



**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ÁREA DO CONHECIMENTO DE HUMANIDADES
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

ANDRESSA CAMPANHER MARQUES

**A POLÍTICA DE SAÚDE: OS IMPACTOS DA EMENDA CONSTITUCIONAL 95 NA
VIDA DOS BRASILEIROS**

CAXIAS DO SUL

2020

ANDRESSA CAMPANHER MARQUES

**A POLÍTICA DE SAÚDE: OS IMPACTOS DA EMENDA CONSTITUCIONAL 95 NA
VIDA DOS BRASILEIROS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do Título de Bacharel em
Serviço Social, ao Curso de Serviço
Social da Universidade de Caxias do Sul.
Área do conhecimento de Humanidades

Orientadora: Prof. Ms. Elizabete Bertele

CAXIAS DO SUL

2020



ATA DE ARGUIÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos vinte e um dias do mês julho de dois mil e vinte, na sala virtual: <https://meet.google.com/ver-vtfj-zdt?authuser=0> reuniu-se a Comissão Examinadora, indicada pelo Núcleo Estruturante do Curso de Serviço Social desta Universidade, integrada pelos seguintes membros: Profa. Ms. Elizabete Bertele; Profa. Me. Rosane Inês Fontana Lorenzini; e Profa. Dra. Ana Maria Paim Camardelo, para realizar a arguição do Trabalho de Conclusão de Curso da aluna Andressa Campanher Marques, intitulado "**A Política de Saúde: os Impactos da Emenda Constitucional 95 na vida dos Brasileiros**", tendo por palavras-chave Política de Saúde, Conceito de Saúde, Desmonte Público, Emenda Constitucional 95, contabilizando um total de 75 páginas. Este trabalho foi orientado pela Professora Ms. Elizabete Bertele, tendo sido previamente entregue à Comissão Examinadora e avaliado de acordo com os critérios de avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso estabelecidos pelo Curso de Serviço Social, recebendo as seguintes notas:

(a) Nota do Desempenho do Aluno no Processo de Orientação e Construção do TCC (peso de 20 pontos): 20

(b) Nota do Trabalho Escrito (peso de 60 pontos): 55

(c) Nota da Apresentação Oral e Arguição (peso de 20 pontos): 20

Nota Final (a) + (b) + (c) = 95 transformada no código 4, conforme Regimento Interno da UCS.

Banca examinadora:

Aluna:

Profa. Ms. Elizabete Bertele (Orientador)
Universidade de Caxias do Sul (UCS)

Andressa Campanher Marques

Profa. Me. Rosane Inês F. Lorenzini
Universidade de Caxias do Sul (UCS)

Profa. Dra. Ana Maria Paim Camardelo
Universidade de Caxias do Sul (UCS)

Dedico esse feliz momento a todos os brasileiros, e brasileiras, que entregam as suas vidas para a construção de um país mais justo, soberano e democrático, que apesar das dificuldades continuam de cabeça erguida lutando e resistindo na busca de um futuro próspero não somente para si, mas para toda a humanidade.

AGRADECIMENTOS

Nossas vitórias pessoais nunca são individuais. Nela, se encontram agentes diversos que contribuem com nossa trajetória enquanto sujeitos e ajudam a formar a nossa individualidade. Sou grata por ter tido tantas oportunidades e pessoas que sempre me apoiaram nesse percurso.

Aos meus companheiros de luta dos movimentos sociais que me apresentaram essa possibilidade de cursar Serviço Social;

Aos estudantes que estiveram comigo quando atuei no movimento estudantil universitário através do Diretório Central de Estudantes;

À minha família, que mesmo muitas vezes não compreendendo o universo acadêmico, sempre me incentivou a continuar estudando;

Ao meu namorado, Otniél Alves Borges, que sempre esteve comigo nos momentos tristes e felizes, apoiando inclusive na formatação deste TCC;

A todas as professoras que passaram ou ainda estão no curso de Serviço Social da Universidade de Caxias do Sul, que sempre se esforçaram para termos acesso a uma educação de qualidade, às discussões necessárias para ampliar os horizontes enquanto sujeitos e futuros profissionais;

À professora orientadora Elizabete Bertele, pela paciência e dedicação no processo de orientação do Trabalho de Conclusão de Curso;

Aos colegas de turma de estágios e depois TCC, companheiras e companheiro desta jornada, pelos momentos de troca, diálogo, desabafos e de brincadeiras que contribuíram para potencializar a finalização dessa importante etapa e torna-la ainda mais especial;

Às Assistentes Sociais supervisoras dos estágios obrigatórios na Unidade Básica de saúde do bairro Esplanada e depois no Serviço Municipal de Infectologia, Adriana Onzi e Cíntia de Souza Pessoa, que sempre estiveram disponíveis para as trocas de conhecimento e experiências, com paciência no meu processo de aprendizado profissional;

Às Assistentes Sociais e colegas do estágio não obrigatório na Secretaria Municipal de Habitação de Caxias do Sul por todo conhecimento adquirido durante o tempo que permaneci naquele espaço;

Ao Pro Uni – Programa Universidade Para Todos, que possibilitou a minha permanência à Universidade e a conclusão desse curso através de bolsa integral,

contribuindo para dar mais vida à Universidade através do acesso de segmentos populares;

Obrigada a todos pela colaboração, experiências e conhecimentos que sem dúvidas serão levados para a vida toda!

“É para construir essa vida nova que te convidamos. A solidão não cabe para nós, pois vivemos a luta deste tempo – cruel sim, mas também desafiador. Juntos, escreveremos a história desse novo Brasil que desejamos.”

Manifesto da União da Juventude Socialista

RESUMO

O presente estudo é um Trabalho de Conclusão de Curso cujo tema central é *A política de Saúde e os principais impactos da Emenda Constitucional (EC) 95 na vida dos brasileiros*. O problema proposto neste trabalho diz respeito aos impactos e consequências do desmonte do público por meio da EC 95 na política de saúde. O principal objetivo é *Explicitar a política de saúde e os principais impactos da Emenda Constitucional 95 na vida dos brasileiros*. Para compreender o objeto de estudo do presente trabalho, foi utilizado o Método Materialista Dialético, destacando as categorias totalidade, contradição e historicidade, e a partir delas foi discutida a construção da política de saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS), seus limites e desafios, a concepção ampliada de saúde em articulação aos condicionantes e determinantes sociais. Além disso, foi apresentada a Emenda Constitucional 95, contextualizando com o desmonte público e a contrarreforma do Estado, buscando mostrar as conexões e contradições históricas que explicam a realidade atual da política de saúde brasileira. Foram utilizadas as pesquisas documental e bibliográfica para coletar e analisar os dados referentes ao objeto de estudo. Com a construção do trabalho foi possível verificar que a luta por uma saúde pública universal e de qualidade sempre caminhou em conjunto com a luta pela democracia. Mesmo com a implantação do SUS, sua operacionalização teve e tem desafios a serem superados, como a discussão sobre os modelos de atenção à saúde e de financiamento. Do ponto de vista do conceito ampliado de saúde, é necessário debater sobre os condicionantes e determinantes sociais para compreender o processo saúde-doença e, conseqüentemente os modelos assistenciais que estão em disputa no campo da saúde. Articulado a isso, está a disputa pelo orçamento público, que no Brasil sempre existiu e é mais um episódio da luta de classes presente. A aprovação da Emenda Constitucional 95 demonstra a tentativa de repassar maior parte do fundo público ao capital e abrir novos mercados de serviços, com o que deveria ser direito. Por estes fatores, a participação social é elemento essencial na busca para que o dinheiro público seja destinado para suprir as necessidades da maioria, seja de saúde ou demais fatores fundamentais a vida humana.

Palavras-chave: Política de saúde. Conceito de Saúde. Desmonte público. Emenda Constitucional 95

RESUMEN

El presente estudio es un trabajo de conclusión de curso cuyo tema central es la política de salud y los principales impactos de la Enmienda Constitucional (EC) 95 en la vida de los brasileños. El problema propuesto en este trabajo se refiere a los impactos y consecuencias del desmantelamiento de los servicios públicos por medio de la EC 95 en la política de salud. El principal objetivo es explicar la política de salud y los principales impactos de la Enmienda en la vida de los brasileños. Para comprender el objeto del presente estudio fue utilizado el Método Materialista Dialéctico, destacando las categorías de totalidad, contradicción e historicidad, y a partir de ellas se discutió la construcción de la política de salud y el Sistema Único de Salud (SUS), sus límites y desafíos, la concepción en amplitud de la salud en articulación con las condiciones y determinantes sociales. Además, fue presentada la Enmienda Constitucional 95, contextualizando con el desmantelamiento del sistema público y la contrarreforma del Estado, buscando presentar las conexiones y contradicciones históricas que explican la realidad actual de la política de salud brasileña. Se utilizaron investigaciones documentales y bibliográficas para buscar y analizar datos relacionados con el objeto de estudio. En la elaboración de este trabajo, fue posible verificar que la lucha por la salud pública universal y de calidad siempre ha estado junto con la lucha por la democracia. Incluso con la implementación del SUS, su operacionalización tuvo y aún tiene desafíos que superar, como la discusión sobre la atención médica y los modelos de financiación. Desde el punto de vista del concepto ampliado de salud, es necesario debatir sobre los factores condicionantes y los determinantes sociales para comprender el proceso salud-enfermedad y, en consecuencia, los modelos de atención que están en disputa en el campo de la salud. Se articula a esto la disputa sobre el presupuesto público que siempre ha existido en Brasil y es otro episodio más de la lucha de clases actual. La aprobación de la Enmienda Constitucional 95 demuestra el intento de transferir la mayor parte del fondo público al capital y abrir nuevos mercados de servicios, con lo que debería ser correcto. Para estos factores, la participación social es un elemento esencial en la búsqueda de dinero público para satisfacer las necesidades de la mayoría, ya sea la salud u otros factores fundamentales para la vida humana.

Palabras clave: Política de salud. Concepto de salud. Desmantelamiento del servicio público. Enmienda Constitucional 95.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Comício por Diretas, Já!.....	26
Figura 2 – Sérgio Arouca	30
Figura 3 – Mesa de abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde.	31
Figura 4 - Tema da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde ...	47
Figura 5: Orçamento Geral da União (2012)	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Compromissos assumidos na Conferência Mundial de Alma – Ata	27
Quadro 2 – Princípios finalísticos do SUS.....	38
Quadro 3 – Princípios estratégicos do SUS	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Diferenças no piso da saúde com a vigência da PEC em 2010.....	59
Tabela 2 - Projeções das diferenças no piso da saúde com a vigência da PEC a partir de 2017	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CF	Constituição Federal de 1988
CMDSS	Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EC	Emenda Constitucional
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
JK	Juscelino Kubitschek
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MRSB	Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PIB	Produto Interno Bruto
PTR	Programa assistenciais de Transferência de Renda
RCL	Receita Corrente Líquida
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	United Nations Children's Fund - Fundo das Nações Unidas para a Infância
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: DO MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA ATÉ A CONQUISTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	19
2.1 O MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E A CONSTITUIÇÃO CIDADÃ	20
2.2 AVANÇOS E DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS	33
2.1.1. Condicionantes e determinantes sociais: breves considerações a luz da concepção ampliada de saúde	43
3 OS IMPACTOS DA EMENDA CONSTITUCIONAL 95 NA POLÍTICA DE SAÚDE: O DESMONTE DO PÚBLICO	50
3.1 A CONTRARREFORMA DO ESTADO: DESMONTE DO PÚBLICO	51
3.2 OS IMPACTOS DA EC 95 NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA	57
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	71

1 INTRODUÇÃO

No Projeto Pedagógico do curso de Serviço Social da Universidade de Caxias do Sul, o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é um dos requisitos para obter o título em Bacharel em Serviço Social, bem como, trata-se de um trabalho que dá concretude ao percurso acadêmico, consistindo-se assim, numa síntese de finalização da graduação, articulando o conhecimento das disciplinas e a experiência acadêmica-profissional vivenciada nos Estágios Supervisionados em Serviço Social.

A escolha do tema foi sendo construída durante o processo de Estágio Supervisionado em Serviço Social, que foi realizado inicialmente em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Caxias do Sul e, depois, em um serviço especializado em saúde. Uma das indagações que surgiram durante o processo foi sobre quais seriam as motivações para os cortes de gastos recorrentes na saúde se até mesmo os serviços básicos já existentes não recebiam destinação de orçamento suficiente, e, como consequência, não eram atendidas todas as demandas dos usuários, e que o modelo de atenção à saúde predominante é influenciado também pela sua forma de financiamento. No decorrer do Estágio, com aprofundamento de estudos e reflexões acerca do tema, observou-se que ainda existem poucas discussões do Serviço Social sobre o assunto, sobretudo que leve em consideração a discussão relativa ao modelo e financiamento da saúde. Desta forma, o tema escolhido para o Trabalho de Conclusão do Curso é “A política de saúde brasileira: os impactos da Emenda Constitucional 95 na vida dos brasileiros”.

O tema escolhido é de relevância, pois se apresenta como um dos desafios de aprofundamento e discussão para quem atua em defesa do fortalecimento das políticas públicas sociais, dentre elas, a política de saúde. Para isso, é necessário entender as implicações que ocasionam o desmonte e a contrarreforma do Estado através de medidas como a EC 95, e assim construir alternativas buscando o enfrentamento e/ou superação dessa realidade.

O problema proposto neste trabalho diz respeito à pergunta: Quais os principais impactos da Emenda Constitucional 95 na política de saúde e na vida dos brasileiros? A partir disto, foram elencadas questões norteadoras, que buscam compreender:

- a) Como a política de saúde se constituiu a partir do movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) até sua conformação na Constituição de 1988?

- b) Quais são os avanços e desafios da política de saúde brasileira?
- c) Qual a relação dos determinantes sociais de saúde (DSS) com o conceito ampliado de atenção em saúde?
- d) Qual a relação da EC 95 com o desmonte público e a contrarreforma do Estado?
- e) Como está estabelecida a Emenda Constitucional 95/2016 e quais seus impactos na área da saúde?

Salienta-se, então, que o objeto de estudo desse trabalho, versará sobre a história de construção da política de saúde brasileira até a concretização do SUS, seus avanços e desafios, apresentando a contextualização para a aprovação da EC 95 e seus impactos nessa área.

O principal objetivo proposto é *Explicitar a política de saúde e os principais impactos da Emenda Constitucional 95 na vida dos brasileiros.*

Para isso, foram propostos os seguintes objetivos específicos:

- a) Compreender a constituição da política de saúde desde o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) até sua conformação na Constituição de 1988
- b) Apresentar e discutir os avanços e desafios do Sistema Único de Saúde.
- c) Analisar e discorrer sobre a relação dos condicionantes e determinantes sociais de saúde com o conceito ampliado de atenção à saúde.
- d) Contextualizar a relação da Emenda Constitucional 95 com o desmonte público e a contrarreforma do Estado.
- e) Apresentar a Emenda Constitucional 95 e seus principais impactos na política de saúde e na vida dos brasileiros.

Para compreender o objeto de estudo do Trabalho de Conclusão de Curso, foi utilizado o método materialista dialético. Segundo Konder (2008, p.7-8), dialética é definida como:

[...] "o modo de pensarmos as contradições da realidade, o modo de compreendermos a realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação".

Nesse sentido, destacam-se as categorias do método dialético utilizadas para compreender o tema do presente trabalho:

- a) **Historicidade** – Conforme afirma Konder (2008, p.52) "Marx não reconhece a existência de nenhum aspecto da realidade humana situada acima da história

ou fora dela; mas admite que determinados aspectos da realidade humana perduram na história".

- b) **Totalidade** – Segundo Konder (2008, p.52), “A totalidade é mais do que a soma das partes que constituem [...] Na maneira de se articularem e de constituírem uma totalidade, os elementos individuais assumem características que não teriam, caso permanecessem fora do conjunto”.
- c) **Contradição** – Conforme apresenta Konder, (2008, p. 47), “As conexões íntimas que existem entre realidades diferentes criam unidades contraditórias. [...] A contradição é reconhecida pela dialética como princípio básico do movimento pelo qual os seres existem”.

A partir do método e de suas categorias apresentadas, é possível analisar os elementos postos no decorrer desse trabalho em constante transformação e inter-relação entre eles. Não há como compreender um fenômeno sem conhecer os fatores que tem relação e influência sobre ele. Foi esse o esforço realizado pela acadêmica no que diz respeito à política de saúde e o Sistema Único de Saúde, além da própria Emenda Constitucional 95: a apresentação de questões históricas, articulação de fatores e as conexões presentes entre realidades distintas.

Como procedimentos metodológicos para a construção deste trabalho, foram realizadas as pesquisas: bibliográfica e pesquisa documental. A primeira trata de um procedimento que se relaciona à dimensão teórico-metodológica, a qual permite se aprofundar previamente sobre os assuntos de interesse:

O início de qualquer pesquisa pressupõe a tomada de conhecimento do estado da questão que se pretende examinar, pesquisar, ou sobre a qual se lançará a luz de uma nova reflexão ou ponto de vista. Não é possível abordar seriamente um tema sem um exame assimilativo e crítico do que se construiu em torno do mesmo”. (BARROS, 2011, p.103-111).

A segunda, pesquisa documental, entende-se como coleta e análise de documentos disponíveis, neste caso, o aparato jurídico-legal existente relacionado às temáticas abordadas. Piana (2009, p.122) define pesquisa documental como “aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados) [...]”.

Portanto, para melhor visualização e compreensão do tema, este trabalho está dividido em dois capítulos. No primeiro capítulo, intitulado *A construção da política de saúde no Brasil: do Movimento Pela Reforma Sanitária Brasileira até a conquista do Sistema Único de Saúde*, buscou-se apresentar brevemente a

contextualização do Brasil e a luta por democracia, as demandas e bandeiras apresentadas pelo movimento de Reforma Sanitária até a promulgação da Constituição Cidadã; posteriormente foram abordados sobre os avanços e desafios na implementação do SUS e ainda os condicionantes e determinantes sociais de saúde, realizando breves discussões à luz da concepção ampliada de saúde. Neste capítulo, identificou-se que a luta pela democracia e pela universalização do acesso à saúde caminharam juntas. Na construção da Constituição Federal (CF) de 1988, a mobilização popular obteve êxito para a construção do Sistema Único de Saúde, o que apresentou importantes avanços, mas também desafios na sua materialização do que estava previsto. Ainda, para discutir os princípios da política de saúde, é necessário conhecer as concepções que consideram o processo de saúde e doença inseridas em um contexto e não fragmentados, a partir do conceito ampliado e da visão crítica dos determinantes e condicionantes de saúde.

No segundo capítulo, intitulado *Os impactos da Emenda Constitucional 95 na política de saúde: o desmonte do público*, onde foi indicado também sobre a contrarreforma do Estado e o desmonte público. Percebeu-se que essa medida está inserida como parte de uma perspectiva de desmonte do Estado, tendo como pano de fundo a disputa pelo fundo público e a sua destinação, a qual ocorre, há muitos anos, beneficiando quem detém o capital e negligencia os direitos sociais à classe trabalhadora.

E por fim, nas *Considerações Finais*, constam as principais conclusões deste estudo, bem como, os desafios e as possibilidades da intervenção dos profissionais de Serviço Social neste campo sócio ocupacional.

2 A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: DO MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA ATÉ A CONQUISTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Contextualizar a política de saúde brasileira é extremamente necessário, pois, conforme aconteceram avanços democráticos no Brasil, ocorreram também significativos avanços na política de saúde. Portanto, não há como tratar sobre saúde sem falar em democracia, e o contrário também é verdadeiro. O objetivo em apresentar os elementos que constam nesse capítulo é para que seja possível ter conhecimento de como se deu a construção desta política até chegar à realidade atual e quais são as maiores dificuldades para superação dos desafios de um atendimento público, gratuito e de qualidade.

A conquista do Sistema Único de Saúde no Brasil foi um das maiores vitórias das forças democráticas brasileiras. O Movimento pela Reforma Sanitária obteve tamanho êxito que contribuiu com o texto previsto constitucionalmente. Porém, mesmo a partir dessa concretização, os embates entre projetos distintos continuaram. Não é concebível, do ponto de vista materialista dialético¹, acreditar em uma conquista permanente para a população. Se forem consideradas as categorias do método² e, por consequência, se analisar o movimento da realidade desta maneira, será compreendido que sempre é necessário continuar se mobilizando, construindo, pressionando os agentes da sociedade para a manutenção e aprofundamento das mudanças.

Existem disputas sobre o modelo de saúde predominante, e também da forma que se dará a assistência em saúde, no que diz respeito ao aparato jurídico-legal, e, de pano de fundo para tudo isso, está a disputa pelo financiamento público,

¹ A dialética busca traduzir uma concepção de mundo, ao dizer que “a realidade é um permanente devir, é uma permanente superação, é um permanente movimento. Não há nada que é definitivo, não há nada que seja estático; o mundo é permanentemente, movimento”. (PAULA, 1992, p. 22).

² A **contradição** onde tudo se transforma. A contradição entre aquilo que é (tese) e aquilo que ainda não é (antítese), mas poderá vir a ser (síntese); A **totalidade** onde os fatos que acontecem são parte de um todo, e é a partir dessa visão geral que se pode avaliar a importância de cada elemento que compõe o todo. Os elementos individuais assumem características que não teriam se estivessem fora do conjunto; Mediação onde é preciso olhar para dentro da realidade ultrapassando as aparências e focalizando no que não está visível, a realidade que nos aparece manifesta o imediato e oculta o mediato; A **historicidade** onde deve levar em conta a história seus fatores culturais, políticos e econômicos. (GADOTTI, 1991, p. 61, grifo nosso).

onde caracteriza e acaba determinando qual é o nível de importância que está sendo destinado para aquela política pública, serviço, programa ou projeto.

Por isso, neste item serão abordados os elementos para compreender a constituição da política de saúde no Brasil e seus dilemas históricos, pois é fundamental para entender também seus dilemas atuais, buscando informações e discutindo desde o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira até a Constituição Cidadã, as reflexões sobre os princípios e materialidade do SUS, articulando com a implantação do aparato jurídico-legal e a relação deles com o que é implementado, o debate sobre o modelo de atenção à saúde, a qual se apresentam elementos sobre a percepção ampliada, tendo como base a perspectiva crítica sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, interligando com o papel do Serviço Social... Conhecer e refletir sobre os referidos assuntos é vital para a criação de alternativas em direção ao fortalecimento da política de saúde.

2.1 O MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E A CONSTITUIÇÃO CIDADÃ

O século passado foi marcado por muitos acontecimentos políticos, econômicos e sociais que resultaram em profundas transformações na sociedade da época e que ainda se refletem na realidade atual. Dentre os acontecimentos históricos, registram-se as experiências revolucionárias de questionamento e afrontamento ao modo de produção capitalista, como a Revolução Russa de 1917, a Revolução Chinesa de 1949 e a Revolução Cubana em 1959³. Não esquecendo também da grande crise do capitalismo em 1929⁴ e do acontecimento de duas guerras mundiais⁵, até ditaduras militares, como a brasileira que perdurou de 1964 até 1985⁶, deixando no país marcas profundas de autoritarismo e negação de direitos. Todos esses fatos históricos de relevância nacional e mundial, concomitante

³ Para aprofundar o tema, consultar a obra "Linhas Vermelhas: marxismo e os dilemas da revolução" de Augusto César Buonicore (Editora Anita Garibaldi, 2016).

⁴ Consultar "A crise sistêmica ontem e hoje", de Sérgio Barroso. Disponível em: <<https://vermelho.org.br/2019/08/10/a-crise-sistemica-ontem-e-hoje/>>. Acesso em 16 de maio de 2020.

⁵ Para saber mais, consultar "O Brasil no período entre as duas guerras mundiais", de Samuel Sérgio Salinas. Disponível em: <<https://vermelho.org.br/coluna/o-brasil-no-periodo-entre-as-duas-guerras-mundiais/>>. Acesso em 16 de maio de 2020.

⁶ Para saber mais, consultar "O Brasil dos tempos do regime militar", de Portal Vermelho. Disponível em: <<https://vermelho.org.br/2018/10/19/o-brasil-dos-tempos-do-regime-militar/>>. Acesso em 16 de maio de 2020.

a resistência e luta dos povos por dias melhores, resultaram em um mundo dividido e instável. Em alguns países da Europa, foi possível construir experiências do chamado Estado de bem-estar social (que atualmente também está em decadência justamente pela crise do capitalismo desde 2008) ⁷, e na América Latina, o avanço democrático pós-ditaduras e a disputa pelo projeto neoliberal.

Destaca-se que, com o fim da Segunda Guerra Mundial, os direitos das pessoas e dos povos surgem nas pautas e nas discussões, ou seja, questões as quais anteriormente não eram de interesse entre as nações passaram a entrar na agenda de debate para que fossem estabelecidos parâmetros aos governos e indicativos de ações a serem construídas. Um exemplo a ser citado é a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) ⁸, sendo um documento criado com a finalidade de defender a garantia de direitos básicos para uma vida digna a todos os povos, e a ideia é que ele sirva de diretriz para os 191 países que integram a Organização das Nações Unidas (ONU).

Tratando-se do contexto brasileiro nesse período, evidenciam-se importantes mudanças políticas, sociais e econômicas que foram sistematizadas e analisadas por Brum, (1997) ⁹. Segundo o autor, em 1945 Vargas foi deposto do governo e o Brasil realizava uma nova Assembleia Constituinte, coordenada pelo presidente eleito Eurico Gaspar Dutra. A Constituição de 1946 ficou conhecida como o documento responsável por acabar com o chamado Estado Novo. Esse acontecimento foi importante para a história brasileira por que demonstrava a força que as ideias democráticas vinham ganhando, tendo em vista que o governo Vargas, neste período:

[...] dissolveu o Congresso Nacional, as assembleias legislativas estaduais e as câmaras municipais; destituiu os governadores dos estados, substituindo-os por interventores federais, subordinados ao poder central; limitou a ação dos estados e de suas polícias; prestigiou e fortaleceu o Exército Nacional, uma importante base de apoio e sustentação do poder. Essas medidas centralizadoras foram repetidas... Inclusive com a

⁷ Para saber mais, consultar em <<http://www.grabois.org.br/portal/noticias/154901/2019-07-30/economistas-investigam-porque-o-capitalismo-ainda-nao-superou-a-criese-de-2008>>. Acesso em 15 de maio de 2020.

⁸ Para melhor aprofundamento, consultar a “Declaração Universal dos Direitos Humanos”. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>>. Acesso em 16 de maio de 2020.

⁹ Para melhor aprofundamento, consultar a obra “O desenvolvimento econômico brasileiro”, de Argemiro Jacob Brum (1997). Conforme consta na sua obra, o autor nasceu em Ijuí, no dia 28 de junho de 1930 e faleceu no dia 5 de agosto de 2016. Foi um economista, historiador, antropólogo e professor universitário brasileiro e um dos fundadores da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ).

dissolução dos partidos políticos e a nomeação dos prefeitos municipais pelos respectivos interventores dos estados (BRUM, 1997, p. 195-196).

Trigueiro¹⁰ apresenta que a referida Constituição garantiu a liberdade de pensamento e de credo, a não censura, garantias relacionadas à questão legal no que diz respeito ao Código penal, como a proibição de pena de morte e a separação dos três poderes, ou seja, a expansão da democracia e dos direitos. Apesar disso, o contexto era de Guerra Fria no mundo e então, o governo eleito alinhou-se aos Estados Unidos e instituiu perseguição aos comunistas pelo receio da “propagação das ideias” a nível mundial e também internamente.

Em 1951, Getúlio Vargas é eleito novamente, o que demonstra a força dessa liderança no Brasil. E, em 1954, dramaticamente se suicidou para impedir a implantação de um regime militar, já naquela época, conforme pode ser evidenciado na carta escrita antes de sua morte¹¹:

Lutei contra a espoliação do Brasil. Lutei contra a espoliação do povo. Tenho lutado de peito aberto. O ódio, as infâmias, a calúnia não abateram meu ânimo. Eu vos dei a minha vida. Agora ofereço a minha morte. Nada receio. Serenamente dou o primeiro passo no caminho da eternidade e saio da vida para entrar na história. (VARGAS, 1954).

Com a morte de Getúlio, ainda havia um clima de instabilidade no Brasil e de ameaça à democracia. Deste acontecimento até a Ditadura Militar, foi eleito o governo responsável por construir Brasília, Juscelino Kubitschek, o qual também teve sua vitória eleitoral questionada pelas forças militares. Apesar disso, conseguiu cumprir seu mandato. Brum (2013) apresenta que o presidente, o qual não foi eleito com tanto apoio popular como Getúlio e o próprio Dutra, popularizou a campanha “50 anos em 5”, inspirado na reconstrução do pós-guerra da Europa e procurando acelerar o desenvolvimento econômico e social do país, que já havia demonstrado ter grande potencial. Foi no seu governo também que o “desenvolvimento” começou a ser utilizado ao invés de “progresso”, e também se iniciou a discussão sobre o desenvolvimento de uma nação, que vai para além da questão econômica

¹⁰ Para maiores informações é possível acessar o verbete temático do Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC) da Fundação Getúlio Vargas (FGV) Assembleia Nacional Constituinte de 1946. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbetes-tematicos/assembleia-nacional-constituente-de-1946>>. Acesso em 16 de maio de 2020.

¹¹ Para melhor aprofundamento e informação ao conteúdo da carta deixada pelo presidente Getúlio Vargas, consultar “A Carta-testamento e o legado de Vargas”. Disponível em: <<https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas2/artigos/AlemDaVida/CartaTestamento>>. Acesso em 25 de maio de 2020.

exclusivamente. Sendo assim, uma marca de sua gestão foi a visão desenvolvimentista a partir da construção de grandes obras.

Ainda tendo como referência o autor Brum (1997), identifica-se que o sucessor de Juscelino Kubitschek (JK), Jânio Quadros, tinha uma política internacional independente, diferentemente de seu conservadorismo interno, o que ocasionou forte pressão dos Estados Unidos da América (EUA) e aliados, levando o presidente para a renúncia. Por isso, foi necessária a campanha da Legalidade em 1961 para que a Constituição fosse cumprida e o então vice-presidente, João Goulart, pudesse assumir o cargo de forma democrática. Com o êxito dessa campanha, Jango assumiu, enfrentando discussões importantíssimas para o Brasil, como as chamadas Reformas de Base¹², que pretendiam enfrentar entraves históricos e garantir maior presença do Estado no desenvolvimento do país, além da defesa de maior controle de influências externas neste território. Em 1964, a correlação de forças favoreceu aos obscurantistas, fazendo com que a nação passasse a ter em vigência um regime extremamente autoritário, ficando o poder Estatal concentrado em controlar e vigiar a população, onde o crescimento econômico era realidade, mas preservando e aprofundando a desigualdade social existente, e não políticas de distribuição, redistribuição de renda ou acesso a outros direitos.

Ao mesmo tempo em que no Brasil e em diversos outros países da América Latina, América Central e África estivessem ocorrendo Ditaduras Militares, outros países do mundo, por diversos motivos (como a pressão da classe trabalhadora e o medo das ideias comunistas angariarem força), realizam discussões no campo dos direitos. Na agenda dos debates, os governos começaram a ser chamados ao tratamento da política de saúde como direito social. Essas novas ações culminaram em um marco que ocorreu em 1978, na cidade de Alma-Ata, localizada na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS)¹³ (atualmente Cazaquistão), onde aconteceu a Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde. Neste importante encontro, comparecerem países de todo o globo, os quais

¹² Para maiores informações, acessar Dossiê do CPDOC da FGV sobre o presidente João Goulart, titulado A trajetória política de João Goulart. Disponível em: <https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/Jango/artigos/NaPresidenciaRepublica/As_reformas_de_base>. Acesso em 16 de maio de 2020.

¹³ União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Para maiores informações, consultar obra “Pequena História de um grande século da revolução”, de Bernardo Joffily (Editora Anita Garibaldi, 2017).

concordaram e acordaram, pela primeira vez na história recente daquela época, que elevar a política de saúde ao mais alto nível possível deveria ser a prioridade de todos os países, indicavam ainda que, outras políticas públicas também deveriam ser propostas e não somente aquelas específicas da área da saúde. Evidencia-se aqui a introdução dos condicionantes e determinantes sociais¹⁴ como partes do processo saúde-doença, e, portanto, precisavam ser considerados na organização dos sistemas de saúde.

Para isso, a Conferência de Alma-Ata objetivou unir esforços dos organismos internacionais como a OMS¹⁵ e United Nations Children's Fund - Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)¹⁶, outras organizações multilaterais, com o intuito de comprometer os países a criarem fundos de investimento, estabelecerem metas conjuntas relativas aos cuidados primários de saúde que deveriam ser alcançadas até o ano 2000. Apesar do Brasil, neste momento, estar em período de plena Ditadura Militar, apoiou as referências contidas nessa declaração e se comprometeu com as suas deliberações. Facchini (2018) *apud* Fiocruz (2018), afirmam que a declaração foi muito importante para a construção de sistemas como o do Brasil, pois respaldou os movimentos que estavam ocorrendo aqui, apresentou uma proposta de modelo assistencial e definiu características para o desenvolvimento da expansão dos sistemas de princípios universais.

Ainda, na Conferência¹⁷, foi discutida desde a contrariedade de investimentos em armamento e artigos necessários para guerra em detrimento da

¹⁴ Essa discussão inicia-se com a definição de saúde/doença. A Lei Orgânica da Saúde (8080/1990) vai além do que apresenta a OMS: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.” (BRASIL, 1990, Art. 3º). O tema será melhor abordado no item 1.2 deste capítulo.

¹⁵ Organização Mundial da Saúde. Mais informações, consultar em <<https://www.who.int/portuguese/countries/bra/pt/>>. Acesso em 16 de maio de 2020.

¹⁶ Em português, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Mais informações, consultar em <<https://www.unicef.org/brazil/>>. Acesso em 16 de maio de 2020.

¹⁷ Importa destacar que essa Conferência foi o símbolo do acúmulo das discussões e lutas dos povos em busca de uma vida mais digna. Ao invés de procurar fazer o debate restrito sobre as problemáticas da saúde como algo fragmentado dos demais aspectos, buscava analisar e defender questões gerais da vida da população inserida no modo de produção capitalista. Segundo Luiz Augusto Facchini, uma demonstração que esse acontecimento foi algo avançado é que o próprio Banco Mundial, dois anos depois da construção dessa declaração, com o apoio da UNICEF, defendeu uma Atenção Básica segmentada pois, segundo estes órgãos, o fundo público existente não era suficiente para cobertura de uma política universal. Para maior aprofundamento, consulte a entrevista de Facchini para o Portal da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV).

saúde, a consideração de que era realidade a disparidade nas políticas públicas entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, a importância da participação das pessoas na construção das ações do poder público, a função estratégica do planejamento e do trabalho intersetorial, a responsabilidade Estatal e dos governos na efetivação das políticas, a consideração de que a situação econômica, social e política da população se relacionam diretamente com a situação de saúde, até em que essas medidas implicariam na realidade.

Como pode ser observada nas questões apresentadas, a resultante das deliberações de Alma-Ata interessava a quem defendia os valores democráticos das políticas públicas sociais e também que os recursos necessários para a efetivação destas sempre foi um elemento relevante para os órgãos internacionais e governos dos diferentes países.

Tratando da realidade brasileira nesse período, Leonelli e Oliveira (2014)¹⁸ apresentam que em 1985 as forças democráticas conseguem lograr êxito e acumular força para superar o regime militar que ceifou diversas vidas e atrasou o desenvolvimento político, econômico e social brasileiro. Através do movimento *Diretas Já*, foi possível organizar uma das maiores movimentações populares já ocorridas em território nacional, com o objetivo de o povo tivesse direito/poder para eleger seu presidente. Apesar de o primeiro (presidente) ter sido escolhido no Colégio Eleitoral pelos Deputados e não pelo voto direto, toda convulsão social contribuiu para que fosse possível a superação da Ditadura e para que se conquistasse a realização de uma nova Constituinte.

Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>>. Acesso em 26 de maio de 2020.

¹⁸ Para melhor aprofundamento, consultar obra “Diretas Já: 15 meses que abalaram a ditadura” de Dante Oliveira e Domingos Leonelli (Editora Record, 2014).

Figura 1 - Comício por Diretas Já!



Fonte: <http://memorialdademocracia.com.br/card/diretas-ja>.

Nota: O último e maior comício por Diretas-Já reuniu mais de 1,5 milhão no vale do Anhangabaú, centro de São Paulo.

Com todo acúmulo de experiências e discussões das nações, através dos órgãos internacionais, em 1986 ocorreu em Ottawa (cidade do Canadá), a primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, onde foi aprovada uma Carta de Intenções estabelecendo diretrizes comuns a serem adotadas pelos países, com o objetivo de alcançar as metas da Saúde para Todos nos anos 2000¹⁹. Na carta, foram apontados diversos elementos que deveriam servir como base para construção da política de saúde, colocando o envolvimento comunitário como algo fundamental, apresentando o investimento dos indivíduos como agentes de promoção de saúde própria e coletiva, além da existência de um compromisso social com a construção da política de saúde. Foram apresentados compromissos que a OMS, demais organismos internacionais, pessoas comuns, grupos voluntários e os governos deveriam ter para alcançar os objetivos até o ano 2000, tendo como base as diretrizes e avanços a partir da construção em Alma-Ata. Para melhor visualização, no quadro a seguir constam os compromissos assumidos no evento mundial:

¹⁹ Para maiores informações, consulte “As Cartas da Promoção da Saúde” do Ministério da Saúde (2002). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em 12 de maio de 2020.

Quadro 1 – Compromissos assumidos na Conferência Mundial de Alma – Ata

- Atuar no campo das **políticas públicas saudáveis**²⁰ e advogar um compromisso político claro em relação à saúde e à **equidade em todos os setores**;
- Agir contra a produção de produtos prejudiciais à saúde, a **degradação dos recursos naturais**, as condições ambientais e de vida não-saudáveis e a má-nutrição; e centrar sua atenção nos novos temas da saúde pública, tais como **a poluição, o trabalho perigoso e as questões da habitação e dos assentamentos rurais**;
- Atuar pela diminuição do fosso existente, quanto às condições de saúde, entre diferentes sociedades e distintos grupos sociais, bem como lutar contra as desigualdades em saúde produzidas pelas regras e práticas desta mesma sociedade;
- Reconhecer as pessoas como o principal recurso para a saúde; apoiá-las e capacita-las para que se mantenham saudáveis a si próprias, às suas famílias e amigos, através de financiamentos e/ou outras formas de apoio; e **aceitar a comunidade como porta-voz essencial** em matéria de saúde, **condições de vida e bem-estar**;
- Reorientar os serviços de saúde e os recursos disponíveis para a promoção da saúde; **incentivar a participação e colaboração de outros setores, outras disciplinas** e, mais importante, da própria comunidade.
- Reconhecer a saúde e sua manutenção como o maior desafio e o principal investimento social dos governos; e dedicar-se ao tema da **ecologia** em geral e das **diferentes maneiras de vida**;
- a Conferência conclama a todos os interessados juntar esforços no compromisso por uma forte aliança em torno da saúde pública.

Fonte: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em 12 de maio de 2020. (grifo nosso)

Novamente podem ser vistos elementos para além da política de saúde propriamente dita, em uma discussão mundial tendo como preocupação a desigualdade social. É fundamental compreender esse processo de reafirmação dos princípios existentes em Alma-Ata, pois mesmo com a contrariedade de grandes potências mundiais junto ao Banco Mundial, a perspectiva de acesso a direitos e construção de políticas públicas sólidas ganhavam espaço no cenário. O próprio contexto brasileiro, conforme já indicado anteriormente, era de ascensão das ideias democráticas e da grande organização e atuação dos movimentos sociais, que contribuíram para elevar a discussão acerca da cidadania e da construção de um Estado Democrático de Direito.

Como pode ser analisada, a visão de saúde discutida mundialmente na época era em uma perspectiva ampliada, contendo preocupações que vão para

²⁰ Os destaques em negrito são de responsabilidade da acadêmica, para demarcar os condicionantes e determinantes sociais do campo da saúde, além de apontar para um enfoque ampliado de saúde.

além do modelo privatista/biomédico²¹ predominante, observando a equidade²² e o acesso aos demais direitos sociais como questões fundamentais à dignidade humana, que se relacionam com os condicionantes e determinantes de saúde.

Paim (2008) explicita que as reformas sanitárias ocorridas no século passado tiveram impulso nos processos de revoluções políticas e sociais em países como China, Cuba, e a própria URSS. Depois, nas construções de nações sob a hegemonia do modelo chamado *Welfare State*²³ e também na luta pela redemocratização, como no caso do Brasil, o qual surgiu em meados da década de 1970. Era um movimento que defendia a democratização da saúde e da sociedade, pois nesse período emergiram novos sujeitos sociais nas lutas contra a ditadura:

Estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde passaram a defender mudanças na saúde, culminando com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976. (FLEURY, 1997 apud PAIM, 2008, p. 27).

Com isso, percebe-se que as movimentações sociais estavam resultando em diferentes formas de organização com vistas a uma mudança profunda na saúde. O movimento pela Reforma Sanitária Brasileira não poderia ser considerado como um grupo fechado com interesses corporativos, mas sim uma ampla frente de pessoas, entidades, organizações que defendiam uma democratização geral, e não somente na área.

Apesar de alguns sujeitos envolvidos visualizarem e defenderem “a reforma sanitária como uma reforma apenas do campo da saúde”, não era possível restringir o projeto de Reforma Sanitária a um interesse setorial, pois ela não dizia respeito somente à saúde, mesmo que partisse dessa política. Segundo Paim, (2008, p. 300), reforma setorial ocorre quando se trata somente de mudanças em uma política pública específica (nesse caso, saúde), dando atenção à eficiência ou eficácia dos serviços e projetos ofertados. Reforma Sanitária refere-se à discussão acerca do modelo de saúde e o atendimento às necessidades dessa área, não sendo possível

²¹ O modelo privatista/biomédico será abordado no próximo item.

²² Conforme Paim (2008, p. 124), não é possível concretizar o princípio da igualdade sem a equidade, ou seja, “tratar desigualmente os desiguais”, até que se alcance a igualdade de oportunidades e de desenvolvimento pessoal e social. No que diz respeito a um sistema de saúde, tem relação aos fatores que apresentam como desigualdade diante do risco de adoecer e morrer, redistribuir e redefinir ofertas de ações e serviços que priorizem os grupos sociais mais vulneráveis, em função dos chamados determinantes sociais.

²³ Em português, Estado de bem-estar social (tradução nossa). Para maiores informações, consultar “Estado do Bem-Estar Social: Padrões e Crises” de José Luis Fiori. Disponível em: <<http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/fioribemestarsocial.pdf>>.

pensar somente nela, mas sim em tudo que se relaciona à melhoria da qualidade de vida da população. Pelos motivos apresentados, pode-se considerar que a Reforma Sanitária caracteriza um projeto de reforma social, embandeirado pelas organizações da sociedade civil, que tiveram a força de colocar e obter êxito nessa pauta frente ao Estado, apesar das dificuldades e distorções na sua implementação.

As bandeiras de luta do MRSB materializaram-se em proposições no acontecimento da 8ª Conferência Nacional de Saúde. No Brasil, é um marco que sempre deve ser destacado por representar a importante mobilização e participação popular, ocorrida em 1986, sob a temática “Democracia é Saúde”. Conforme Paim (2008), estruturada em três eixos básicos: saúde como direito inerente à cidadania; reformulação do sistema nacional e o financiamento. A participação social foi fato de destaque nessa Conferência, o que impulsionou e serviu de exemplo para as diretrizes de participação nas políticas públicas dali em diante²⁴. Esse acontecimento é fundamental para compreender a forma e as perspectivas da política pública de saúde daquele momento até chegar aos dias atuais. O que é saúde? O que é doença? Com base no conceito discutido desde 1947 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) compreende-se que ela deve ser entendida como bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade.

Tendo como base essas reflexões, na histórica Conferência (1986), Sérgio Arouca²⁵ apresenta a sua perspectiva sobre o que significa o movimento pela RSB:

Discutir a Reforma Sanitária nos seus aspectos conceituais, ideológicos, políticos e institucionais é, atualmente, tarefa fundamental de todos aqueles que, em diferentes países como o Brasil, Itália, Bolívia, Espanha, Portugal etc. estão comprometidos com a democratização das estruturas políticas e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

²⁴ “Contou com a participação de mais de quatro mil delegados, representantes do Governo Federal, dos estados e municípios, bem como dos movimentos sociais, incluindo sindicatos, igrejas, associações profissionais e comunitárias, que constituíam na época, uma ampla base social de apoio às propostas dessa reforma.” (Paim e Filho, 2014, p. 123).

²⁵ Importante teórico e líder do movimento sanitarista brasileiro. Para maiores informações, acessar artigo “Sérgio Arouca” no Portal da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/sergio-arouca>>. Acesso em 16 de maio de 2020.

Figura 2 – Sérgio Arouca



Fonte: <https://www.ccs.saude.gov.br/cns/sergio-arouca.php>.
Nota: Médico sanitário e um dos líderes do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, Sérgio Arouca, em frente a um cartaz com as diretrizes da Conferência Nacional de Saúde (CNS).

Esse movimento com ampla participação da sociedade organizada contribuiu com a construção do Sistema Único de Saúde inserido na Constituição Federal de 1988, carregava a visão de que antes de falar sobre saúde, era necessário falar sobre democracia. A dimensão dessa política deve ser maior do que acesso a hospitais e medicamentos, e compreender que para se referir à saúde é importante tratar também sobre economia, trabalho, acesso à moradia, saneamento básico, dignidade humana, enfim, todos os elementos essenciais à vida humana.

Figura 3 – Mesa de abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde.



Fonte: <https://www.ccs.saude.gov.br/cns/sergio-arouca.php>>

Dessa maneira, a partir da grande movimentação em torno do direito à saúde universal, o texto constitucional foi construído tendo como base o texto final acumulado na 8ª Conferência Nacional de Saúde. O momento político vivido pelo Brasil era de redemocratização, marcado pela grande participação social e existia consenso em afirmar que a política de saúde foi a que mais conseguiu acumular força para a construção de um modelo que se preocupava com as condições de vida das pessoas, onde deveriam ter direito a acessar os serviços básicos de saúde através da perspectiva de garantia da dignidade humana.

Na Constituição Federal de 1988, elementos importantes de diretrizes à construção de políticas públicas foram promulgados. Um deles, um novo marco da proteção Estatal foi a indicação do chamado tripé da Seguridade Social. Conforme o artigo 194:

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (Brasil, 1988)

No parágrafo único do artigo 194 e nos incisos que seguem, aparecem os objetivos da seguridade que devem servir para dar diretriz ao trabalho do poder público:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento;
- VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados. (BRASIL, 1988)

As conquistas previstas na Carta Magna de 1988, abordando especificamente a Seguridade Social, foram avanços fundamentais em direção a uma sociedade brasileira com perspectivas de oferecer dignidade aos seus cidadãos. Porém, Bering e Boschetti (2009) demonstram em suas discussões que o caráter contraditório está presente permanentemente no que diz respeito a essas garantias, já que a conquista no aparato jurídico legal estava sendo realizada ao mesmo tempo em que o contexto internacional e nacional era de desconstrução da concretização de direitos, o que também pode ser denominado como contrarreforma²⁶.

No entanto, a previsão na Constituição Federal de 1988 foi o que assegurou a implementação de políticas públicas mais sólidas e de caráter permanente, a segurança de investimentos à saúde e demais formas de financiamento da Seguridade, que deveriam ser destinados pelas diferentes esferas, até mesmo a concretização do Sistema Único de Saúde. Todos os avanços substanciais que houveram para a sociedade brasileira no que diz respeito a garantias básicas, tiveram relação com a nova Constituinte. Entretanto, justamente as debilidades destas: fragmentação, segmentação e a restrição de acesso mesmo para aqueles segmentos que teriam direito a tal serviço básico, ocorreram justamente pelo embate de projetos presentes constantemente na sociedade:

Tratou-se, como se pôde observar, de “reformas” orientadas para o mercado, num contexto em que os problemas no âmbito do Estado

²⁶ Conforme Bering e Boschetti (2009, p. 147): Os anos 1990 até os dias de hoje têm sido de contrarreforma do Estado e de obstaculização ou redirecionamento das conquistas de 1988, num contexto em que foram derruídas até mesmo aquelas condições políticas por meio da expansão do desemprego e da violência.

brasileiro eram apontados como causas centrais da profunda crise econômica e social vivida pelo país desde o início dos anos 1980. (BERING e BOSCHETTI, 2009, P. 148)

A realidade seria diferente se houvessem esforços para materializar o que esteve previsto na letra da lei. Outras condições teria a população brasileira se o Estado assumisse, de fato, seu papel de promover o acesso à saúde de maneira universal. Todavia, o fato de estar indicado no documento que dá diretrizes para ação do Estado é fundamental para que a sociedade reivindique e lute em prol dos seus direitos. Não é por acaso, que, desde sua aprovação, a Constituição é alvo de tentativas de alterações: as conhecidas Emendas Constitucionais²⁷.

No que se refere à política de saúde, o artigo 196 da Constituição (Brasil, 1988) apresenta os princípios e as diretrizes que a estruturam:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Esse artigo destaca uma política a ser constituída a partir de esforços de todas as esferas sociais, criando condições para instituição de um aparato político, jurídico, legal, institucional, organizacional e operacional para a criação do Sistema Único de Saúde por meio de uma Lei Orgânica (Lei 8080 e 8142/90). O SUS como uma política de Estado foi se configurando ao longo da história com limites e avanços na garantia de acesso às ações e serviços necessários à prevenção, promoção, manutenção e assistência à saúde, sendo este o objeto de discussão do próximo item.

2.2 AVANÇOS E DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS

Na discussão anterior, houve a intenção de contextualizar e refletir sobre o processo de construção do Sistema Único de Saúde desde o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira até a Constituição Federal de 1988, apresentando desde já avanços e também desafios para sua operacionalização conforme diretrizes e princípios estabelecidos e conquistados no aparato jurídico-legal.

O SUS, conforme os autores Paim e Filho (2014), em primeiro lugar, pode ser entendido como uma política de Estado construída pelas forças sociais que

²⁷ Neste trabalho, abordaremos especificamente a emenda Constitucional 95, que será discutida no capítulo III.

lutaram pela democracia e se organizaram no movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, ocasionando diversos processos de mudanças nos âmbitos jurídico (legal), político (participação popular, financiamento), institucional (diferentes SUS), organizativo (princípios – rede) e operacional (assistência) do sistema de saúde (2014 p.123). Esses elementos caracterizam as bandeiras defendidas pela RSB, uma mudança profunda na lógica e no redirecionamento das ações e serviços de saúde, mas também das condições de vida dos brasileiros.

Portanto, retratar o SUS, torna-se uma tarefa desafiadora e complexa, pois o sistema está presente em diversos aspectos que tratam da saúde e qualidade de vida dos brasileiros, além das disputas ideológicas e políticas relacionadas aos modelos de financiamento e de assistência.

No que diz respeito ao âmbito jurídico legal, parte-se da CF de 1988²⁸, e segue-se para a Lei Orgânica da Saúde (LOS), 8.080 de 1990, que regula as ações e serviços em todo o Brasil e apresenta as diretrizes, princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde:

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990)

A lei orgânica é um instrumento que disciplina o funcionamento do Sistema Único, como pode ser constatado, é dever do Estado, mas também, como apresenta o parágrafo segundo, não exime as pessoas, a família, as empresas e a sociedade de responsabilidades. Inclusive, abre precedente para a complementação por parte do setor privado. Todas as previsões nesta lei de baseiam no que consta a Constituição Federal de 1988 e orienta em linhas gerais, todas as ações concretas que serão realizadas nos serviços públicos. Tanto que será necessário estabelecer um decreto que irá regulamentar a lei orgânica, 7508 do ano de 2011. São estas legislações que conformam o aparato jurídico-legal do SUS, além de legislações específicas como a da Saúde Mental, da Infectologia, das Vigilâncias Sanitárias, dentre outras.

A questão jurídica legal é extremamente importante, pois não há como garantir o direito do cidadão e dever do Estado, se não estiver previsto em lei. Ao

²⁸ Discussão realizada no item anterior.

mesmo tempo, nem tudo que é previsto, é automaticamente concretizado, pois, por si só a lei não se materializa, se faz necessário vontade política de diferentes gestores, pressão popular, por meio do controle social e também participação ativa dos movimentos sociais²⁹.

A lei 8.142 de 1990 garante a participação da comunidade na gestão do SUS e também orienta sobre a política de financiamento para a saúde nas diferentes esferas. Essas duas leis foram fundamentais para garantir que o SUS fosse se constituindo a partir dos princípios debatidos na 8ª Conferência Nacional, com todas as contradições e dificuldades que podem ser evidenciadas no decorrer do presente trabalho. À vista disso, compreende-se que a conquista desse aparato jurídico-legal contribui significativamente para possibilitar a concretização da luta por uma política de Estado universal e democrática.

Mais recentemente, em 2011, conforme indicado anteriormente, foi decretada a lei 7508 que regulamentou a LOS, e dispôs sobre a organização e planejamento do SUS, assistência à saúde, articulação interfederativa, dentre outras questões. Foi nessa legislação que foram previstas as Regiões de Saúde, Contrato Organizativo de ação pública da saúde, Portas de Entrada do SUS, Comissões Intergestores, Mapa da saúde, as Redes de Atenção à Saúde, Serviços Especiais de Acesso Aberto, Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica³⁰. O referido documento foi o responsável por dar direcionamento à forma e a operacionalização do SUS conforme se percebe na contemporaneidade:

Art. 3º O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada. (BRASIL, 2011)

Esse decreto orienta sobre como deve ocorrer, concretamente, o planejamento e a organização do SUS nos diferentes entes federativos a partir dos princípios e diretrizes que constam na Lei Orgânica de Saúde. Inclusive, as responsabilidades de cada ente. Para consolidar um sistema como o brasileiro, foi

²⁹ Destaca-se que, mesmo tendo garantias jurídico-legais pode haver retrocessos, como é o caso da política de saúde, a exemplo da emenda Constitucional 95 e de inúmeras outras legislações de políticas específicas que representam uma afronta aos princípios e diretrizes do SUS e seu desmonte enquanto política de estado.

³⁰ Para melhor aprofundamento, consultar < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. > Acesso em: 18 jun. 2020.

necessário um aparato legal que tivesse condições de mostrar o rumo das ações de cada governo e de cada esfera para que exista unidade nas realizações, e não disparidades e correr riscos de articulações que não tenham como princípios os que embasam o SUS. Mesmo que cada realidade seja única e que os projetos, programas e serviços devam levar em consideração os usuários e o território, para que o Sistema Único brasileiro cumpra o papel de promoção de saúde, é necessário que existam orientações gerais (para todo o território nacional) e mais específicas (locais que podem ser na esfera estadual, regional e municipal).

A partir do referido aparato jurídico-legal, os autores, Paim e Filho (p. 122, 2014) refletem que atualmente o SUS pode ser visualizado de forma concreta, desde a vacina até o transplante, demonstrando números altíssimos relativos à produção de ações e serviços de saúde pela política pública social, contam-se em termos de bilhões, milhões e milhares. Alguns autores chegam a afirmar que o SUS é o maior sistema público do mundo, ou seja, o que contém a mais extensa rede de serviços e a maior cobertura populacional, embora o Brasil gaste menos, percentualmente, do que vários outros países como será demonstrado no próximo capítulo deste trabalho.

Apesar de terem ocorrido estes avanços no SUS, existem realidades bastante específicas, o que dialoga com o significado social e cultural do Sistema Único no Brasil. É importante discutir as diferentes concepções existentes e projetos que disputam a orientação da realidade. Conforme Paim (2001) apud Paim e Filho (2014, p.128), existe o SUS democrático, concebido pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, relacionado a uma democracia substantiva e com seus valores. Existe também o SUS formal, assegurado pela legislação/aparato jurídico legal, mesmo que distante dos brasileiros, tanto dos usuários quanto dos próprios trabalhadores da área da saúde. O SUS para os pobres também é uma realidade, que é sustentado pela ideologia neoliberal, forçando a discussão de focalização do acesso, onde a falta de recursos para investimento é regra. E, por último, o SUS real, ligado às designações dos diferentes governos e a área econômica, onde predomina o caminho da conciliação de interesses clientelistas, partidários, corporativos e econômicos.

As diferentes concepções de SUS subsistem entrelaçadas, se relacionando no cotidiano de funcionamento dos serviços. Todas essas questões contribuem nos impactos da política, em qual financiamento e investimento terá, com os tipos de

gestão que vai adotar, valorizando o público ou beneficiando o privado. A disputa pela predominância de um SUS que beneficie a maioria da população é necessária cotidianamente, tanto por parte dos profissionais, quanto gestores, usuários ou as organizações sociais responsáveis por acompanhar e fiscalizar a sua implementação.

No que diz respeito à organização do sistema, Paim e Filho (2014, p.129) apresentam sobre a atenção à saúde no SUS, que se estrutura em três níveis de densidade tecnológica³¹ definidos pela concentração de equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico e de profissionais especializados:

As densidades tecnológicas estão presentes na atenção primária, secundária e terciária. A atenção primária, com menor densidade tecnológica, é quase sempre oferecida em centros de saúde ou unidades básicas. A atenção secundária e a terciária são oferecidas em ambulatórios de especialidades, serviços de urgência e hospitais. Já a vigilância em saúde (p. 129, 2014), trata das ações dirigidas à coletividade e o meio ambiente. São, fundamentalmente, ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos. Podem ser categorizadas em quatro grandes grupos: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e promoção da saúde. As políticas e programas especiais (p. 129, 2014), são caracterizados pela articulação de ações destinadas a atender, especificamente, certos subgrupos da população ou a enfrentar problemas de determinadas áreas da saúde. Ao menos treze políticas ou programas especiais merecem ser mencionados, sendo alguns já consolidados, como saúde do trabalhador, saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal e saúde mental, e outros ainda com muita dificuldade, como a saúde da população negra, da população indígena, do homem, do idoso, dos adolescentes e jovens, e da pessoa com deficiência, da pessoa em situação de prisão e as práticas integrativas e complementares.

³¹ Atualmente, o conceito de tecnologia é compreendido de forma ampliada: representada por máquinas e aparelhos (tecnologia dura), saber profissional que pode ser estruturado e protocolizado (tecnologia leve-dura) e a tecnologia leve, que se refere à cumplicidade, à responsabilização e ao vínculo manifestados na relação entre paciente e trabalhador de saúde (CASATE; CORRÊA, 2005 apud LIMA et al, 2018, p. 2). A articulação entre os três tipos de tecnologia é primordial para possibilidade de atenção à saúde de forma integral. Em outras palavras: ter à disposição tecnologias duras que garantam o acesso aos avanços tecnológicos (exames/procedimentos/atendimentos especializados) a todos os brasileiros independentemente do local em que residam; ter à disposição tecnologias leve-duras e leves que garantam acolhimento, vínculo, atendimento integral das situações objetivas e subjetivas que passam o cuidado em saúde.

Todos os diferentes serviços e/ou ações, integram esse complexo, vivo e dinâmico sistema que influencia na qualidade da saúde de todos os brasileiros, mesmo os usuários de planos privados de saúde. Sabe-se que estes, em sua maioria, não se consideram usuários do SUS por compreenderem que apenas a assistência em saúde (consultas/procedimentos) caracteriza o atendimento no sistema público. No entanto, todos os brasileiros são usuários do SUS, seja pelas diferentes ações de imunização, controle e fiscalização de produtos, serviços, alimentos e outros. Em síntese, parafraseando Sérgio Arouca, Conferencista da 8ª CNS em 1986:

“Saúde diz respeito à vida das pessoas, em todos os lugares deste enorme país [...] é necessário construir uma política de estado que cuide das pessoas em todas as circunstâncias da vida. [...]”.

O sistema de saúde brasileiro é atravessado por princípios e diretrizes construídos para uma política de Estado. Os autores, Paim e Filho (2014), em suas obras, definem os princípios como finalísticos e estratégicos. Os **finalísticos**, dizem respeito aos ideais a serem alcançados: universalidade, igualdade/equidade e integralidade; e os **estratégicos**³², que são os aspectos relacionados às diretrizes políticas, organizativas e operacionais: descentralização, a regionalização, hierarquização e a participação social. Para melhor compreensão, organizou-se um quadro com o significado de cada princípio, a partir dos autores supracitados, e sua materialidade no contexto atual³³.

Quadro 2 – Princípios finalísticos do SUS

PRINCÍPIOS FINALÍSTICOS	SIGNIFICADO	MATERIALIDADE
Universalidade	Ampliação da cobertura de ações e serviços para torná-los acessível a toda população, superando a barreira econômica e sociocultural que existe entre	Esse princípio demarca a necessidade de garantir acesso, qualidade e resolutividade. O acesso diz respeito aos serviços e ações em saúde, eliminando barreiras geográficas,

³³ A discussão apresentada sobre a materialidade dos princípios é de autoria da acadêmica a partir dos estudos e das vivências em estágio supervisionado em Serviço Social no período 2018-2019.

	os usuários e o oferecimento de serviços. (p.123, 2014)	econômicas e culturais; a qualidade e a resolutividade estão articuladas e apontam para a necessidade de ter disponíveis equipamentos, insumos em quantidade e qualidade suficientes. Além de profissionais qualificados para dar atenção não somente a questões biológicas, mas que adotem a perspectiva ampliada, com seus condicionantes e determinantes. Para isso são necessárias equipes multidisciplinares comprometidas com o trabalho interdisciplinar.
Igualdade	Reconhecimento de que existe desigualdade entre as pessoas e grupos sociais, ou seja, equidade. Injustiças precisariam ser superadas: reorientação do fluxo de investimentos para fortalecimentos dos serviços nas várias regiões, estados e municípios com infraestrutura insuficiente; reorientação das ações de acordo com os problemas da população usuária (p. 124, 2014).	Tratar os diferentes como diferentes, partindo do pressuposto que alguns têm uma realidade mais favorável para acessar os serviços de saúde, outros menos. Seja por condições sociais, econômicas ou culturais. Com isso, cada situação precisa ser considerada de acordo com suas singularidades e particularidades. O princípio de igualdade não pode servir para justificar a injustiça social.
Integralidade	Conjunto de ações possíveis que contempla a promoção de saúde, prevenção de	Relaciona-se a interdisciplinaridade, que é a articulação entre profissionais de

	riscos e agravos, assistência e recuperação. É aquele que dispõe de unidades que prestam serviços, pessoal capacitado e recursos necessários à articulação das ações. (p.124, 2014)	diferentes áreas e formações para trabalhar em conjunto nas demandas existentes; e a intersectorialidade, que se preocupa com a integração de ações, saberes e esforços de diferentes setores e serviços da política, para estabelecer objetivos comuns de intervenção nos atendimentos que demandam esse esforço.
--	---	--

Fonte: PAIM, Jairnilson Silva; FILHO, Naomar de Almeida. Saúde Coletiva: teoria e prática. 1. Ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. 720p. (p 123-125).

Quadro 3 – Princípios estratégicos do SUS

PRINCÍPIOS ESTRATÉGICOS	SIGNIFICADO	MATERIALIDADE
Descentralização	Transferência de poder de decisão da esfera federal, para as esferas estaduais e municipais, incluindo transferências de recursos financeiros, humanos e materiais. (p.124, 2014)	A descentralização não pode ser confundida com a isenção de participação das esferas nas suas responsabilidades. No entanto, defende-se a autonomia e o poder de decisão dos municípios – que é onde se materializam os serviços e ações, e para isso é necessário que tenham também participação nos direcionamentos das finanças públicas. Os Estados e a União não podem se esquecer das suas funções e do papel de financiamento da política, que em diversos momentos é negligenciado. Ao mesmo tempo

		em que não devem impor suas decisões aos municípios por terem maior governabilidade sobre o orçamento.
Regionalização e Hierarquização	<p>Delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde levando em consideração a divisão político-administrativa. (p. 125, 2014)</p> <p>E, o segundo, diz respeito à Organização das unidades conforme grau de densidade tecnológica – da menor para a maior. (p. 125, 2014)</p>	Esses dois princípios orientam sobre a forma de organização da rede de saúde: por complexidade (primária/secundária/terciária) e por abrangência geográfica: territorial/municipal/regional.
Integração	A integração dialoga com as duas dimensões: uma vertical, estabelecendo a hierarquização dos serviços e o Sistema de Referência e Contrarreferência (SRCR) e possibilita a articulação de ações em diferentes níveis – primário, secundário e terciário; o outro horizontal, que pressupõe articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação. (p. 125, 2014)	A integração é o princípio necessário para que a integralidade seja concretizada. Pode-se afirmar que se refere à relação e a dinâmica existente entre os serviços e ações de saúde, através de uma política de referência e contrarreferência. Também enfatiza as articulações entre as ações das diferentes vigilâncias sanitárias; é um sistema de informação que busca garantir a comunicação entre os diferentes serviços e profissionais.
Participação Social	Importante elemento que discute sobre a participação e atuação de todos os	A organização dos Conselhos (Regionais, Municipais, Estaduais e Federais) é

	<p>segmentos interessados na construção de uma política pública de qualidade e na construção da consciência sanitária e de alternativas para a melhoria de vida, com atenção, inclusive, aos demais direitos sociais.</p>	<p>fundamental para a fiscalização e acompanhamento por parte da sociedade civil à política de saúde. Estes são permanentes e tem regimento próprio para eleição de seus participantes. As Conferências são fóruns de avaliação e construção de perspectivas das ações e serviços que foram traçados como diretriz na anterior. Ele é organizado pelos Conselhos, mas deve garantir a participação do Estado, prestadores de serviços, dos trabalhadores e dos usuários, enfim de todos interessados na discussão da política. Existem também os movimentos sociais que organizam segmentos de representação, para discussão e atuação sobre diferentes assuntos e realidades. É importante que os movimentos não sejam fragmentados e consigam unir forças para apresentar os anseios da sociedade sobre o tema em questão, no caso, sobre a saúde.</p>
--	---	--

Fonte: PAIM, Jairnilson Silva; FILHO, Naomar de Almeida. Saúde Coletiva: teoria e prática. 1. Ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. 720p. (p 123-125)

Em síntese, os princípios e diretrizes orientam os valores aos quais as ações, serviços, programas e projetos do SUS devem se basear. Para que se construa uma política de Estado sólida, é necessário também discutir a concepção e

o modelo de saúde que devem balizar as ações. Isso posto, torna-se imprescindível discutir sobre concepção de saúde e também sobre seus determinantes e condicionantes, porque estão intrinsecamente vinculados aos princípios e diretrizes do Sistema Único.

2.1.1. Condicionantes e determinantes sociais: breves considerações à luz da concepção ampliada de saúde

A concepção de saúde aqui discutida, parte do reconhecimento dos condicionantes e determinantes sociais de saúde e deve ter como foco a promoção da vida. Dessa maneira, é necessário compreender a saúde a partir de uma concepção ampliada, a qual não pode ser vista como mera “ausência de doença” ou simplesmente “bem-estar físico, mental e social”. Utilizando as indicações de Vaitsman (1992, p. 157-158 apud PAIM, 2008, p. 166):

Saúde e doença, bem-estar e mal-estar são fenômenos não apenas que se manifestam pelo bem ou mal funcionamento de um órgão, mas ao mesmo tempo possuem uma dimensão psicológica que passa pelo vivenciar e pela emoção de cada indivíduo. São fenômenos que possuem uma dimensão sociocultural, coletiva e outra psicobiológica, individual, que não deveriam ser dicotomizadas. Devem então ser compreendidos enquanto parte do modo de organização da vida cotidiana e da história pessoal de cada um.

Ainda nessa discussão sobre o conceito ampliado de saúde a autora citada (VAITSMAM, 1992, p. 171 apud Paim 2008, p. 166-167), apresenta que este também não pode ficar restrito às questões econômicas da sociedade derivadas das contradições entre capital e trabalho, pois precisa considerar etnia, cor, idade, etc.. Em suas palavras:

A existência de saúde, que é física e mental – está ligada a uma série de condições irreduzíveis uma às outras [...] É produzida dentro de sociedade que, além da produção, possuem formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também, não esqueçamos, biológico. Uma concepção de saúde não reducionista deveria recuperar o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo. Pensar a saúde hoje passa então por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho, mas também do lazer – ou da sua ausência, por exemplo – do afeto, da sexualidade, das relações com o meio ambiente. Uma concepção ampliada de saúde passaria então por pensar a recriação da vida sobre novas bases [...].

A começar por essa formulação, compreende-se a complexidade do conceito ampliado de saúde, que foge do lugar-comum do tratamento do processo de saúde e doença como algo estritamente biológico e passa a considerar diversos outros fatores que interferem significativamente na saúde humana. Essa perspectiva exige mudanças de paradigmas no serviço prestado para além do plano teórico. O processo e a luta para a construção do SUS no Brasil são símbolos do embate com o modelo biomédico privatista³⁴, que consiste em tratar o corpo humano como máquina e privilegia o setor privado para atendimento, apesar de o investimento ser majoritariamente público.

Sendo a saúde um direito humano que diz respeito aos interesses da coletividade, não pode ser compreendida através da perspectiva individual, se uma pessoa ou outra tem acesso, e sim se toda população, independente da sua cor, raça/etnia, credo, teria acesso através do direito que deve ser garantido pelo Estado. Aliás, o serviço público deve considerar e buscar atender os segmentos historicamente excluídos de forma diferenciada para que possa atender as suas necessidades, as quais foram negligenciadas durante muito tempo e, ainda precisam de grandes esforços para ter respostas efetivas.

Portanto, segundo Paim e Filho (2014, p. 123):

O SUS é expressão de uma política de Estado que se fundamenta em uma concepção ampliada de saúde e em uma perspectiva universalista do direito à saúde, traduzida em princípios (valores), diretrizes (políticas e organizativas) e dispositivos jurídicos (leis e normas) que orientam e definem o curso das ações governamentais.

Assim sendo, para compreender o SUS é indispensável conhecer os diferentes âmbitos que o conformam e os motivos por não ser um projeto passageiro para a sociedade civil, mas sim uma política de Estado que tenha condições de garantir uma vida mais digna para toda a população, demonstrando isso através das premissas que se baseia.

³⁴ Fritjof Capra (1982 apud Cruz, 2011, p. 25): Destaca a concepção fragmentária do modelo biomédico ao defender que este consiste num tipo de modelo de teoria mecanicista, em que o homem é visto como corpo-máquina; o médico, como mecânico; e a doença, o defeito da máquina. A percepção do homem como máquina é datada historicamente como advento do capitalismo. Percebe-se que a visão predominante é que o médico especialista seria um mecânico que atua sobre o corpo, que seria uma máquina com peças para serem ajustadas ou do ambiente para possíveis causas de epidemias.

A concepção de saúde e o seu modelo assistencial, foram embates realizados para a construção do Sistema Único de Saúde. Uma nova concepção, ou seja, a saúde em seu conceito ampliado, como um direito garantido via políticas sociais e econômicas, com condições de acesso para todos, de forma igualitária, com observância para a equidade, atentando às condições de vida e trabalho dos usuários. Dessa forma, a concepção de saúde deve estar articulada à qualidade de vida e não somente à ausência de doença:

E, com a instauração do SUS, os processos de trabalho deveriam responder a necessidades ampliadas, aquelas identificadas com os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, no âmbito das raízes dos problemas. (CAMPOS; BATAIERO, 2007, p. 615).

Entretanto, é por meio de determinado conceito de saúde que se define e se desenvolve o modelo assistencial da política. Paim (2003) avalia que o SUS continua garantindo a reprodução dos modelos hegemônicos (médico-assistencial privatista e assistencial campanhista³⁵). Modelos esses insuficientes para as dimensões conceitual, política e jurídica dada à saúde atualmente, requerendo que se transponha esse novo olhar para a prática cotidiana, com vistas a efetivar o modelo assistencial através dos princípios e das diretrizes do SUS, já abordado no item anterior.

Esse novo olhar também indica a importância de compreender o papel dos condicionantes e determinantes na saúde, já apresentados desde a Lei Orgânica:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990).

Conforme Nogueira (2011, p. 45), as produções nos últimos anos no campo teórico-metodológico tornaram visíveis as últimas visões sobre os DSS e a formulação dos modelos de atenção, construindo uma concepção e também definindo as políticas, como no próprio modelo de financiamento, interferindo na forma de gestão dos sistemas:

[...] Trouxeram à tona as tensões entre posições distintas, as quais, a partir de um campo teórico definido, contemplam projetos sanitários contrapostos que se filiam a uma tradição universalista, pautada na garantia

³⁵ Para maior aprofundamento, disponível em <<http://www.sites.eDpsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>> Acesso em 05 jul. 2020.

integral do direito à saúde como um direito humano, ou que buscam consolidar a saúde como um bem mercantilizado e sujeito, portanto, às leis do mercado.

A produção teórica sobre a visão de saúde diz respeito também a aquilo que está sendo discutido e realizado na construção prática da política. Por isso, é importante que se produza conhecimento sobre essas áreas de embate, na busca de qualidade dos serviços e embasamento dos defensores dos projetos e modelos que priorizam a dignidade humana, para, inclusive, contribuir na superação do modelo privatista.

Lopes *et al* (2008 *apud* Nogueira, 2011, p. 55) apresenta uma visão aparentemente consensual sobre os DSS, sendo como as condições as quais as pessoas completam o seu ciclo de vida, incluindo o sistema de saúde, além dos fatores econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam situações de morbidade e fatores de risco para a população. Percebe-se que existe uma dimensão objetiva, relacionada às necessidades materiais da vida e outra subjetiva, relacionada à forma como as pessoas vivem e compreendem estes processos.

Sendo assim, entende-se que tratando do processo saúde-doença como determinação social já se pressupõe a posição de um modelo societário e a opção por uma referência teórica que seja suficiente para explicar desde sua gênese até suas relações. Essa discussão adquire certa centralidade quando se torna necessário uma teoria para explicá-la: por um lado, uma visão oriunda dos EUA, baseada na chamada epidemiologia social das doenças, com os fatores ocupando posição similar, por outro, uma visão herdeira das ideias marxistas e que se localiza na denominada epidemiologia social latino-americana, a qual apreende os fatores sob uma ordem hierárquica com centralidade na economia e na divisão social de classes. (Nogueira, 2011, p. 55).

Logo, a chamada determinação social se sustenta na categoria trabalho e reprodução social, sendo as condições naturais, ambientais e biológicas subordinadas pelos elementos que estruturam as necessidades em saúde.

O Brasil foi sede e protagonista da última grande discussão mundial relacionada aos DSS. Segundo Nogueira (2011, p. 55), convocada pela OMS, ocorreu a Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde ocorreu no Rio de Janeiro em outubro de 2011, reunindo representantes de 125 países, totalizando 1300 participantes. Esse evento foi responsável por mobilizar

organizações da sociedade civil, o sistema da ONU e teve êxito em evidenciar as iniquidades³⁶ em saúde. Ainda apresenta a autora que não foi possível retirar uma Declaração Unitária da Conferência, pois foram apresentadas duas declarações para a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde (CMDSS): a primeira contendo uma linha de caráter normativo e mais conservadora, sendo a outra formulada pelas organizações da sociedade civil e movimentos sociais, apresentando uma visão mais crítica sobre a relação da estrutura social com a saúde e sobre a garantia de maior equidade em saúde, reduzindo as desigualdades.

Figura 4 - Tema da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde



Fonte:

<https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=130:conferencia-mundial-sobre-determinantes-sociais-da-saude&Itemid=183&lang=en>

Conforme apresentado anteriormente, ficou na responsabilidade das entidades representativas da população defender a visão crítica sobre os determinantes e apresentar a visão ampliada sobre a saúde. O embate entre as perspectivas de saúde é presente em todas as ocasiões que reúnem organismos

³⁶ Iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social (Whitehead, 1992). Para melhor aprofundamento, consultar <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>> Acesso em 05 jun.06 2020

mundiais e diversos países justamente pela disputa de projeto societário existente, por detrás da defesa dos modelos:

Por trás dos determinantes imediatos de saúde (educação, habitação, emprego decente, segurança alimentar, proteção social e cuidados universais de saúde), encontram-se os determinantes estruturais mais profundos, incluindo as relações desiguais de poder e o acesso desigual aos recursos e às tomadas de decisão. A ampliação das iniquidades e a discriminação institucionalizada através de eixos de classe, raça, gênero, etnicidade, casta, indigenicidade, idade e capacidade/discapacidade contribuem para a impossibilidade de atingir boa saúde. A ação sobre estes determinantes estruturais da saúde é essencial para superar as crises econômica, ambiental, do desenvolvimento e alimentar (DOMINSC, 2011 apud NOGUEIRA, 2011, p. 61).

Aderir à perspectiva crítica, e por que não dizer marxista³⁷, dos DSS é o mesmo que admitir a impossibilidade de alcançar o bem estar humano sem atuar sobre os demais aspectos da sociedade capitalista. Poderá haver melhoras específicas, mas não ocorrerá trato adequado em seu conceito ampliado de saúde enquanto os direitos sociais básicos não forem garantidos para todos e a estrutura capitalista baseada na desigualdade e injustiça não for superada.

Tratando da dimensão política a partir de todos os elementos apresentados, é fundamental compreender que a disputa pela valorização e consolidação de um sistema universal não está dada a partir de sua aprovação ou indicação no documento maior de uma nação, que é a Constituição Federal. Apesar de ser importante para que exista possibilidade de construção e defesa dos projetos serem implementados, o investimento de dinheiro público, a gestão, o modelo a ser adotado será alvo de disputa a cada projeto vencedor de uma eleição no país, além de estar suscetível a pressões externas e internas.

Mesmo a imensa maioria população ser usuária do SUS, sabe-se que grande parte dela não compreende como se deu sua constituição e a importância de preservá-lo, justamente pela ausência de consciência sanitária e até mesmo, da conquista dos direitos no geral.

³⁷ Como apresenta Nogueira (2011, p. 67):

“Saúde é uma questão social, econômica, política e, acima de tudo, um direito humano fundamental. Desigualdades, pobreza, exploração, violência e injustiça encontram-se entre as causas das doenças e morte dos pobres e marginalizados. Proporcionar condições de saúde para todos implica desafiar interesses poderosos, resistir à globalização e mudar drasticamente as prioridades políticas e econômicas”. A autora insere a discussão sobre os determinantes e condicionantes no modo de produção capitalista e compreende que é necessária outra sociedade para superar essas problemáticas. Não é possível resolver a saúde isolando-a das demais questões, e sim a relacionando compreendendo seus problemas considerando sempre as contradições entre capital e trabalho.

É papel da sociedade civil organizada fomentar essa discussão, através do controle social, com a contribuição de profissionais que compreendam esses fatores e a importância da participação popular:

Isso se deve a dois processos que se entrelaçam: de um lado, a multiplicidade de experiências negativas vivenciadas por usuários que sofrem com a insuficiência de recursos, falta de coordenação e/ou má qualidade dos serviços prestados em muitos municípios do país; de outro, a forma como esses problemas são abordados pelos meios de comunicação, reforçando certo senso comum que tende a desvalorizar o que é público, entendido como intrinsecamente “inferior”, destinado apenas aos pobres, aos que não podem pagar por alguma coisa “melhor”. (PAIM E FILHO, 2014 p. 121).

A partir do momento que a maioria da população tiver consciência da possibilidade de superação das dificuldades que o Sistema possui atualmente, através da perspectiva do direito, sem dúvidas levaria essa política a dar um salto de qualidade e seria extremamente difícil negligenciar e sucatear a mesma, independentemente dos projetos de governos defendidos. Por isso, é necessário compreender as disputas colocadas na sociedade e o que está como pano de fundo para medidas como a Emenda Constitucional 95, pois são justamente essas que comprometem a consolidação dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira.

Paim e Filho (2014) indicam sobre as dificuldades para consolidação do sistema de saúde brasileiro, pois a sustentabilidade do SUS, seja ela econômica, política e institucional, não é algo dado. Um elemento importantíssimo para isso é a ampliação das bases sociais e políticas, para que as forças interessadas no fortalecimento do SUS e que o mesmo seja centrado nas necessidades dos cidadãos, reforçando a cidadania e o desenvolvimento da consciência sanitária.

Tendo como pano de fundo esses assuntos, no próximo capítulo, será discutido sobre o futuro do Sistema Único de Saúde a partir da aprovação da Emenda Constitucional 95, que tem como premissa o desmonte das políticas públicas sociais no Brasil atualmente, repassando uma fatia maior do orçamento público para o sistema financeiro e também a transformação de algo que deveria ser direito garantido pelo Estado, em um serviço a ser adquirido pela população.

3 OS IMPACTOS DA EMENDA CONSTITUCIONAL 95 NA POLÍTICA DE SAÚDE: O DESMONTE DO PÚBLICO

Segundo as discussões já apresentadas, a Constituição Federal foi um marco essencial para a conquista do acesso a direitos que antes os brasileiros nunca haviam tido assegurados. A carta maior que orienta a postura do país sobre todos os assuntos políticos, econômicos, sociais, culturais, de 1988, traz à tona a discussão e os parâmetros para uma nova postura do Estado e da própria nação.

Junto de novos modelos de políticas públicas, a Constituição já indicou também garantias no que diz respeito ao financiamento dos direitos sociais. Consta no artigo 194 da Constituição Federal:

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (BRASIL, 1988)

Ainda sobre o chamado tripé, para garantir esse conjunto de ações, foi e é necessário ter uma previsão para o financiamento base do Estado, com o intuito de oferecer condições para que as previsões da Constituição Cidadã tenham possibilidade de ser efetivadas. Por esses motivos, é fundamental existirem indicações concretas sobre o financiamento. Consta no artigo 195:

A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais. (BRASIL, 1988)

Existindo essas previsões gerais, tornou-se necessário serem construídos outros aparatos jurídicos para detalhar e organizar os investimentos a partir dos diferentes órgãos e esferas governamentais. Nesse caso, a Emenda Constitucional 29 do ano de 2000³⁸, foi a responsável por acrescentar artigo ao ato das disposições Constitucionais Transitórias e assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços de saúde:

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, **doze por cento** do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e" (grifo nosso)

³⁸ Para maior aprofundamento, acessar <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm> Acesso em 29 jun. 2020.

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, **quinze por cento** do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º.

§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, **a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento.**

§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, **quinze por cento**, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.

§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde (ASPS) e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal. (BRASIL, 2000, grifo nosso).

Apesar de todas essas conquistas materializadas no âmbito jurídico brasileiro e a política de saúde ser uma das que mais obteve êxito nesse processo, a disputa pelo fundo público no Brasil foi e é constante. Será apresentada neste capítulo a discussão de panoramas gerais dos gastos com a chamada dívida pública brasileira e o risco das garantias previstas, já que elas foram aprovadas no documento maior da nação, regulamentadas por leis e decretos próprios; a aprovação da Emenda Constitucional 95 em um contexto de crise do capitalismo mundial e a vigência dos projetos de contrarreforma do Estado brasileiro.

3.1 A CONTRARREFORMA DO ESTADO: DESMONTE DO PÚBLICO

Tratar de investimento público e direitos sociais no país é algo extremamente recente. O Estado brasileiro foi historicamente sequestrado pelas elites, as quais utilizavam (e utilizam) seus aparatos em benefício próprio. O Brasil e a América Latina possuem realidades semelhantes, mas tratando especificamente da realidade brasileira, mesmo em períodos de governos de centro-esquerda, os gastos com questões financeiras não eram questionados e acabavam sendo muito maiores do que para a garantia de um Estado protetor:

No Brasil e na América Latina, mesmo os governos de tendência “centro-esquerda” eleitos na última década vêm realizando políticas macroeconômicas baseadas em tendências como destinação do fundo público para pagamento da dívida pública, manutenção de elevadas taxas de juros, carga tributária elevada e regressiva, redução ou não ampliação de recursos para as políticas sociais, contingenciamento de gastos sociais, congelamento de salários no setor público, prioridade para as metas de “superávit primário” e controle da “inflação”, realização de reformas de caráter neoliberal com redução de direitos da previdência social e privatizações, além da ausência de controle de capitais. (FATTORELLI, 2001 *apud* BOSCHETTI, 2012, p. 33).

Não há como negar os importantes avanços que foram possibilitados no Brasil no início do século XXI, com a vitória dos governos Lula e posteriormente, governos Dilma. Ao mesmo tempo em que, como colocam as autoras, problemas estruturantes da nação não foram enfrentados. Para entender melhor o processo de contrarreforma brasileira até a aprovação de uma EC como a 95 – conhecida como teto dos gastos - não há como ignorar a grande crise do capitalismo que deu início em 2008, e que vigora até a atualidade. Foi nesse processo que ocorreram mudanças na política brasileira e o êxito das ideias e propostas neoliberais para o Brasil, causadas por impactos do mundo globalizado, assim como também agravado pelas dificuldades internas.

Resguardadas as particularidades nacionais, as economias capitalistas europeias e latino-americanas que materializaram a cartilha do neoliberalismo a partir da década de 1970 se deparam hoje com a perspectiva de uma longa recessão ou de reduzidas taxas de crescimento, desemprego de massa e de longa duração, precarização do trabalho e redução de salários. (BOSCHETTI, 2012, p. 33)

Compreende-se que a grande crise de 2008, ainda não solucionada, foi engendrada há alguns anos, a partir da própria postura dos capitalistas e dos governos os quais, mesmo com resistência popular, optaram e decidiram por um caminho que privilegia o setor privado, a desregulamentação dos serviços, o investimento do dinheiro público para fomentar e privilegiar a financeirização sem alguma preocupação em fomentar o desenvolvimento econômico, político e social, e por consequência, negando a possibilidade de construção de uma vida digna para a população que apenas depende da venda da sua força de trabalho. Pelo contrário, as condições se tornam ainda mais difíceis para essa camada.

Para Chesnais (2008 apud Boschetti, 2012, p. 34) a crise que eclodiu em 2008 pode ser sintetizada em três processos: uma forte política de desregulamentação dos mercados, do comércio mundial e do mercado financeiro; a criação de capital fictício e sistemas de créditos com vistas a ampliar uma demanda insuficiente no centro do sistema capitalista, leiam-se, Estados Unidos da América.

Fazendo a análise desse modelo e de seus processos, pode-se entender os motivos pelos quais o autor considera “ilegítimas” as dívidas públicas acumuladas pelos diferentes países, inclusive, no Brasil:

[...] as despesas elevadas possuem o caráter de presentes fiscais para o capital; baixo nível de impostos diretos (imposto de renda, sobre o capital e

sobre o lucro das empresas) acrescido de um fraco caráter progressivo; evasão fiscal importante.

A financeirização ocupa papel importante quando se trata de crise e modelo de capitalismo mundial, globalizado, que se alimenta da exploração de trabalho para se reproduzir, mesmo que isso não seja perceptível à primeira vista. A crise de 2008, que se manifestou como uma bolha de especulação imobiliária e é indicada, geralmente, como crise financeira e bancária, consiste, na essência, como uma crise do capital e de desenvolvimento do próprio capitalismo em sua permanente busca por superlucros:

Compreender a relação entre a crise e as políticas sociais, portanto, é imprescindível para lutar contra a usurpação do fundo público para salvar o capital, uma vez que este é constituído majoritariamente por impostos indiretos que incidem sobre o trabalho e menos sobre a propriedade (BOSCHETTI, 2012, p. 36).

Para compreender sobre a disputa pelo fundo público é essencial conhecer o funcionamento do modo de produção capitalista, suas crises e o endividamento do setor público.

Mas, é possível afirmar que já houve um novo modelo de desenvolvimento econômico e social no Brasil? A mesma autora continua, apresentando que existem defesas de que o Brasil caminhou para construir uma nova estratégia de desenvolvimento social, articulada com a política econômica, nos chamados governos populares. Mesmo considerando as medidas importantes, apresenta as discussões realizadas pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal)³⁹, instituição a qual demonstrou, no seu relatório “Panorama social da América Latina”, que houve redução de pobreza e desigualdade social em todo continente-latino americano, reconhecendo que o fenômeno ocorreu basicamente do aumento dos rendimentos do trabalho e dos programas assistenciais de transferência condicionada de renda (PTRs) como forma de enfrentar a crise:

Por um lado, está diminuindo a pobreza e a desigualdade na região, e sua principal causa é, em primeiro lugar, o incremento dos rendimentos do trabalho e, em segundo, o aumento das transferências públicas aos setores mais vulneráveis. Por outro, mantém-se a rigidez das brechas produtivas e a pouca mobilidade desde os setores de baixa produtividade em grupos específicos (sobretudo, mulheres de grupos socioeconômicos de menores recursos) cujas rendas não se têm incrementado. [...] O aumento do gasto social é evidente, como também é a resposta, desde o gasto e a proteção social, para mitigar o impacto da crise de 2008-2009 nos setores mais vulneráveis, contudo, os sistemas de proteção social distam de ser

³⁹ Para melhor compreensão, disponível em <<https://www.cepal.org/pt-br>> Acesso em 05 jul.2020.

inclusivos e mostram vazios que reproduzem a vulnerabilidade e a estratificação no acesso à seguridade social (CEPAL, 2011, p. 7 *apud* BOSCHETTI, 2012, p. 37)

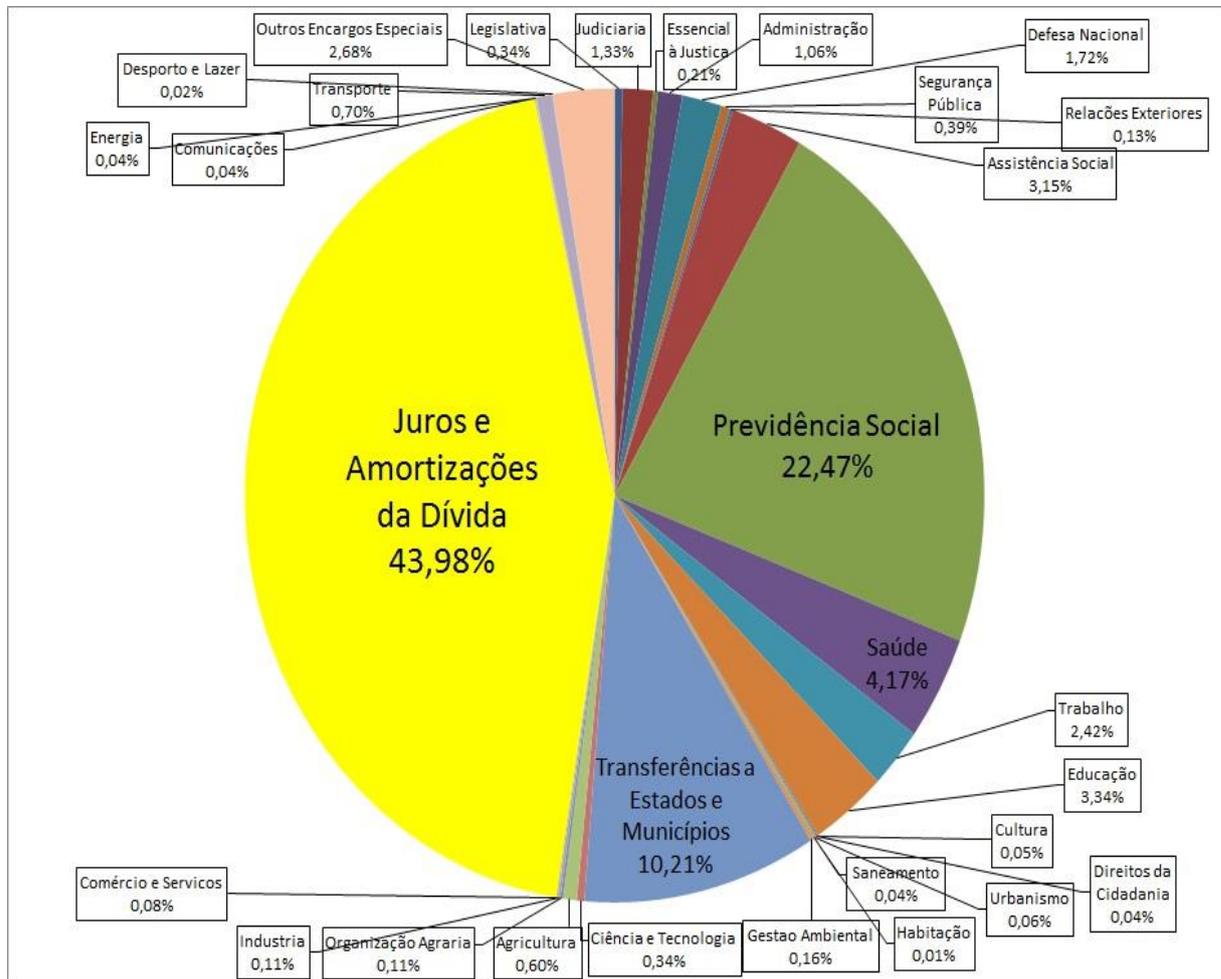
É nítida a opção política de priorizar a centrar em alternativas para enfrentar a crise e não uma alteração no modelo de desenvolvimento, de fato, do Brasil. Os números acabam demonstrando o que ocorreu na prática a partir das decisões políticas, e assim, econômicas e sociais. Ao mesmo tempo em que, mesmo com maior investimento para o desenvolvimento econômico com objetivos de mitigar a crise, nunca se deixou de priorizar a chamada dívida pública, portanto, o repasse direto de dinheiro público para os bancos, que usurparam do Brasil e ainda usurpam, com autorização dos diferentes governos, boa parte do fundo que poderia servir para elevar o país a outro patamar econômico e social:

No Brasil, para pagar os juros da dívida e aumentar o superávit primário estabelecido em acordos com o FMI, o governo federal compromete os recursos que deveriam ser investidos em políticas sociais. Em 2011, o governo cortou R\$50 bilhões do orçamento e em 2012 anunciou um corte de R\$55 bilhões, sendo R\$5,47 bilhões da saúde e R\$, 93 bilhões da educação. O comprometimento com o pagamento dos juros da dívida subtrai do Estado brasileiro a possibilidade de assegurar os necessários investimentos nas políticas públicas. [...] Além dos cortes globais no orçamento das políticas sociais, o governo federal lança mão de outra estratégia para usurpar ainda mais recursos da seguridade social (previdência, saúde e assistência). Por meio da Desvinculação das Receitas da União (DRU), o governo federal retira anualmente do orçamento da seguridade social 20% das receitas advindas das contribuições sociais.

Através de todos esses dados comprovados, nota-se que problemas graves do Brasil não foram tocados mesmo nesse período, o que demonstra o poderio da elite de um país, as dificuldades de um governo bancar essas temáticas e do movimento popular pressionar por essas questões, que são centrais para a possibilidade de desenvolvimento. Além do roubo legalizado que ocorre há muito tempo, persistem também as tentativas reiteradas de privatização dos diferentes setores:

Tais dados indicam nitidamente a reiterada opção e direção econômica da política governamental nos últimos anos, com ênfase na extração de recursos do orçamento da seguridade social para a geração de superávit primário e pagamentos dos juros da dívida. Tal tendência segue imutável e implica a estagnação do sistema público de saúde que se debate para continuar público e universal e luta contra as investidas privatizantes permanentes e insistentes. (BOSCHETTI, 2012 p. 40)

Figura 5: Orçamento Geral da União (2012)



Fonte: Auditoria Cidadã da Dívida. (2018) Disponível em <<https://auditoriacidada.org.br/conteudo/confira-os-graficos-do-orcamento-de-2012/>> Acesso em 01 jul. 2020.

Nota: Executado em 2012. Total = R\$ 1,712 trilhão.

O referido gráfico com o orçamento executado no ano de 2012 comprova a discussão proposta de que não se alterou a lógica de desenvolvimento no país. Apesar de toda falácia e afirmações de que o Estado é grande e que se gasta demais para garantir a constituição de 1988, o maior gasto público vai para o sistema financeiro – os juros e amortizações da dívida. De fato, essa realidade não é conhecida pela maioria da população brasileira, que muitas vezes acaba reproduzindo a informação de que “não há dinheiro para investir”, o que é repetido também pela grande mídia, instituições no geral e os próprios governos. Mas a questão primordial é o que é priorizado e quais interesses são considerados. A continuidade dessa lógica ocasionou a dificuldade do Brasil em enfrentar seus problemas graves e históricos, fazendo com que os avanços nos chamados

governos populares fossem limitados. Sem o debate e o enfrentamento desse problema, não será possível alcançar uma nação soberana, com condições de oferecer dignidade à população.

Apesar de todos os dilemas apresentados, os governos Lula (2003-2011) e os governos Dilma (2011-2016) abriram caminho para construção de novas possibilidades. Conforme Santos (2014) ⁴⁰:

O primeiro governo Dilma deu passos significativos na construção de uma nova estratégia de desenvolvimento para o país. Tomou medidas na área da política econômica que provocou urticária no capital financeiro e seus representantes. Reside aí o motivo do incessante ataque a área econômica do governo.

Os desdobramentos da crise de 2008, através da crise política, econômica e social, foram responsáveis por originar um acontecimento que foi denominado de *golpe* por diversos setores da sociedade brasileira. Mesmo Dilma sendo eleita em 2014, seu mandato foi interrompido no ano de 2016, assumindo, na época, o vice-presidente da chapa, Michel Temer:

A conspiração golpista, que levou o ilegítimo e sem votos Michel Temer à Presidência da República, sabotou o governo de Dilma Rousseff, paralisou o Congresso Nacional, impediu a tomada de medidas fundamentais para a continuidade do desenvolvimento e está na raiz da grave crise que esfarela a economia e levou, em 2016, ao catastrófico número que supera os 12 milhões de desempregados, com previsão de crescer ainda mais em 2017. (VERMELHO, 2016) ⁴¹

Sem dúvidas, esse acontecimento marcou a história da jovem democracia brasileira. Sob o argumento do instrumento contábil conhecido como pedaladas fiscais⁴², ocorreu o impeachment de Dilma Rousseff, que não pode ser considerado como fato isolado. Se esses governos cometeram erros ao não enfrentar diversas questões que seriam importantes para o avanço da nação, os maiores interessados na não continuidade eram justamente os segmentos e indivíduos advindos da elite, setores que trabalham pela acumulação máxima de capital e não toleravam mais qualquer movimento que não fosse feito nesse sentido, conseguindo convencer, inclusive, parte da classe trabalhadora com esse discurso, a qual, percebendo a sua

⁴⁰ Para maior aprofundamento, disponível em <<https://vermelho.org.br/2014/11/24/ha-uma-nova-situacao-politica-em-curso-no-brasil/>> Acesso em 02 jul. 2020.

⁴¹ Para maior aprofundamento, disponível em <<https://vermelho.org.br/editoriais/2016-ano-do-golpe-contra-o-povo-o-brasil-e-a-democracia/>> Acesso em 02 jul. 2020

⁴² Para maior aprofundamento, disponível em <<https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/pedalada-fiscal>> Acesso em 05 jul. 2020

realidade difícil, centrou no governo da época todas as suas indignações e responsabilidades pelas adversidades do país.

Estas discussões permitem afirmar que há muitas motivações e implicações para a aprovação da Emenda Constitucional 95. Temática a ser tratada no próximo item, a qual congela e reduz os investimentos em políticas públicas essenciais, e é parte do processo de endividamento do Estado brasileiro. Com isso ocorre a disputa pelo fundo público e o mercado de serviços para investimento dos capitalistas, demonstrando e discutindo seus impactos específicos na política de saúde. É preciso ter atenção das organizações da sociedade civil e segmentos interessados para que se conheça e atue sobre o orçamento público, o qual embasa os modelos adotados pelas políticas públicas sociais, dentre elas, a da saúde.

3.2 OS IMPACTOS DA EC 95 NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Considerando todas as informações apresentadas e discussões realizadas, é de conhecimento que a contrarreforma do Estado brasileiro faz parte de um projeto da elite para o país. Na atual crise do capitalismo, os que estão no topo da pirâmide não toleram os investimentos básicos em políticas públicas, pois o orçamento destinado a isso “atrapalha a salvação” do grande capital. Por todas essas motivações, uma política a qual possui um Sistema Único que tem como princípio a universalidade, acaba sendo um estorvo e, por isso, precisa ser desmontada. A Emenda Constitucional 95 aparece nesse contexto de ofensiva para destruição das possibilidades de um Estado protetor, que é cúmplice da diminuição e limitação de investimentos em áreas essenciais para garantia de uma vida digna à população.

No dia quinze de dezembro de 2016 a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 95⁴³ foi promulgada pelo Congresso Nacional e passou a ser considerada como Emenda Constitucional para o ordenamento jurídico. Granemann (2016, p. 176) apresenta que, com o receio de maior rejeição da população ao governo e consequente possibilidade de derrota da PEC 287/2016 que pretendia contrarreformar a previdência, a grande investida do governo ilegítimo de Michel Temer foi a EC 95 (antes PEC55). Dentre as justificativas para proposição, estava que o Novo Regime Fiscal (teto dos gastos) ao “estabilizar a despesa primária”

⁴³ Para ter acesso integral a esse aparato jurídico legal, consultar <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>> Acesso em 05 jul. 2020

poderia conter a expansão da Dívida Pública. Essa seria uma medida da União que impactaria na redução das despesas primárias do orçamento fiscal e do orçamento da seguridade social, sendo que as despesas financeiras não seriam impactadas pela medida. Portanto, não importa como foi o desempenho fiscal do país naquele ano, não haveria planejamento de investimentos, e sim um limite imposto. Comparando o que estava previsto na Constituição Cidadã de 1988 com a EC, segundo o Estudo Técnico n.º 12/2016: impactos do “Novo Regime Fiscal” - subsídios à análise da proposta de emenda à constituição - PEC nº 241/2016 – consultoria de orçamento e fiscalização financeira⁴⁴:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

[...]

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

[...]

I - no caso da União, a receita corrente líquida (RCL) do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); EC 86/2015 → 13,2% da receita corrente líquida (2016); 13,7% (2017); 14,1% (2018); 14,5% (2019); 15% (2020).

O estudo comparou com a EC aprovada, a qual a partir de 2018 o investimento seria com base no que foi direcionado no ano de 2017 multiplicado ao Índice Nacional de Preços ao Consumidor (IPCA)⁴⁵ do ano anterior, e assim sucessivamente até 2036.

A tabela a seguir demonstra, com base nos estudos técnicos já citados, o resultado dos investimentos, caso houvesse a vigência da EC desde 2010. As ASPS (Ações e Serviços Públicos de Saúde) indicam que a diferença de investimentos seria de 46,6 bilhões de reais comparado à forma de orçamento anterior da medida, do ano de 2010 ao ano de 2016:

⁴⁴ Para maior aprofundamento, consultar <<https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/arquivos/et-12-2016-impactos-do-novo-regime-fiscal-subsidios-a-analise-da-proposta-de-emenda-a-constituicao-pec-no-241-2016>> Acesso em 06 jul. 2020

⁴⁵ Para maior aprofundamento, consultar <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/precos-e-custos/9256-indice-nacional-de-precos-ao-consumidor-amplio.html?=&t=o-que-e>> Acesso em 05 jul. 2020

Tabela 1 - Diferenças no piso da saúde com a vigência da PEC em 2010

Diferenças no piso da saúde com a vigência da PEC em 2010
(RCL de 2016=R\$ 639,8 bilhões)

Valores em bilhões de reais.

Ano	RCL	ASPS (segundo legislação vigente)		ASPS (estimativa de aplicação em ASPs caso a regra constante da PEC houvesse sido adotada em 2010 para aplicação a partir de 2011)		Diferença (A-B)
		ASPS (A) ⁽¹⁾	% da RCL	ASPS (B)	% da RCL	
2010	499,9	62,0	12,4%	62,0	12,4%	0,0
2011	558,7	72,3	12,9%	65,6	11,7%	-6,7
2012	616,9	78,2	12,7%	69,9	11,3%	-8,3
2013	656,1	83,1	12,7%	74,0	11,3%	-9,1
2014	641,6	91,9	14,3%	78,3	12,2%	-13,6
2015	674,5	100,1	14,8%	83,4	12,4%	-16,7
2016 ^{(2); (3)}	639,8	84,5	13,2%	92,3	13,8%	7,8

Fonte: Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira (2016). Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2016/EstudoTcnicon122016versao21ago_publicado.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2020.

A próxima tabela demonstra os investimentos a partir do ano 2017 até o ano de 2025, período onde a diferença seria de 311 bilhões de reais.

Tabela 2 - Projeções das diferenças no piso da saúde com a vigência da PEC a partir de 2017

Diferenças no piso do Setor com a Incidência da PEC a partir de 2017
(RCL de 2016=R\$ 639,8 bilhões)

Valores em bilhões de reais.

Ano	RCL ^{(2); (3)}	ASPS		ASPS		Diferenças
		(segundo legislação vigente)		(estimativa de aplicação em ASPS com a vigência da PEC em 2016 e a aplicação a partir de 2017)		
		ASPS ⁽¹⁾	% da RCL	ASPS pelo IPCA	% da RCL	
2016	639,8	84,5	13,2%	84,5	13,2%	0,0
2017	681,8	93,4	13,7%	90,6	13,3%	-2,8
2018	730,2	103,0	14,1%	95,6	13,1%	-7,4
2019	857,3	124,3	14,5%	100,4	11,7%	-23,9
2020	913,8	137,1	15,0%	104,9	11,5%	-32,2
2021	976,5	146,5	15,0%	109,6	11,2%	-36,9
2022	1043,4	156,5	15,0%	114,5	11,0%	-42,0
2023	1117,6	167,6	15,0%	119,7	10,7%	-47,9
2024	1200,0	180,0	15,0%	125,1	10,4%	-54,9
2025	1291,6	193,7	15,0%	130,7	10,1%	-63,0

Fonte: Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira (2016). Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2016/EstudoTcnicon122016versao21ago_publicado.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2020

Fazendo a análise desses números, que não são apenas representações numéricas, e sim análise da realidade, percebe-se que se essa Emenda já estivesse vigente, muitas das ações e serviços já não teriam mais possibilidades de continuar acontecendo. E com a sua aprovação e implementação, quantos usuários deixarão de ser atendidos e quantos direitos serão negados? A aprovação desta EC foi necessária para quem? Conforme argumentam Santos e Funcia (2019)⁴⁶:

Diferentes cálculos econômicos (considerando diferentes metodologias de projeção) comprovam que serão *retirados*, no mínimo, R\$ 200 bilhões (a preços de 2017), ao longo de 20 anos, de um sistema de saúde comprovadamente subfinanciado e insuficiente há três décadas. Não há matemática nem lógica que dê conta de desmentir a afirmação de que haverá redução de serviços: “congelado” o piso federal no valor de 15% da

⁴⁶ Para maior aprofundamento, consultar <<http://www.cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude>>. Acesso em 05 jul.2020.

receita corrente líquida de 2017, atualizado anualmente tão somente pela variação do IPCA/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a despesa *per capita* em saúde terá queda em razão da mudança do cálculo do seu piso; a população continuará a crescer e a envelhecer, as tecnologias se renovarão, idem a farmacologia e os materiais e insumos médicos, e certamente haverá disputa entre quem será atendido ou não, como já tem sido frequente nos dias de hoje, onde, diuturnamente, os profissionais de saúde lidam com a questão das escolhas trágicas.

Não há como mencionar a Emenda Constitucional 95/2016 sem compreender a disputa pelo orçamento público e dívida pública, pois essa alteração constitucional é parte do processo pela disputa da destinação do fundo público. É o recado dos grandes capitalistas para a classe trabalhadora, onde afirmam que a totalidade do Estado e a Seguridade Social estão em crise. Conforme Granemann (2016), é uma forma de disfarçar sua real intenção para tomar a maior fatia do orçamento público e também para criar novos mercados para que possam investir com retorno garantido:

A “crise fiscal” do Estado é, sem rodeios, uma nova partilha do fundo público na qual a classe trabalhadora deve continuar a gerar toda a riqueza e reduzir sua já medíocre participação no usufruto da riqueza social por ela produzida e que lhe toca utilizar sob a forma de direitos realizados por limitadas políticas sociais. Se é certo não ser esta a única expressão da luta de classes nos dias presentes, parece-me correto dizer-se: é uma de suas manifestações centrais em todo o mundo. (GRANEMANN, 2016, p. 173)

Tendo a compreensão dessas informações, torna-se essencial fazer a discussão sobre a natureza dos “recursos monetários - financeiros” do orçamento estatal, que não é outra coisa senão riqueza socialmente produzida pela classe trabalhadora, basicamente, de dois modos:

1) - por meio do trabalho excedente (extraído como mais-valia) transformado em lucro e com o qual e sobre o qual os capitais recolhem (se não o sonégam) impostos ao Estado; 2) – por meio do trabalho necessário, “cedido” pelo trabalhador ao capital em troca do salário; sobre o salário a classe trabalhadora recolhe contribuições sociais e impostos. Imediatamente e destes dois modos- em especial - mas não exclusivamente - trabalhadoras e trabalhadores são os únicos sujeitos sociais a produzir a riqueza anualmente concentrada pelos Estados, em todo o mundo. (GRANEMANN, 2016, p. 173, 174)

Assim sendo, o Estado, que deveria ser o guardião do dinheiro público, cumpre o papel de extrair a riqueza da classe trabalhadora e repassar ao capital financeiro. É através do trabalho, portanto, de quem trabalha, que toda riqueza movimentada socialmente é gerada. E são esses que menos usufruem disso tudo. A EC 95 representa justamente a retirada do básico que havia sido conquistado para

investimento em acesso aos direitos por todos que apenas dispõe de sua força de trabalho, ou que às vezes, nem disso dispõem, mas que devem ter condições de ter uma vida digna e devem ser preservados por toda sociedade, como é o caso das pessoas com deficiência e dos idosos.

A desconstrução dos direitos sociais constitui os diferentes ataques apresentados por várias alternativas jurídico-formais: a PEC, que se tornou EC 95/16 é a representação do diagnóstico burguês para a crise fiscal do Estado brasileiro. Fundamental aprofundar conhecimento sobre as implicações disso no orçamento público, assim sendo, da realidade concreta:

[...] ao fazer o congelamento dos gastos sociais, estabelece uma reorganização do uso do fundo público. Sem a reorganização do fundo público os capitais teriam dificuldades suplementares no enfrentamento das suas crises e, talvez, tivessem mais óbices no seu enfrentamento. Nunca antes, nem neste país e nem em qualquer outro lugar do mundo, o fundo público foi tão central ao "equacionamento" da crise do capital. A EC 95/16 trata desta matéria, ainda que não o diga com todas as letras. Seu imperativo: congelar o fundo público para as políticas sociais. Mas, a EC não muda só a relação com as duas políticas sociais que estão sendo mais atacadas: a saúde e a educação. A EC 95/16 altera toda a Seguridade Social (saúde, previdência social e a assistência social) e a educação. (GRANEMANN, 2016, p. 176)

Ainda apresenta a autora que a EC - 95/16 tratou dos assuntos que poderiam ser considerados como o rodapé da Constituição. O rodapé representava que o orçamento fiscal e da Seguridade Social balizavam os mínimos aceitáveis e sobre os quais se erguiam os gastos com direitos sociais. O espaço entre o rodapé que está rente ao chão, e o teto como o último horizonte para possibilidade de alargamento dos direitos configuraria o espaço da disputa dado pela luta de classes. O rodapé, portanto, o mínimo, era somente o patamar obrigatório para começar a política social, e assim, o atendimento do direito. Contudo, o rodapé tornou-se o teto - e foi isto que a EC 95/16 instituiu – por consequência ocorre uma considerável redução dos direitos sociais.

A “crise fiscal” não pode ser colocada na conta de quem é responsável por produzir toda a riqueza da nação. Não há como afirmar, tendo como base dados concretos, que muito já se gasta com direitos sociais sendo que as políticas públicas sociais, mesmo com todos os avanços que ocorreram, continuaram com problemas de financiamento. No caso do SUS:

A realidade é que a saúde brasileira é subfinanciada. Gasta-se R\$ 3,60 *per capita*/dia com a saúde do cidadão nas três esferas de governo, que envolve desde a vigilância sanitária de produtos, alimentos,

estabelecimentos, cargas perigosas, registro de medicamentos, alvarás de funcionamento de estabelecimentos comerciais (atividade protetiva e regulatória) a um transplante renal (atividade assistencial-prestacional). (SANTOS e FUNCIA, 2019) ⁴⁷.

Afinal, por que a pressa do capital em aprovar essa medida? Na atualidade, praticamente metade do orçamento público já estava e está sendo revertido para a chamada dívida pública. Diferentemente do que propuseram com a referida emenda, de existir um máximo de investimentos nas políticas sociais, não desejam ter limites para a utilização do dinheiro público com o objetivo de enriquecê-los cada vez mais. Se os números forem considerados, os investimentos feitos antes de EC já não eram suficientes para dar conta das necessidades de saúde da população:

Esse valor implica um gasto público consolidado (União, estados e municípios) em saúde de 4% do Produto Interno Bruto (PIB) (em 2017), quase a metade do gasto do Reino Unido (7,9% em 2015, segundo a Organização Mundial de Saúde). Considerando que o gasto consolidado em saúde pública no Brasil foi de R\$ 265 bilhões em 2017, essa diferença, em termos internacionais, corresponde a uma insuficiência superior a R\$ 210 bilhões/ano, sendo que essa defasagem aumentará ainda mais pelos efeitos negativos da nova regra “congelada” do piso federal do SUS, que deve também ser analisada em conjunto com o teto geral para a disponibilidade financeira das despesas primárias (afinal, não basta empenhar a despesa para que as necessidades de saúde da população sejam atendidas, é preciso *liquidar* as despesas — fase da despesa pública que atesta que os bens e serviços comprados foram entregues e prestados nos termos contratados — para depois pagar) (SANTOS e FUNCIA, 2019) ⁴⁸.

Trata-se de uma minoria que busca ditar as regras do jogo para uma maioria que se encontra cada vez mais desassistida e jogada à própria sorte. O que seria direito, então, passa a ser mais um serviço no qual a classe trabalhadora precisará optar, muitas vezes, a qual terá acesso:

Os empregos do grande capital, no Brasil, estão por meio dessas várias medidas jurídico-legais, a dimensionar a partilha do fundo público. Nesta partilha, que é de trilhões de reais, uma parte deve ficar liberada para a compra de títulos públicos e para a ampliação dos negócios dos capitais que passam a mercadejar com os direitos sociais transmutados na forma de “serviços”. Então, o fundo público sofre uma nova partição com esses congelamentos. [...] O Estado reservará a cada ano uma parte mais generosa para a transferência aos capitais, sob a forma financeirizada, e reduzirá o espaço das políticas sociais ao transformar aquilo que é de direito, e realizado pela política social, em novos espaços de investimentos de capitais. (GRANEMANN, 2016, p. 177-178)

⁴⁷ *Ibidem.*

⁴⁸ *Ibidem.*

Sendo assim, é esse fundo público que precisa ser redimensionado e é preciso desconstitucionalizar tudo o que resta de 1988, como tentativa de reverter a queda do lucro da burguesia por conta da grande crise causada por eles mesmos. O uso de grande fatia do fundo público pelos grandes capitais seria como uma contra tendência para resolver, nem que seja momentaneamente, a crise com o uso dos recursos alocados nas políticas sociais e com a abertura de novos espaços de investimentos para os capitais. Por todas essas questões, para os capitalistas é urgente a desconstrução dos direitos sociais.

O plano de saúde, por exemplo, que custa trinta reais por mês para a família e que tem pior atendimento do que qualquer hospital público. Mas, para a saúde se transformar num espaço significativo dos negócios dos capitais, deve-se, antes, assim como todas as outras políticas, degradá-la ao limite. A construção do descrédito de uma política social como a previdência pública, de um hospital público, de uma universidade pública combina, basicamente, dois ingredientes: redução do fundo público para realizar aquela política e destruição das organizações coletivas da classe trabalhadora. (GRANEMANN, 2016, p. 178)

A partir desta lógica, a população passa a escolher qual dos direitos sociais terá acesso pela via do mercado. No caso, os planos de saúde privados, na maioria dos casos, de má qualidade, passam a fazer parte das opções das famílias, ao invés de ocorrer o fortalecimento do SUS, o qual necessita de investimento e atenção do Estado na defesa dos princípios estabelecidos. O discurso de desconstrução diária do SUS, portanto, não tem como objetivo a detecção de seus problemas para construir a superação destes, mas sim para ter “legitimidade” de desmontá-lo e repassar para a iniciativa privada tudo que deveria ser público e de qualidade, providos fundamentalmente pelo poder público.

A autora ainda apresenta (2016, p. 179), que o governo Temer, bem aconselhado por quem auxiliou a lhe colocar na presidência da república, priorizou encaminhar uma PEC que estabelecesse um teto para os gastos sociais ao invés de priorizar a PEC 287/16, que tinha a finalidade de contrarreformar a previdência. A sua aposta e a dos grandes capitais, logrou êxito: a EC 95/16 (antes PEC 55/16), de tradução mais difícil para a classe trabalhadora, não mobilizou grandes contingentes contra sua aprovação. A própria dificuldade do movimento sindical, muitas vezes desacreditado por tantos anos de colaboração com os capitais ou pelo seu enfraquecimento na organização coletiva, possui sua parcela de responsabilidade por que não conseguiram ou não quiseram mobilizar forças para as lutas nas ruas, o

programa dos capitais e de seus governos acertou na implementação de sua política ao encaminhar em primeiro lugar a EC 95/16 para limitar o uso do fundo público com direitos sociais. Como explicar os impactos dessa emenda para a população?

[...] houve alteração na metodologia de cálculo para os próximos 20 anos, uma vez que não mais haverá a incidência do percentual de 15% sobre a arrecadação, passando a vigorar o *valor do ano anterior acrescido da correção do IPCA*, mudando-se, assim a regra da EC 86. A cada ano isso se repetirá, havendo sempre um piso em decorrência da correção inflacionaria sobre uma base inicial, e não em razão do crescimento da RCL. A EC 95 alterou, sem dizer expressamente, o percentual mínimo da saúde, que matematicamente deixou de ser de 15% sobre o valor RCL para ser o valor da receita corrente líquida de 2017, acrescida da variação do IPCA anual, incorporada no piso a cada ano. Um *percentual fixo sobre uma receita móvel deixa de existir nos próximos 20 anos, transformado, matematicamente, num valor fixo, base 2017, sem alteração em razão do crescimento da arrecadação fiscal das necessidades públicas* (SANTOS e FUNCIA, 2019) ⁴⁹.

No entanto, sabe-se o quanto é complexa esta discussão com a sociedade, porém se faz imprescindível coloca-la em pauta em todos os espaços da vida cotidiana, enfatizando que o corte e congelamento em saúde, por consequência, pioram os serviços e atendimentos na área; ressaltar que o capital, por conta própria não parará com suas ofensivas ao orçamento público, à possibilidade de um país soberano e democrático, e portanto, aos direitos sociais. Enquanto conseguirem, continuarão atentando à possibilidade de vida digna aos trabalhadores, e estes precisam construir suas formas de resistência e superação dessa realidade. Segundo Santos (2005, p. 82):

A luta por direitos se realiza enquanto ação política, na medida em que a regulamentação de um determinado direito numa sociedade fundada no antagonismo de classe, não acontece naturalmente, mas é na maioria das vezes, produto da organização coletiva, da correlação de forças e da articulação entre luta institucional, parlamentar e luta popular, extraparlamentar.

Diante do exposto, problematiza-se: Importa a quem entender os impactos da EC e os motivos da sua aprovação? Importa aos principais detentores do direito de acessar o orçamento público para atender as suas necessidades: os trabalhadores, que, como já demonstrado, são quem produz a riqueza de fato e precisam estar por dentro desses acontecimentos. Quando falta atendimento na Unidade Básica de Saúde, profissionais, insumos, atinge a quem? A construção de um sistema universal não deixaria de ser atacada, sendo uma das principais

⁴⁹ *Ibidem*.

conquistas dos brasileiros nas lutas pela redemocratização. Defender o SUS é defender o Brasil e a democracia. Ainda,

Com a EC 95, a saúde deixará de ser *subfinanciada* para ser *desfinanciada*, ou seja, perderá recursos anualmente para enfrentar as demandas da sociedade. Como se financiará a incorporação de novos medicamentos e de novas tecnologias que surgem de modo veloz, pois a biotecnologia e a tecnologia da informação não param de evoluir? Elas serão congeladas? E as necessárias e que ainda nem mesmo foram incorporadas? [...] O sistema de saúde não está consolidado do ponto de vista de sua sustentabilidade financeira, pois ainda faltam medicamentos, atendimentos, consultas, exames na qualidade e suficiência necessárias para a população brasileira. Os tratamentos de câncer são demorados, impondo ao doente prazos de espera incompatíveis com as suas necessidades, violando-se a lei que exige tratamento a partir de 60 dias da confirmação do diagnóstico. Congela-se um sistema *insuficiente*, que ainda não cumpriu o mandamento constitucional de garantia do direito, dando origem a um sistema que poderá ser inoperante. (SANTOS e FUNCIA, 2019)⁵⁰.

Congelar recursos é o mesmo que congelar serviços: o SUS congelou seus serviços nos níveis de 2017, sem nenhum acréscimo real e, com isso, ocorrerão gravíssimos danos ao sistema e à saúde das pessoas. A resultante será o aumento de doenças e mortes, comprovando assim que a EC 95 é inconstitucional e faz mal à saúde.

Mais do que nunca, para a construção de uma saída que interessa à classe historicamente explorada e oprimida no capitalismo, é necessária a resistência, a busca por organização coletiva que apresente e enfrente todas as barreiras impostas para as possibilidades de alcance a uma vida digna. Granemann (2016, p. 184) coloca que, como em tantos anos, quando a classe trabalhadora se levantou, parecia aos burgueses, quase sempre, que a toupeira (as lutas da classe trabalhadora) que, silenciosamente, cava no subterrâneo já estivesse morta. Para a eclosão de movimentos e de lutas de classe é necessário superar as dificuldades de mais de anos de apassivamento. Contudo, ao contrário do que pensam os coveiros da toupeira, ela continua a cavar e a esburacar o solo mais profundo para fazer ruir, um dia, toda a superfície. Construir resistência é necessário e possível.

A disputa pelo fundo público está presente em praticamente todas as lutas dos brasileiros, mesmo que por vezes ela não seja explícita. Para a elite, é a manutenção de seu poderio econômico, e por consequência, social. Para os trabalhadores, que são a maioria esmagadora da população, é questão de

⁵⁰ *Ibidem*.

sobrevivência. Portanto, tratar sobre os impactos da Emenda Constitucional 95 na política de saúde no contexto atual é trazer a luz uma temática fundamental para a compreensão de quais interesses estão em disputa no Brasil, e que a tão falada falta de orçamento para investimento público na verdade é um projeto de furto legalizado que ocorre há anos no país e precisa ser interrompido antes que já não exista mais Constituição Federal de 1988, SUS, direitos sociais, ou até mesmo, não exista mais uma nação a ser construída. Essa discussão é central para todos aqueles que acreditam e lutam por um país soberano e verdadeiramente democrático, que tenha condições de oferecer oportunidades de vida digna para todos os brasileiros e brasileiras.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar a construção desse trabalho, se faz necessário considerar elementos fundamentais para todo cidadão brasileiro (que, por vários motivos, não possuem acesso a essas informações e por consequência, não possuem consciência dessas questões), mas obrigatório para todo profissional de Serviço Social que respeita de fato o Projeto Ético Político Profissional.

A luta pela saúde pública no Brasil tem relação direta com a luta pela democracia. O movimento pela Reforma Sanitária Brasileira compreendia que, para ser possível a conquista do direito à saúde pública e de qualidade garantida pelo Estado era necessário superar os períodos de ditadura. O processo de redemocratização do Brasil, as grandes mobilizações populares para que eleições diretas à presidência da república fossem realizadas, impulsionaram a conquista da Constituição Federal de 1988, que contemplou a construção do SUS: Sistema Único de Saúde, grande vitória da população brasileira, tendo como base princípios e diretrizes que garantiriam o acesso a serviços de qualidade a uma área que tem preocupação central com a promoção da vida.

Uma lição importante e necessária de compreender é que o acesso aos direitos, assim como a história, não acontecem de forma linear, portanto, não ocorre, necessariamente, em uma crescente. Os diferentes projetos de disputa do Estado brasileiro estavam presentes na construção da Constituição Cidadã e continuaram desde então. A contrarreforma do Estado não deixou de ocorrer com a aprovação da Carta Magna. Ela foi um instrumento importantíssimo para a concretização de políticas, programas, projetos, serviços e ações relacionadas à saúde e a outras áreas, mas não garantiu por si só a implementação de tudo que estava previsto, ou dos desmontes depois de concretizado. Até mesmo alterações constitucionais foram brevemente realizadas depois da promulgação, na maioria dos casos, não em direção à garantia de direitos, mas sim na contrarreforma do Estado.

Por todos esses motivos, a participação popular através do controle social, movimentos sociais, organizações da sociedade civil, são essenciais para a construção de um Estado protetor. No Brasil, nada para o povo foi conquistado sem luta, mobilização, pressão e organização da sociedade. E o Estado, em diversos momentos, colocou-se contrário a essas lutas, até mesmo utilizando seu aparato para reprimir os movimentos populares.

O conhecimento acerca do fundo público é um instrumento fundamental para quem atua na defesa dos direitos sociais, inclusive para profissionais da área, pois possibilita o real entendimento das problemáticas brasileiras e da construção das políticas públicas, fazendo com que se atue sobre o que realmente é importante e central, não perdendo tempo e energia com implicações secundárias no desmonte público ou até mesmo a reprodução de um discurso que ajuda a legitimar a redução de investimentos.

Para abordar a Emenda Constitucional 95, conhecida como a emenda do teto dos gastos, é necessária a compreensão sobre a dívida pública, seu processo, desdobramentos, motivações... Algo grave ocorre no Brasil há muito tempo: uma “dívida” impagável junto ao sistema financeiro, que quanto mais se paga, mais aumenta, e a cada ano leva metade do orçamento público. Não há nação que resista a tal furto legalizado aos cofres públicos. Não haverá possibilidade de construir um Brasil soberano e democrático se não houver enfrentamento a essa temática. A EC95/2016 foi aprovada nesse contexto de disputa sobre os rumos do país, do êxito das forças que justamente se interessam em defender a continuidade do processo da dívida pública, de disputa de novos mercados para os capitalistas; o não só congelamento dos gastos, mas também, a redução deles, ocasionarão diversos problemas graves nas políticas públicas atingidas. E por fim, deixará de ser investido, no mínimo 200 bilhões de reais, somente na área da saúde em detrimento da manutenção do acúmulo de riqueza de poucos.

Na escolha dessa temática, não estava previsto o acontecimento de uma pandemia mundial que evidenciaria ainda mais a importância de existir um Sistema Único nos moldes do brasileiro, e menos ainda as dificuldades maiores que o país teria sob o comando do atual governo de Jair Messias Bolsonaro, eleito em 2018, que não respeita os princípios do SUS e, na disputa pelo orçamento público, contribui com os capitalistas, é antidemocrático e já demonstrou ser contrário a qualquer direito social garantido através do Estado. Atualmente, toda dinâmica cotidiana da população (e também em diversos outros países do mundo) se alterou por conta desta pandemia. A própria OMS (Organização Mundial da Saúde) e a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) ⁵¹ (2020) defendem o fortalecimento

⁵¹ Para maior aprofundamento, disponível em
<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6167:diretora-da-

dos sistemas de saúde nas diferentes nações e, além disso, defende que o Estado deva garantir condições básicas de vida para a população não somente em tempos de pandemia, mas de forma contínua. O órgão também advertiu que os aparatos existentes de garantias de direitos não são suficientes para contribuir no enfrentamento de situações atípicas como a atual.

Dessa forma, os profissionais de Serviço Social precisam estar em alerta e na defesa de questões que possibilitem a superação, de fato, dos problemas do Brasil:

- a) Defesa da Constituição Federal de 1988;
- b) A revogação da Emenda Constitucional 95;
- c) O apoio ao movimento pela Auditoria Cidadã da Dívida Pública;
- d) Defesa intransigente da democracia e apoio constante aos movimentos de participação popular;
- e) Impeachment de Jair Bolsonaro e a construção de um governo que se comprometa com as verdadeiras reformas democráticas estruturantes necessárias ao avanço do Brasil, inclusive para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

De pouco adianta o conhecimento acadêmico se ele não servir para contribuir com a construção de alternativas à superação dos problemas da realidade social. Por isso, é extremamente importante a dedicação de segmentos sociais na busca por maior aprofundamento em temáticas como essas abordadas no Trabalho de Conclusão de Curso. Tratar sobre saúde pública, conforme o conceito ampliado e a sua relação com a perspectiva crítica dos condicionantes e determinantes sociais, não é se referir especificamente a aspectos relacionados à área, mas sim de todas as questões econômicas, sociais, políticas e culturais que impactam na qualidade de vida dos sujeitos. Compreender o que está por trás de todos os acontecimentos que impactam diretamente nas políticas públicas sociais é fundamental para todo Assistente Social que defende e trabalha por condições de vida mais digna para toda a população usuária.

REFERÊNCIAS

AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA. **Orçamento Geral da União – Executado em 2012**. Brasília, jan. 2018. Disponível em: <https://auditoriacidada.org.br/conteudo/confira-os-graficos-do-orcamento-de-2012>. Acesso em: 05 jul. 2020.

BARROSO, Sérgio. **A crise sistêmica ontem e hoje**. Portal Vermelho, São Paulo, out. 2019. Disponível em: <https://vermelho.org.br/2019/08/10/a-crise-sistemica-ontem-e-hoje>. Acesso em: 16 maio 2020.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 6. Ed. São Paulo: Cortez, 2 v, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. **América Latina, Política Social e Pobreza: “novo” modelo de desenvolvimento?** In: SALVADOR, E. et al. (Orgs.). *Financeirização, fundo público e política social*. São Paulo: Cortez, 2012.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Impactos do “Novo Regime Fiscal” - Subsídios à Análise da Proposta de Emenda à Constituição - PEC nº 241/2016**. Brasília, DF: Estudo Técnico n.º 12/2016, Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira (CONOF), ago. 2016. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/arquivos/et-12-2016-impactos-do-novo-regime-fiscal-subsidios-a-analise-da-proposta-de-emenda-a-constituicao-pec-no-241-2016>. Acesso em: 06 jul. 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Emenda Constitucional nº 95, de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: dez. 2016. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>. Acesso em: 05 jul. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, e dá outras providências. Brasília, DF: jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 06 jul. 2020.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília, DF: Presidência da República, set. 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 29 jun. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a

organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: set. 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 04 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, dez. 1990.

BRASIL. Centro Cultural do Ministério da Saúde. **Sérgio Arouca**. Conferências Nacionais de Saúde: Contribuições para a construção do SUS. Rio de Janeiro, [20--]. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/cns/sergio-arouca.php>. Acesso em: 05 jul. 2020.

BRASIL. Senado Federal. **Pedalada fiscal**. Brasília, [20--]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/pedalada-fiscal>. Acesso em: 05 jul. 2020.

BRUM, Argemiro J.. **O desenvolvimento econômico brasileiro**. 28. Ed. Ijuí: Vozes, 1997. 632 p.

BUONICORE, Augusto César. **Linhas Vermelhas**: marxismo e os dilemas da revolução. Campinas: Anita Garibaldi, 2016. 414 p.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface-Comunic., Saúde, Educ.*, v.11,n. 23, p.605-618,set/dez. 2007.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. **Humanização do atendimento em saúde**: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Revista Latino-Am Enfermagem*, v. 13, n. 1, p. 105-11, 2005.

CRUZ, Marly Marques. **Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde**. In: OLIVEIRA, Roberta Gondim de; GRABOIS, Victor; MENDES, Walter Vieira. (Org.). *Qualificação dos Gestores do SUS*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD,. 2011. p. 21-33. Disponível em: <https://biblioteca.univap.br/dados/00002d/00002dfd.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2020.

DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 269-279.

SCOREL, Sarah. **Equidade em Saúde**. Dicionário de Educação Profissional em Saúde, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equasau.html>. Acesso em: 05 jun. 2020.

FACCHINI, Luiz Augusto. **A Declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos.** [Entrevista concedida a] Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz, São Paulo, dez. 2018. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>. Acesso em: 26 de Maio de 2020.

FERREIRA, Marieta de Moraes. **As reformas de base.** Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, [20--?]. Disponível em: https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/Jango/artigos/NaPresidenciaRepublica/As_reformas_de_base. Acesso em: 16 Maio 2020.

FIORI, José Luis. **Estado do Bem-Estar Social: Padrões e Crises.** Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, São Paulo, dez. 2012. Disponível em: http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/fioribemestarsocial.pdf/at_download/file. Acesso em: 16 Maio 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Sergio Arouca.** Rio de Janeiro, [20--]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sergio-arouca>. Acesso em: 16 Maio 2020.

GADOTTI, Moacir. **A dialética: concepção e método.** in: *Concepção Dialética da Educação*. 7 Ed. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1991.

GRANEMANN, Sara. O desmonte das políticas de seguridade social e os impactos sobre a classe trabalhadora: as estratégias e a resistência. *Serv. Soc. Rev.*, Londrina, v. 19, n.1, p. 171-184, jul./dez. 2016. Disponível em <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/28165/20357>. Acesso em: 16 Maio 2020.

JOFFILY, Bernardo. **Pequena história de um século da grande Revolução de Outubro.** Florianópolis: Anita Garibaldi, 2017. 92 p.

KONDER, Leandro. *O que é a dialética?*. São Paulo: Brasiliense, 2008. LAKATOS, Eva Maria. MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do Trabalho Científico**, São Paulo: Editora Atlas, 2009

LEONELLI, D.; OLIVEIRA, D. **Diretas já: 15 meses que abalaram a ditadura.** Rio de Janeiro: Record, 2004.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Determinantes Sociais de Saúde e a ação dos Assistentes Sociais: um debate necessário.** Serviço Social e Saúde, Campinas, Unicamp, p. 45-72, 12 dez. 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Paris, 1948. Disponível em: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf. Acesso em 16 de Maio 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. **Diretora da OPAS pede que países abordem emergências de saúde, social e econômica à medida que COVID-19 se espalha nas Américas.** Brasília, Maio 2020. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6167:diretora-da-opas-pede-que-paises-abordem-emergencias-de-saude-social-e-economica-a-medida-que-covid-19-se-espalha-nas-americas&Itemid=812. Acesso em: 08 jul. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PAIM, Jairnilson Silva; FILHO, Naomar de Almeida. **Saúde Coletiva: teoria e prática.** 1. Ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. 720p.

PAULA, João Antônio de. **A produção do Conhecimento em Marx.** In: _____. (Org.). A produção do conhecimento em Serviço Social. Cadernos ABESS, São Paulo: Cortez, n.5, 1992.

PIANA, M. C. **A construção da Pesquisa Documental: avanços e desafios na atuação do serviço social no campo educacional.** São Paulo: Política Nacional de Estágio da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, 2009.

PIANA, Maria Cristina. **A construção da pesquisa documental: avanços e desafios na atuação do serviço social no campo educacional.** São Paulo: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, 2009.

PORTAL VERMELHO. **2016 – ano do golpe contra o povo, o Brasil e a democracia.** São Paulo, dez. 2016. Disponível em: <https://vermelho.org.br/editoriais/2016-ano-do-golpe-contra-o-povo-o-brasil-e-a-democracia>. Acesso em: 02 jul. 2020.

_____. **O Brasil dos tempos do regime militar.** São Paulo, out. 2018. Disponível em: <https://vermelho.org.br/2018/10/19/o-brasil-dos-tempos-do-regime-militar/>. Acesso em: 16 Maio 2020.

SALINAS, Samuel Sérgio. **O Brasil no período entre as duas guerras mundiais.** Portal Vermelho, São Paulo, maio 2009. Disponível em: <https://vermelho.org.br/coluna/o-brasil-no-periodo-entre-as-duas-guerras-mundiais>. Acesso em: 16 Maio 2020.

SANTOS, Diogo. **Há uma nova situação política em curso no Brasil.** Portal Vermelho, São Paulo, nov. 2014. Disponível em: <https://vermelho.org.br/2014/11/24/ha-uma-nova-situacao-politica-em-curso-no-brasil/>. Acesso em: 02 jul. 2020.

SANTOS, Lenir; FUNCIA, Francisco. **Emenda Constitucional 95 fere o núcleo do direito à saúde**. Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 24 jan. 2019. Disponível em: <http://www.cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude>. Acesso em: 05 jul. 2020.

TRIGUEIRO, Osvaldo. **Assembleia Nacional Constituinte de 1946**. Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC), Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, [20--?]. Disponível: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/assembleia-nacional-constituente-de-1946>. Acesso em: 16 Maio 2020.

XAVIER, Santos. **Economistas investigam porque o capitalismo ainda não superou a crise de 2008**. São Paulo: Fundação Maurício Grabois, set. 2019. Disponível em: <http://www.grabois.org.br/portal/noticias/154901/2019-07-30/economistas-investigam-porque-o-capitalismo-ainda-nao-superou-a-crise-de-2008>. Acesso em: 15 Maio 2020.