



OFICINA DO CES

ces

Centro de Estudos Sociais
Laboratório Associado
Universidade de Coimbra

TÂNIA REGINA KRÜGER, MAURO SERAPIONI

**SUS: 30 ANOS COMEMORADOS COM
DESCONSTITUCIONALIZAÇÃO**

**Maio de 2019
Oficina n.º 449**

Tânia Regina Krüger, Mauro Serapioni

SUS: 30 anos comemorados com desconstitucionalização

**Oficina do CES n.º 449
Maio de 2019**

OFICINA DO CES

ISSN 2182-7966

Propriedade e edição

Centro de Estudos Sociais

Colégio de S. Jerónimo

Apartado 3087, 3000-995 Coimbra, Portugal

Coordenação da publicação

Paula Sequeiros, Teresa Cunha

E-mail: oficina@ces.uc.pt

Tânia Regina Krüger*, Mauro Serapioni**

SUS: 30 anos comemorados com desconstitucionalização

Resumo: O presente texto tem como objetivo discutir e questionar a contrarreforma que vem delapidando e desconstitucionalizando o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro nos seus 30 anos de existência, sem desconsiderar a sua complexa trajetória de institucionalização e implementação. As comemorações dos 30 anos da Carta Constitucional acontecem numa conjuntura política na qual o país se depara com um retrocesso sem precedentes no processo político-institucional e com um esfacelamento da garantia dos direitos de cidadania como medida de ajuste da crise económica. A produção deste texto é de natureza descritiva e exploratória, e foi desenvolvida por meio de estudos de revisão bibliográfica, documental e normativa do SUS. Toda esta análise crítica não desvaloriza o facto do SUS ser uma das políticas sociais mais caras às lutas democrático-populares brasileiras, constituindo, como tal, um património nacional.

Palavras-chave: Brasil, direito à saúde, política de saúde, política social, Sistema Único de Saúde.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro foi estruturado como uma política pública estatal, universal, descentralizada, gratuita e com participação da comunidade, porém, desde a sua regulamentação, tem colidido com os projetos dos governos, que, ora com mais intensidade, ora com menos, o submetem às necessidades de reprodução ampliada do capital. E agora, no momento em que se assinalam os seus 30 anos, pode-se constatar que o SUS, principalmente nos últimos anos, tem vindo a ser ferozmente delapidado e desconstitucionalizado (Fraser, 2017).

É nessa conjuntura que esta pesquisa visa questionar a contrarreforma do SUS, sem ignorar a sua trajetória não linear de institucionalização e implementação. A desconstitucionalização do SUS, aqui também chamada de contrarreforma, avança consideravelmente, desde 2016, num contexto de desmantelamento e de privatização de empresas e dos serviços públicos estatais. A perversidade dessa desconstitucionalização acontece, segundo Paim (*apud* Mathias, 2018), de tal modo que os interesses privados

* Professora de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. Pós-doutorada pelo Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (CES/UC), Portugal. Pesquisadora PQ2 do CNPq. Contacto: tania.kruger@ufsc.br

** Investigador do CES/UC. Contacto: mauroserapioni@ces.uc.pt

entranhados no DNA do SUS formam uma pressão empresarial que tem vindo a provocar uma desarticulação do pacto social firmado em 1988, ao mesmo tempo em que este SUS que ainda existe se revela bastante orgânico aos interesses privados pela sua necessidade de acesso desses ao fundo público. E aí se colocam os desafios ao nosso texto para identificar e considerar as implicações no conjunto das políticas sociais, e, em particular, nas do SUS, o nosso objeto de estudo.

A sociedade brasileira festejou, em 2018, os 30 anos da conquista formal do direito a ter direitos no campo das políticas sociais. Os avanços obtidos pela Constituição de 1988, tão caros à sociedade brasileira em relação aos direitos sociais, possuem um caráter liberal-democrático-universalista, pois expressam as contradições da sociedade, no sentido de fazer conviver as políticas estatais universais, contributivas e focalizadas em conjugação com as políticas de mercado. Mas as comemorações dos 30 anos da Carta Constitucional acontecem numa conjuntura política, na qual o país se confronta com um retrocesso institucional sem precedentes no âmbito dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. Tal retrocesso é resultado de um esfacelamento da garantia dos direitos de cidadania como medida de ajustes económico, fiscal e social da crise, mas que, de forma admirável, é divulgado pelos *media* como “Uma ponte para o futuro” (Cavalcanti e Venerio, 2017), ou como um manifesto “Brasil 200 anos” (Dyniewicz, 2018), como sendo “Um ajuste justo”¹ ou ainda como “O caminho da prosperidade – Proposta de Plano de Governo: Constitucional, eficiente e fraterno” (Bolsonaro, 2018). Ou seja, é uma conjuntura de desconstitucionalização que envolve diretamente Emendas Constitucionais, legislações infraconstitucionais nas esferas nacional e subnacional, de não financiamento e desvalorização dos serviços públicos, sobretudo as políticas do tripé da Segurança Social – Previdência Social, Saúde e Assistência Social. Todo este processo está permeado por uma crise ideopolítica que, com um grande apoio dos meios de comunicação social, está a destruir as bases relativamente progressistas do Estado democrático e de direito, tão timidamente construídas no Brasil nas três últimas décadas.

¹ Banco Mundial (2017), “Um ajuste justo - Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil”. É um documento solicitado pelo governo brasileiro e divulgado em novembro de 2017 com considerações da seguinte ordem: “Atento à mudança de cenário, o governo federal solicitou ao Banco Mundial a elaboração deste relatório, com o objetivo de realizar uma análise aprofundada dos gastos do governo, identificar alternativas para reduzir o déficit fiscal a um nível sustentável e, ao mesmo tempo, consolidar os ganhos sociais alcançados nas décadas anteriores. O principal achado de nossa análise é que alguns programas governamentais beneficiam os ricos mais do que os pobres, além de não atingir de forma eficaz seus objetivos”. Consultado a 05.02.2018, em <http://www.worldbank.org/pt/country/brazil/publication/brazil-expenditure-review-report>.

A Carta Constitucional representou uma modernização política que vinculamos à democracia popular e participativa, tendo em vista que os direitos sociais² reconhecidos se pautam pela diretriz de participação da sociedade.³ Não foi por acaso que, a partir da década de 1990, ao mesmo tempo em que ocorreram avanços no âmbito legal, com a incipiente e descontínua implementação do SUS, o papel do Estado brasileiro foi-se redefinindo, marcado pela ampliação das políticas neoliberais, tendo vindo a adotar, como estratégia de enfrentamento da crise de natureza estrutural, uma política econômica e fiscal de desmantelamento dos direitos de cidadania. Sob a orientação neoliberal, as políticas sociais e de saúde passam a ser centrais no campo do mercado e da geração de lucros para o capital (Laurell, 2017) e, portanto, passados trinta anos da Constituição de 1988, o SUS encontra-se no sentido contrário das propostas de Reforma Sanitária, alcançadas no decurso da década de 1980. Ou, como expressa a síntese de Santos (2018: 1719), “nunca o SUS foi tão grande em sua história e, no entanto, nunca esteve tão frágil”.

A produção deste texto é de natureza descritiva e exploratória, e foi desenvolvida por meio de estudos de revisão bibliográfica, documental e do quadro normativo-institucional do SUS, para além das pesquisas analíticas, sistematização de experiências oriundas de diferentes vivências políticas e acadêmico-profissionais do trabalho em saúde.⁴

O seguinte texto foi estruturado em dois planos. Inicialmente, com reflexões sobre as contrarreformas e a flexibilização do SUS, seguido do plano sobre os retrocessos da sua base democrático-popular e sua funcionalidade ao setor privado no contexto da delapidação e desconstitucionalização pós 2016. Toda esta análise crítica não

2 Conforme a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 6.º são reconhecidos, como direitos sociais, a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados (Brasil, 1988).

³ Pelo menos trinta artigos da Constituição Federal de 1988 (CF/1988) expressaram preceitos que incentivavam experiências de gestão pública participativa: tais como, a cidadania como fundamento do Estado democrático (Artigos 1.º, 5.º, 8.º, 15 e 17), os deveres sociais em questões coletivas (Artigos 205, 216, 225, 227 e 230) e o exercício da soberania popular (Artigos 14, 27, 29, 58 e 61), e também tratou da participação social como forma de gestão pública (Artigos 10, 18, 37, 74, 173, 187 e 231). Na institucionalização de mecanismos de participação nas políticas públicas, destaca-se em particular na segurança social (Artigo 194), na saúde (Artigo 198), na assistência social (Artigo 203) e na educação (Artigo 206) (Lima, 2014: 7).

⁴ Este texto é parte dos resultados do projeto da pesquisa “Saúde e Serviço Social: planejamento, gestão, participação e exercício profissional”; em desenvolvimento no período 2015-2019, coordenado pela Professora Doutora Tânia Regina Krüger. Igualmente o texto é parte do projeto de pesquisa de pós-doutoramento desenvolvido no CES/UC, com o título: “Os Planos Nacionais Plurianuais de Saúde do Brasil e Portugal: as referências, objetivos e ações em relação aos espaços de participação social”. Pós-doutoramento com supervisão do Professor Doutor Mauro Serapioni – CES/UC.

desconsidera que o SUS é uma das políticas sociais mais caras às lutas democrático-populares brasileiras, tratando-se, portanto, de um património nacional.

1. SUS: no âmbito da implementação das contrarreformas e da flexibilização

O sistema público de saúde brasileiro – Sistema Único de Saúde - é fruto do imaginário coletivo e crítico-participativo do Movimento da Reforma Sanitária, que defendia a saúde a partir da determinação socioeconômica, devendo ser tratada no espaço público da sociedade, mediada pela participação dos sujeitos sociais. Esta visão opunha-se à perspectiva da saúde como um tema de cunho exclusivamente biológico-curativo a ser tratado pelos serviços médicos e de medicamentos (Paim, 2011). Assim, o SUS, no texto constitucional, repõe fundamentos da cidadania e democracia moderna, o que representou uma conquista da luta dos segmentos populares organizados.

Conforme consta do Artigo 196 da Constituição de 1988, a saúde como direito de todos e dever do Estado é garantida, por meio de duas vertentes: mediante políticas sociais e económicas que visem a redução do risco de doença e de outras enfermidades; e por intermédio do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988). Na Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990) foi reafirmada a concepção ampliada de saúde e um novo modelo de atenção dela decorrente, sustentado na compreensão de que a determinação dos “níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (Brasil, 1990, artigo 3.º). Com base na expressão jurídico-política da lei, a interpretação da saúde passou a ter um âmbito mais alargado, pois o seu entendimento ultrapassou o modelo biomédico curativo, hegemónico na sociedade e na saúde, e vinculou-se a uma perspectiva de determinação social da saúde,⁵ sustentada nas “categorias trabalho e reprodução social da vida” (Miotto e Nogueira, 2009: 226), e também no entendimento de que o confronto permanente das desigualdades sociais é determinante para assegurar o direito à saúde.

Desse modo, uma política de saúde universal, estatal e de qualidade, com base numa concepção de saúde ampliada, requer uma política económica e uma estrutura institucional do Estado compatível com essas prerrogativas. No entanto, na política económica capitalista e, no contexto da crise contemporânea, substanciada com a adoção de políticas austeras, as respostas às necessidades e às exigências da saúde fortalecem o modelo médico hegemónico,⁶ condizente com a lógica mercantilista do

⁵ Sugerem-se as seguintes leituras: Nogueira (2010) e Breilh (2006).

⁶ Sugere-se a leitura de Paim (2008).

sistema, e apresentam-se desfasadas da determinação social do processo saúde-doença (Oliveira, 2015).

A partir da década de 1990, depois da regulamentação, e sendo o período de implantação do SUS, o papel do Estado brasileiro foi sendo redefinido num processo influenciado pelas políticas de ajuste neoliberal, já em consolidação nos países centrais para o enfrentar da crise económica. As orientações contidas no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado de 1995 expressavam o novo perfil estatal adotado pelo governo brasileiro, vinculado à democracia neoliberal, mas denominado pelo seu formulador, então ministro de Estado, Bresser Pereira, como Estado Liberal-Social. A justificação alegada residia na necessidade de diminuir a função do Estado para com as políticas sociais, frente à crise fiscal, além da necessidade de superação de um estilo burocrático de administração pública, a ser substituído pelo modelo gerencialista, com base em quatro pressupostos: redução de tamanho e de funções do Estado, pela via da privatização, terceirização e publicização; redução do grau de interferência estatal, enfatizando a função reguladora a favor de mecanismos de controlo via mercado; aumento da governança e retorno da governabilidade, com o aperfeiçoamento da democracia representativa (Pereira, 1997).

Para Behring (2008: 281), esse processo constituiu uma contrarreforma do Estado, ou seja, tratava-se de reformas neoliberais caracterizadas por um “conjunto de mudanças estruturais regressivas sobre os trabalhadores e a massa da população brasileira, que foram também antinacionais e antidemocráticas”. O governo Fernando Henrique Cardoso, que se caracterizou pela implementação de políticas estatais e privatistas apoiadas no zelo ideológico do neoliberalismo, questionando, desta forma, as aspirações democráticas da década de 1980 e da Constituição, e as colocava como empecilho à governabilidade e à modernização, tendo, por isso organizado políticas para a flexibilização do mundo do trabalho e, com o fundo público financiou a reprodução do capital através das privatizações.

No entanto, neste período, o Movimento da Reforma Sanitária, por ter concentrado as suas forças na conquista de arcabouço legal, ficou em posição defensiva, por vezes resistindo aos ataques ao SUS e aos seus membros, por vezes assumindo cargos em governos de carácter progressista nas instâncias subnacionais. Destacou-se na época a fragilidade político-organizacional dos espaços institucionalizados de participação (Conselho e Conferências), apesar das resistências locais, para enfrentar a ausência de financiamento, a desconcentração de serviços e a re-centralização das

decisões e dos recursos. A reafirmação do SUS, como política pública universal de caráter coletivo e de obrigação do Estado, na maioria das vezes – nos espaços dos Conselhos e Conferências, assim como nos demais movimentos sociais, na academia e na organização dos gestores (é o caso do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS) –, cedeu lugar a reivindicações para que se cumprisse a lei, se organizasse a rede de serviços nos municípios, se realizasse concurso público e contratação de pessoal e prestação de serviços de saúde (Bravo e Menezes, 2010).

Em 2002, a vitória de Lula, do Partido dos Trabalhadores (PT), teve um significado real e simbólico para um país como o Brasil, dotado de enorme conservadorismo e desigualdades. Foi uma vitória tardia, depois de uma década de desertificação social e econômica. Para conseguir vencer, o PT fez muitas concessões, abandonou várias bandeiras que o caracterizaram, desde 1979, e aliou-se a grupos políticos de centro-direita vinculados ao capital industrial (Antunes, 2004). No entanto, segundo Belluzzo (2013: 108), o Presidente Lula abarcou os riscos do apoio de uma base pluriclassista, perseguiu a imagem de um líder popular, mas sempre disposto à mediação entre a esperança e os princípios, “tentando se equilibrar [...] entre as ações que buscavam a elevação dos padrões de vida dos mais pobres e as decisões de política econômica que propiciaram os ganhos parrudos aos senhores das finanças”.

Na saúde, como nas demais políticas sociais, nos governos do Partido dos Trabalhadores houve alguma reanimação das forças progressistas, destacando-se alguns aspectos positivos, como: o retorno da concepção de Reforma Sanitária em discursos e documentos do Ministério; escolha de profissionais comprometidos com a Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério da Saúde; participação do ministro nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde; a convocação regular das Conferências Nacionais de Saúde; eleição de trabalhadores em alguns momentos à presidência do Conselho Nacional de Saúde; a aprovação da Política de Atenção Básica e do Pacto Pela Saúde em 2006, que retomam alguns princípios do SUS; a ênfase na Estratégia de Saúde da Família como serviço estruturante e porta de entrada preferencial do SUS; incentivo à formação de profissionais de saúde com perfil para trabalhar no SUS, em parceria com universidades e secretarias de saúde, a aprovação da Política Nacional de Medicamentos e da Saúde Bucal, entre outros.

Ao mesmo tempo, evidenciaram-se aspectos que foram restritivos e contraditórios, de entre os quais os seguintes: a concepção de Segurança Social estava desarticulada da Previdência e Assistência Social; a política de educação para o SUS foi

progressivamente preterindo as universidades públicas em favor das organizações não governamentais; a permanência das indefinições quanto a um financiamento estável da saúde; a não aprovação do Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS) Único para o SUS, a participação do Ministro da Saúde nas reuniões do CNS não foi contínua, dependendo do momento e da agenda política; silêncio do Ministério da Saúde quanto à multiplicação nas esferas subnacionais dos serviços do SUS entregues a empresas como as Organizações Sociais e nas inúmeras denúncias quanto à qualidade desses serviços; e, finalmente, a omissão do Ministério da Saúde aquando dos confrontos para a adesão dos 37 hospitais Universitários públicos-federais à Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares – EBSEH.

As características progressistas foram ainda mais evidentes no início do governo. No decorrer da gestão, houve um recrudescimento do conservadorismo que se tornou visível através da condução das ações, com a troca dos técnicos dirigentes reconhecidamente vinculados à defesa do SUS e na política económica contrária ao investimento público na saúde. Desse modo, avalia-se que o processo regressivo e conservador, que marcou a era FHC na saúde, teve raros instantes de descontinuidade, apesar do clima democratizador que se gerou.

Sem desconsiderar os avanços obtidos no sistema de saúde brasileiro, que não poucos em termos de serviços e mesmo de recursos efetivamente aplicados, é imperioso reconhecer a existência de obrigações legais não cumpridas para atender o princípio da universalidade. Sob a orientação neoliberal, nenhum governo adotou a implantação do SUS como projeto prioritário, mesmo tendo assumido, nas suas campanhas eleitorais, a defesa do sistema de saúde. Nos governos de Fernando Collor, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso, na década de 1990, as disputas davam-se entre a proposta da Reforma Sanitária e o modelo de saúde privatista, vinculado ao mercado (Bravo, 2006). Na década seguinte, os governos petistas, Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, foram marcados por ações que visavam conciliar políticas para a burguesia com políticas para a classe trabalhadora, e o mesmo se refletiu no SUS. Essa política conciliadora com representantes do capital industrial e com os compromissos democrático-populares revelou-se tensa. De igual forma, também no SUS, através de três perspectivas: a) a corrente do antissanitarismo estrutura-se na proposta liberal do Estado mínimo, no paradigma privatista, no serviço curativo e centrado no médico, vinculado aos planos e seguros privados, à rede de hospitais filantrópicos e ao setor privado da saúde (hospitais, clínicas, indústria de medicamentos e equipamentos). Este

setor sobrevive e moderniza-se com financiamento do Estado e com a venda dos seus serviços e produtos ao SUS (Bahia, 2018). Nessa perspectiva, o sistema público existe para atender os pobres, as regiões distantes dos grandes centros, as calamidades e manter os serviços de alto custo. Este segmento, segundo Santos (2018), estrutura-se a partir de uma razão privada mercantil, e vem operando uma inversão de valores, convertendo a universalidade e a gratuidade dos serviços em resíduos históricos regressivos e de privilégios, e evoca também as parcerias privadas como arranjos superiores à administração estatal direta; b) a perspectiva transformista e flexibilizadora, apresenta uma retórica de defesa dos direitos reconhecidos, faz duras críticas ao processo de expansão do capital na saúde do Brasil, por meio dos subsídios aos planos privados, à entrada do capital estrangeiro na saúde e à renúncia fiscal, ao mesmo tempo que avalia como uma questão menor as práticas denominadas de modernização e implementadas de forma flexibilizada, com parcerias com o setor privado (gestão dos serviços públicos por Organização Social) e inovações na gestão pública, com base no direito privado (a criação de empresas públicas, como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH). Esta perspectiva é representada por entidades da sociedade civil, intelectuais tradicionais de peso na academia e partidos de centro-esquerda; e c) a perspectiva da Reforma Sanitária e do SUS constitucional, fundamentado na defesa da universalização da saúde como direito social, obrigação do Estado, gestão pública e estatal, participação popular deliberativa, determinação social no processo de saúde e doença da população e financiamento público para serviços públicos. A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde – FNCP – que abriga inúmeras entidades e Fóruns Estaduais, é uma das principais entidades defensoras desse projeto.

Essas três perspectivas nem sempre possuem as suas fronteiras delimitadas, nem são homogêneas no debate interno, porém as suas tendências são apresentadas na literatura da área, nas universidades, em entidades científicas e nas categorias profissionais da saúde, no debate político dos movimentos sociais e Fóruns de Saúde, nos debates e aprovações dos conselhos e conferências de saúde.⁷ Ao mesmo tempo, importa destacar que as duas últimas perspectivas enfrentam uma contradição fundamental, que é a segmentação dos serviços de saúde devido ao uso da dupla cobertura: o sistema público e o setor privado. Estima-se que proximamente um quarto da população brasileira é cliente de um plano privado de saúde. Esta segmentação

⁷ Sobre estas três perspectivas consultar Krüger (2014 e 2017).

evidencia o aumento das desigualdades em saúde, o deslocamento da base social de apoio ao SUS e a cultura corporativa de direitos presente nas relações de trabalho. Segundo Santos (2018) os planos coletivos privados representam 76% desse mercado e relacionam-se essencialmente com as exigências sindicais. Este tipo de prática do mundo do trabalho alimenta a racionalidade econômico-corporativa, o desconhecimento da magnitude dos serviços que o SUS realiza na atenção aos acidentes de trabalho e a baixa integração dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerests – com os serviços de atenção básica, média e alta complexidade.

A arrecadação do governo federal é reduzida devido aos gastos com planos de saúde, profissionais, clínicas e hospitais, pela possibilidade de a pessoa física ou jurídica abater do imposto a pagar. Uma outra contradição no plano institucional do SUS é a de que os poderes executivo, legislativo e judiciário – isto é, o núcleo do poder decisório do Estado brasileiro – são cobertos por planos privados de saúde e contam com benefícios da renúncia fiscal. Dessa política de renúncia da arrecadação fiscal a subtração de recursos do SUS correspondeu a aproximadamente um terço das despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde do Ministério da Saúde, entre 2003 e 2015 (Ocké-Reis, 2018).

Esta contradição sobreviveu à redemocratização, ao Movimento da Reforma Sanitária e ampliou-se nos 30 anos do SUS. Assim como a bandeira de gestão pública estatal dos serviços públicos e dos recursos públicos têm que ser investidos no setor público, não podem ser reivindicações menores do segmento que defende o SUS na perspectiva da Reforma Sanitária.

Partindo para uma síntese parcial das contrarreformas e da flexibilização do SUS, consideramos, com base nas reflexões de Miranda (2017), nos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), o dilema colocava-se entre, por um lado, uma Reforma Sanitária reformista e abrangente, com as pretensões ampliadas para além do setor da saúde; e por outro lado, na direção de uma alternativa conjunturalmente mais praticável de uma reforma gradual, com ênfase na modelagem tecnoassistencial e gerencial, segmentada por prestadores privados e públicos (de direito público e, cada vez mais, de direito privado). Nas administrações de Lula (2003-2010) e Dilma (2011-2018, segundo mandato interrompido em 2016, assumindo a presidência Michel Temer),⁸ a trajetória do SUS tão pouco foi alterada de modo expressivo: houve continuidade do

⁸ Sobre o julgamento do *impeachment* de Dilma Rousseff e o golpe jurídico parlamentar, consultar Virgínia Fontes (2016).

subfinanciamento diagnosticado em inúmeros estudos e apontado em denúncias de movimentos sociais e organizações de saúde; e ocorreu a transferência de gestão de serviços estatais do âmbito do direito público para a esfera de organizações do direito privado (Miranda, 2017: 398-399). O modelo técnico-assistenciais e gerencial não sofreu descontinuidade, no entanto, destaca-se a magnitude do impacto nas condições de vida e de saúde, com as políticas de combate à pobreza, a política de saúde oral, o programa farmácia popular, o serviço de urgência com o SAMU, as políticas setoriais para as populações indígenas, quilombolas, ribeirinhas, em situação de rua e LGBT, o Programa Mais Médicos, a construção e ampliação considerável de unidades e equipes da Estratégia Saúde da Família e as Unidades de Pronto Socorro (UPAs).

2. SUS: retrocesso da base democrático-popular e funcional para o setor privado

Com a ascensão de Michel Temer, de forma ilegítima à Presidência da República, em 2016, desde então, o Estado brasileiro vem adotando políticas radicais de austeridade fiscal, num processo contínuo de redução dos direitos sociais e de implementação de mecanismos de mercantilização, no âmbito da gestão e prestação dos serviços sociais. Foram sendo aprovadas várias medidas de enfraquecimento do financiamento da segurança social, em geral, e da saúde, de modo mais intensificado. De contornos ultraliberais, as medidas do governo de Michel Temer conduzem ao fortalecimento do setor privado, em detrimento dos pressupostos constitucionais do SUS e promovendo grandes manifestações do populismo de direita (Faria, 2017), com as suas agendas conservadoras. Para estes segmentos, Souto Maior (2017), afirma que a:

Constituição Federal é um mero detalhe que não deve ser levado em consideração quando se tratar de atender aos interesses do setor econômico. E como nessa lógica deixa de ser necessário discutir os termos da Constituição, basta dizer, então, que quem faz menção à existência da Constituição é “ideológico”, fazendo supor que quem despreza a Constituição é “moderno” ou “antenado” com os “novos tempos”, quando se trata, em verdade, de uma atitude transgressora e ditatorial.

Se a ditadura (1964-1985) anterior foi empresarial-militar, a posse e a gestão do governo de Michel Temer, na nossa avaliação, está a ser uma ditadura do capital financeiro sustentada pelo parlamento, os *media* e o judiciário, que criminaliza tudo o

que diz respeito ao público e ao coletivo, sobretudo serviços sociais com financiamento público e gestão estatal. Os *media* constroem espetáculos de maneira parcial, com as operações policiais e com as ações do judiciário, que são igualmente parciais, deixando marcas indeléveis nas poucas conquistas democrático-populares dos últimos 30 anos. Tal política reflete um ataque sistemático, destruidor e despolitizador dos fundamentos teórico-políticos dos direitos democráticos, criminaliza os seus defensores, na mesma medida em que releva as virtudes do mercado e da gestão gerencial privada.

No caso da saúde, a aplicação da política de austeridade adquire contornos dramáticos, perante o risco de esfacelamento do SUS, com uma “atuação subordinada e subalterna, como recurso complementar ao mercado, aos mercadores de doenças e às corporações autoritárias” (Miranda, 2017: 399).

Destacam-se medidas mais recentes de congelamento dos gastos governamentais em saúde e desvinculação das despesas, num movimento já assinalado no governo Dilma Rousseff, e acelerado a partir do governo de Michel Temer, em 2016. Trata-se da aprovação da Emenda Constitucional (EC 95),⁹ o chamado Novo Regime Fiscal, medida de limite do crescimento das despesas primárias à taxa de inflação, durante um período de 20 anos. Para Vieira e Benevides (2016a), com a EC 95, os recursos que deixarão de ser obrigatoriamente aplicados em saúde, durante o período de vinte anos, serão superiores a R\$ 400 bilhões, considerando o cenário de crescimento da economia de 2% ao ano.¹⁰

Para além do problema histórico do subfinanciamento, ocorrem modificações do movimento do capital na saúde, expresso em modelos baseados na perspectiva da Cobertura Universal da Saúde, corroendo os pilares de um sistema público e universal de saúde. O fortalecimento do setor privado, a um ritmo acelerado, com vista a transformar a saúde humana em mercadoria de nível global, vem adquirindo maior vigor, segundo Laurell (2017), com o surgimento da proposta de Cobertura Universal de Saúde (CUS), aprovada em resolução da Organização Mundial da Saúde (Laurell, 2016; Noronha, 2013). O sistema CUS consiste na cobertura do seguro por meio de um pacote de serviços, por pessoa e variando conforme as condições socioeconómicas. A Cobertura Universal pressupõe ainda ser da responsabilidade do indivíduo a quem o

⁹ As possíveis implicações do Novo Regime Fiscal para o financiamento do SUS e para a garantia do direito à saúde, contidas na proposta inicial que deu origem à Proposta de Emenda à Constituição n.º 241/2016 (PEC 241), foram analisados em artigo (Vieira e Benevides, 2016a) e em nota técnica do IPEA, publicada em 21.09.2016 (Vieira e Benevides, 2016b).

¹⁰ Ver outros desdobramentos da Emenda Constitucional 95 em Funcia (2017).

Estado vai ajudar, desaparecendo a figura jurídica do direito à saúde. A Associação Latino-americana de Medicina Social (ALAMES) afirma que a proposta fragmenta a população de acordo com o seu poder de compra, ficando a cargo do Estado apenas a responsabilidade pela saúde dos mais vulneráveis, o que fortaleceria a iniquidade dentro das sociedades (ALAMES, 2016). Esta concepção implica, no fundo, um modelo de sistema de saúde liberal baseado no lucro do setor privado e da empresarialização da saúde, contrapondo-se, portanto, à modalidade de Sistemas Universais de Saúde, no qual o SUS se fundamenta. Tal modalidade de cobertura universal em saúde não integra o acesso universal aos serviços de saúde, nem tão pouco as ações coletivas de saúde pública (Antunes e Mathias, 2014).

Para exemplificar, uma espécie de serviço de cobertura universal em saúde está em curso, com a criação dos Planos de Saúde Acessíveis (planos privados “populares”). Com essa modalidade de Planos, pretende-se instituir o plano acessível, por meio de revogação da Lei 9.656/1998 em discussão na Câmara dos Deputados. O governo federal pretende, com este novo quadro legal para o mercado de planos e seguros de saúde, atender os interesses particulares e as exigências exclusivas das empresas de planos de saúde, com base nas seguintes propostas: segmentação de coberturas assistenciais, redução da lista dos procedimentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde estipulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). De entre outros aspetos, o governo no poder pretende reduzir o valor a ser restituído pelas operadoras ao SUS, na forma de lei, sempre que clientes de planos de saúde são atendidos na rede pública, além de redução do valor e gradação das multas aplicadas pela ANS contra planos de saúde, no caso de ilegalidade das operadoras, e reajustar a mensalidade dos planos de saúde de pessoas com mais de 60 anos de idade (idosos) a quem é vedado (ABRASCO, CEBES e IDEC, 2017). Aliado à proposta dos planos populares de saúde, voltou a tramitar (agosto/2018) na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) da Câmara Federal a Proposta de Emenda Constitucional 451/2014, o Projeto de Lei que obriga todos os empregadores brasileiros a garantirem aos seus empregados serviços de assistência à saúde.

E o processo de desconstitucionalização do SUS continua aqui sendo ilustrado com inúmeras alterações legislativas. Sobre a Lei n.º 13.097/2015, que estabelece a permissão de exploração do capital estrangeiro nos serviços de saúde, tais como hospitais filantrópicos e clínicas (Brasil, 2015a), duas implicações se destacam: trata-se de alteração da Lei Orgânica do SUS (Lei 8.080/1990), a qual, originalmente, proíbe os

investimentos estrangeiros no setor (Brasil, 1990); além disso, essa nova lei também fere a Constituição Federal de 1988 no seu artigo n.º 199, no qual consta a limitação de propriedade por pessoa física ou jurídica estrangeira (Brasil, 1988, artigo 199). Na análise de Mendes e Funcia (2016: 159), “essa Lei veio para dificultar ainda mais a possibilidade de ampliarmos a conquista do direito à saúde pela sociedade brasileira e assegurar a insaciabilidade do capital portador de juros na forma de apropriação do fundo público”.

Estando implicadas todas as áreas do SUS, a Atenção Básica, um dos seus pilares, não ficou de fora. A Portaria n.º 2.436 do Ministério da Saúde, publicada em 21.09.2017, por meio da qual foi estabelecida a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS (Brasil, 2017),¹¹ opõe-se à possibilidade de reordenação da PNAB do ponto de vista da efetivação dos princípios do SUS, rompendo, portanto, com uma perspectiva integradora e abrangente¹² da Atenção Primária à Saúde (APS).

Destacam-se, ainda, a significativa redução do programa Farmácia Popular, a alteração das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) (SUSConecta, 2017), o Decreto n.º 9.057, de 25.05.2017, que permite o credenciamento de Instituições de Educação Superior, exclusivamente para oferta de cursos de graduação na modalidade à distância, sem prever um tratamento diferenciado para a área da saúde (CFESS, 2017), a decisão da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), de liberar o uso de Benzoato de Emamectina no país. Trata-se de um agrotóxico bastante agressivo, que tinha sido proibido em território nacional no ano de 2010, por suspeita de causar malformações e elevada neurotoxicidade àqueles que têm contato direto com a substância (Anvisa, 2017). E as implicações para a saúde do povo brasileiro não param por aí, pois as atitudes do governo continuam a ser danosas para a saúde coletiva. Pressionado para obter votos para a aprovação da reforma da Previdência Social no Congresso Nacional, o governo negociou com deputados e senadores da bancada ruralista a medidas menos restritivas ao uso de agrotóxicos (Carvalho, 2018; Oliveira, 2018). A Portaria n.º 3.992 do Ministério da Saúde, publicada no dia 28 de dezembro de

¹¹ Sobre a Reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) houve inúmeras manifestações institucionais que podem ser consultadas em: ABRASCO, CEBES e ENSP/FIOCRUZ (2017); Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2017); FNCPS (2017).

¹² Há diferentes concepções sobre Atenção Primária à Saúde (APS). Destacam-se: uma primeira que define a Atenção Primária à Saúde como estratégia de reordenamento do setor da saúde e modelo assistencial; uma segunda compreende a APS como responsável pela organização e operacionalização da porta de entrada do sistema; e, por último, como programa focalizado e seletivo, destinado a populações e regiões pobres, com serviços restritos, baixa densidade tecnológica e baixos custos (Oliveira, 2015: 116).

2017, que reduziu de seis para dois blocos de financiamento do SUS, um de manutenção, que concentra quase a totalidade dos recursos federais, e outro de investimentos - fragmenta e desfigura o sistema ao flexibilizar o uso das verbas da saúde na ponta, o que pode comprometer a manutenção e a ampliação dos serviços de atenção básica, de vigilância sanitária e a gestão, que passa a ser realizada conforme as conveniências políticas locais (CEE FIOCRUZ, 2018).

São inúmeras as situações que vêm descaracterizando e desconstitucionalizando o SUS (Conversa Afiada, 2018) não podendo ser todos enumerados neste texto, por limitações óbvias. Mas é certo que no SUS, com este governo, como em grande parte do território nacional, há um enorme descuido com o ambiente, com a eficiência da gestão pública e, mais grave ainda, com as pessoas que utilizam e trabalham no sistema. O SUS vem-se transformando, gradualmente, em mais um espaço dominado pela racionalidade da velha e tradicional promiscuidade da política brasileira, confirmando um padrão de desconsideração e de desrespeito pela dignidade humana e o uso da riqueza socialmente produzida.

A tendência, portanto, caminha em direção à fragilização e ao progressivo empobrecimento e/ou extinção dos fundamentos¹³ do SUS, devido ao contexto de favorecimento de setores do mercado por meio de iniciativas como: a expansão das contratualizações com o setor privado e filantrópico; a expansão do mercado de planos de saúde e o plano de saúde acessível; o retorno dos serviços públicos para a gestão de empresas como as OS; a transformação das unidades públicas em empresas como a EBSEH, o enxugamento dos gastos sociais; o ajuste fiscal; e, a continuidade do processo de supressão de direitos sociais. Porém, contraditoriamente, o mercado requer um SUS que lhe seja funcional, nos termos de Paim (*apud* Mathias, 2018):

este SUS que está aí ainda é muito orgânico aos interesses privados. Além de comprar medicamentos e equipamentos, atender às empreiteiras para construir UPAs e hospitais, o SUS funciona como um resseguro para essas empresas de planos de saúde. Quando o risco sobe, elas jogam o cliente para o público. Então, a princípio, não é interessante para eles que o SUS acabe.

¹³ Entendemos por fundamentos do SUS: saúde como direito universal, conceito ampliado de saúde, seus objetivos, competências e princípios (artigos 5.º ao 7.º da lei 8.080/1990), determinação social da saúde e gestão pública estatal com base no direito público.

As contradições fundamentais e muitos dos dados mais vislumbrados do SUS fazem-nos afirmar com alguma facilidade que o SUS nunca foi universal. As proporções das despesas públicas (42%) e privadas (58%), que em poucos pontos percentuais oscilaram nas últimas três décadas (Bahia, 2018), ajudam a sustentar a evidência da não universalização. Mas a estes gastos privados estão vinculadas cerca de 50 milhões de pessoas, ou 25% da população brasileira, que também utiliza o SUS. “O setor público predomina na produção total de atividades (65%), mas recebeu apenas 10% dos valores de remuneração, ao passo que o privado e o filantrópico, responsáveis por 35% dos atendimentos, recebeu 90%” (*ibidem*). Não existe solução única, muito menos de teor tecnocrático, para a universalização do SUS, sendo uma das vias aumentar a despesa pública em saúde. Em países como a Alemanha, Luxemburgo, a Suécia e a Dinamarca o gasto privado com a saúde é de cerca 15% (*Jornal Económico*, 2017), porém o governo brasileiro insiste em comparar os gastos nacionais com os dos países da América Latina e de países asiáticos, para defender a tese de que os gastos não são insuficientes (Brasil, 2015b).

Esta funcionalidade do SUS para o setor privado é evidenciada em manifestações do setor privado da saúde. A título de exemplo, destacamos a 5.^a edição do Fórum Saúde do Brasil, realizado em abril de 2018, promovido pela Folha de São Paulo e patrocinado pela Amil e ANAB (Associação Nacional de Administradoras de Benefícios). Na avaliação dos especialistas que participaram nesse Fórum, o SUS, que faz 30 anos, é referência em saúde pública, porém tem como desafio melhorar o atendimento no tratamento de média complexidade, justamente no serviço que é mais lucrativo para o setor privado (Lott, 2018).

Essa funcionalidade do SUS para o setor privado vem sendo explicitada por várias associações de empresas, pois na avaliação de Paim (2018) “a luta pela privatização está saindo do armário e chegando ao DNA do nosso arcabouço legal que é a Constituição de 1988. É um ataque ao pacto que foi construído depois da ditadura”. Nessa “saída do armário”, a partir de 2016, apareceram no cenário nacional várias entidades que propõem uma segunda alma para o SUS ou sugerem a sua refundação. A Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp), a Coalizão Saúde, a Federação Brasileira de Planos de Saúde (FEBRAPLAN) e o Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde (CBEXs) convergem:

na defesa da integração total entre SUS e setor privado – os setores público e privado precisam construir uma rede integrada de cuidados contínuos. A integração, palavra-chave, não para por aí: pressupõe mais participação da iniciativa privada na gestão dos serviços, mas também na “definição do desenho, planejamento e execução” das políticas nacionais de saúde através de um novo modelo de governança. (Mathias, 2016)

Estes são os mecanismos do mercado que colocam a esfera pública ao seu serviço e lançam a estrutura institucional e as bases ideopolíticas do SUS, que se constituiu como serviço público de cidadania. Assim, o tema torna-se agenda contínua para os segmentos progressistas de defesa do direito à saúde, contemplado por meio da defesa do SUS e da Reforma Sanitária. Essa agenda pressupõe lutas conjuntas em defesa da Segurança Social e dos direitos sociais e trabalhistas, num plano comum que permita a acumulação de forças para resistir à ofensiva do capital. Nessas lutas, e no processo de gestão de um sistema de proteção social que vá para além da saúde, a população de um país só terá condições de enfrentar as possíveis crises económicas, se tiver saúde. Por isso, garantir direitos sociais (saúde, educação, trabalho, previdência e acesso à terra, que, no nosso entender, são direitos e políticas sociais estruturantes) e política de ciência e tecnologia que respondam às necessidades socioeconómicas não entra na atual conta do PIB. Um projeto de desenvolvimento nacional, com base social efetiva, que constitui o grande desafio do Brasil, não pode subordinar a lógica financeira às necessidades sanitárias, nem tratar o bem-estar como um problema para o país, mas sim como uma oportunidade de desenvolvimento num processo de transformação institucional e social de reconhecimento dos mais de 200 milhões de habitantes.

A estratificação complexa do SUS e a chamada relação complementar com o setor privado mascara os serviços que o SUS assegurou ou que se aproximou da universalidade, como: a vigilância sanitária e epidemiológica, vacinações, zoonoses, vigilância da água, atenção básica, medicamentos para tuberculose, Hanseníase, HIV/AIDS, hipertensão, diabetes, serviços de alto custo e de alta complexidade, como a nefrologia e os transplantes. O impacto dessas políticas de saúde foi reconhecido nacional e internacionalmente (WHO, 2010; Quaino, 2015). A revista *British Medical Journal*, por exemplo, destacou o que definiu como “um dos declínios mais rápidos na mortalidade abaixo de 5 anos já registrado”, que associou aos vários programas sociais e

de saúde (Henningan, 2010: 1190). Nesse quadro regressivo há que fazer jus e repetir a expressão de Gilson Carvalho dos Santos (2011) “todos usamos os SUS”.

Considerações finais

Consideramos que há um relativo consenso no debate teórico e político sobre as razões da mobilização e as alianças que antecederam a inscrição dos direitos de segurança social e, particularmente, do SUS na Constituição Federal de 1988. Fruto de lutas sociais de base democrático-popular, o SUS é uma das principais expressões sociais e institucionais da transição democrática no Brasil, mas a democratização da atenção à saúde permaneceu pendente, pois não se tornou único e, marginalmente, tornou-se universal. No entanto, concordamos e ressaltamos a afirmação de Bahia (2018): “prevalece uma aceção positiva sobre a natureza democrática do projeto do SUS”.

No processo de implementação do SUS, especialmente o bloco político institucional e organizativo, que o formulou, perdeu a sua capacidade de resistência e de defender a realização dos seus princípios. Assim, as agendas políticas dos governos dessas três décadas foram conformando tendências em relação à direção ideopolítica do SUS. A perspectiva privatista alargou a relação com o setor filantrópico e privado e as suas múltiplas mediações, para além dos contratos, renovando as formas de subsídios e empréstimos com o fundo público, sendo aliada da imposição unilateral dos retrocessos no campo social. As Associações e Grupos de representantes desse setor privado e filantrópico, que raramente se manifestavam publicamente, têm vindo a aumentar a sua presença e debate junto da agenda pública do SUS, em nome de uma retórica de defesa da saúde, que indiferencia o setor público e privado. A perspectiva flexibilizadora do SUS expressa defender o SUS, na mesma medida em que defende a sua modernização e atualização, sobretudo com uma relação estreita com o setor privado. Os representantes desse segmento estão contra as medidas desconstitucionalizadoras do SUS do governo Temer, no entanto, não se expressam efetivamente contra o aumento das quantias que o setor privado absorve do SUS através de inúmeras mediações de gestão dos serviços, contratos e inovações jurídicas. A defesa do SUS constitucional está no segmento que defende os valores do Movimento da Reforma Sanitária, que por vezes parece contra-hegemónico, perante a hegemonia que tem vindo a evidenciar-se em relação aos dois segmentos anteriores.

Entendemos que a defesa do SUS passa pela luta contra a desigualdade, por alterarmos a política económica e social, daí ser fundamental a unidade e a articulação

das entidades que permanecem fiéis aos valores do Movimento da Reforma Sanitária. A Saúde como direito, a consolidação do SUS e o financiamento estável destinado a financiar serviços, passados 32 anos da 8.^a Conferência, permanecem na agenda. Atualmente, a realidade socioeconômica e epidemiológica colocou novas exigências, porém, temos também uma agenda de resistência para que não haja retrocessos. Por isso, torna-se necessária a articulação com os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, sem perder a sua capacidade deliberativa, a FNCPS, os Fóruns de Saúde nos estados, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), o Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase), o Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA), a Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (Ampasa), o Centro de Educação Assessoramento Popular (Ceap) em articulação com outros tantos setores da sociedade brasileira, para além da saúde. Temos conhecimento das contradições e divergências que rodeiam o debate da defesa do SUS nesse conjunto de entidades e movimentos sociais, no entanto, torna-se necessária a articulação em torno da construção de uma política unitária e de valores de lutas em defesa dos direitos sociais, trabalhistas e previdenciários, de modo a alterar a correlação de forças presentes que pendem para o lado destrutivo da humanidade. O Projeto da Reforma Sanitária brasileira necessita dos rituais democráticos para prosseguir com o processo de implementação do SUS de acordo com os seus fundamentos.

Referências bibliográficas

- ABRASCO; CEBES; IDEC (2017), “Informe Abrasco, Cebes e Idec sobre possíveis alterações na Lei dos Planos de Saúde”, *ABRASCO*, 29 de setembro. Consultado a 03.10.2017, em <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/informe-abrasco-cebes-e-idec-sobre-possiveis-alteracoes-na-lei-dos-planos-de-saude/31004/>.
- ABRASCO; CEBES; ENSP/FIOCRUZ (2017), “Contra a reformulação da PNAB – Nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica”, *ABRASCO*, 27 de julho. Consultado a 04.10.2017, em <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>.

- ALAMES – Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (2016), “Declaración pública del XIV Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva”, 28 de outubro, Asunción, Paraguay.
- Antunes, Ricardo (2004), *A desertificação neoliberal no Brasil*. Campinas, SP: Autores Associados.
- Antunes, André; Mathias, Maíra (2014), “Cobertura Universal de Saúde: a nova aposta do capital”, 3 de dezembro. Consultado a 23.02.2018, em <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/cobertura-universal-de-saude-a-nova-aposta-do-capital>.
- Anvisa (2017), “Agrotóxico. Concluída avaliação do Benzoato de Emamectina”, 8 de novembro. Consultado a 05.02.2018, em http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/concluida-avaliacao-toxicologica-do-benzoato-de-emamectina/219201?p_p_auth=OOjGNyPr&inheritRedirect=fals.
- Bahia, Ligia (2018), “Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente”, *Cadernos de Saúde Pública*, 34(7). Consultado a 01.08.2018, em <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00067218>.
- Belluzzo, Luiz Gonzaga (2013), “Os anos do povo”, in Emir Sader (org.), *10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil – Lula e Dilma*. Rio de Janeiro: Boitempo Editorial/FLACSO Brasil, 103-110.
- Behring, Ealine Rosseti (2008), *Brasil em contrarreforma – desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez [2.ª ed.].
- Bolsonaro, Jair (2018), “O caminho da prosperidade. Proposta de Plano de Governo: constitucional, eficiente, fraterno”. Consultado a 07.03.2019, em https://flaviobolsonaro.com/PLANO_DE_GOVERNO_JAIR_BOLSONARO_2018.pdf.
- Brasil (1988), Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, 5 de outubro, Seção 1, p. 1. Brasília: Diário Oficial da União. Consultado a 04.12.2017, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
- Brasil (1990), Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, 20 de setembro, Seção 1, p. 18055. Brasília: DOU. Consultado a 12.09.2017, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

- Brasil (2015a), Lei n.º 13.097, de 19 de janeiro de 2015, Seção 1, p. 1. Brasília: DOU. Consultado a 05.10.2017, em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113097.htm.
- Brasil (2015b), “Comparação internacional de gastos governamentais em saúde, educação e previdência”, 20 de abril. Consultado a 17.08.2018, em <http://www.planejamento.gov.br/assuntos/planeja/orcamento-federal/noticias/comparacao-internacional-de-gastos-governamentais>.
- Brasil (2017), Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Consultado a 04.10.2017, em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- Bravo, Maria Inês (2006), *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Bravo, Maria Inês; Menezes, Juliana (2010), “A política de saúde no governo Lula: algumas reflexões”, in Maria Inês Bravo; Valério D’acri; Janaina Bilate Martins (orgs.), *Movimentos sociais, saúde e trabalho*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 45-69.
- Breilh, Jaime (2006), *Epidemiologia crítica: ciência, emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Carvalho, Pedro (2018), “Radar. Ruralistas topam Previdência por liberação de agrotóxicos”, revista *Veja*, 2 de fevereiro. Consultado a 05.02.2018, em <https://veja.abril.com.br/blog/radar/ruralistas-topam-previdencia-por-liberacao-de-agrotoxicos/>.
- Carvalho dos Santos, Gilson (2011), “Todos usamos o SUS! SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro”. Comunicação apresentada na XIV Conferência Nacional de Saúde, 30 de novembro a 4 de dezembro, Brasília, Brasil. Consultado a 28.08.2018, em http://idisa.org.br/site/documento_4903_0_2011---27---563---domingueira---conferencias-municipais---estaduais-e-nacional-de-saUde.html.
- Cavalcanti, Bernardo Margulies; Venerio, Carlos Magno Spricigo (2017), “Uma ponte para o futuro? Reflexões sobre a plataforma política do governo Temer”, *RIL* –

- Revista de Informação Legislativa*, 54(215), 139-162. Consultado a 07.03.2019, em https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/54/215/ril_v54_n215_p139.pdf.
- CEE FIOCRUZ (2018), “Portaria do Ministério da Saúde que dá autonomia a gestores locais desestrutura o SUS”, *GGN – O Jornal de Todos os Brasis*, 16 de janeiro. Consultado a 05.02.2018, em <https://jornalggn.com.br/blog/cee-fiocruz/portaria-do-ministerio-da-saude-que-da-autonomia-a-gestores-locais-desestrutura-o-sus>.
- CFESS – Conselho Federal de Serviço Social (2017), “Conselhos federais, associações de ensino e instituições que compõem o CNS se posicionam contra o EaD”, 1 de dezembro. Consultado a 30.11.2017, em <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1434>.
- CNS – Conselho Nacional de Saúde (2017), “Recomendação n.º 035 de 11 de agosto de 2017”. Consultado a 04.10.2017, em <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2017/Reco035.pdf>.
- Conversa Afiada (2018), “Ministro da Saúde distribui R\$ 500 milhões num dia! Aliados se lambuzam em 74 páginas do Diário Oficial”, 1 de janeiro. Consultado a 05.02.2018, em <https://www.conversaafiada.com.br/brasil/ministro-da-saude-distribui-r-500-milhoes-num-dia>.
- Dyniewicz, Luciana (2018), “Flávio Rocha lança manifesto político em Nova York. Dono da Riachuelo defende candidato ‘liberal na economia, mas conservador nos costumes’”, 18 de janeiro. Consultado a 07.03.2019, em <https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,flavio-rocha-lanca-manifesto-politico-em-nova-york,70002155115>.
- Faria, Glauco (2017), “O fantasma do populismo de direita”, *Rede Brasil Atual*, 6 de maio. Consultado a 23.02.2018, em <http://www.redebrasilatual.com.br/politica/2017/05/o-fantasma-do-populismo-de-direita>
- FNCPS – Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (2017), “Reflexões da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde frente à proposta de revisão da Política Nacional de Atenção Básica”, 8 de agosto. Consultado a 04.10.2017, em <http://www.contraprivatizacao.com.br/2017/08/1117.html>.
- Fontes, Virgínia (2016), “O golpe e a farsa”, blog *Junho*, 3 de setembro. Consultado a 07.03.2019, em <http://blogjunho.com.br/o-golpe-e-a-farsa/>.
- Fraser, Nancy (2017), “O fim do neoliberalismo progressista”, jornal *Brasil de Fato*, 27 de janeiro. Consultado a 31.07.2018, em

<https://www.brasildefato.com.br/2017/01/27/o-fim-do-neoliberalismo-progressista/>.

Funcia, Francisco Rózsa (2017), “Nota introdutória sobre a nova portaria da CIT que trata das transferências SUS fundo a fundo”, *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, 30 de janeiro. Consultado a 09.10.2017, em <http://cebes.org.br/2017/01/nota-introdutoria-sobre-a-nova-portaria-da-cit-que-trata-das-transferencias-sus-fundo-a-fundo/>.

Hennigan, Tom (2010), “A Revolution in Primary Healthcare”, *British Medical Journal*, 341(7784), 1190-1191.

Jornal Económico (2017), “Sabe como são as despesas de saúde nos vários países do mundo?”, 7 de abril. Consultado a 17.08.2018, em <https://jornaleconomico.sapo.pt/noticias/sabe-como-sao-as-despesas-de-saude-nos-varios-paises-do-mundo-143185>.

Krüger, Tânia Regina (2014), “SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo”, *Katálysis*, 17(2), 218-226.

Krüger, Tânia Regina (2017), “Organizações sociais e instrumentos de gestão: o debate no Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina”, *Revista Grifos*, 42, 77-109.

Laurell, Asa Cristina (2017), “La política social y de salud en América Latina: un campo de lucha política”, *Cadernos de Saúde Pública*, 33(2). Consultado a 18.09.2017, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001400301&lng=pt&nrm=iso&tlng=es.

Laurell, Asa Cristina (2016), “Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais”, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. Consultado a 03.10.2017, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100300&lng=pt&nrm=iso.

Lima, Paula Pompeu Fiuza; Alencar, Joana Luiza Oliveira; Ribeiro, Uriella Coelho; Cruxên, Isadora Araujo; de Souza, Clóvis Henrique Leite (2014), “Conselhos Nacionais: elementos constitutivos para sua institucionalização”, *Texto para discussão 1951*. Brasília: IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Lott, Diana (2018), “Apesar de problemas, SUS é referência em saúde pública, dizem especialistas: sistema único, que faz 30 anos, tem o desafio, porém, de melhorar o atendimento no tratamento de média complexidade”, *Folha de São Paulo*. Consultado a 29.04.2018, em <https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2018/04/apesar-de-problemas->

[sus-e-referencia-em-saude-publica-dizem-especialistas.shtml?utm_source=facebook&utm_medium=social&utm_campaign=compfb](#).

Mathias, Maíra (2016), “Uma segunda alma para o SUS?”, 8 de dezembro. Consultado a 10.04.2018, em <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/uma-segunda-alma-para-o-sus>.

Mathias, Maíra (2018), “Jairnilson Paim analisa os 30 anos do SUS”, *Outra Saúde*, 22 de março. Consultado a 24.03.2018, em <http://outraspalavras.net/outrasaude/2018/03/22/jairnilson-paim-uma-leitura-sobre-os-30-anos-do-sus/>.

Mendes, Áquila; Funcia, Francisco Rózsa (2016), “O SUS e seu financiamento”, in Rosa Maria Marques; Francisco Sérgio Piola; Alejandra Carrillo Roa (orgs.), *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro/Brasília: ABrES/Ministério da Saúde/OPAS/OMS, 139-168. Consultado a 05.10.2017, em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5213:opas-oms-disponibiliza-publicacao-sobre-organizacao-e-financiamento-do-sistema-de-saude-brasileiro-2&Itemid=843.

Mioto, Regina Célia Tamasso; Nogueira, Vera Maria Ribeiro (2009), “Serviço social e saúde – Desafios intelectuais e operativos”, *SER Social*, 11(25), 221-243. Consultado a 09.09.2017, em http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12733/11135

Miranda, Alcides Silva de (2017), “A Reforma Sanitária encurralada? Apontamentos contextuais”, *Saúde em Debate*, 41(113), 385-400. Consultado a 29.09.2017, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200385&lng=pt&nrm=iso.

Nogueira, Roberto Passos (org.) (2010), *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes.

Noronha, José Carvalho (2013), “Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios”, *Cadernos de Saúde Pública*, 29(5), 847-849. Consultado a 03.10.2017, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500003&lng=pt&nrm=iso.

Oliveira, Andréia (2015), “Expressões e tendências da participação em saúde na Atenção Primária à Saúde”, *SER Social*, 17(36), 104-123.

- Consultado a 03.10.2017, em http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/13418/11746.
- Ocké-Reis, Carlos Octávio (2018), “Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2035-2042. Consultado a 17.08.2018, em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2035.pdf>.
- Oliveira, Cida de (2018), “Temer antecipa ‘pacote do veneno’ e proíbe Anvisa de se manifestar sobre agro-tóxicos”, *MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, 3 de fevereiro. Consultado a 05.02.2018, em <http://www.mst.org.br/2018/02/07/temer-antecipa-pacote-do-veneno-e-proibe-anvisa-de-se-manifestar-sobre-agrotoxicos.html>.
- Paim, Jairnilson Silva (2008), *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/FIOCRUZ. Consultado a 20.02.2018, em <http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>.
- Paim, Jairnilson Silva (2011), “Modelos de atenção à saúde no Brasil”, in Lígia Giovanella; Sarah Escorel; Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato; José Carvalho Noronha; Antonio Ivo de Carvalho (orgs.), *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 547-573.
- Pereira, Luiz Carlos Bresser (1997), “A Reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismo de controle”, *Cadernos MARE da Reforma do Estado*, 1, 49-95.
- Quaino, Lilian (2015), “Mortalidade infantil cai 90% em quatro décadas no país, diz IBGE”, *G1 Rio*, 30 de novembro. Consultado a 22.08.2018, em <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/11/mortalidade-infantil-cai-90-em-quatro-decadas-no-pais-diz-ibge.html>.
- Santos, Ronaldo Teodoro dos (2018), “SUS: um novo capítulo de lutas”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1719-1720. Consultado a 16.08.2018, em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05672018>.
- Souto Maior, Jorge Luiz (2017), “Desinformação e soberba do Estadão”, 30 de janeiro. Consultado a 07.10.2017, em <http://www.jorgesoutomaior.com/blog/desinformacao-e-soberba-do-estadao>.
- SUSConecta (2017), “Ministério da Saúde não autoriza CNS a se manifestar em reunião e muda Política de Saúde Mental”, 14 de dezembro. Consultado a 18.12.2017,

em <http://www.susconecta.org.br/ministerio-da-saude-nao-autoriza-cns-de-se-manifestar-e-muda-politica-de-saude-mental/>.

Vieira, Fabíola Sulpino; Benevides, Rodrigo Pucci de Sá e (2016a), “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*, 10(3), 1-28.

Vieira, Fabíola Sulpino; Benevides, Rodrigo Pucci de Sá e (2016b), “Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil”, nota técnica n.º 28. Brasília: IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

WHO – World Health Organization (2010), “Brazil’s March Towards Universal Coverage”, *Bull World Health Organ*, 88(9), 646-647 Consultado a 07.03.2019, em <https://www.who.int/bulletin/volumes/88/9/10-020910.pdf>. DOI: 10.2471/BLT.10.020910