

*Instituições públicas versus instituições privadas de saúde: um reflexo da desigualdade social brasileira*

**Almir Ferreira de Albuquerque**  
Professor de História e  
mestrando em História  
Política pela Universidade do  
Estado do Rio de Janeiro.

**Resumo:** Nesta publicação de caráter ensaísta, serão analisados os percalços para a criação e desenvolvimento pleno de um sistema público e gratuito de saúde no Brasil desde o começo do século XX. Também a deficiência crônica das atuais instituições públicas do setor, tendo como escopo principal a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto do surgimento do paradigma neoliberal nos governos do Brasil nos anos 90, e o porquê de o sistema não suprir plenamente a necessidade dos cidadãos brasileiros. Argumentaremos que tal fracasso não é fruto de uma suposta incapacidade inata das instituições públicas em promover serviços de qualidade, e sim de dois fatores correlatos: o lobby das empresas privadas que obstruem a participação direta do Estado em áreas com potencial de promover lucros na lógica do Mercado, minando assim o ideal de um sistema público de saúde gratuito e universal, e do descaso histórico do país com aqueles indivíduos que, por conta da divisão do setor da saúde em duas esferas – a pública e a privada – acabaram se tornando o público-alvo de um Sistema Único de Saúde deficitário: a população de baixa renda.

**Palavras-chave:** saúde pública; neoliberalismo; desigualdade social.

---

**Public institutions versus private health institutions: a reflection of Brazilian social inequality**

**Abstract:** In this publication, with essayist style will be analyzed mishaps for the creation and full development of a free public health system in Brazil since the early twentieth century. Also the chronic deficiency of current public sector institutions, with the main scope in the implementation of the Unified Health System in the context of the emergence of the neoliberal paradigm in Brazil governments in 1990s, and why he did not fully meet the needs of Brazilian citizens. We argue that such failure is not the result

of a supposed innate inability of public institutions to promote quality services, but two related factors: the lobby of private companies that obstruct the direct participation of the State in areas with potential to promote the logic of profits market, thereby undermining the ideal of a public system of free and universal health and the historical neglect of the country with those individuals who, because of the health sector division into two spheres – public and private – eventually became the public target of System of Health deficit: the low-income population.

**Keywords:** public health; neoliberalism; social inequality.

## Introdução

*A doença grave do Brasil é social, não econômica.*

**Celso Furtado**

**O**s serviços públicos no Brasil vêm sofrendo, já há algumas décadas, com um sucateamento deliberado por parte dos sucessivos governos, tanto na esfera federal, quanto nos demais poderes executivos, em razão do desprestígio crescente da atuação direta do Estado em setores estratégicos da sociedade, principalmente a partir da década de 1990. Tal crítica pelo envolvimento do Estado em áreas que supostamente não seriam de sua competência tem por característica a apologia das instituições privadas em comparação com as públicas; uma crença quase mística na capacidade do Mercado<sup>1</sup> autorregular-se em benefício de toda a sociedade, bem como a convicção da incapacidade inata do Estado de cuidar de amplos setores da economia e da sociedade de modo geral, que deveriam estar, portanto, nas mãos de empreendedores particulares. Tal avaliação parte, especialmente, de defensores do paradigma neoliberal.

Um dos setores mais evidentes onde esse embate entre instituições públicas e privadas ocorre é na área da saúde. Nessa esfera, o Estado realmente deixa bastante a desejar no que tange à eficiência do atendimento, tanto preventivo quanto emergencial da população, não obstante a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no final da década de 90, que tem em sua filosofia a intenção de universalizar e elevar o atendimento das instituições públicas de saúde a um patamar satisfatório de eficiência

---

<sup>1</sup> “Mercado” é tomado ao longo deste trabalho como o conceito liberal de esfera de negociações comerciais e financeiras onde o seu funcionamento é determinado por princípios econômicos, como a lei de oferta e procura, para a determinação dos preços; uma instituição que, de acordo com os seus teóricos, autorregula a transação entre os entes e é livre da interferência do Estado, como a forma mais apropriada para produzir riqueza.

para todos os cidadãos brasileiros.

Mas, apesar dos bilhões de reais investidos anualmente nesse setor, por que a saúde pública no Brasil, até hoje, a despeito dos avanços pontuais, não se torna uma referência, como em alguns outros países onde o Estado atua diretamente no setor?

Neste artigo, apresentaremos a tese proposta pela doutoranda em Sociologia Política pela Universidade Estadual do Norte Fluminense (Uenf) em capítulo do livro *A ralé brasileira: quem é e como vive*, Lara Luna, para argumentar que a saúde pública no Brasil, em sua deficiência crônica, é apenas o reflexo da desigualdade que marca de forma inexorável a sociedade brasileira. Sendo assim, a debilidade das instituições públicas de saúde brasileiras não é obra do acaso, ou de uma suposta inépcia natural do Estado na gestão de áreas como a educação ou a saúde, como alegam os críticos da ação governamental, mas sim do descaso deliberado e histórico das instituições brasileiras com aqueles que acabaram se tornando o público-alvo de seus serviços: os pobres.

### **Uma pequena história da saúde no Brasil**

Durante o advento da Primeira República, podemos observar de forma mais contundente a tentativa de se analisar a condição da saúde do brasileiro. Nesse momento estavam em voga ideias negativas sobre o país, especialmente em relação à suposta inferioridade climática e racial do Brasil em comparação com as nações ditas “civilizadas”. A preocupação dos intelectuais de então era mudar essa visão: criar um sentimento de nacionalidade brasileira. E para isso, o papel direto do Estado seria de grande relevância em todo o território nacional. Com base nesse projeto “civilizatório”, o movimento sanitarista da época apoiou a defesa da construção nacional do Brasil pelas mãos do Estado, através de políticas públicas em áreas como a cultura, a educação e a saúde. Nesse contexto surgiram as intervenções sanitárias, primeiro no Rio de Janeiro, e depois em outras regiões urbanas e rurais do país.

A partir de então, o grande desafio do processo de civilização do Brasil não seria mais atrelado somente a questões como o clima ou as raças, e sim também às doenças que minavam a saúde do brasileiro.

A partir da década de 1920, o Estado cria as bases para a formação do Sistema Nacional de Saúde, com um controle centralizado que se efetivaria, de fato, na década de 30, com o governo de Getúlio Vargas. De acordo com a pesquisadora Lara Luna (SOUZA, 2011, p. 308), entre as principais mudanças do governo na área da saúde está

a distinção das ações públicas de saúde em duas vias de acesso:

O Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) fornecia assistência médica individual previdenciária aos inseridos formalmente no mercado de trabalho. Por outro lado, a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) atenderia àqueles que não foram abrangidos pela medicina previdenciária, tais como os desempregados e os trabalhadores informais.

Da queda da ditadura Vargas até o Golpe de 64, não obstante o ambiente de relativa democracia, prevaleceu ainda a separação entre saúde pública e assistência médica. Durante a ditadura militar, o Sistema Nacional de Saúde representou, pela primeira vez, o predomínio da lógica financeira nas instituições previdenciárias e a hegemonia de uma burocracia técnica que agia em favor da mercantilização da saúde (COHN, 1980; SOUZA, 2011). Nesse período, o direito pleno à saúde ainda estava restrito apenas aos trabalhadores contribuintes com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), deixando de fora, dessa forma, os trabalhadores urbanos informais e os camponeses.

Nesse momento, houve um grande crescimento de inúmeras clínicas e hospitais particulares, por conta das reformas do governo que alimentavam tais instituições com dinheiro público da Previdência. Os ditadores militares delegaram às empresas privadas a prestação de serviços através de convênios que assumiam a responsabilidade pela assistência dos empregados. Portanto, foi durante o regime militar (anos 60 e 70), através de estímulos do próprio governo, que a expansão das instituições privadas de saúde começou a se intensificar, resultado do baixo investimento estatal nos serviços oferecidos em hospitais públicos, colocando nas mãos do setor privado a responsabilidade de expansão do sistema de saúde, aumentando assim o fosso da desigualdade social brasileira.

### **A Reforma Sanitária e o SUS**

Por volta do final dos anos 70, no contexto do período de crise da ditadura militar no Brasil – crise da área médica brasileira, crise do autoritarismo do Estado, crise da saúde pública (FLEURY, 1988), surgiu um movimento entre um grupo de

médicos e outros profissionais da saúde que propuseram um conjunto de ideias que visavam melhorar e democratizar o atendimento público na área de saúde, já bastante precário no nosso país naquele período. A intenção era inserir o setor da saúde no campo dos direitos humanos e o acesso ao atendimento no campo dos direitos sociais. Anos depois, em 1986, já com o país vivendo novos ares de liberdade política e democracia (pelo menos teoricamente), aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Como resultado desse longo debate promovido na área médica, foi finalmente sugerido um modelo universal de saúde pública no Brasil, que abrangesse toda a população, independentemente da sua condição social. Essa resolução inspirou o direito pleno à saúde na Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

No papel, o SUS era realmente bastante progressista e inovador – apesar de não ter atendido plenamente todas as reivindicações discutidas entre os membros do movimento sanitário dos anos 70 e 80. Mesmo assim, o sistema abarcava ideais como a universalidade do atendimento; a equidade, no sentido de atender o cidadão sem restrições de nenhuma natureza; a participação da população nas decisões; a descentralização do serviço de modo regionalizado e hierarquizado; entre outras medidas. Mas o problema é que o SUS, que previa grande participação (“intervenção”, no pejorativo conceito neoliberal) do Estado na organização do sistema, foi criado e implementado numa época em que o ideal do Estado de Bem-Estar Social estava perdendo prestígio pelo mundo, dificultando sua implementação plena no Brasil, com a ascensão do paradigma neoliberal na política internacional. E os neoliberais têm como alguns dos seus princípios básicos, como vimos anteriormente, a crítica da atuação do Estado em setores que eles consideram que devem naturalmente estar nas mãos da iniciativa privada – entre eles, a saúde e a educação –, além de um individualismo calcado no conceito de meritocracia, em que cada um seria responsável pelo sucesso ou o fracasso de conseguir prover suas próprias necessidades, independentemente das dificuldades criadas pelas condições sociais em que nascem e vivem.

Sem abrir mão totalmente do Sistema Único de Saúde, os governos federais da década de 90, porém, por pressão do setor empresarial, deram bastante liberdade para a atuação em paralelo das instituições privadas de saúde, o que acabou causando um desequilíbrio no princípio de universalização da saúde através do SUS, tendo em vista que as classes médias e as elites continuaram a dar preferência a planos de saúde particulares para seu atendimento, deixando o Sistema Único de Saúde, pouco a pouco, como alternativa apenas para aqueles que não pudessem pagar pela assistência médica

privada (os pobres), conforme veremos mais adiante. Isso, a longo prazo, se tornou mais um elemento a reforçar, em vez de atenuar, a persistente desigualdade social brasileira, justamente aquela que os princípios que nortearam a criação do SUS visavam reparar.

### **A mercantilização da saúde: as instituições privadas**

Quando a Constituição de 1988 foi promulgada, garantindo direitos sociais ao cidadão brasileiro, já se vivia no mundo a influência do neoliberalismo propagado por dois governantes dos mais influentes do mundo: Ronald Reagan, nos Estados Unidos, e Margaret Thatcher, no Reino Unido. O neoliberalismo político-econômico defendido pelos dois países só fez espalhar-se pelo mundo, ainda mais com a queda da União Soviética, cujo modelo servia-lhe de barreira ou contraponto. A influência neoliberal chegou ao Brasil através do governo de Fernando Collor de Mello, mas teve o seu auge cinco anos depois, com a eleição de Fernando Henrique Cardoso para a Presidência da República. Exatamente no momento em que a jovem Constituição do Brasil tentava fazer valer alguns princípios na sociedade brasileira que, na Europa, por exemplo, já estavam consolidados desde o pós-Segunda Guerra, como o Estado de Bem-Estar Social, o governo Fernando Henrique botou tudo por água abaixo ao adotar o ideal do Estado Mínimo – ou seja, a menor intervenção possível do governo em questões sociais, o que, no fundo, serviu para prejudicar as propostas dos sanitaristas para a área da saúde pública. A consequência desse desvio ideológico foi o deslocamento do conceito de cidadania da política para a economia, transformando parte dos cidadãos em clientes de serviços privados que o Estado abdicaria de oferecer plenamente, com os direitos sociais garantidos por lei se transformando em mercadorias que poderiam ser adquiridas pagando-se pelo serviço de empresas privadas, em vez de garantidos pelo próprio Estado; enquanto que outra parte, a grande maioria, incapaz de arcar com o valor dos planos de saúde, tornou-se dependente de um sistema público de saúde deficiente e cruel. O resultado disso é o estado de calamidade que vemos hoje na maioria das instituições públicas de saúde, porque aqueles que mais precisam dos seus serviços não têm sua cidadania (e com isso seus direitos plenos) levada a sério pelo poder público.

Essa realidade atingiu em cheio a questão do direito à saúde pública como dever do Estado. Os governos federais dos anos 90 e os posteriores, apesar de defenderem o SUS, mantiveram o projeto que se intensificou na ditadura: privilegiaram reformas que favoreceram a iniciativa privada em detrimento das instituições públicas, atingindo

assim princípios que a Constituição de 1988 garantia – dentre os quais, obviamente, o da universalidade da saúde pública. Entre essas reformas, a mais emblemática é a implementação da lei nº 9.637/98 durante o governo Fernando Henrique Cardoso, no intuito de flexibilizar as funções estatais em favor das Organizações Sociais (CALYPO, 2002), que muitos consideram um eufemismo pleno para a privatização nua e crua de diversas áreas como a saúde, a educação, a cultura etc.

Como consequência, tivemos uma proliferação cada vez maior dos planos de saúde privados, que vieram não só a “complementar” o Sistema Único de Saúde, como era previsto na Constituição, mas também a concorrer com o mesmo, até mesmo a minar sua eficiência.<sup>2</sup> Isso porque a tentativa de se democratizar e universalizar um sistema de saúde público e gratuito enfrentou uma conjuntura em que o Mercado se sobrepõe ao Estado, e a mercantilização de áreas como a saúde e a educação geram bilhões de reais de lucro à iniciativa privada.

Somados a esses dados, temos o profundo e histórico descaso institucional brasileiro com os mais necessitados de seus serviços. A debilidade do atendimento das instituições públicas – especialmente nas áreas da educação e da saúde – se afinam de modo sintomático com a desigualdade social brasileira, reproduzindo-a e perpetuando-a, na contramão dos princípios estabelecidos de forma tão louvável na implementação do Sistema Único de Saúde.

### **A má-fé da saúde pública no Brasil**

Em 2011, o recém-empossado presidente do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Jessé Souza, sociólogo e professor da Universidade Federal Fluminense, escreveu um livro com um título provocador e teses bastante polêmicas: *A Ralé Brasileira, como é e como vive*. Na primeira parte dessa obra, o professor desvenda os mitos que ajudam a perpetuar a desigualdade social brasileira – a “brasilidade”, por exemplo –, como ideologia acobertadora das diferenças de classe; o senso comum como justificção da desigualdade; a tese do patrimonialismo como demonização do Estado e divinização do Mercado como reino da virtude, entre outras coisas. Aqui, o que nos interessa é a quarta parte desse trabalho, intitulado “A má-fé institucional”, com

---

<sup>2</sup> Embora a própria Constituição defenda o princípio da universalidade do atendimento público, paradoxalmente em seu artigo 199 produz uma brecha para as instituições privadas, ao definir a assistência à saúde como “livre à iniciativa privada” de forma “complementar ao sistema único de saúde” (§ 1).

capítulos escritos por autores convidados. O capítulo 13 é “Fazer viver e deixar morrer”, escrito pela já mencionada doutoranda em Sociologia Política, Lara Luna, cuja tese nos será de grande importância para entendermos por que as instituições públicas de saúde funcionam tão mal, apesar dos esforços de pessoas realmente interessadas em resolver os problemas de uma das áreas mais importantes de uma sociedade. Pois mesmo com o persistente *lobby* das empresas privadas sobre os políticos, o SUS poderia ser muito mais eficiente do que tem sido. Então, o que há de errado?

Segundo a autora, ninguém poderia discordar de que a precariedade da saúde é um dos mais graves problemas sociais do Brasil, e que esse quadro demonstra facilmente que isso é um dos fatores responsáveis pelo nosso grave quadro de desigualdade. Mas – e essa é a inovação da sua tese –, “essa convicção se equivoca ao inverter as causas de nossas mazelas sociais pelos seus efeitos: na realidade, a saúde está apenas reproduzindo o esquema de desigualdade que se perpetua por alguns séculos em nosso país” (SOUZA, 2011, p. 305), contradizendo os princípios constitucionais que fundaram o Sistema Único de Saúde, desfavorecendo a proposta de cidadania inclusiva e igualitária.

Sendo assim, desvendar o que está por trás da debilidade dos seus serviços é uma forma de compreendermos algo importante acerca da nossa sociedade: que ela segrega e classifica seus membros de forma a valorizar uns em detrimento de outros, refletindo a lógica de operação de nossas instituições. Desse modo, o mau funcionamento de um setor público, como no caso da saúde, deve ser repensado tendo em vista o seu **público-alvo** principal (grifo meu).

O descaso institucional (ou má-fé nas palavras da autora) é entendido aqui como uma inclinação constante por parte dos governos em abdicar das prerrogativas que fazem parte oficialmente de sua competência, tendo em vista o perfil do público a quem o serviço se destina. Ao permitir que o SUS tenha como alternativa os planos de saúde privados que servem às classes mais elevadas, o Estado brasileiro ajuda a reforçar a desigualdade na medida em que os pobres têm como única possibilidade um sistema de saúde público que não atende satisfatoriamente suas necessidades, pois não se equipara aos concorrentes privados, feitos e direcionados para determinadas classes mais elevadas.



Uma das primeiras questões inviabilizantes dos princípios do SUS é a sua forma de financiamento, que nunca ficou realmente clara. A falta de mecanismos que pudessem assegurar sua manutenção, principalmente na década de 90, com o aumento de sua cobertura e atribuições, sabotou a sua efetividade e limitou o seu alcance. Outra questão importante foi a legalização da rede privada no final da década, dentro do contexto da anteriormente citada lei nº 9.637/98, com a formalização da saúde suplementar, que de fato significou não mais um sistema privado como complementar ao público, mas sim um modelo totalmente distinto e independente dele.<sup>3</sup>

Esse quadro evidencia, segundo Luna, a desvalorização moral, social e política de milhões de brasileiros que representam a “ralé” (no termo provocativo de Jessé Souza) e que se tornaram o público-alvo do SUS. São pessoas que não têm a sua cidadania plena reconhecida pelo Estado, e que, por isso, tem um tratamento indigno em comparação com outras classes. Essa negligência está no cerne da causa de doenças persistentes, embora perfeitamente tratáveis, que grassam em certos setores mais baixos da sociedade, as chamadas “doenças da pobreza”, que ainda estigmatizam seus portadores, como doença de Chagas, febre tifoide, hanseníase (cuja alta incidência coloca o país como o primeiro do mundo em número de casos), malária, entre outras. Todas são doenças perfeitamente tratáveis e controláveis, mas que, no Brasil, afetam um contingente populacional enorme que costuma não ter a devida atenção dos governantes. Estão alheios a programas na área de saúde e de saneamento do Estado e, por isso, se tornam vítimas de doenças que em grande parte do mundo se encontram erradicadas. Além disso, quando têm acesso a um escasso atendimento nas instituições públicas de saúde, se deparam com falta de condições de trabalho para os profissionais médicos, falta de material, de leitos, de aparelhos. Uma condição altamente indigna que humilha cotidianamente aqueles que mais precisam de atendimento público.

---

<sup>3</sup> A lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, dispõe sobre a qualificação de entidades como as Organizações Sociais, através do Programa Nacional de Publicização (PNP) do governo Fernando Henrique Cardoso, que autorizava o Executivo a descentralizar a ação estatal, numa clara influência no programa britânico neoliberal de autoria da então primeira-ministra Margaret Thatcher. “O ponto nodal da iniciativa se prende ao fato da abertura maiúscula para o ente privado de interesse público solenizar, com o Estado, contratos de gestão para a formação de parceria entre as partes, visando ao fomento e execução de atividades relativas às áreas descritas [missão social de desenvolvimento de ensino, pesquisa científica, tecnologia, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde, com o fim de descentralizar a missão estatal] mediante a destinação de recursos orçamentários e bens públicos necessários ao cumprimento de seus objetivos, com a dispensa de processo licitatório”. Organizações Sociais: descentralização, privatização ou corrupção? Disponível em: <[http://www.mbiasioli.adv.br/joomla/index.php/pt\\_br/biblioteca/artigos/1098-organizacoes%20sociais\\_%20descentralizacao%20privatizacao%20ou%20corrupcao](http://www.mbiasioli.adv.br/joomla/index.php/pt_br/biblioteca/artigos/1098-organizacoes%20sociais_%20descentralizacao%20privatizacao%20ou%20corrupcao)> Acesso em: 12 mai. 2015.

O Estado, ao criar um Sistema “Único” de Saúde que permite, paradoxalmente, a concorrência do setor privado, na verdade se torna responsável direto pela própria inviabilidade do sistema, na medida em que oferece um atendimento médico precário a um contingente de milhões de pessoas que não têm sua cidadania plenamente respeitada por um lado, enquanto que, por outro, ficam aqueles de classe média e alta que podem escapar de tais serviços, porque podem pagar.

### **Considerações finais**

Depois que o atual partido político chegou ao governo, há 13 anos, o sociólogo Emir Sader decretou o fim do neoliberalismo no Brasil. Segundo ele, a chegada de Lula e Dilma no poder coincidiu com o que ele decretou como “era pós-neoliberal”, no sentido em que os governos petistas teriam supostamente superado no Brasil o período de apogeu do neoliberalismo do governo Fernando Henrique Cardoso. Em livro publicado em 2013, *Lula e Dilma, 10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil*, cuja organização esteve a seu encargo, Emir Sader coloca os governos petistas no mesmo patamar de outros da América Latina que realmente propuseram e colocaram em prática programas totalmente hostis ao paradigma neoliberal, como Hugo Chávez da Venezuela (falecido em 2013), Rafael Correa do Equador e Evo Morales da Bolívia. Segundo ele, todos esses governos têm em comum as seguintes características:

1. Priorizam as políticas sociais e não o ajuste fiscal;
2. Priorizam os processos de integração regional e os intercâmbios Sul-Sul, e não os tratados de livre-comércio com os Estados Unidos;
3. Priorizam o papel do Estado como indutor do crescimento econômico e da distribuição de renda, em vez do Estado Mínimo e da centralidade do mercado.

Não nos cabe aqui neste espaço limitado discutir em detalhes as controvérsias a respeito da tese do professor Emir Sader. Mas basta apontar dois itens dessa lista (o 1 e o 3) que claramente não correspondem mais à realidade, se é que um dia corresponderam: primeiro, o ajuste fiscal é a receita do segundo mandato de governo Dilma para enfrentar a crise financeira neste ano de 2015, jogando por terra tanto a resistência anterior a essa medida quanto o próprio argumento da plena superação do neoliberalismo; e segundo, a “centralidade do Mercado” pode não ser tão evidente, mas

certamente não há a “centralidade do Estado” que se esperaria num modelo de superação do Estado Mínimo. Isso fica bastante claro nas medidas de flexibilização da participação do Estado em questões cruciais da sociedade, abrindo caminho para a iniciativa privada, através de, entre outras medidas, as parcerias público-privadas e as concessões, em que o Estado abre mão de seu poder de direção em favor do setor privado. E a área da saúde continua sofrendo com a falta de investimentos e a concorrência desleal do setor privado, que se especializou em atender casos não complexos, lucrativos, deixando para as instituições públicas o atendimento de doenças crônicas, mais caras e, portanto, menos atraentes para os empresários do setor.

É preciso tomar medidas para recuperar a ideia original de um sistema público de saúde eficaz e universal, princípios que foram ficando pelo caminho ao longo das últimas décadas. Algumas delas dizem respeito diretamente ao financiamento do SUS. Não é possível que a atualmente sétima maior economia do planeta (em junho de 2015) não tenha condições de financiar um sistema de saúde eficiente. Mas, para isso, é preciso ter coragem o suficiente de mexer em interesses do setor financeiro que sequestra grande parte do que o país arrecada para acalmar os mercados com o superávit fiscal. Por que finalmente não se pensar um imposto sobre a riqueza e a herança para financiar o SUS, debate que se encontra esquecido desde a eleição deste governo?

Para mudar esse quadro de precariedade do setor público da saúde, não basta apenas pensar na melhor forma de investir e gerir os recursos para a melhoria do sistema. É preciso mudar também a mentalidade das nossas elites, refletida nas nossas instituições, que resulta em abandono de um contingente de milhões de brasileiros, que necessitam diretamente do apoio dos governos para não sucumbir em condições degradantes de vida. E não existe saída melhor para o país fugir da sua histórica incapacidade de deslanchar enquanto nação desenvolvida, a não ser prover sua população com educação e saúde públicas e de qualidade para todos.

### **Referências bibliográficas**

BERLINGUER, Giovanni; TEIXEIRA, Sonia Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Reforma sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo, Hucitec; Cebes, 1988.

CALYPO, Sylvia Maria. *Saúde, Estado e ética. NOB/96 e Lei das Organizações Sociais: a privatização da instituição pública na Saúde?* Disponível em:

<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-19092006-174708/es.php>>.

Acesso em: 9 mai. 2015.

COHN, A. *Previdência social e processo político no Brasil*. São Paulo: Moderna, 1980.

\_\_\_\_\_. *Revisitando “a questão democrática na área da saúde”*: quase 30 anos depois.

Disponível em:

<[http://peep.ebape.fgv.br/sites/peep.ebape.fgv.br/files/Revisitando\\_a\\_questao.pdf](http://peep.ebape.fgv.br/sites/peep.ebape.fgv.br/files/Revisitando_a_questao.pdf)>.

Acesso em: 9 mai. 2015.

SADER, Emir. *Dez anos de governos pós-neoliberais no Brasil*. Rio de Janeiro: Flacso, 2013.

SANTOS, Paula Lorena Pinto. *Mercantilização da saúde e cidadania perdida*: o papel do SUS na reafirmação da Saúde como direito social. Em:

<<http://periodicos.unifebe.edu.br/index.php/revistaeletronicadaunifebe/article/view/136/67>> Acesso em: 10 mai. 2015.

SOUZA, Jessé. *A ralé brasileira*: quem é e como vive. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2011.