vividas (ALBUQUERQUE, et al., 2008; SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2014).

O Sistema Único de Saúde foi criado como direito social, trazendo para a área da saúde a universalidade, integralidade e equidade da assistência. Neste cenário, cria-se a dicotomia do setor saúde, com a ampliação e regulamentação do setor privado de assistência, que desde a época dos anos 1980 e 1990 apresentava uma grande estrutura de empresas relacionadas ao comércio de planos, e o Estado portando-se como um potencial mobilizador de recursos para criar e sustentar o mercado suplementar de saúde no país (ALBUQUERQUE, et al., 2008; SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2014).

Sabe-se, portanto, que o sistema privado de saúde iniciou sua criação em conjunto com o crescimento do setor industrial do Brasil, onde empresários se organizaram junto aos prestadores de serviços médico-hospitalares para gerar atendimento aos seus empregados, ocorrendo a criação de empresas e arranjos próprios para essa assistência, com financiamentos governamentais que fortaleceram o setor. Dessa forma, a função estatal frente às estratégias econômicas dos agentes privados foi transferida para agências reguladoras (ANS), tornando o Estado um regulador e não necessariamente um provedor dos serviços. À vista disso, os planos de saúde crescem como mercado e expandem suas ações (ALBUQUERQUE, et al., 2008; SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2014).

A prerrogativa de que o setor público não dá conta de prestar assistência a toda a população faz com que a vontade por proteção aos altos custos associados ao risco de adoecer impulse as pessoas a pagarem previamente ao setor suplementar uma contribuição, tornando o plano de saúde responsável pelo intermédio entre o usuário e os prestadores da assistência médico-hospitalares, ou

seja, o receio de necessitar do uso de bens e serviços em saúde motiva que as famílias recorram ao acesso das assistências privadas. Exteriorizando que a prioridade e perspectiva de se adquirir um plano está focado na doença, não assegurando a 'saúde' (OCKE-REIS; ANDREAZZE; SILVEIRA, 2006).

Em contrapartida, o SUS mostra-se como um mobilizador e estimulador de novos ideais e práticas de assistência, através dos seus princípios organizativos e diretrizes, trazendo a mudança do foco para a saúde e o sujeito, portando as dimensões do processo saúde-doença e reconhecendo os determinantes e condicionantes que atravessam a saúde. De forma sintética, dentro de toda essa perspectiva as famílias ainda desembolsam boa parcela de seus orçamentos para se assegurar contra o temido risco de adoecer (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

A Constituição Federal de 1988 (CF 1988) afirma em seu Artigo 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988). Apesar do preceito constitucional, o gasto público em saúde ainda é baixo, e a cobertura do SUS é incompleta e desigual, fatores estes que estão ligados diretamente ao subfinanciamento do sistema e problemas com acesso. Trazendo para interpretação de que o Estado promove a saúde e que essa garantia de acesso médicos e hospitalares não são o suficiente posto que ela faz parte de um contexto individual de histórico cultural, social e econômico que condicionam o bem-estar (BRASIL, 1988; VIEIRA, BENEVIDES, 2016).

O Brasil apresenta aproximadamente um gasto total de 9% do produto interno bruto com saúde e as novas políticas governamentais de austeridade, como a prevista na Emenda Constitucional 95, produzem impactos significativos no financiamento, que já se mostrava ineficiente, e negativos na garantia do direito à saúde. O paradoxo da saúde brasileira (IBGE, 2019).

A ANS faz parte da esfera do Ministério da Saúde, mas sua interlocução com o SUS é precária referindo-se de certa forma ao ressarcimento de despesas geradas por clientes de planos e seguros de saúde nos hospitais da rede pública (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

As produções acadêmicas relacionadas a ANS têm deixado de destacar a relação entre saúde e estrutura social dando lugar para um viés mais econômico-

financeiro, incentivando, de certa forma, a dinâmica de compra e venda de planos e seguros, fazendo com que se tenha a naturalização da dinâmica do comércio de bens e serviços em saúde. Tornando-se mais um marco da subdivisão da assistência pública e privada, como se seus focos fizessem parte de processos diferentes de interesse, não sendo a saúde seu maior bem (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

O Mecanismo em Espiral

Afinal, o que é e como pode ser entendida a política de austeridade, esse é um questionamento complexo e que merece ser debatido. Em linhas gerais, ela parte do consenso de que há uma superioridade do livre mercado acreditando que a privatização qualifica o mecanismo de alocação de recursos, caracterizando as ações do Estado como ineficientes e transferindo a importância e valorização do individualismo, tendo a liberdade em detrimento da igualdade (VIEIRA, et al., 2018).

Por via de regra quando se tem a implementação de medidas que reduzem as ofertas de benefícios, bens e serviços públicos em razão de cortes de despesas e/ou de cortes estruturais há, conseqüentemente, um aumento da injustiça social porque atinge diretamente cidadãos que dependem desses serviços. Sendo considerada uma manifestação neoliberal que quando efetivada limita os avanços das políticas sociais de caráter universal abalando violentamente o presente e as perspectivas futuras da sociedade. Fica evidente que as demandas de políticas de arrocho fiscal são fundamentais para a sustentabilidade das desigualdades e conseqüente drenagem de recursos para os estratos mais abastados da população (VIEIRA, et al., 2018).

Vive-se o panorama de que o Estado mantenha o foco na garantia do bem-estar da sua população, embora sem considerar os desafios impostos pela conjuntura macroeconômica e fiscal implementada (VIEIRA, et al., 2018).

A exemplo dessas políticas brasileiras temos a já citada EC 95 que estabelece o teto de gastos da União. De forma simplificada podemos entender suas conseqüências econômicas, com o cenário de crescimento econômico automaticamente se tem o aumento da arrecadação, porém ao mesmo tempo em que há elevação das receitas as despesas primárias permanecem congeladas

aumentando o saldo final, ao qual não poderão ser investidos em políticas públicas, dirigindo-se para investimentos financeiros em detrimento dos sociais, desqualificando as lutas sociais que demandaram mudanças para que a sociedade por completo prosperasse (MENDES, CARNUT, GUERRA, 2018; VIEIRA, et al., 2018).

A crise financeira de 2008 que trouxe uma elevada taxa de desemprego se expressa na sociedade com o aumento dos problemas de saúde mental, principalmente a depressão e ansiedade que também são permeadas pela insegurança da não manutenção do emprego. Outros reflexos identificados dizem respeito ao aumento da taxa de suicídio, a menor autoavaliação do estado de saúde como bom, o aumento das doenças crônicas, a piora do acesso aos serviços de saúde por barreiras econômicas e o aumento do consumo de bebidas alcoólicas. O que faz com que esses processos sejam relevantes ao Estado, pois as questões de saúde estão diretamente ligadas as entradas e saídas do mercado de trabalho, a precarização do trabalho, junto a redução ou falta de competência para o desempenho laboral, associado as mudanças e novas realidades sociais como o envelhecimento da população, que acaba por elevar as demandas por serviços de cuidados, o aumento da procura por serviços com qualidade, a incorporação da mulher no mercado de trabalho, que afeta diretamente a taxa de fecundidade, desemprego estrutural e a falta de proteção social (VIEIRA, et al., 2018).

A proteção social e o direito social podem ser entendidos a partir da definição feita por Marshall em 1967 que elaborou a conceituação sobre a ideia de cidadania, a qual os direitos sociais podem ser reconhecidos como direitos de cidadania, entendendo que o “social” refere-se ao direito de acesso a um conjunto de políticas e serviços - sejam eles de educação, saúde, aposentadoria - que lhes forneça e assegure um mínimo de bem-estar e dignidade. A maior igualdade social só é alcançada quando o Estado identifica a série de necessidades básicas dos cidadãos que precisam ser atendidas mediante a políticas públicas, tornando o papel das políticas sociais essenciais, representando o direito de participação no poder político e na distribuição da riqueza social produzida (VIEIRA, et al., 2018).

Toda essa nova conjuntura que vem se implementando aumenta, em um curto espaço de tempo, as demandas em saúde para o SUS. Ao passo que se

observa uma construção desviante das diretrizes constitucionais, o sistema de saúde encontra-se com elevada contratação de serviços privados, isenções fiscais às operadoras e seus hospitais credenciados, gerenciamento de serviços por variados entes e estruturas privadas, por conseguinte há a diminuição da capacidade de resposta do sistema em questões de acesso e qualidade, interferindo no estado de saúde geral da população. Esse cenário em conjunto com a incapacidade das famílias de custearem seus planos privados de saúde pioram e superlotam a demanda dos serviços públicos (VIEIRA, et al., 2018).

Esse efeito da crise econômica e política torna as consequências sociais um ciclo sem fim, colocando os mais vulneráveis em risco. No momento presente, todo este mecanismo em espiral atravessado pelas políticas de austeridade e não valoração da solidariedade nos leva diretamente para um austericídio da saúde pública, pois remete ao genocídio das comunidades que necessitam dos direitos e das políticas sociais.

Falácias do Sistema

É inegável todos os avanços vivenciados pelo Sistema Único de Saúde nestes últimos 30 anos, nascido dos ideais da Reforma Sanitária, muito se cresceu na universalização e descentralização dos serviços. A ignorância e/ou falta de informação sobre a causalidade dos desperdícios estruturais de recursos, sejam eles financeiros ou operacionais, presentes no SUS, reforça a todo momento que de certa forma todos os problemas vivenciados no sistema seriam resolvidos caso houvesse uma boa gestão, porém esse raciocínio se torna equivocado. É impossível pensar na melhoria das condições dos serviços sem que haja pelo menos um financiamento justo, qualificação de políticas sociais, a volta do foco na integralidade da assistência e não apenas nos meios curativos de doenças, que já se mostraram ser muito mais custosos aos cofres públicos e ineficientes perante aos problemas da população, gastos não compatíveis com as prioridades definidas pelos conselhos de saúde, ausência da participação popular. Expondo a falácia que se perpetua (MENDES, CARNUT, GUERRA, 2018; SALES, et al. 2019).

Cabe ressaltar o mecanismo em espiral que o quadro político e econômico do país gera ao SUS. Os altos índices de desemprego gerando a saída das pessoas dos planos particulares provando a sobrecarga do sistema público que já se encontra subfinanciado, com problemas estruturais, precarizando ainda mais o serviço e o próprio SUS (ALMEIDA, et al. 2018).

Somando-se a essa perspectiva do sistema público ainda existe uma pouca valorização salarial para os profissionais da área, sendo esses recorrentes problemas um reflexo de uma administração pública ineficaz para com a saúde. Uma condição que também deve ser considerada consiste na pouca participação popular no controle social, condições fundamentais para o avanço e consolidação dos princípios do SUS (MENDES, CARNUT, GUERRA, 2018; SALES, et al. 2019; SALES, et al. 2019).

Países que optaram por preservar e fortalecer as políticas sociais de caráter universal, suavizaram os efeitos da crise econômica sobre as condições sociais e retomaram o crescimento de sua economia mais rapidamente. É fundamental entender que a luta contra os referenciais hegemônicos presentes no nosso país e que impelem a concretização do modelo “SUS” requer um maior financiamento para o setor, elevadas mudanças burocráticas da administração em conjunto com a ampliação dos controles de desperdícios, dirigindo-nos antagonicamente as medidas de austeridade fiscal (SANTOS, VIEIRA, 2018; VIEIRA, et al., 2018).

Desperdícios de recursos e importância da Atenção Primária a Saúde (APS)

As causas de maior desperdício dos recursos alocados no SUS é estrutural à política do Estado, marcada pela lentidão de ações que mantem o agravamento de doenças que poderiam ser evitadas e mesmo reconhecendo as evoluções e tecnologias de eficiência disponíveis no sistema continuam com baixa prioridade para a Atenção Primária a Saúde que poderia solucionar até 90% das necessidades (GOMES, et al 2020; MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018).

Fica desconexo entender o porquê das novas formas políticas desvalorizarem a saúde como um direito à cidadania, não incentivando a atenção básica como meio de resolutividade e eficiência do sistema público de saúde, por ser um modelo que mostra indicadores que melhoram os parâmetros de saúde da

população, pensado em uma assistência horizontal com intersectorialidade favorável a políticas de universalidade, ou seja, são políticas sociais que atingem toda a população.

Fatores esses que se comprovaram durante a pandemia da SARS-CoV-2 a qual as unidades básicas de saúde se mostraram como articuladoras das ações, sendo essencial para diminuir a incidência da população adscrita, com impacto direto na morbimortalidade, atuando na diminuição da disseminação viral, com acompanhamento dos casos leves e apoiando as comunidades no isolamento social, identificando e reduzindo as vulnerabilidades individuais e coletivas, fornecendo acesso a assistência em saúde e encaminhamento nas fases mais críticas da pandemia, ampliando a capacidade de resposta ao sistema e corroborando seus atributos essenciais, no qual, temos como resultado uma eficácia social, com certa superação do modelo hegemônico e negativo dos cuidados, sem que haja um atendimento passivo e tardio da demanda (DE MELO CABRAL, et al. 2020; GOMES, et al 2020; MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018; SARTI, et al. 2020).

Com a pandemia os serviços prestados foram reorganizados, a regulação e protocolos foram de extrema importância para as mudanças no fluxo e organização da rede, ficando cada vez mais evidente a proporção e importância da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que aproxima as comunidades.

Embora a expansão da ESF alcançada nas últimas décadas, ainda não há um mecanismo que consiga garantir sua sustentabilidade e prioridade, inclusive a Política Nacional da Atenção Básica (2017) tem sua reescrita baseada na não valorização do programa que segue tendo sua atuação ameaçada, pois admite e incentiva outras estratégias de organização da Atenção Básica. Não se encontra referência a cobertura universal da população junto com a quantidade inadequada de Agentes Comunitários de Saúde previstos por equipe e sua população adscrita também fica flexibilizada, aceitando “outros arranjos”, juntamente com a não definição do rol de serviços e ações do cuidado (GOMES, et al 2020; MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018).

É notável que embora o sistema de saúde brasileiro seja voltado aos princípios de universalidade, integralidade e equidade, confrontamos com políticas

que esvaziam e desqualificam o modelo efetivado, que por anos percorreu um caminho longo e cheio de obstáculos objetivando a clínica ampliada e o protagonismo dos sujeitos em sua saúde e seus determinantes (GOMES, et al 2020; MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018).

Evidenciando tendências de priorização de projetos focalizados e compensatórios mais afeitos à racionalidade neoliberal e que expandem suas raízes em diversos programas e direções.

Desconstrução Social e Histerese Política

As políticas instituídas a partir do governo do ex Presidente Michel Temer contradizem a Constituição por apresentarem as despesas públicas atreladas a escrita das despesas obrigatórias e como possíveis causadoras do déficit econômico. O então Ministro Da Fazenda Henrique de Campos Meirelles, em 2016, afirmou em entrevista a folha de São Paulo, “se o Congresso não aprovar a proposta de criar um teto para gastos públicos, o país terá escolhido uma opção preocupante e terá um preço a pagar, traduzido por ele como novas propostas de impostos e juros mais altos por longo período, o que travará o crescimento” (FRIAS, 2016).

Registrando a raiz do problema fiscal como sendo dos gastos primários que estão acelerados demais quando comparados ao crescimento econômico, deixando claro seu ponto de partida de que as conquistas dos direitos sociais colocam em perigo o futuro da Nação.

É nítida a trajetória de desequilíbrio fiscal, contudo a forma como a EC 95 foi proposta considera que as contas públicas alocadas no setor social primário são gastos e não investimentos, podendo ser considerados os entraves mais importantes para que não se pague a dívida pública e não se tenha um crescimento econômico.

Como se não fosse o suficiente ainda afirma que caso seja necessário um valor maior à saúde e à educação, a sociedade por meio de seus representantes deve batalhar para que seja concedida uma despesa maior aos setores (MATSUSHITA, DE CAMARGO CAVALGANTE, 2017).

Ficando claro os retrocessos à democracia em que vivemos, visto que, o direito previsto por constituição existiam antes mesmo da Emenda ser proposta, assim, a forma como ela foi redigida atrela que em caso de necessidade de mais investimento, na qual já não há mais uma vinculação dos valores, deve ser lutada e argumentada através de propostas advindas do Congresso Nacional sem ultrapassar o teto dos gastos escancarando a inversão do processo democrático (MATSUSHITA, DE CAMARGO CAVALGANTE, 2017).

Nosso “Estado Democrático de Direito” assume o caminho contrário de seu papel, trilhando uma história brasileira de mais desigualdade econômica e social, com a universalização de acesso ao sistema de educação e saúde sem condições de salvaguarda, além de não levar em conta as expectativas demográficas futuras do país. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 605 mil idosos foram demitidos entre o fim de 2019 e o segundo trimestre de 2020, sendo eles uma classe mais vulnerável e que necessita de mais cuidados em saúde que enfrentarão a precariedade da saúde pública juntamente com o desemprego em conjunto ao Novo Regime Fiscal implementado (MATSUSHITA, DE CAMARGO CAVALGANTE, 2017).

A retirada de direitos aliada a destruição de setores primários, com um quadro de crescimento de desemprego, de maior concentração de renda e a perda de perspectiva na melhoria de vida das porções mais substanciais da população já começam a ser sentidas pela sociedade civil brasileira.

Estamos vivenciando uma derrocada derradeira das lutas cidadãs aos quais depois de muito tempo foram conquistadas, a insistência em políticas de histerese gera declínios sociais e amedrontam o futuro de toda a Nação, pois desfavorecem e enfraquecem as mobilizações em defesa da vida.

CONCLUSÃO

Como estimar um sistema público de qualidade com uma maior cobertura, concretizando a preservação dos princípios previstos em lei e com importância nas políticas sociais, se em especial o Novo Regime Fiscal aponta-se como reversor de uma trajetória histórica de crescimento real do gasto público, implicando em uma ruptura dos acordos políticos e sociais relacionados a ela e, assim, trazendo ainda mais barreiras desafiadoras para a saúde, pois podem aumentar as desigualdades sociais e agravar a situação em saúde das populações?

Os planos de saúde privados podem servir como uma ferramenta para a melhoria da gestão pública, principalmente no que tange a sua qualidade, entendendo a cobertura deles a partir de uma visão das deficiências do SUS, tentando pôr fim na retroalimentação de justificativa de incapacidade do sistema referindo que o financiamento é insuficiente e que a gestão é ineficaz.

Há diversos conflitos políticos e culturais que permeiam a atenção em saúde. Somos um país heterogêneo, com problemas de saúde distintos de acordo com cada região, constituindo em vivo um cuidado que não pode ser padronizado e aceitando diferentes modalidades de assistência, as desigualdades são evidentes e espelham ainda mais as iniquidades de saúde vivenciadas. Com a redução do financiamento do SUS há a probabilidade da população mais pobre e com menos recursos fique prejudicada com as novas políticas, causando um impacto negativo no acesso a bens e serviços de saúde, já que os estados financeiramente precários são os mais dependentes das transferências federais.

Cada vez mais presenciamos propostas de privatizações de programas sociais e diminuição das ações sociais advindas do Estado geralmente sendo apresentadas como a solução para a diminuição do gasto público e como uma promessa de melhora na qualidade e eficiência do sistema. Embora já comprovada que as políticas de caráter universal mitigam efeitos de precarização social da população com elevada retomada do crescimento econômico.

Devemos estimular a identificação de marcadores reais de desigualdade e apontar para a construção de um novo pacto social, porque dessa maneira instituiremos solidariamente e criativamente a retomada do sentimento e

consciência de pertencimento do SUS, mobilizando a participação popular na luta pela melhora geral do cenário econômico do país, principalmente no que tange a saúde.

Politicamente contrapondo cabe ressaltar que o quadro brasileiro necessita de mais participação da sociedade que deve ser chamada a envolver-se e entender mais desta nova perspectiva de posturas autoritárias e não se deixar ludibriar por escritas e propostas que vão contra o direito de cidadania, que propõem a escassez de investimentos em medidas públicas como meio de melhorar a administração do Brasil que por anos foi marco de corrupção e conduzida de forma a favorecer parcelas mais poderosas da população não se comprometendo com a moralidade administrativa.

As políticas de austeridade perpetuadas pelo Governo Michel Temer e que se estendem ao de Bolsonaro tratam as Emendas Constitucionais como “meras articulações políticas” extrapolando os limites de suas modificações. Torna-se arrevesado compreender que um Regime Fiscal ocasione tanto temor e hesitações na sociedade justamente por tornar institucional a busca por um déficit das contas públicas a retaguarda dos direitos sociais. Para alicerçar essa visão referente a inconstitucionalidade da Emenda podemos utilizar a vociferação de Ulysses Guimarães quando promulgada a carta Magna: “A Constituição certamente não é perfeita. Ela própria o confessa, ao admitir a reforma. Quanto a ela, discordar, sim. Divergir, sim. Descumprir, jamais. Afrontá-la, nunca. Traidor da Constituição é traidor da Pátria” (GUIMARÃES, 1988).

Desta ótica, fica explícito que a EC 95 deslegitima o poder do Estado, as autonomias administrativas, desafia e afronta os direitos sociais constitucionais, sendo uma esdrúxula e ofensiva política de governo. Ela culpabiliza e incita a dignidade humana por ônus de governos corruptos e levianos que deveras continuam a se perpetuar na administração pública. A fundamentação do Novo Regime Fiscal que faz questão da priorização do sistema tributário e financeiro em detrimento das políticas sociais deixa as custas da sociedade o encargo de um país desigual e não universal, que leva em conta parâmetros para o sucesso que não coalescem com a de um Estado provedor de um bem-estar à população.

Cabe lembrar que o futuro pós pandemia é muito incerto, os reais entraves e consequências das políticas contrárias ao direito social irão ainda se mostrar como mais graves porque terão impacto direto à vida dos brasileiros. A COVID-19 exacerbou e escancarou os problemas de “desfinanciamento” do SUS em conjunto com a demonstração da importância do nosso sistema de saúde. Sinalizando que após a pandemia do corona vírus a crise econômica, ao longo prazo, terá de recorrer ao abandono da austeridade fiscal e elevação dos gastos com programas sociais. Precisamos superar esse novo governo de insegurança social e de penalização da sociedade que aloca sua lógica punitiva e burocrática no campo dos direitos fundamentais e gastos sociais.

Ainda faltam estudos que analisem as percepções dos cidadãos que deixam seus planos de saúde e iniciam o acesso ao SUS. O que se pode concluir é que dentre todos os caminhos tortuosos de garantia de acesso universal e as mazelas de desmonte e subfinanciamento, o Brasil precisa do SUS!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) 2020. Instrução Normativa (IN) no 07. Ministério da Saúde/ ANS/Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES), 16 de outubro. Rio de Janeiro.

ALBUQUERQUE, Ceres et al. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciencia & saude coletiva**, v. 13, p. 1421-1430, 2008.

ALMEIDA, Erika Rodrigues de et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e180, 2018.

ANDRADE, M. V. et al. **Desafios do sistema de saúde brasileiro** In: De NEGRI, J.; ARAÚJO, B. C. P. O. (Orgs.). Desafios da nação: artigos de apoio. Brasília: Ipea, 2018.

ANDREWS, Tom et al. **A metodologia da teoria fundamentada nos dados clássica: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem**. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 26, n. 4, 2017.

ASSIS, Mônica; ARAÚJO, Therezinha Duarte. Atividade e postura corporal. In A.L. Saldanha e, C.P. Caldas (Ed), **Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. 2a edição. Rio de Janeiro: Ineterciência, p.83-86, 2004.

ASSIS, Mônica. Aspectos sociais do envelhecimento. In A.L. Saldanha., Caldas, C.P (Ed.), **Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. 2a edição. Rio de Janeiro: Ineterciência, p.11-26, 2004.

BAHIA, Ligia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & saúde coletiva**, v. 6, p. 329-339, 2001.

BRAGA, Cristina; LAUTERT, Liana. Caracterização sociodemográfica dos idosos de uma comunidade de Porto Alegre, Brasil. **Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 25, n. 1 (abr. 2004), p. 44-55**, 2004.

BRITO, Fausto. **A Transição demográfica e as políticas públicas no Brasil: crescimento demográfico, transição da estrutura etária e migrações internacionais** [Internet]. Brasília, DF: SAE; 2007 [acesso em 23 out 2020]. Disponível em: www.sae.gov.br/site/wp-content/uploads/07demografia1.pdf.

COSTA FILHO, Adonias Evaristo da. Incerteza e atividade econômica no Brasil. **Economia Aplicada**, v. 18, n. 3, p. 421-453, 2014

DE MELO CABRAL, Elizabeth Regina et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. **Interamerican Journal of medicine and health**, v. 3, p. 1-12, 2020.

DE OLIVEIRA, Andreia. POLITICA DE SAÚDE E FAMÍLIA NA SOCIEDADE BRASILEIRA CONTEMPORÂNEA. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, v. 16, n. 1, 2018.

DOS SANTOS BORBA FILHO, Lucilvo Flávio; MYRRHA, Luana Junqueira Dias. O impacto do envelhecimento populacional, do aumento da expectativa de vida e seus diferenciais por sexo, nos custos assistenciais das operadoras de planos de saúde. **Anais**, p. 1-20, 2019.

DUARTE, Rosália. **Interviews in qualitative research**. Educar em Revista, (24), 213-225, 2004.

FARIAS, Luís Otávio. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, p. 405-416, 2001.

FONTENELLE, Leonardo Ferreira. Nível socioeconômico, cobertura por plano de saúde, e autoexclusão do Sistema Único de Saúde. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pelotas. Pelotas. 2017.

FRIAS, Maria Cristina. Sem teto para gasto, país terá alta de imposto, diz ministro da Fazenda. Folha. 25 jul. 2016.

GARCIA, Leila Posenato; DUARTE, Elisete. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 29, n. 2, e2020222, 2020 .

GOMES, Clarice Brito et al. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1327-1338, 2020.

IBGE. *Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios: Acesso e utilização dos serviços de saúde 2010*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/IBGE, 2010.

IBGE. *Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios: Acesso e utilização dos serviços de saúde 2010*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/IBGE, 2018.

IBGE. *Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios: Acesso e utilização dos serviços de saúde 2010*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/IBGE, 2018.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Mercado de Trabalho. Brasília: **Ipea**, 2020.

LOUVISON, Marília Cristina Prado et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 733-740, 2008.

MATSUSHITA, Thiago Lopes; DE CAMARGO CAVALCANTI, Rodrigo. A proposta do estado brasileiro para o desenvolvimento econômico nacional em face da emenda constitucional Nº 95 e seus reflexos na saúde e na educação. **Duc In Altum-Cadernos de Direito**, v. 9, n. 17, 2017.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; GUERRA, Lucia Dias da Silva. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 224-243, 2018.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 11-24, 2018.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; SILVEIRA, Fernando Gaiger. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado?. *Revista de Economia Contemporânea*, v. 10, n. 1, p. 157-185, 2006.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009.

SALES, Orcélia Pereira et al. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019.

SANTOS, Isabela Soares; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2303-2314, 2018.

SARTI, Thiago Dias et al . Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 29, n. 2, e2020166, 2020 .

SESTELO, José Antonio de Freitas; SOUZA, Luis Eugênio Portela Fernandes de; BAHIA, Lúgia. Saúde suplementar no Brasil: revisão crítica da literatura de 2000 a 2010. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 607-623, 2014.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

UCHÔA, Elizabeth et al. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. **Antropologia, saúde e envelhecimento**, p. 25-35, 2002.

VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto; KALACHE, Alexandre. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, p. 225-233, 1987.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. 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, p. 1-28, 2016.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. 2016.

VIEIRA, Fabiola Sulpino 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. 64 p.

VIEIRA JUNIOR, Wilson Marques; MARTINS, Mônica. Idosos e planos de saúde no Brasil: análise das reclamações recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3817-3826, 2015.

VINUTO, Juliana. **A amostragem de bola de neve em pesquisa qualitativa: um debate aberto**. Temáticas, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

XAVIER, Jamile et al. A atuação do cirurgião-dentista, vinculado a um programa de residência multiprofissional em saúde, no combate à COVID-19 na Atenção Primária à Saúde. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750**, v. 12, p. 1-16, 2020.

ZIMERMAN, Guite I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre. Artes Médicas Sul, 2000.

ANEXO 1 - PROJETO DE PESQUISA INICIAL

O projeto inicial de pesquisa que se configurava como uma abordagem qualitativa envolvendo pessoas em processo de envelhecimento que deixaram seus planos de saúde e iniciaram seu acesso ao SUS, deu espaço a uma nova perspectiva ao trabalho de conclusão da residência que abordou criticamente o sistema de saúde brasileiro e como as novas políticas fiscais influenciam em sua história, fato este devido às orientações advindas do Ministério da Saúde para o combate ao COVID-19 mantendo o distanciamento social e respeitando as medidas protetivas.

Segue anexo o projeto inicial com toda a metodologia que seria utilizada para o trabalho incipiente.

METODOLOGIA

Delineamento

Estudo transversal observacional analítico com abordagem qualitativa. A metodologia da pesquisa se dará através da Teoria Fundamentada em dados (TFD). A TFD é uma metodologia capaz de identificar padrões e conceituá-los, explicando-os através da concepção de uma teoria (ANDREWS, 2017). Essa técnica nos permite criar uma teoria e entender o que um caso nos ensina nos outros casos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A abordagem qualitativa terá a coleta de dados através de uma amostragem teórica, que é cumulativa, e por meio dela há a classificação dos conceitos. Esses conceitos são a base da análise por serem o bloco de construção da teoria - portanto, representam as categorias analíticas da pesquisa. Assim será feita a categorização sistemática dos dados e durante a teorização será realizado os procedimentos que visam identificar, desenvolver e relacionar os conceitos que são encontrados e, na comparação com pesquisas de natureza quantitativa, têm um papel análogo a variáveis (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A coleta de dados se dará com emprego da técnica de coleta de informações por meio de entrevistas individuais semiestruturadas e gravadas e em um segundo momento imediato a entrevista ocorrerá a sua transcrição integral e análise. Entrevistas individuais são fundamentais quando se deseja mapear crenças e valores dos participantes e para que se consiga aprofundar melhor no modo como

cada sujeito percebe sua condição e ambiente social (DUARTE, 2004). Será aplicada em uma amostra de (12) indivíduos em processo de envelhecimento que sejam cadastrados e acessem os serviços da Unidade de Saúde Santa Marta. As entrevistas serão realizadas por meio de visita domiciliar junto aos ACS.

A amostragem será através da técnica bola de neve. Ela se utiliza de cadeias de referência, no qual se localiza uma pessoa com perfil necessário para a questão da pesquisa e se solicita que essa pessoa indique um novo contato, sendo apontada para alcançar populações difíceis de serem estudadas e com intuito de melhorar a compreensão de um tema, testar a viabilidade de realização de um estudo mais amplo (VINUTO, 2014).

Essa coleta de dados se dará até que se tenha a saturação teórica para que se obtenha uma teoria construída de forma regular com densidade e precisão. A saturação é, portanto, quando novas informações tornam-se repetitivas, não mais ampliando os limites já estabelecidos de análise das informações, em relação ao foco do estudo. Ocorre quando nenhum dado novo ou relevante é demandado de uma ou mais categorias, e que ela tenha suas propriedades e dimensões bem estruturadas, e, conseqüentemente as relações entre as categorias estejam bem desenvolvidas e validadas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Assim, a análise das informações se dará através da codificação linha por linha, nomeando conceitos e definindo as categorias analíticas de acordo com as suas propriedades e as suas dimensões através da análise comparativa. Dessa maneira construindo o desenvolvimento de uma teoria que explica os fenômenos do estudo. Como produto final, espera-se a produção de um manuscrito a ser submetido para periódico científico de circulação nacional, com foco em serviço.

Seguida a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e sido feita a seleção dos indivíduos voluntários, serão administradas as seguintes etapas:

- 1) Estudo piloto com uma entrevista individual semiestruturada para o desenvolvimento de análises teóricas com intuito de classificar os dados de acordo com as categorias segundoss suas propriedades e dimensões.
- 2) Convite aos voluntários, com esclarecimentos sobre os objetivos do estudo, bem como os aspectos pertinentes à sua realização. Aqueles que cumprirem

os critérios e aceitarem participar do estudo serão convidados a ler e assinar o termo de consentimento informado (ANEXO 1) sobre o conteúdo do estudo, no qual estarão cientes sobre os riscos e benefícios, e responderão às entrevistas.

- 3) Serão conduzidas as entrevistas com 12 voluntários usuários do Sistema Único de Saúde na região do centro de Porto Alegre. Os indivíduos selecionados deverão ter acessado o sistema de saúde após perda de plano de saúde. As entrevistas serão gravadas com auxílio de equipamento digital e imediatamente transcritas e analisadas linha por linha.

A análise das informações de natureza qualitativa será realizada com orientação e auditoria do Prof. Dr. Renato José De Marchi, professor Adjunto do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, com expertise em pesquisa qualitativa.

QUESTÕES ÉTICAS

Este projeto deverá ser aprovado pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia - Compesq-Odonto, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS e pelo CEP da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

Todos os participantes deverão assinar o Termo de Consentimento Informado em duas vias, e serão comunicados acerca do seu tempo de envolvimento na entrevista com antecedência. O caráter confidencial do conteúdo das entrevistas será garantido através do uso de nomes fictícios para relatos e para publicações. Os participantes estarão cientes dos riscos e benefícios, que incluem assuntos sensíveis que podem gerar lembranças constrangedoras e que possibilitam danos à dimensão psíquica ou social do indivíduo embora seja uma evidência para a produção de políticas e de protocolos de serviços.

Riscos e benefícios

Como riscos, podemos citar o eventual constrangimento em responder a perguntas sensíveis, que envolvam aspectos pessoais que os entrevistados não desejem responder. Nesse sentido, os participantes terão assegurado o direito de

não responder às perguntas que não desejarem, bem como, de encerrar a entrevista a qualquer momento. Em relação aos benefícios, os achados deste estudo poderão gerar evidências para a produção de políticas públicas específicas, diante do momento político, social e econômico de contingenciamento vivido pelo SUS, tendo em vista a chegada de uma nova parcela da população que até então foi usuária de serviços privados.

ORÇAMENTO

Objetos	Quantidades	Valor
Impressão	500	R\$ 250,0
Xerox	100	R\$ 100,0
Pacotes de folha	1000	R\$ 100,0
Canetas	10	R\$ 50,0
Total	-	R\$ 500,0

Todos os valores e custos serão de responsabilidade dos próprios pesquisadores, sem ônus à Universidade.

CRONOGRAMA E PLANO DE TRABALHO

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10
A	X									
B		X								
C			X							
D				X						
E					X					
F						X				
G							X			
H								X		
I									X	
J										X

A - Delimitação do problema, revisão inicial da bibliografia e formulação dos objetivos.

B - Caracterização dos métodos, montagem do projeto.

C - Defesa do projeto e encaminhamento para Comissão de Pesquisa e Comitê de Ética em Pesquisa.

D - Logística e planejamento das entrevistas.

E - Entrevista piloto.

F - Seleção de voluntários e coleta de informações.

G - Transcrição das entrevistas.

H - Interpretação dos resultados.

I - Análise dos resultados, redação dos manuscritos para artigo científico e do trabalho de conclusão de residência.

J - Defesa do trabalho de conclusão de residência.

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa sobre “Percepção de contexto de vida de pessoas em processo de envelhecimento que tenham perdido seus planos privados de saúde”, realizada por um grupo de pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Esse estudo pretende ouvir a opinião de pessoas em processo de envelhecimento, que residem no centro da cidade de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul, sobre os diferentes aspectos do seu contexto de vida dos indivíduos que perderam seus planos privados de saúde e que agora acessam o Sistema Único de Saúde. As entrevistas serão realizadas de forma individual, em ambiente da sua escolha, preferencialmente em sua casa a fim de que se sinta à vontade. Será seguido um roteiro de entrevistas, com duração prevista aproximada de 60 minutos. As entrevistas serão gravadas em aparelho digital, armazenadas para evitar a perda do conteúdo e transcritas. Não existem respostas certas ou erradas, sinta-se à vontade para responder às questões, pois a entrevista será confidencial e os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese.

Os riscos em participar deste estudo envolvem algum eventual constrangimento em lembrar eventos desagradáveis da vida, relacionados com problemas em acessar o serviço de saúde e, eventualmente, episódios que tenham causado estresse e tristeza associados ao seu contexto de vida. Os benefícios da participação neste estudo incluem a oportunidade de oferecer e manifestar informações que poderão ser úteis para a formulação de políticas públicas de promoção da saúde, o que representa um bem para a toda a sociedade.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Aluna pesquisadora Andressa Simioni de Ávila ou para o Prof. Dr. Renato José De Marchi, na Faculdade de Odontologia da UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2154; pelo Tel: 33085204. Dúvidas a respeito de aspectos éticos dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, n.o Tel: 33083629.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ declaro ter lido e discutido o conteúdo do presente Termo de Consentimento e concordo em participar desse estudo de forma livre e esclarecida. Também declaro ter recebido cópia deste termo.

Assinatura do participante

Nome do entrevistador

Assinatura do entrevistador

____/____/____
Data

ANEXO 3 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA INICIAL

1- Você teve uma perda de um plano privado de saúde ou por algum motivo não pode mais realizar atendimentos odontológicos em consultório particular? Por quê?

2- Como isso aconteceu?

3- Por que você não utilizava o serviço do SUS antes e qual era a sua visão a respeito do SUS antes de conhecê-lo?

4- Como você se sente diante dessa situação?

5- Qual sua percepção sobre sua saúde e sua vida em geral depois desse fato ocorrer? Por quê?

6- Qual a impressão que você tem do SUS, através do que vê na mídia? (televisão, redes sociais).

7- Como você percebe os serviços do SUS, agora que os utiliza? Acredita que sua opinião continua a mesma de antes de utilizá-lo?

8- Você se sente participante, como usuário, do sistema único? Quero dizer, você agora sente que o SUS é um direito? Em que sentido? E como é isso para você?

9- Como é que você vê os cortes de financiamento no SUS? Por quê?

10- Acredita que o SUS custa muito caro à economia? Por quê?

11- Você pensa que o SUS deve ser para todos, ou deveria atender somente a uma parcela da população? Por quê?

12- Você está acompanhando as notícias sobre o fechamento da atenção básica em Porto Alegre? Caso a resposta seja sim, o que você pensa sobre isso? Você acredita que as mudanças na atenção básica propostas atualmente irão melhorar o atendimento? Por quê?

13- Como você percebe a sua situação nesse momento? Sua situação de saúde, de participação como usuário do SUS?

14- Como você vê o SUS no atual momento? Acredita que ele pode ser o seu 'plano de saúde' por toda vida, ou não? Por quê?

15- Você percebe alguma diferença em relação a sua saúde desde que parou de acessar os serviços privados de saúde? Por quê?