

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ÁREA DO CONHECIMENTO DAS HUMANIDADES**

BIBIANA IGNÊS GASPARINI XERRI

**POLÍTICAS DE SAÚDE BRASILEIRAS E PANDEMIAS MODERNAS:
Uma análise dialética**

CAXIAS DO SUL

2021

BIBIANA IGNÊS GASPARINI XERRI

POLÍTICAS DE SAÚDE BRASILEIRAS E PANDEMIAS MODERNAS:

Uma análise dialética

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

Orientadora Profa. Ma. Elizabete Bertele

CAXIAS DO SUL

2021

ATA DE ARGUIÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Ao vigésimo sexto dia do mês de fevereiro de 2021, no endereço virtual meet.google.com/nqb-syxj-hzs, através da modalidade síncrona, se reuniu a comissão examinadora indicada pelo colegiado do curso de Serviço Social dessa universidade, integrada pelos seguintes membros: Dra. Ana Maria Paim Camardelo, Ma. Elizabete Bertele e Dra. Evelise Lazzari, para realizar a arguição do Trabalho de Conclusão de Curso da Aluna Bibiana Ignês Gasparini Xerri, intitulado **Políticas de Saúde brasileiras e pandemias modernas: uma análise dialética**, tendo por palavras chave *políticas públicas de saúde; pandemias modernas; historicidade; iniciativas públicas de enfrentamento; e impactos na população*, contabilizando um total de 86 páginas. Esse trabalho foi orientado pela Profa. Ma. Elizabete Bertele e foi 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 da Universidade de Caxias do Sul, obtendo as seguintes notas:

Profa. Dra. Ana Maria Paim Camardelo	Trabalho escrito: _____	Arguição: _____
Orientadora Profa. Ma. Elizabete Bertele	Trabalho escrito: _____	Arguição: _____
Profa. Dra. Evelise Lazzari	Trabalho escrito: _____	Arguição: _____

O somatório das notas leva à média final _____, transformada no código _____ de acordo com o Regimento Interno da Universidade de Caxias do Sul.

Comissão examinadora:

Ana Maria Paim Camardelo

Elizabete Bertele

Evelise Lazzari

Acadêmica:

Bibiana Ignês Gasparini Xerri

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, é preciso agradecer às pessoas sem quem eu (literalmente) não teria estado aqui: minha mãe (que “me quis”, a despeito de tudo); meu pai (que me apoiou, a despeito de todos); meu irmão (meu maior exemplo, modelo e com quem eu consigo conversar sobre tudo); minha avó (de quem me aproximei e entendi); e uma de minhas tias (a quem admiro e que me mostrou como é lindo amar o que se faz).

Em segundo lugar, passo à cronologia: à Brenda (que me acolheu e cuja organização e método adotei e levo comigo); à Marília Rafaela e Matheus (que me incluíram quando estava fora de meu meio); aos professores Eneuton (*in memoriam*) e Sabino (ambos cujas didáticas pude compreender, os conteúdos me interessaram e me senti, também, incluída e válida).

Em seguida, lembro pessoas cujas falas me marcaram: à professora Enara (que soube antes de mim o que eu passava); à Kimberly e Rachel (colegas de quem só recordo afeto e delicadeza); à Rita e Gabriela D. (que, cada uma a seu modo, me acolheram e me introduziram ao ambiente do Serviço Social).

À Sílvia, Andréia, Neide, Maria Elizabete e Pâmela (mulheres que são exemplos para mim, de quem estive junto em diversas disciplinas e por quem tenho muito carinho e admiração. Todas que me ensinaram muito).

Às professoras Ana, Elizabete, Evelise, Margareth, Rosane (que me acolheram e com quem tive trocas afetivas e acadêmicas - diferentes com cada uma - em diversos momentos e fases).

Finalmente e não menos importante, à todas as colegas, que são quem constrói o caráter do curso; à todos os professores dos diversos cursos que convivi, pois todos me constituíram; à todos que convivi ao longo desse processo, os quais, de alguma forma, me ensinaram algo.

O modo como aqueles que conheci me transmitiram o que sabem/souberam me marcou de algum modo; os que me “formaram” me ensinaram a interpretar o que li dos “mestres”. Os que aqui cito certamente não são todos os que me influenciaram, mas são alguns dos que consigo expressar claramente os legados. A humanidade em conjunto deveria ser contemplada em uma dedicatória considerando a construção social que é tudo, mas o que consegui exprimir, aqui consta em extenso.

RESUMO

O presente estudo é um trabalho de conclusão de curso, cujo tema trata de uma *trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil em relação às pandemias modernas*. O problema proposto nesse trabalho questiona *quão adequados são os modelos de atenção à saúde atuais em sua capacidade de resposta às pandemias modernas*. Seu principal objetivo é *analisar a política de saúde pública contemporânea em sua capacidade de responder às pandemias modernas*. Para compreender o objeto de estudo do trabalho, foi utilizado o método materialista dialético, com destaque às categorias *historicidade, particularidade, singularidade e totalidade da superestrutura*, além do próprio *ciclo dialético*, de tese, antítese e síntese. Esta monografia é um estudo exploratório ancorado na abordagem de pesquisa qualitativa. Foram utilizadas as pesquisas bibliográfica e documental para a coleta de dados referentes à temática. Inicialmente, se fez um resgate da política pública de saúde brasileira em sua constituição, partindo de um breve panorama do surgimento das políticas públicas de saúde a nível global. Em seguida, foi delimitado o que são pandemias modernas e quais foram as reações globais, em termos de legislações e iniciativas, para fazer frente a elas; logo, se retornou ao contexto brasileiro para identificar o paradigma desse país em meio às pandemias modernas. Por fim, se analisou a abrangência dos atuais modelos de saúde pública quando tratando de pandemias modernas, como a sociedade é por elas atingidas e o papel político dessas crises de saúde pública. Verificou-se que o modo como as políticas públicas de saúde foram historicamente implantadas no Brasil privilegia os interesses do capital, apesar das tentativas de universalização, pois essas foram vitimadas pela ofensiva neoliberal; sendo o sistema de saúde progressivamente precarizado, ao ser atingido por uma pandemia se mostra insuficiente e evidencia o aspecto discriminatório preconizado pelos governos de orientação política conservadora. Há possibilidades de resistência, encontradas principalmente na territorialização das iniciativas em saúde e da reorganização da gestão dentro dos equipamentos de saúde e nos programas assistenciais instituídos para suprir a população nesse (e em outros) períodos.

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde. Pandemias modernas. Historicidade. Iniciativas públicas de enfrentamento. Impactos na população.

ABSTRACT

The present study is an ending of course work, concerning a *path of the public health policies in Brazil in relation to modern pandemics*. The problem proposed for this work questions *how adequate are the health attention models in their capability to answer modern pandemics*. Its main objective is to *analyse the current public health policy in its capability of answering modern pandemics*. To understand this work's study object, the dialectical materialistic method was used, highlighting the categories *historicity, particularity, singularity* and *superstructural totality*, besides the own *dialectical cycle*, of thesis, antithesis and synthesis. This monograph is an exploratory study anchored in a qualitative approach. The bibliographic and documental researches were used to collect data about the thema. Firstly, a rescue of the constitution of the brasilian public health policy was made, starting from a short overview of the emergence of public health policies in the global level. Then, what modern pandemics are was delimited and which were the global reactions, in terms of legislations and initiatives, to face them; then, a return to the brazilian context to identify this country's paradigm amongst the modern pandemics. Finally, the coverage of the current models of public health when addressing modern pandemics was analysed, how society is by them stricken and the political role of these crises of public health. It was verified that the way public health policies were implemented in Brazil privileges the interest of the capital, although the universalization attempts, because these were victims of the neoliberal offensive; the health system being progressively precarized, when struck by a pandemic, it shows itself as insufficient and evidences the discriminatory aspect professed by the politically conservative governments. There are possibilities of resistance, found mainly in territorialization of health initiatives and in the reorganization of management inside the health equipments and in the assistance programs instituted to furnish the population in this (and in other) periods.

Key-words: Public health policies. Modern pandemics. Historicity. Public initiatives of coping. Impacts in the population.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIB - Ação Integralista Brasileira
AIS - Ações Integradas de Saúde
ANL - Aliança Nacional Libertadora
BPC - Benefício de Prestação Continuada
CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DATAPREV - Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social Ceme - Central de Medicamentos
DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública
ECDC - Centro Europeu de Prevenção a Doenças
EPIs - Equipamentos Individuais de Proteção
EUA - Estados Unidos da América
FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
Funabem - Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
Iapas - Instituto de Administração da Previdência Social
IAPI - Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LBA - Legião Brasileira de Assistência
LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
NOB - Norma Operacional Básica
OMS - Organização Mundial da Saúde
PAA - Programa de Aquisição de Alimentos
PAHO - Organização Pan Americana de Saúde

PBF - Programa Bolsa Família
PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PEC - Proposta de Emenda à Constituição
PNAE - Programa Nacional de Alimentação Escolar
RSB - Reforma Sanitária Brasileira
SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SAN - Segurança Alimentar e Nutricional
Sinpas - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUS - Sistema Único de Saúde
UTI - Unidade de Tratamento Intensivo
VIII CNS - VIII Conferência Nacional de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Fontes primárias e secundárias

12

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
Quadro 1: Fontes primárias e secundárias (baseada em quadro de Mann (1975, p. 66))	13
2 SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL: UMA ANÁLISE HISTÓRICA	15
2.1 História das políticas públicas de seguridade social: um panorama global	15
2.2 Contexto brasileiro: da invasão ao fim da República Velha	22
2.3 Expansão da previdência social no Brasil: do primeiro governo de Vargas à destituição de João Goulart	30
2.4 A previdência social durante a ditadura civil-militar brasileira: da ascensão à transição	38
2.5 Redemocratização e saúde: avanços e retrocessos	46
3 ABORDAGEM COETÂNEA DAS PANDEMIAS MODERNAS	54
3.1 Evolução das pandemias, da medicina, da previdência e o fator social	55
3.2 Mobilização subjetiva - discursos e interdiscursos	63
3.3 Impactos das diretrizes adotadas pelo país sobre a população	68
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76

1 INTRODUÇÃO

O trabalho de conclusão de curso representa a síntese do processo de formação da acadêmica no curso de Serviço Social, demonstrando sua habilitação a identificar expressões da questão social na contemporaneidade e a analisar com fundamentação teórica característica do método dialético-crítico. O produto desse esforço visa contribuir com as discussões do Serviço Social na atualidade, trazendo elementos respaldados cientificamente para corroborar com a validade do ângulo de argumentação explorado. O tema escolhido se relaciona com o período corrente, retomando a *trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil em relação às pandemias modernas*.

Em meio a pandemia de Covid-19 que atinge o mundo de forma expressiva desde o final de 2019, surgem questionamentos em relação às iniciativas governamentais brasileiras para dar conta da calamidade. Se problematiza o *quão adequados são os modelos de atenção à saúde atuais em sua capacidade de responder às pandemias modernas*. Dessa forma, se pode tomar como objetivo geral desse trabalho uma *análise da política de saúde pública contemporânea em sua capacidade de responder às pandemias modernas*.

Para poder discutir sobre as reações das autoridades públicas nacionais é preciso, inicialmente, conhecer como está estruturado o sistema de saúde do país a partir da *investigação da política pública de saúde brasileira*. Estudar esse sistema particular implica no reconhecimento de suas origens, baseadas em modelos estrangeiros. Essa discussão é realizada no primeiro capítulo do estudo, denominado *Sistemas de proteção social: uma análise histórica*.

No segundo capítulo, nomeado *Abordagem coetânea das pandemias modernas*, para *compreender o que são as pandemias modernas e como comoveram o mundo*, se adentra nas reações internacionais, considerando legislações e iniciativas, de enfrentamento a essas pandemias e o paradigma brasileiro dentro desse contexto. Dentro disso, se constata a *abrangência social dos atuais modelos de saúde pública quando tratando das pandemias modernas*, adentrando na comoção social por essas contingências criadas por meio da análise do papel da mídia na influência de comportamentos na sociedade e como os profissionais da saúde, especificamente, reagem ao contexto. Finalmente, medidas adotadas pelo governo brasileiro são comparadas com atitudes semelhantes em outros países, fazendo refletir sobre a adequação de tais atitudes na redução do contágio, investigando se pandemias são, de fato, “democráticas” e qual o papel político que acabam agregando.

A análise de um evento que sob um olhar imediato parece ímpar evidencia sua *historicidade*, que é a tendência *dialética* da *reprodução* das organizações e acontecimentos ocorridos no passado. O movimento de partir de um pressuposto e se deslocar por meio das matizes do fenômeno é característico do ciclo dialético histórico, que faz emergir, tanto diferenças entre o recente e o passado, quanto permite identificar reconfigurações dos modelos anteriores.

As manifestações da realidade no nível *particular* expressam movimentos *singulares* - uma dimensão mais abrangente da realidade -, que refletem e se espelham na *totalidade* da superestrutura¹. Totalidade “não significa apreensão de todos os fatos. Significa a percepção da realidade como um todo estruturado, dialético” (KOSIK, 1995, p. 49, apud FRAGA, 2010, p. 55). Portanto, a realidade de um contexto singular/particular pode ser compreendida quando se conhece os determinantes da macroestrutura social, para então aproximar-se da conjuntura a ser investigada, revelando as reproduções em escala reduzida dos mesmos fenômenos suprasistêmicos.

O ciclo dialético historicista perpassa o trabalho integralmente e é explorado a partir

1. da particularidade das políticas públicas de seguridade brasileiras em relação ao contexto singular das políticas de seguridade emergidas das demandas trabalhistas mundiais na totalidade do modo de organização do trabalho nos moldes capitalistas; e
2. da particularidade das iniciativas brasileiras perante a Covid-19 e as reações suscitadas por ela em relação a contextos semelhantes durante algumas das pandemias modernas (dimensão da singularidade), dentro da totalidade da organização mundial de enfrentamento às pandemias modernas.

Reconhecer as atitudes de enfrentamento às pandemias modernas por parte dos governos é importante visto o período sendo vivido, em que o mundo se encontra dependente da consecução de uma vacina e, ademais, devido à tendência de novas patologias que redundam da alteração biológica e ambientais fruto da intervenção antrópica em nichos ecológicos antes sem a presença humana e pelo uso de pesticidas, consequências da demanda por produção e urbanização desordenada características do capitalismo (POSSAS, 2001).

¹ “Termo empregado pelos marxistas para designar a ordenação política e jurídica, bem como as ideologias políticas, filosóficas, religiosas etc., na medida em que dependem da estrutura econômica” (ABBAGNANO, 2007, p. 1099)

Como metodologia, o presente estudo se orienta pelo método hegemonicamente² aceito dentro do Serviço Social desde a década de 1990 e respaldado pela Constituição Federal de 1988, o método dialético-crítico marxista, fundamentado no Materialismo Histórico-Dialético³, guiado por um projeto emancipatório, baseado na

crítica ao tradicionalismo e às outras matrizes reconceituadas; crítica à “neutralidade”, à departamentalização (...) recusa (...) de integração social e de individualização dos problemas sociais (...) em função: da historicidade (...), das relações existentes entre as diversas classes sociais (...). A transformação da sociedade (...), conscientização, capacitação e organização (...), interligação entre método, teoria e realidade (SILVA, 2013, p. 99)

Evidencia-se, assim, a *negação*⁴ das correntes tradicional e conservadora, que estiveram em embate com a perspectiva crítica durante o movimento de reconceituação do Serviço Social na América Latina, na década de 80. Apesar do embate entre as vertentes teóricas ter se evidenciado no momento de efervescência da ruptura com a ditadura civil-militar, assinala-se que as matrizes têm um histórico de conflitos que remete, oficialmente, ao Chile da década de 60, quando a categoria profissional “toma consciência da existência da hegemonia das classes dominantes, das contradições da sociedade e do papel que a profissão vinha exercendo” (BARBOSA, 1997, p. 39) e passa a empreender uma busca por “alternativas para uma ação que atendesse aos problemas específicos das sociedades latino-americanas” (BARBOSA, 1997, p. 25); caminho, esse, inicialmente inspirado na metodologia de Paulo Freire.

O trecho de Silva (2013) supracitado também lembra que o Serviço Social não é uma profissão neutra, o que significa que a categoria abertamente defende o projeto societário que lhe guia, visando fortalecer a classe trabalhadora; não pode ser exercida desconectada das outras em sua atuação; seu objetivo não é culpabilizar o indivíduo, mas entender que suas necessidades decorrem das relações estabelecidas e necessárias à manutenção do modo capitalista de produção. Declara que a realidade é passível de compreensão, mediante a

² Considerando hegemonia como o predomínio de uma dentre as demais vontades coletivas, que democraticamente coexistem sem buscarem erradicar a outra (CARDOSO, 2013)

³ Visão em que “o mundo (...) [é] uma síntese de ideia e matéria que apenas poderia existir a partir da transformação da realidade (...) conforme um projeto previamente ideado na consciência” (LESSA; TONET, 2011, p. 41). Em outras palavras, a consciência dos sujeitos é influenciada pelo meio onde vivem, pelo que conhecem, ao mesmo tempo que os produtos da criação desse sujeito são condicionados pelas projeções que suas mentes são capazes de formular.

⁴ Negação compreendida nas palavras de Konder (1998, p. 59) como um movimento que “não se esgota em contradições (...) nem se perde na eterna repetição do conflito (...). A afirmação engendra (...) sua negação, porém a negação não prevalece (...) e o que acaba por prevalecer é uma síntese”; ou seja, como uma característica dialética que não “aniquila” o anterior ou antagônico, mas o modifica conforme seu argumento para formular uma síntese.

utilização das categorias do método (dentre elas: trabalho, historicidade, contradição, mediação, reprodução, alienação, etc.).

O método oferecendo uma direção para a apreensão da realidade, ainda é necessário delimitar quais materiais serão utilizados durante a pesquisa e como serão analisados. Assim, se recorre aos procedimentos metodológicos das ciências humanas e sociais. Sendo essa área do conhecimento amplamente abrangente, é necessário selecionar fontes condizentes com a área específica na qual se pretende aprofundamento, sintetizando as diversas informações obtidas para possibilitar a posterior análise do material coletado e organizado. Considerou-se, portanto, adequado o emprego da metodologia da pesquisa qualitativa, pois essa é utilizada

Quando o tema escolhido é bastante genérico, tornam-se necessários seu esclarecimento e delimitação, o que exige revisão da literatura, discussão com especialistas e outros procedimentos. O produto final deste processo passa a ser um problema mais esclarecido, passível de investigação mediante procedimentos mais sistematizados (GIL, 2008, p. 27)

Salienta-se, no entanto, a dimensão dialética do conhecimento: quando o sujeito constrói um saber baseado em sua experiência, o modo como significa o que apreende – maneira, essa, que é mediada pela sua posição frente a macroestrutura social, como fatores socioculturais e políticos – proporciona uma visão subjetiva do cotidiano. Em outras palavras, o que se passa na realidade material afeta o sujeito em seu interior, incide nos seus sentimentos e pensamentos; isso, por sua vez, faz com que, quando esse indivíduo materialize essa projeção teleológica, estará externalizando na realidade objetiva uma forma da *práxis*. Assim, os dados coletados devem ser interpretados não como informações estanques, mas como resultados do vivido, tendo dimensões *afetivas* e particulares provocadas pelo processo de pesquisa e pelo posicionamento ético-político dos autores.

Gil (2008) traz a *revisão da literatura* como uma ferramenta metodológica da pesquisa qualitativa e que será aqui empregada: para a revisão bibliográfica, serão selecionados artigos, cartilhas, livros e documentação pertinentes ao recorte determinado. Peter Mann (1975) traz uma concepção de documentação como fonte de dados que inclui (listando, aqui, os que serão utilizados dentre os trazidos pelo autor), além de registros oficiais, jornais e estatísticas oficiais, fontes primárias e secundárias:

Quadro 1: Fontes primárias e secundárias (baseada em quadro de Mann (1975, p. 66))

	Primários	Secundários
Contemporâneos (Registro)	Compilados na ocasião pelo autor “Eu estou escrevendo agora”	Transcritas de fontes primárias contemporâneas “Ele escreveu no momento”

Retrospectivos (Relatório)	Compilada após o acontecimento pelo autor “Eu escrevi depois”	Transcrita por fontes primárias retrospectivas “Ele escreveu depois”
----------------------------	--	---

Pensando nos dados sistematizados, adentra-se na questão das fontes secundárias, recorrendo a artigos, livros e revistas sobre a matéria; para tanto, serão feitas sínteses na forma de fichamentos:

Durante o período de coleta de dados, o pesquisador deve organizar o material pesquisado de tal forma que na hora da análise e do relatório final não se sinta perdido. O fichamento dos livros lidos, a partir das questões da pesquisa, é uma forma prática de juntar a teoria e o material empírico.

(...)

Ao fichar um livro, somos obrigados a ler com profundidade, buscando compreender cada ideia e categoria utilizada. (GOLDENBERG, 2004, 81-84)

Os fichamentos seguem um molde constituído de: referência completa da fonte; a tabulação dos conceitos chave, com todas as definições deles que o texto abarca; citações relevantes – diretas ou indiretas; e entremeios de parágrafos reelaborando sinteticamente porções dos textos que permitam compreender linearmente as informações destacadas.

Após os dados coletados e organizados, se buscará neles respostas às questões propostas que orientam o desenvolvimento do tema, construindo uma síntese dos conhecimentos transmitidos pelos autores de referência de modo a verificar como o problema da pesquisa pode ser respondido. O tema tem sua importância considerada em alguns níveis: para o Serviço Social e para a sociedade, oferece uma breve incursão histórica nas políticas públicas de saúde brasileiras; para os que pretendem analisar as políticas públicas de saúde nas épocas de pandemias, proporciona um resumido compêndio das medidas já tomadas em contextos anteriores e suas consequências, além de um olhar panorâmico do evento mais recente. Concebe-se, assim, que essa pesquisa possibilita, por meio do resgate histórico, a avaliação dos processos desenvolvidos até o momento, com eles aprender e desenvolver estratégias de acesso aos serviços conforme os contextos sociais, políticos e contingências excepcionais.

2 SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL: UMA ANÁLISE HISTÓRICA

O presente capítulo consiste de uma revisão histórica das políticas públicas de saúde, algo necessário quando se busca compreender as reações públicas a eventos críticos na área da saúde, como são as pandemias. Para tanto, são divididos cinco subcapítulos: o primeiro deles trata de uma breve incursão da proteção social em panorama mundial, partindo das origens do trabalho sob o capitalismo, perpassando as diferentes configurações do Estado e suas formas de atender as demandas da população trabalhadora.

Os próximos quatro subcapítulos tratam de duas das políticas de seguridade social⁵ brasileira (sendo esse o recorte geográfico dessa pesquisa) pois, como se verá, as políticas de previdência e saúde se entrelaçam ao longo da história do país. Os períodos elencados como recorte temporal são, primeiramente, da invasão do território brasileiro pelos portugueses até o final da Primeira República; em seguida, do primeiro governo de Getúlio Vargas à queda de João Goulart; após, os anos da ditadura civil-militar; e, finalmente, a redemocratização, dando especial enfoque ao Sistema Único de Saúde e as políticas relacionadas a ele até o período recente.

2.1 História das políticas públicas de seguridade social: um panorama global

Esse subcapítulo se dedica a compreender, concisamente, o processo de mudança no sistema produtivo que origina a exploração do trabalho sob o capitalismo e a decorrente reorganização na estrutura social que possibilitou a organização dos trabalhadores em prol de proteção, em sucessivas alterações do entendimento da política pública⁶ e da compreensão da responsabilidade do Estado ao longo da história do capitalismo.

⁵ A proteção social designa os mecanismos, em diversos graus de institucionalização, constituídos pela sociedade para proteger seus membros das contingências da vida - como velhice, doenças e privações. A seguridade social parte do reconhecimento do valor do trabalho na organização da sociedade por meio do salário e oferece garantias aos trabalhadores perante os principais riscos da existência. Os serviços de proteção social são os implantados e geridos pelo Estado, como sua reconhecida função de intervenção no processo de distribuição da riqueza, permitindo o acesso aos cidadãos aos recursos sociais. No Brasil, dentro da proteção social, há o chamado *tripé da seguridade social*, que “abriga três políticas de proteção: saúde, previdência e assistência social” (YAZBEK, s/a, p. 17)

⁶ A política pública pode ser entendida como uma “estratégia de ação pensada, planejada e avaliada, guiada por uma racionalidade coletiva, na qual, tanto o Estado como a sociedade, desempenham papéis ativos” (PEREIRA, 2009, p. 96); é uma orientação à ação pública, sob responsabilidade das autoridades públicas e controle da sociedade, que se materializa por meio programas, projetos e serviços, buscando concretizar direitos sociais (PEREIRA, 2009).

A literatura consultada demonstra que até o século XV a macroestrutura social estava organizada, na Europa, na forma pré-capitalista, com o princípio dos burgos; nessa época, o comércio inicia sua difusão e os mestres de ofício percebem que seu conhecimento acerca da produção de determinado bem é valioso, preferindo deixar de aceitar aprendizes, para comandar uma produção dividida em etapas, alienando o processo total e o produto final dos trabalhadores que o manufaturaram. Essas manufaturas permitem que o mercado seja estendido, através do incremento produtivo, e que a função do trabalhador seja cada vez mais especializada⁷. Esse é o princípio da divisão do trabalho nos moldes capitalistas⁸ (BRAUDEL, 1989).

O modelo capitalista dominante a partir do século seguinte é o *capitalismo comercial*, cujo sistema econômico *mercantilista*, caracterizado por um Estado altamente interventor⁹ permitiu a realização das grandes navegações. Ali, no início do século XVI, são postos os alicerces ao processo de constituição do Estado moderno¹⁰. Como o poder central, representado pela monarquia, tinha sua legitimidade vinculada ao capital que conseguia trazer para seu próprio território, uma das funções desse Estado forte era garantir o lucro e condições comerciais (incluindo consumidores) aos mercadores e detentores dos meios de produção. Esses, por sua vez, ao obterem seus proventos, aumentavam a acumulação e a força estatal (ROSSETI, 1995).

⁷ Assinala-se que o presente trabalho visa meramente uma introdução superficial sobre os modos de organização da produção capitalista, sendo assim, não se pretende aqui adentrar no estudo das manufaturas; para mais informações e/ou aprofundamento, consultar o capítulo XII de *O Capital* (MARX, 1996), denominado *Divisão do Trabalho e Manufatura*.

⁸ Salienta-se a divisão do trabalho *no modo de produção capitalista*, visto que a divisão do trabalho acompanha a sociedade em toda sua história, que é a história da objetivação da *práxis* primordial (o trabalho), necessitando ser uma tarefa executada em sociedade (NETTO, BRAZ, 2007); o modo de produção capitalista, no entanto, anula a perspectiva de *práxis* para fazer do trabalho uma mercadoria a ser explorada (pelo detentor dos meios de produção) ou vendida (pelo trabalhador).

⁹ Como visto, a economia dos feudos era autossuficiente, atrelando produção e consumo. Com o desenvolvimento das cidades, o campo se torna responsável pelas atividades primárias e as cidades pela transformação. Surge, com a vida na cidade, a economia era de mercado: a riqueza se concentrava na esfera do comércio/circulação, sendo que nesse período *riqueza* começou a ter uma utilização econômica, levando a necessidade de uma economia monetária. As cidades-mercados (onde se concentrava o comércio ou ocorriam grandes feiras) se expandiram conforme a necessidade dos comércios e passaram a agregar territórios adjacentes para garantir o suprimento de seus mercados. Dessa forma, as fronteiras entre as regiões se deslocaram, colocando sob o domínio da região mais poderosa (na negociação, economia ou combate) mais territórios, o que finalmente agrega os *Estados nacionais*. A busca pelo metal precioso para a moeda do *Estado-nação*, foi um dos motivos das disputas entre os Estados, o que levou ao apoio da organização do *Estado de intervenção*, onde o capital da monarquia se unia ao privado para fomentar as guerras por minério e benefícios econômicos na Europa e, depois, o expansionismo para outros locais do globo (BRAUDEL, 1996; ROSSETI, 1995).

¹⁰ O *Estado Moderno* se diferencia pela busca por: maior centralização do poder (unificado no príncipe amparado por uma máquina administrativa); pelo fim da primazia do poder religioso católico sobre o político (como era o caso nas unidades feudais); pela constituição de uma estrutura formal de gestão do poder, em processos próprios e preestabelecidos. A ordem estatal se tornou um projeto “racional”, onde o *contrato social* simbolizaria a passagem do Estado de natureza ao Estado civil. Assim, há o reconhecimento jurídico de direitos e liberdades - conforme o prestígio individual (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998).

Forja-se uma aliança entre burguesia e Estado, permitindo a unificação de seus territórios (em contrapartida aos feudos) gradualmente em Estados-Nação, reconhecendo também as terras dominadas em outros continentes como suas próprias posses (ROSSETI, 1995). A conquista dessas terras, antes ignoradas, significa o estabelecimento de novas fontes de riqueza bruta e mais oportunidades de comerciar, tanto produtos diferentes, quanto com novos mercados.

O Estado moderno, então sendo estruturado, só irá se consolidar com a primeira Revolução Industrial, na segunda metade do século XVIII: por volta do século XV o comércio passa se disseminar mais amplamente na Europa, assim elevando a demanda por produtos e, como consequência, pelo trabalho. Onde antes os artesãos detinham o conhecimento de todo o processo produtivo e das ferramentas de produção¹¹, a partir de então o trabalho começa a ser dividido em etapas¹², os mestres de ofício tendo posse particular do conhecimento de todas as etapas de trabalho necessárias à produção da mercadoria, dos meios de produção e da matéria-prima e comprando a força de trabalho alheia, por meio de salários, de pessoas desapropriadas dos meios de produção - os trabalhadores, operários (BRAUDEL, 1989).

Decorrência da nova estrutura econômica é a reorganização social, política e cultural, por meio de um capitalismo de inspiração liberal e fisiocrática¹³, em consequência, afastando o Estado da intervenção na economia (XAVIER; CHAGAS; REIS, 2019). A economia de troca (com a moeda como correspondente universal), baseada na divisão do trabalho, requer a propriedade privada, que necessita que contratos sejam respeitados. Essa segurança – a garantia da propriedade privada - é a função que a burguesia demanda do Estado (BRAUDEL, 1996; ROSSETI, 1995).

Observa-se que a produção costumava ser regulada – seja pelos costumes (no campo), seja pelas guildas (nas cidades) –, porém, com a expansão urbana simultânea ao esvaziamento

¹¹ Os meios ou fatores de produção abrangem os bens de capital (aqueles utilizados na fabricação de outros bens não se desgastando completamente no processo, como máquinas, equipamentos, instalações. São caracterizados por sua capacidade de contribuir para o aumento da produtividade da mão-de-obra), terras, prédios e matéria-prima (VASCONCELLOS; GARCIA, 2001).

¹² Cada trabalhador deveria se especializar em alguma(s) tarefa(s), de modo a aumentar a destreza pessoal em determinada tarefa, assim reduzindo o tempo necessário a realização da tarefa causando o aumento da produtividade e provendo condições para que o trabalhador desenvolvesse estratégias ou máquinas para aperfeiçoar sua tarefa (VASCONCELLOS; GARCIA, 2001).

¹³ Algumas de suas principais ideias: [1] Sistema econômico como um organismo: a ordem natural que rege a sociedade é semelhante a que ordena a natureza física. [2] O lucro é a parte da riqueza que excede a riqueza consumida no processo produtivo – a única atividade capaz de produzir excedente é a agricultura; a indústria e serviços não geram excedentes, são apenas transformação. [3] O desenvolvimento se dá pela acumulação – utilização do excedente para formar capital. [4] Defesa da não-interferência do Estado em qualquer etapa do processo produtivo, restrito a questões de segurança interna e externa. [5] Cunharam o termo *laissez far* (livre iniciativa).

rural, a produção não tem condições de suprir as necessidades das cidades. Com a melhoria das técnicas agrícolas visando aumentar a produtividade, as regulações tradicionais vão desaparecendo e a *livre iniciativa* se dissemina: tudo passa a ser resolvido de acordo com oferta e demanda, dando proeminência à esfera da circulação, impulsionando a acumulação capital. Nesse contexto, o Estado autoritário se torna obsoleto (BRAUDEL, 1996).

A livre concorrência garante cada vez mais produção e consumo, aumentando a importância da dimensão econômica na vida das pessoas. A industrialização populariza ainda mais a livre iniciativa, visto que a sociedade parece gerar mais riqueza quanto menos regulada for – enquanto o órgão regulador, o Estado, não gera riqueza alguma.

A sociedade passa a se orientar pelo princípio da *liberdade*: é o período da Revolução Francesa, apoiada numa concepção de modernidade iluminista. As forças liberais agiam segundo interesses de classe, admitindo desigualdade, dominação de classe, escravidão, colonização e preponderância da esfera econômica sobre a política e social. A luta social é em prol dos direitos civis e contra o Estado absolutista (YAZBEK, s/a).

O homem se torna um indivíduo cada vez mais “livre”. Na cidade, se torna um proletário¹⁴ desvinculado da terra e dos meios de produção, vende sua força de trabalho; no mercado de trabalho as pessoas necessitam vender sua força de trabalho para viver, a tornando mercadoria. Sob a dominação da esfera econômica, tudo se torna mercadoria, a esfera econômica invade todas as instâncias da vida social (VASCONCELOS; GARCIA, 2014).

O Estado assume meramente a função de proteção patrimonial e das liberdades individuais, tutelando a ordem social para que o indivíduo não se sentisse no direito de fazer justiça com as “próprias mãos”; como detentor legal do monopólio da violência, é capaz de manter a ordem social, impondo direitos e deveres, por meio da instituição de códigos e normas repressivos e punitivos (XAVIER; CHAGAS; REIS, 2019).

A regulação social é deixada a cargo do mercado, e a inserção no ciclo produtivo é o que garante o nível de bem-estar individual. O Estado liberal¹⁵ da época se absteve de políticas sociais por entender que estimulariam o ócio e o desperdício por parte dos trabalhadores, relegando a serviços e benefícios à participação individual contributiva,

¹⁴ “cidadão pobre, útil apenas pela prole, i.e., pelos filhos que gerava” (FERREIRA, 1986, p. 1400)

¹⁵ O Estado Liberal perdurou durante a fase do capitalismo concorrencial, até a década de 1940; se caracteriza por intervir minimamente na sociedade, atribuindo ao próprio indivíduo a responsabilidade por seu bem-estar, ao mesmo tempo que privilegia questões econômicas, deixando o mercado livre para regular a si, as relações econômicas e sociais. Ao Estado cabe desenvolver ações complementares ao mercado - nunca garantir um mínimo de condições de sobrevivência fora do mercado de trabalho, pois, para essa ideologia, políticas sociais são estímulos ao ócio e ao desperdício e a atenuação da pobreza deve ser alvo da caridade privada (PEREIRA, 2013).

conforme o modelo Bismarkiano de seguro social, surgido em 1883 e preponderante até a década de 1940 (YAZBEK, s/a).

Esse paradigma começa a mudar com a expansão da industrialização, quando a *questão social*¹⁶ se explicita. O modelo de seguridade Bismarkiano surgiu quando as lutas operárias por melhores condições de vida e trabalho evidenciaram que, para que houvesse mais trabalho a ser explorado, era necessário que os trabalhadores dispusessem de um certo grau de segurança social. Dessa forma, as “inseguranças individuais” se tornaram “assunto público, por meio da socialização dos custos da proteção com toda a sociedade” (BALDWIN, 1992, *apud* PEREIRA, 2013, p. 16).

Entretanto, não é possível dizer que esse modelo se ocuparia com a sociedade toda, o que lhe faria discordante do sistema liberal da época - considerando que a proteção era destinada a proteção de trabalhadores formalmente empregados, o que faz com que seja considerado um modelo de *seguro social* - enquanto o apoio às famílias que não conseguiam acessar o mercado formal de trabalho e, portanto, os serviços contratados com a arrecadação da categoria profissional, era provido por ordens religiosas e pela comunidade através de obrigações pessoais ou em consequência da caridade (PEREIRA, 2013; YAZBEK, s/a).

Todavia, com a pauperização massiva dos trabalhadores devido a exploração irrestrita do trabalho, as formas de sociabilidade se reformulam, a exemplo a organização do proletariado como classe, assim possibilitando sua mobilização em reivindicações em prol de melhores condições de trabalho e de proteção social. Com isso, a pobreza passa a ser percebida como efeito colateral da estrutura social capitalista, demandando a intervenção dos poderes políticos na regulação das condições de vida e de trabalho, dessa forma institucionalizando mecanismos de proteção, originando a *política social* (BOSCHETTI, 2017; PIANA, 2009).

Em outras palavras, a necessidade de intervenção do Estado provém tanto da pressão social exercida pela população em busca de proteção social, quanto da necessidade de regulação da atividade econômica para reduzir as distorções alocativas (associada ao fornecimento de bens e serviços que precisam ser providos a totalidade da população, que não são oferecidos adequadamente pelo mercado) e distributivas (traduzida na redução da

¹⁶ A *questão social* se origina da contradição capital vs. trabalho, onde o trabalhador é alienado do produto do seu trabalho, não se reconhecendo nele quando vai comprar uma mercadoria; o capitalista, apesar de não atuar na produção em si do bem, retém todo o lucro dele oriundo, pois extrai do trabalhador mais trabalho do que lhe paga através do salário, acumulando capital. É uma antítese entre exploração e trabalho, que, quando o trabalhador toma consciência da realidade que o envolve, passa a resistir. (Antinomia capital x trabalho/ exploração x resistência) (PASTORINI, 2004).

disparidade de renda), promovendo o desenvolvimento social e econômico através de políticas públicas (como o investimento em educação que, por sua vez, estimula o desenvolvimento tecnológico da nação) (VASCONCELLOS; GARCIA, 2001). Fica claro, dessa forma, o caráter de expressão da luta de classes da política social: da ótica da classe trabalhadora é a conquista de direitos enquanto, na dimensão do capital, é um modo de aplacar as demandas dos trabalhadores ao mesmo tempo que garante a reprodução da exploração do trabalho necessária a produção no modo de vida capitalista (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

O marco do surgimento de um novo modelo de seguridade social emerge com a Crise de 1929, quando os Estados Unidos da América adotam as formulações de Keynes em defesa de maior intervenção do Estado na economia e sociedade, pactuando os interesses de trabalhadores e capital, originando o Estado de Bem-Estar Social: o risco de um cidadão não conseguir prover seu próprio sustento deixa de ser entendido como problema individual e passa a ser uma responsabilidade pública. Para tanto, o Estado se encarrega de sustentar níveis altos de empregabilidade e prover políticas sociais universais (PIANA, 2009).

O modelo de seguridade característico do Estado de Bem-Estar Social é chamado de *Beveridgiano*, resultado do Plano Beveridge executado na Inglaterra em 1942 como forma de redistribuir a renda da nação e estabelecer políticas públicas buscando manter um padrão mínimo de vida à população (YAZBEK, s/a). Esse modelo inaugura o conceito de *seguridade social*, pois soma ao seguro social (como dito, que protegia os trabalhadores formais) um sistema mais amplo, atendendo inclusive “não-trabalhadores” (PEREIRA, 2013).

O Estado de Bem-Estar se comprometia a possibilitar o pleno emprego, a cobertura universal de serviços sociais e a garantia de uma renda mínima para *todos* os cidadãos. Não se pode, porém, acreditar que essas medidas se originaram de consciência social: essa reorganização foi necessária para sustentar a expansão do sistema capitalista, o defendendo das manifestações proletárias que se encontravam em péssimas condições de vida e das dos trabalhadores quanto às péssimas condições de trabalho (PEREIRA, 2013).

Ademais, o precursor do plano, William Beveridge, não tinha dimensão dos problemas enfrentados pela sociedade como expressões da questão social, mas como “catástrofes pessoais” (PEREIRA, 2013, p. 181) e considerava a desigualdade e a meritocracia como essenciais para o desenvolvimento da economia capitalista (PEREIRA, 2013, p. 185).

No entanto, a partir da década de 1970, se passa a questionar a viabilidade econômica de manter um Estado de Bem-Estar em meio a crise econômica acarretada pelo choque do

petróleo, aumento da inflação, redução do crescimento econômico e inovações tecnológicas que alteram as relações de trabalho. A instabilidade empregatícia rompe a relação do trabalho e proteção social e as alterações demográficas (como o envelhecimento da população, alteração nos padrões familiares, migrações) (YAZBEK, s/a).

Os ajustes econômicos e consequente demanda à reforma do Estado passam a ser prioridade e a questão social retorna a ser encarada sob ótica filantrópica; a classe trabalhadora tem seu poder de demanda dentro do Estado reduzido; ao invés da nacionalização da produção, as empresas públicas são progressivamente privatizadas e os mecanismos de mercado são internacionalizados, prejudicando os países exportadores de *commodities* e importadores de produtos finais e tecnologia (VALLE; LEITE, 2018).

As crises capitalistas incidem no mundo do trabalho aumentando o desemprego, que é mais um processo social do que tecnológico, impulsionado pela necessidade capitalista de gerar reservas de desempregados para poder pressionar a redução de salários e o aumento da exploração. Essas alterações no mundo do trabalho influenciam o modo de ser da classe trabalhadora: enquanto se disseminam formas de trabalho temporário, *part-time*, em empresas enxutas, redução de empregos estáveis, flexibilização da legislação trabalhista e trabalho terceirizado a exploração do trabalho é naturalizada, os sindicatos perdem a função histórica de confronto e passam a priorizar acordos internos com as empresas, de modo geral enfraquecendo a classe trabalhadora no sentimento de pertencimento e na representação coletiva (ANTUNES, 2010; CHAVES; GEHLEN, 2019; TRINDADE, 2017)

As mudanças estruturais são legitimadas por uma campanha ideológica de aceitação do neoliberalismo e pelo retorno da individualização das expressões da questão social, responsabilizando o indivíduo pelo seu sucesso ou fracasso no mundo do trabalho, internalizando o trabalho em sua subjetividade e incentivando a *autoexploração* do trabalho. Outra característica que torna a emergir é o retorno do sujeito a recorrer a antigas instituições - como família, igreja e personalidades carismáticas - para encontrar sentido à sua vida no âmbito privado em detrimento do espaço público. (BARROCO, 2011; VALLE; LEITE, 2018).

Em relação às políticas públicas, o discurso do neoliberalismo¹⁷ defende a redução da atuação do Estado em prol da ampliação da “regulação” pelo mercado e da responsabilidade do indivíduo em responder às condições estabelecidas pelo mercado. As formas de precarização do trabalho supracitadas intensificam a pobreza por dificultarem o acesso a renda, aprofundando as desigualdades sociais e fazem regredir a cobertura da proteção social, expropriando as condições de reprodução da força de trabalho pela captura do fundo público antes destinado aos direitos conquistados pelos trabalhadores (como exemplo, no Brasil, a PEC n. 241/2016¹⁸) (BOSCHETTI, 2017; CHAVES; GEHLEN, 2019).

Articulado à história da proteção social pública em perspectiva global, marcada pelas requisições trabalhadoras pelo estabelecimento de condições de vida e trabalho adequadas e pelas respostas do capital em prol da defesa de seu modelo de acumulação, se propõe apreciar a construção desse sistema protetivo no Brasil em suas diferentes configurações ao longo da história.

2.2 Contexto brasileiro: da invasão ao fim da República Velha

O presente subcapítulo se dedica a explicar as iniciativas de saúde pública que surgiram apenas após a vinda da família real portuguesa para o Brasil e o trajeto que fizeram acompanhando as necessidades econômicas do país sendo, mais tarde, progressivamente vinculadas aos interesses dos trabalhadores e não apenas ao saneamento das rotas de exportação, dos centros urbanos e a “higienização” das cidades determinados pela ambição monetária das elites.

No século XVI, caracterizado pelas efervescências e transições no “Velho Mundo”, o Brasil - desde sua invasão (1500) até o primeiro reinado, no século XIX (sua independência declarada em 1822), enquanto a Europa avançava rumo à II Revolução Industrial - como colônia portuguesa, teve seu desenvolvimento restringido em termos de política e sociedade.

¹⁷ Dentre algumas características, o neoliberalismo resgata traços do liberalismo clássico, como a reduzida intervenção na regulação do mercado e na sociedade; dessa forma, se empenha na desconstrução de serviços públicos relegando a questão social à ótica filantrópica; incentiva o individualismo e a insegurança, privilegiando o contexto de violência e o retorno a formas autoritárias/fundamentalistas para que se esvazie o espaço público em prol da valorização do mundo privado; o trabalho é precarizado de formas inéditas; o indivíduo torna a ser responsabilizado pela solução das desigualdades sociais e por sua capacidade individual de responder às condições de emprego do mercado (CHAVES; GEHLEN, 2019; BARROCO, 2011; VALLE; LEITE, 2018; YASBEK, s/a)

¹⁸ Busca a instituição de um novo regime fiscal, propondo fixar limites para a expansão da despesa primária (incluindo o da Seguridade Social) de acordo com a despesa de 2016 corrigida pela inflação e assim nos anos subsequentes, ao longo de *vinte anos*. Em dezembro de 2016 a PEC foi tornada Emenda Constitucional 95/2016 (BRASIL, 2016).

Tratando mais especificamente da saúde, nesse período a metrópole não tinha interesse em disponibilizar um modelo de atenção à saúde para um país sendo ocupado por camadas sociais consideradas insignificantes pelo império; assim, os habitantes desse território se viam limitados a recursos empíricos (POLIGNANO, 2001).

A colônia estava muito pouco aparelhada para enfrentar esta situação. O órgão controlador da medicina, a Junta do Proto-Medicato, criada em 1782 pela rainha d. Maria I, tinha sua sede em Portugal e estava mais ocupada em fiscalizar as boticas e os curandeiros da colônia do que em evitar doenças (SCLIAR, 2005, p. 15)

Apesar do desinteresse português, o Brasil já tinha problemas de saúde pública registrados, como a epidemia de varíola de 1563 e o primeiro surto de febre amarela datado de 1685, além de outras doenças de rápido contágio, como a peste bubônica, tuberculose e sífilis (SCLIAR, 2005).

Nesse ponto, torna-se necessário distinguir epidemias, endemias e conceitos relacionados. De acordo com Rezende (1998), *endemia* e *epidemia* fazem parte dos mais antigos termos empregados na medicina: ambos são caracterizados pela vasta incidência e difusão, o primeiro, no entanto, diz respeito a uma doença peculiar a um povo, país ou região, enquanto o segundo é mais extensivo.

Hipócrates “usava a palavra *epidemeion* no sentido de “visitar”, referindo-se ao caráter provisório e temporal de uma epidemia, em contraposição a *endemeion* (endemia), que traduzia a ideia de “habitar o lugar”, designando as doenças habitualmente presentes num determinado grupo social” (GOMES; FERRAZ, 2012, p. 304).

A necessidade de uma estrutura sanitária mínima foi constatada com a vinda da família real portuguesa. Segundo Polignano (2001), em 1789 existiam apenas quatro médicos na capital – quanto menos nos demais estados –, resultando na proliferação de boticários (farmacêuticos), que acabavam, eles mesmos, por indicar fórmulas e, não havendo instâncias acadêmicas, sua habilitação se dava através da prática.

O Brasil só veio a ter suas faculdades de medicina (no Rio de Janeiro e em Salvador) quando a corte portuguesa se mudou para cá, em 1808. A assistência hospitalar estava a cargo das Santas Casas de Misericórdia, surgidas nos primórdios da colonização. Menos do que curar os doentes, estes estabelecimentos os albergavam e lhes proporcionavam assistência religiosa. (SCLIAR., 2005, p. 15)

Como visto, apenas com a vinda da família real portuguesa, em 1808, foram criados os Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, junto ao Real Hospital Militar; antes disso, a atenção em saúde era

tarefa de instituições religiosas e conhecimentos tradicionais, como uso de ervas e chás (POLIGNANO, 2001; SCLIAR, 2005).

Até 1850, ações de saúde ficavam limitadas à capital, tanto por interesses sociais e econômicos (por ser polo representativo da “alta sociedade” e onde ocorria a administração da exportação) quanto pela política centralizadora, que dificultava a disseminação das determinações no território (POLIGNANO, 2001). A epidemia de febre amarela ocorrida em 1850 revelou a necessidade da intervenção e providências governamentais, originando a Junta Central de Saúde Pública como atesta o texto de Scliar (2005):

A grave situação sanitária do país se tornou um problema de enormes proporções, que não dizia respeito só aos brasileiros, como o demonstra o acontecido com o navio italiano *Lombardia*, que em 1895 veio em visita de cortesia ao Rio de Janeiro; dos 340 tripulantes, 333 adoeceram de febre amarela e 234 morreram. (p. 15)

No contexto político da primeira república, entre 1889 e 1930, o Estado iniciou sua reorganização, jurídica e politicamente, de forma capitalista, assegurando a representação, na condição intrínseca de que fosse burguesa, permitindo o controle do eleitorado regional pelos grandes proprietários agrários (coronelismo¹⁹). As lutas políticas existentes eram condensadas nos períodos eleitorais, a população sendo oprimida tanto policialmente e extra oficialmente (pelos poderes dos coronéis), quanto pela ausência de direitos sociais. Os programas partidários eram limitados ao território de interesse do coronel. A classe trabalhadora só terá condições de pressionar por direitos com a revolução industrial (NUNES, 2003).

A virada do século XX (ano de 1900) trouxe esperança de progresso às populações urbanas; logo, porém, as epidemias (cólera, varíola, malária, febre amarela) nas principais cidades brasileiras se intensificaram. Para os tratamentos necessários, os ricos dispunham de médicos, porém, aos pobres, restavam “benzedoras”, caridade (considerada pela alta sociedade responsabilidade das senhoras católicas, a exemplo das irmãs de caridade) e filantropia hospitalar religiosa (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006; SCLIAR, 2005).

Sem a exploração escravagista, a mão de obra era composta pelos imigrantes, porém, em consequência das epidemias, navios estrangeiros evitam aportar nas costas brasileiras, suscitando a possibilidade de crise da imigração. Assim, é estabelecida a necessidade de se sanearem as rotas e locais fundamentais ao cultivo (POLÍTICAS..., 2006).

¹⁹ Conforme Faoro (2001), a forma de dominação tradicional no Brasil se configura no patrimonialismo, descrito como a disseminação do poder central em chefias locais/regionais de figuras patriarcais - como senhores de engenho, fazendeiros e *coronéis*. O patrimonialismo, inicialmente, se apropria dos bens, concessões e cargos para os distribuir conforme seus interesses, confundindo o público com o privado.

Polignano (2001) cita sete características perenes da saúde pública brasileira; as três primeiras podem ser remetidas aos períodos até aqui citados:

1. a evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira (...);
2. a lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo a nível internacional;
3. a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, (...) tanto no que diz respeito a solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor de saúde (POLIGNANO, 2001, p. 2)

Sabendo dos aspectos da estrutura social brasileira no período (individualismo, patrimonialismo²⁰, discriminação étnica e de gênero) é possível compreender que o governo apenas dispensa mais atenção – muitas vezes, somente no discurso - à saúde nos momentos em que epidemias impactam na economia ou sociedade nos moldes capitalistas, perdendo a relevância quando se tornam endemias, o que é explicado no quarto item:

4. as ações de saúde propostas pelo governo sempre procuram incorporar os problemas de saúde que atingem grupos sociais importantes de regiões socioeconômicas igualmente importantes (...) e preferencialmente tem sido direcionadas para os grupos organizados e aglomerados urbanos em detrimento de grupos sociais dispersos e sem uma efetiva organização (POLIGNANO, 2001, p. 2)

Retornando ao período em questão e a necessidade de combate às epidemias, salienta-se que foi o contexto em que a medicina se revolucionava, sendo Louis Pasteur um expoente na área da microbiologia. Com isso, surgiram métodos para evitar e combater as doenças, como as vacinas. Atraído para a área da microbiologia e da saúde pública, Oswaldo Cruz, que estudou no Instituto Pasteur em Paris, assumiu em 1903, no Rio de Janeiro, então capital brasileira, a diretoria-geral da saúde pública com um plano de combate à febre amarela (SCLIAR, 2005).

²⁰ Também referido como clientelismo e fisiologismo. Originalmente, no contexto das sociedades rurais, representa “um tipo de relação social marcada pelo contato pessoal entre *patrons* e camponeses”, em que os camponeses se encontram em posição de subordinados, em situação de desigualdade em relação aos *patrons*, diferença que atribui à sobrevivência o estabelecimento de laços pessoais entre os dois personagens, desde o ““compadrio” à proteção e lealdade políticas”; as trocas de favores pessoais incluem promessas e expectativas futuras. No contexto contemporâneo, a lógica dessas trocas é transferida para associações, instituições políticas, agências públicas, facções; na particularidade brasileira, o clientelismo oferece uma alternativa à presença difusa das estruturas do Estado (NUNES, 2003, p. 26-31). O patrimonialismo pessoal se converte em estatal: nesse sentido, os servidores do Estado participam de uma rede patriarcal, onde representam a autoridade específica e não o Estado em si; o grupo da autoridade se encarrega de distribuir favores e em troca buscam legitimidade e apoio políticos (FAORO, 2001)

Oswaldo Cruz adotou uma perspectiva de guerra, onde os “guardas sanitários” cometiam arbitrariedades, não esclarecendo a população quanto às suas ações invasivas. Esse modelo *campanhista* de intervenção foi concebido numa visão militar de que os fins justificam os meios, privilegiando o uso da força e da autoridade como instrumentos. As brigadas uniformizadas autorizadas a entrar nas casas buscando identificar doentes e acabar com os focos dos mosquitos não foi bem recebida pela sociedade (POLIGNANO, 2001; SCLIAR, 2005).

A hostilidade da população à iniciativa se aliou a indignação em relação à reforma urbana que “assolava” Rio de Janeiro, com o objetivo de “civilizar” (nos termos da época) a cidade, incluindo a demolição de moradias muitas vezes com os moradores resistentes dentro. Os centros urbanos deveriam ser “limpos” dos pobres e dos cortiços, iniciando um movimento de “higienização”, entendido como a expulsão das pessoas em situação de pobreza do centro urbano para as margens da cidade e da sociedade, agravando a desproteção dessa população (CHALHOUB, 1996).

Apesar das críticas da população, da mídia e dos professores de medicina brasileiros, o modelo *campanhista* de combate à febre-amarela surtiu resultados²¹. Em meio às arbitrariedades e abusos, o modelo *campanhista* conseguiu aumentar o controle das epidemias, o que acabou por o fortalecer e tornar hegemônico como proposta de intervenção em saúde coletiva²². Menos bem sucedida foi a campanha pela erradicação da varíola, que tornou obrigatória a vacinação causando revolta nos moradores que, em 1904, erigiram barricadas num cenário de guerra urbana. A vacinação obrigatória foi suspensa, o que acarretou em novo surto em 1908 (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006; SCLIAR, 2005, p. 16).

A revolta populacional supracitada ficou conhecida como a Revolta da Vacina; os militares positivistas eram, igualmente, contrários a essas imposições, motivados pela incongruência delas com seus ideais republicanos. Percebe-se que, durante a República Velha, a população brasileira não ficava inerte em questão de seu bem-estar, mesmo nunca tendo usufruído de um sistema de direitos. A submissão forçosa do povo pelos poderes incitou revoltas contra a arbitrariedade do governo e suas decisões unilaterais e repressivas (revoltas

²¹ O sucesso da campanha de erradicação a febre amarela fez com que Oswaldo Cruz se tornasse encarregado também do combate à peste bubônica, para a qual adotou como uma das medidas a estratégia de remunerar as pessoas que levassem às autoridades ratos mortos, que eram os hospedeiros das pulgas que transmitiam a doença (SCLIAR, 2005).

²² Enquanto isso, em São Paulo, o médico Emilio Ribas se pautava em outra vertente de ação, estabelecendo contato direto com os afligidos de febre amarela como forma de provar que essa não era transmissível e liderando uma campanha sanitária diferenciada, em Santos, conseguindo erradicar as epidemias na cidade (POLÍTICAS..., 2006).

da Vacina, da Chibata e dos Tenetes) e busca por lideranças carismáticas que lhes propiciassem algum sentimento de pertença (Movimento do Contestado e Guerra de Canudos). Mesmo assim, os dissidentes eram suprimidos com mais violência (NEVES, s/a).

Oswaldo Cruz, com a reputação dilapidada devido a má recepção de suas estratégias de combate às epidemias, se concentrou em tornar o Instituto Soroterápico em uma instituição também de pesquisa, onde desenvolveu seções especializadas na coleta de informações demográficas, de investigação laboratorial, serviços de engenharia sanitária e de profilaxia; entre seus discípulos esteve Carlos Chagas²³ (POLIGNANO, 2001; SCLIAR, 2005).

Ao mesmo tempo, a industrialização brasileira principiava, conseguindo a substituição de algumas importações de bens de consumo primário por produtos nacionais. Logo, em 1917, os operários das indústrias têxteis (imigrantes europeus com experiência de direitos conquistados) lideraram uma greve, demandando melhores condições de trabalho frente à precariedade enfrentada no Brasil (POLÍTICAS..., 2006). O período coincide com o da guerra mundial iniciada em 1914; em 1918, em meio a movimentação de tropas, irrompeu a chamada Gripe Espanhola, cuja origem pode ser traçada ao sul dos Estados Unidos da América e que entre agosto e dezembro daquele ano percorreu todos os continentes (LÓPEZ; BELTRÁN, 2013; SOUZA, 2005).

A epidemia de Gripe Espanhola de 1918 é potencializada pela urbanização e desordem urbana²⁴; médicos, autoridades políticas e da saúde pública se viram ineptos. Os grevistas tomaram controle da cidade de São Paulo, até que, em 1919, fizeram acordo com os patrões e retornaram ao trabalho. As duas grandes greves nacionais (1917 e 1919) deram início à conquista de direitos sociais (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

²³ Carlos Chagas já havia sido bem sucedido em uma campanha de profilaxia da malária que liderou no interior de São Paulo antes de ingressar no instituto. Foi enviado por Oswaldo Cruz a Minas Gerais para combater a malária que se abatia sobre os trabalhadores da Estrada de Ferro Central do Brasil em Minas Gerais, mas, lá chegando, as queixas da população eram de sintomas que não correspondiam à malária. Descobriu que, na verdade, as casas eram infestadas de insetos cujo tubo digestivo, quando analisou, era habitado por um parasita que se alojava nos seres humanos após serem picados pelo inseto hospedeiro. Essa descoberta deu a doença consequente o nome de Doença de Chagas e ao organismo parasita, o nome de *Trypanosoma cruzi*. (SCLIAR, 2005).

²⁴ Pochmann (2010) considera que, a despeito da ampliação do trabalho assalariado e com o ingresso da população no meio urbano (intensificado após a década de 1930), o capitalismo industrial não proveu desenvolvimento social, consentindo às formas de trabalho irregular de pessoas que, em busca do acesso aos benefícios de morar em um centro urbano, passaram a “autoconstruir” habitações instáveis, abrindo regiões urbanas não incluídas na proteção social. Por volta de 1916, médicos como Artur Neiva e Belisário Pena, sob influência de Oswaldo Cruz, passam a constatar que o saneamento era a resposta às condições de saúde precárias no interior do país, originando a Liga-Pró Saneamento em defesa da causa que levou a criação, em 1920, do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) (SCLIAR, 2005, p. 17)

5. a conquista dos direitos sociais (saúde e previdência) tem sido sempre uma resultante do poder de luta, de organização e de reivindicação dos trabalhadores brasileiros e, nunca uma dádiva do estado, como alguns governos querem fazer parecer.

6. (...) a história da saúde permeia e se confunde com a história da previdência social no Brasil (POLIGNANO, 2001, p. 2)

A conquista de direitos da classe trabalhadora só vem com a industrialização, quando a pauperização massiva dos trabalhadores, a expansão das relações interpessoais e a exploração intensiva do trabalho, fazem emergir novas formas de sociabilidade: o proletariado começa a se organizar como classe, levantando movimentos de reivindicação de melhores condições de trabalho e proteção social. Sua organização eleva as demandas à esfera pública e evidencia que a pobreza é resultante da estrutura social capitalista. Assim, as desigualdades sociais passam a ser reconhecidas e incitam a “intervenção dos poderes políticos na regulação pública das condições de vida e trabalho” (YAZBEK, s/a, p. 2). Ao mesmo tempo que institucionalizados dentro do Estado por meio das políticas sociais, a sociedade é quem legitima e demanda essas iniciativas de proteção social.

Pode-se considerar que a primeira normativa em relação à proteção dos trabalhadores foi a Lei nº 3724, de 15 de janeiro de 1919 – a Lei dos Acidentes de Trabalho (RANGEL, 2009). O conceito *previdência*, porém, estreia com a Lei Eloy Chaves, de 1923, que instituía as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs)²⁵. O deputado que a elaborou utilizou sua experiência como Ministro da Justiça que presenciou a força das greves trabalhistas para justificar a necessidade desses fundos, como maneira encontrada para diminuir as tensões entre classes e evitar uma revolução tão radical quanto a que a Rússia experienciou no período. Assim, os trabalhadores teriam acesso à assistência médica e aposentadoria – mediante contribuição (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006). Sendo assim, as CAPs também têm dimensão de conquista social, sendo uma respostas do empresariado às reivindicações operárias frente a exacerbação da questão social.

A lei era limitada, pelo Congresso Nacional (cooptado pela oligarquia rural), ao operariado urbano; os fundos eram organizados pelas empresas e só concedidos se a categoria profissional tivesse importância econômica suficiente para ter poder de barganha. Consoante a sua importância econômica, os ferroviários foram os primeiros a se mobilizar nesse sentido (cujos fundos (próprios, já que eram por empresa) eram administrados por uma junta de representantes de dois empregados (3% dos vencimentos) e empregadores (2 + 1 presidente; 1% da renda bruta), sem participação direta do Governo). Apesar de criadas pela União, que

²⁵ Para mais informações e/ou aprofundamento, consultar Rangel (2009) e Serra e Gurgel (2007).

determinava o percentual de contribuição e a cobertura dos benefícios, eram fundos privados financiados pelas empresas e trabalhadores (contribuição bipartite) (POLIGNANO, 2001; RANGEL, 2009; SERRA; GURGEL, 2007).

Além de aposentadorias e pensões, as CAPs proviam serviços funerários, médicos e aquisição de medicamentos - ao empregado e sua família – e assistência a acidentes de trabalho. Como visto, a história da saúde é indissociável da previdência; o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça, foi reestruturado sob a direção de Carlos Chagas, em 1920. Os órgãos de saúde foram especializados, a assistência hospitalar expandida e introduzidas propaganda e educação sanitária como técnicas rotineiras de ação, em detrimento do modelo campanhista²⁶ – o qual, no entanto, manteve sua hegemonia devido a eficácia no combate às epidemias e ao foco no saneamento ser limitado aos espaços de circulação das mercadorias destinadas à agro exportação. Inicia, porém, uma gradual interiorização das ações de saúde (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006; SERRA; GURGEL, 2007).

As crises econômicas e políticas (particularmente as de 1922 (crise do café) e 1929 (crise da Bolsa de Valores de Nova York)) reduziram o poder das oligarquias agrárias, potencializando as críticas à política dos governadores. A quebra da economia cafeeicultora fez com que o Estado tivesse de se reorganizar: a política café-com-leite é desmantelada sob a liderança revoltosa de Getúlio Vargas (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

Constatou-se que grande parte da preocupação de saúde no período do Brasil Colônia e na República Velha se resumiu ao saneamento das rotas de exportação, sendo que as ações públicas foram implementadas de maneira arbitrária e higienista. Novamente, os operários assumem papel fundamental para as políticas públicas quando se manifestam em prol de seus direitos, originando a proteção social. Salienta-se que no Brasil, sob esse sistema, saúde e previdência social tem sua história indissociável.

²⁶ No contexto singular do estado de São Paulo, à capital retorna Geraldo Pala Souza, por volta de 1923, após estudar Saúde Pública nos Estados Unidos, inaugurando as obras de um Centro de Saúde, que, em contraposição ao espírito higienista e policialesco, faria uma abordagem social e educativa através de médicos sanitaristas e enfermeiras sanitárias, com a família como centro da ação (POLÍTICAS..., 2006).

2.3 Expansão da previdência social no Brasil: do primeiro governo de Vargas à destituição de João Goulart

Esse subcapítulo trata do período histórico consecutivo, de 1930 até os anos 1960, iniciando com o governo de Getúlio Vargas (exercido de forma provisória de 1930 a 1934; o Governo Constitucional de 1934 a 1937; e ditatorial, o Estado Novo, de 1937 a 1945), se observa um intenso trabalho normativo tratando de legislações trabalhistas e a institucionalização de serviços de previdência social e saúde pública. Se discute a política nacional desenvolvimentista e como o incentivo a produção interna e o crescimento econômico não significam, necessariamente, redistribuição de renda, fazendo considerar a questão da urbanização desigual. Explora-se, também, o período de instabilidade e descontinuação do modelo de administração pública desde o fim do Estado Novo até a deposição de João Goulart.

Getúlio Vargas assume a presidência amparado pela população; representa um interesse nacional que se desenvolve a partir da percepção que veio da Primeira Guerra Mundial de que o país está em posição dependente, originando o projeto de industrialização para superar o “atraso” (BRUM, 1991). Ademais, Vargas dispõe de amplo apoio da maioria da população, considerando que representa o polo político oposto das oligarquias latifundiárias que dominavam a nação durante a República Velha, como se vê no trecho a seguir:

A despeito da sua heterogeneidade, no ideário da Aliança Liberal estavam presentes temas relacionados com justiça social e liberdade política. Os aliancistas propunham reformas no sistema político, a adoção do voto secreto e o fim das fraudes eleitorais. Pregavam anistia para os perseguidos políticos e defendiam direitos sociais, como jornada de oito horas de trabalho, férias, salário mínimo, regulamentação do trabalho das mulheres e dos menores. Propunham também a diversificação da economia, com a defesa de outros produtos agrícolas além do café, e diminuição das disparidades regionais (FERREIRA; DELGADO (Orgs.), 2019a, p. 16)

A respeito da previdência social, com a gradual disseminação das CAPs pelas demais categorias, a quantidade de usuários aumentou, finalmente demandando maior intervenção da União (e captando seu interesse aos grandes fundos financeiros (POLÍTICAS..., 2006)). Foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões²⁷, nos quais o Estado tomava parte na contribuição (estabelecendo a contribuição tríplice/tripartite - empregados, empregadores e

²⁷ Os IAPs foram organizados de acordo com categorias profissionais, o primeiro datando de 1933, dos trabalhadores marítimos(IAPM) (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 106; RANGEL, 2009)

União). Para movimentar a grande arrecadação dos IAPs, Vargas utiliza o fundo para financiar a industrialização (POLIGNANO, 2001; RANGEL, 2009; SERRA; GURGEL, 2007).

Convém destacar que a contribuição tripartite não era, porém, uniforme: não havia um percentual determinado para nenhum dos atores envolvidos (BEHRING; BOSCHETTI, 2011):

Cada instituição (...) tinha liberdade para o estabelecimento de seu pacote de benefícios e suas alíquotas de contribuição. Esta fragmentação perdurou até a década de 1960, apesar das várias tentativas de unificação do Sistema Previdenciário com vista a corrigir a diferenciação existente (RANGEL, 2009, p. 43)

Apesar da garantia de participação dos trabalhadores no comitê de representação, a presidência dos Institutos é nomeada por Vargas. Quanto aos trabalhadores que não conseguem descontar uma porcentagem de seu salário ou pertencem a categorias que não possuem um fundo de pensões, não têm acesso a benefício algum e ficam sujeitos a filantropia e caridade (POLÍTICAS..., 2006).

Em relação à saúde, com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (1930), surgem órgãos normativos, supletivos e executivos próprios, se passou a prestar atenção a doenças degenerativas e mentais. É decretada a centralização e uniformização das estruturas e desenvolvida a primeira política de saúde nacional, a partir de dois eixos: saúde pública e medicina previdenciária (dos IAPs) (BEHRING; BOSCHETTI, 2011; POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

A partir de 1930, com o incremento do processo de industrialização e urbanização, ganhou relevo a questão da assistência médica aos trabalhadores e suas famílias, colocada como prioridade pelo governo Getúlio Vargas, que assim atendia às demandas resultantes tanto do progresso da medicina como do surgimento de uma consciência dos direitos trabalhistas. A assistência médica era agora prestada sobretudo por órgãos previdenciários através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões. Já o Ministério da Saúde e os órgãos estaduais de saúde cuidavam da saúde coletiva, da distribuição de vacinas e da assistência médica mais elementar à população de baixa renda (SCLIAR, 2005, p. 17-19)

Permanecem, também, a saúde privada e filantrópica. Mais tarde, algumas atividades foram redirecionadas a outros setores (por meio da reforma Barros Barreto, 1941), por exemplo, a fiscalização de produtos de origem animal ao Ministério da Agricultura, a responsabilidade pela higiene e segurança do trabalho ao Ministério do Trabalho (instituído já

no Estado Novo)²⁸ (BEHRING; BOSCHETTI, 2011; POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

A Constituição de 1934 (impulsionada por uma insurreição organizada pelas elites paulistas insatisfeitas com a perda de seu prestígio) levou o Estado e indústrias a instituírem uma política social de massas²⁹, iniciando a ditadura do Estado Novo³⁰. O Estado Novo representou o acordo entre o latifúndio e a burguesia industrial, na ânsia de expandir o capitalismo rural sem dismantelar a grande propriedade; o centralismo e autoritarismo foram materializados na promulgação da Constituição de 1937 – também conhecida como constituição polaca, que marca os flertes do presidente com o fascismo emergente na Europa, interlúdio da segunda grande guerra (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006; VIANA, 1999; YAZBEK, s/a).

Em 1940 é imposto sindicato único *com contribuição* (ou seja, os direitos sociais ainda são vinculados a inserção no trabalho formal); em 1943 é homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Salienta-se que as leis trabalhistas eram mais do que símbolos da boa vontade do presidente para com os trabalhadores, sendo, também, estratégias de contenção dos movimentos sociais pela garantia de direitos aos trabalhadores, ao mesmo

²⁸ Outra iniciativa, sob o discurso de ação de interiorização da política de saúde, é implantada na Amazônia, através do SESP (Atividades do Serviço Especial de Saúde Pública no interior do país), de modo a assistir os extratores do látex, cujo verdadeiro interessado e financiador foram os EUA, devido a sua ambição pela borracha durante o esforço de guerra (POLÍTICAS..., 2006).

²⁹ Tipo de política voltada às classes populares, desenvolvida no período entre-guerras a partir de críticas ao sistema liberal, incapaz de resolver os problemas sociais. As críticas ao liberalismo provocaram críticas à democracia representativa parlamentar da época. A preocupação com a questão social e com as formas de controle das massas de modo a evitar revoluções socialistas trouxe, dentre as propostas, a do controle social por um Estado forte comandado por um líder carismático; essa política, adotada em alguns países, assumiu características peculiares em cada um deles: o fascismo na Itália, o nazismo na Alemanha, o salazarismo em Portugal e o franquismo na Espanha. O sucesso dessas experiências inspirou reformas em alguns países latinoamericanos, especialmente Brasil e Argentina (CAPELATO, 2019).

³⁰ O partido da Aliança Nacional Libertadora, liderado pelos tenentes de orientação política “à esquerda” descontentes com o rumo da Revolução de 1930, passou a articular uma frente anti-imperialista, anti-integralista (referindo a Ação Integralista Brasileira, partido fascista simpático ao fascismo internacional do período, reunindo principalmente setores dos altos escalões militares e da classe média urbana), democrática e antilatifundiária. Como resultado, jornais aliados ao governo de Vargas iniciaram uma campanha anunciando a descoberta de um plano subversivo, sob as ordens da URSS, para a implantação do regime soviético no Brasil. Iniciaram as prisões aos líderes da ANL, os integralistas faziam manifestações nas ruas anticomunistas, até a eclosão da “Intentona Comunista”: no Rio Grande do Norte e Pernambuco houve tomada dos quartéis por militares aliados ao movimento comunista e integrantes desse; a tentativa de estender a revolução ao Rio de Janeiro não contou com apoio dos setores militares e fracassou. O fracasso da revolta comunista serviu de pretexto para a aprovação de medidas que cerceavam o poder do Congresso enquanto o Executivo ganhava amplos poderes repressivos. Mesmo assim, Vargas não estava conseguindo o apoio necessário de $\frac{2}{3}$ do Congresso para ampliar seu mandato. A imprensa aliada ao governo novamente entrou em ação, publicando o “Plano Cohen”, revelando uma insurreição comunista no país - fictícia, mas que serviu ao propósito de extensão do Estado de Guerra declarado na ocasião da “Intentona”, preservando o poder nas mãos de Vargas até a Polícia Militar cercar o Congresso Nacional, marcando o golpe que instaurou o Estado Novo, com apoio do exército e das demais forças antidemocráticas, dissolvendo a ordem constitucional de 1934 - considerada falha por ser liberal e determinar o sistema representativo (FERREIRA; DELGADO, 2019a).

tempo que vincula a estrutura sindical ao Estado (peleguismo³¹) (BEHRING; BOSCHETTI, 2011; POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

A política do Estado Novo buscou estender os benefícios da previdência social a todas as categorias do operariado urbano organizados. A previdência social é importante instrumento de legitimação política: de um lado, prevê a segurança do trabalhador, apesar de ele mesmo arcar com a maior parte das responsabilidades (desconto do salário, que é essencial a sua manutenção cotidiana; garantia de que se porte conforme as demandas da instituição que o emprega) e de outro, a possibilidade de desenvolvimento da indústria nacional.

O incentivo da produção dentro do próprio país evita que o capital seja transferido ao exterior durante a importação de produtos, enquanto as mercadorias nacionais passam a ser exportadas com valor agregado após passarem pelo processo de industrialização que as valoriza, em detrimento da exportação de matéria-prima; ademais dos empregos gerados pelas próprias fábricas incentivadas, os trabalhadores com salário fixo passam a poder consumir, incentivando negócios locais e a abertura de novos empregos e serviços que não seriam antes contratados/consumidos por não serem de primeira necessidade; o dinheiro circulando por uma comunidade faz com que diferentes pessoas sejam capazes de consumir, e seu consumo permite que os trabalhadores envolvidos na venda também recebam uma parcela do que o comprador investiu, assim podendo eles mesmos consumir em outros níveis, em um círculo virtuoso.

Todavia, de acordo com Marx (1996) a maior parte do capital gerado pelas empresas não é dispensado em salários ou mesmo benefícios indiretos e, sim, vai agregar à renda do capitalista: quando o industriário decide aumentar seu capital, investe em meios de produção (matéria-prima, maquinário, ferramentas, em um local para a instalação...) e também da força de trabalho; esse processo ocorre na esfera da circulação, da compra e venda de mercadorias, no caso, meios de produção e força de trabalho. A força de trabalho que movimenta os meios de produção e ambos geram o produto/mercadoria (processo produtivo). A mercadoria gerada é vendida com valor acrescido ao investimento inicial do capitalista; de que forma?

Os meios/fatores de produção (instrumentos de trabalho e matérias-primas) são *capital constante*, ou seja, não variam: seu valor é integralmente repassado na mercadoria. O capital constante pode ser *fixo* ou *circulante*. Fixo quando equivale, por exemplo, ao valor da

³¹ A expectativa da população, nesse momento, é a proteção social; para demonstrar seu alinhamento com os interesses do povo, o governante fala diretamente a ele; garante a adesão das massas através de políticas sociais de bem-estar; recorre à mobilização das ruas; desvia as aspirações do povo com outras promoções e subordina os sindicatos por meio do atrelamento de seus dirigentes à política central (FAORO, 2001).

máquina: se a máquina tem uma vida útil de 10 anos, ao longo desse tempo seu valor será paulatinamente repassado na mercadoria. Já o Circulante é a matéria-prima, algo que precisa ser acrescido sempre para a produção, assim, seu valor é repassado por inteiro na mercadoria (MARX, 1996).

O outro capital a ser investido na produção é o *capital variável*, que equivale ao gasto do capitalista com a força de trabalho, que, sendo assim, é sempre circulante, ou seja: o valor gasto com o trabalhador é repassado sempre na mercadoria. O lucro – a obtenção de valor maior sobre uma quantidade de trabalho, podendo ser também chamada de exploração – não é, como já dito, gerada na compra/venda da força de trabalho (esfera da circulação), mas na esfera da produção, no uso da força de trabalho (MARX, 1996).

O que pode ser explorado pelo capitalista não é o trabalho em si (que é medido pelo tempo de trabalho e gera *valor*), mas a força de trabalho (que é o uso da capacidade de trabalho e gera *valor novo*) – assim, compreende-se por que a especificidade da mercadoria força de trabalho é sua capacidade de gerar valor excedente. Aumentar a produtividade de força de trabalho é possível de duas maneiras: aumentando ao máximo a jornada de trabalho (mais valia absoluta) e aumento de produtividade (aumentando o excedente em um menor tempo de trabalho – mais valia relativa) (MARX, 1996).

O salário é baseado no tempo de trabalho: mas apenas do tempo de *trabalho necessário*, que é o desprendido para obter valor consoante a sobrevivência, ou, do ponto de vista do capitalista, é o trabalho necessário para que se recupere o que gastou com a compra da força de trabalho (o trabalho necessário é o que repõe o gasto do capitalista com a força de trabalho). A exploração ocorre pois o capitalista paga o trabalho necessário com um salário de subsistência, mas aumenta a jornada de trabalho para gerar excedente (MARX, 1996).

Por exemplo, a redução do tempo de trabalho na verdade pode ser feita pelo barateamento dos itens da cesta básica, fazendo com que a subsistência do trabalhador seja menos custosa, pelo “aumento” do salário real. Quanto menor o tempo de trabalho necessário, maior o trabalho excedente. Dessa forma, em resposta à pergunta anterior, o valor adicional dado a mercadoria corresponde a um que simboliza o que seria gasto com a força de trabalho mas que, na verdade, é lucro para o capitalista (MARX, 1996).

Tornando ao contexto do incentivo a produção industrial brasileira, o privilégio do incentivo industrial no centro-sul do país e conseqüente concentração de capital, ao mesmo tempo que reforçou o protagonismo econômico e financeiro da região, exacerbou os

desequilíbrios regionais, fazendo proliferarem as favelas ao redor dos centros urbanizados (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

É importante destacar que, desde 1930, a produtividade Brasileira se elevou conseqüente a transição do modelo primário-exportador ao urbano-industrial tendo como dinamizador econômico o mercado interno. Enquanto a industrialização possibilitaria a base material necessária para elevar a condição socioeconômica da população, o descompasso da evolução social com a econômica exacerbou a questão social devido a estrutura social agrária ter sido transferida para as cidades: o ingresso na vida urbana representava uma ascensão social do ponto de vista material, porém no âmbito do desenvolvimento social o que se observa é a estabilidade no padrão de desigualdade (POCHMANN, 2010).

O novo modelo econômico demanda mudanças no sistema de proteção social, que se expande às custas da qualidade e valor real dos benefícios, abrindo espaço à ação filantrópica. A proposta universalidade da proteção social foi postergada e se evidencia um fenômeno que ainda na atualidade é notório: conforme novos beneficiados se incluíam, os mais “ricos” voluntariamente saíam da proteção pública, buscando alternativas privadas e parando de defender a universalização (POCHMANN, 2010).

Frente a invasão nazista da Polônia, Vargas finalmente se posiciona abertamente em favor dos países democráticos; a incongruência da política externa (defendendo os países Aliados durante a segunda guerra) com o autoritarismo nacional³² do governo Vargas potencializa, em 1945, a oposição, levando a deposição do presidente e a instituição de eleições. Os principais candidatos são Dutra e Prestes; os comunistas conseguem eleger vários representantes, causando alarme nos setores conservadores, impulsionando a declaração da ilegalidade do partido (NUNES, 2003; POLÍTICAS..., 2006; VIANA, 1999).

Behring e Boschetti (2011) explicitam que o período entre 1945 e 1964 foi de intensificação da luta de classes e disputa de projetos nacionais antagônicas: a classe trabalhadora tinha uma agenda mais definida e se ampliara com a urbanização e industrialização, a burguesia se dividia em setores industrial, agrário e nacional, com confluências e divergências entre os partidos representativos de cada segmento.

Durante a presidência de Dutra, sob a influência norte-americana fortalecida durante a guerra, os avanços obtidos pela adoção do modelo de saúde dos Centros de Saúde passam a

³² Não se pretende, nesse trabalho, explorar a fundo as características administrativas dos governos, mas sim trazer elementos que auxiliem a compreensão do formato das políticas públicas, em especial da saúde, em cada período. Assim, para mais informações e/ou aprofundamentos sobre os governos de Getúlio Vargas e a ditadura do Estado Novo, se recomenda consultar Ferreira e Delgado (2019a).

enfrentar oposição dos médicos especialistas e se adota o modelo preconizado pelos Estados Unidos, baseado em grandes hospitais, reunindo médicos de várias especialidades e diversos equipamentos de tecnologia dura³³. Assim, em 1949 foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), salientando o caráter emergencial, não, ainda, de prevenção ou acompanhamento rotineiro (POLÍTICAS..., 2006).

Com a reeleição de Vargas em 1950, os avanços tecnológicos acompanham a fundação da Petrobrás e a criação do Ministério da Saúde (1953); esse, necessário perante o crescimento da área, exigindo uma estrutura administrativa própria, vindo a fortalecer as ações em saúde pública e a medicina preventiva (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

O modelo de medicina individual (dos médicos especialistas) se contrapõem a essa proposta, defendendo programas verticais para cada doença; em divergência ao modelo segregacionista, há os que apoiam os Centros de Saúde, que defendem a integração do povo nos atendimentos. Estreia a visão de um sistema de saúde público abrangente, com redes locais e visão municipalista – mas a sua efetivação é uma projeção longínqua -, ademais, algumas das ações estipuladas ficaram na normatividade, devido a escassez e pulverização de recursos financeiros e de pessoal, conflitos de gestão e jurisdição, além da superposição de funções e fragmentação dos departamentos/diretorias/órgãos anteriormente criados. (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

O que se pode dizer do segundo governo de Getúlio Vargas (1951 a 1954) é que é considerado exemplo do *nacional-desenvolvimentismo*³⁴: foi um período de crescimento econômico auge liderado pela exportação, de ênfase na industrialização para substituição de importações, de taxaço de importações em diferentes níveis para favorecer o consumo de produtos internos e facilitar a entrada de bens de produção. A política econômica do governo não se sustentou, todavia, após 1953, quando a inflação se acelerou e as despesas da União aumentaram conforme as políticas fiscal e monetária se expandiam, assim causando instabilidade no apoio ao governo. As pressões internas, tanto populares quanto junto às demais autoridades, e as intrigas envolvendo tentativas de golpes e assassinatos³⁵ acabam no suicídio do presidente (FONSECA; SALOMÃO, 2019; POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

³³ Baseada no uso de equipamentos materiais, vinculado ao modelo biomédico, que pouco dialoga com a singularidade da situação, desconsiderando a multiplicidade de fatores que produzem o adoecimento (BRASIL, 2006).

³⁴ Buscando superar o “atraso” no desenvolvimento nacional, se baseia em três principais frentes que devem ser preocupação do Estado para superar o “subdesenvolvimento”: industrialização, defesa de um projeto nacional e intervencionismo pró-crescimento (FONSECA; SALOMÃO, 2019).

³⁵ para mais informações e/ou aprofundamento, consultar Ferreira e Delgado (Orgs), 2019b.

O novo representante eleito é Juscelino Kubistchek (presidente de 1956 a 1960), com o respaldo dos militares. É um governo que preza pelo desenvolvimento econômico acelerado, trazendo a indústria estrangeira (com destaque a automobilística) para o país³⁶. A potencialização da industrialização faz crescer a classe trabalhadora, em consequência, a urbanização, o assalariamento e acirramento da luta de classes. A partir da segunda metade da década de 50, é desenvolvido um complexo médico hospitalar previdenciário, abertamente privilegiando a contratação de terceiros, aumentando exponencialmente as despesas da previdência com assistência médica (BEHRING; BOSCHETTI, 2011; BRUM, 1991; POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

Durante o governo de Jânio Quadros (assumiu a presidência em janeiro de 1961 e renunciou em agosto do mesmo ano) prossegue a segmentação dos IAPs; algumas categorias (as com mais dinheiro) conseguem construir seus próprios hospitais, no entanto, algumas empresas se vêem insatisfeitas com a qualidade do atendimento médico que conseguem financiar. Nesse período, surge a *medicina de grupo*: empresas cuja finalidade é prestar atendimento médico privado aos trabalhadores cujas empresas contratam seus serviços. O discurso dessas empresas médicas é a seleção melhor da mão de obra e empregados que faltam menos (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

Com a renúncia de Jânio Quadros, João Goulart assume a presidência, amparado pela população, e busca realizar as reformas de base; frente a isso, os militares, opositores de Jango desde seu início na carreira pública como ministro do trabalho no segundo governo Vargas, o derrubam (FERREIRA; DELGADO (Orgs.), 2019b; POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

Como visto, Getúlio Vargas assumiu primeiramente a presidência com um projeto de fortalecimento nacional, investindo na industrialização o que trouxe preocupações com o contentamento do operariado, promovendo a seguridade social (ainda condicionada à contribuição individual) e iniciativas em prol da medicina preventiva. Em tempos de Primeira Guerra Mundial, a incongruência entre a política externa (favorável aos Países Aliados) e o governo de inspiração facista resultaram na queda de Vargas e eleição de Dutra, que em oposição ao modelo de atenção em saúde anterior, se inspirou nos Estados Unidos da América para promover o modelo de medicina especializada. No mandato seguinte Vargas novamente assumiu a presidência e buscou, em contrapartida, fortalecer a saúde pública. O próximo

³⁶ Para mais informações e/ou aprofundamento sobre a política desenvolvimentista do governo Kubitschek, consultar Brum (1991)

presidente foi Juscelino Kubitschek que, na ânsia de acelerar o crescimento econômico, abriu o país para a exploração privada, terceirizando³⁷, da mesma forma, a saúde. A segmentação da proteção social prosseguiu com Jânio Quadros, cuja época inaugurou a medicina de grupo³⁸. Com a renúncia do presidente, o vice-presidente João Goulart assumiu a liderança do país em um momento de polarização ideológica.

2.4 A previdência social durante a ditadura civil-militar brasileira: da ascensão à transição

Esse subcapítulo discute, primeiramente, o ambiente ideológico vigente quando João Goulart ascendeu à presidência (1961 a 1964) e a organização do golpe civil-militar que o derrubou colocando ditadores militares na liderança do país; a internacionalização da economia e o “milagre econômico” que sustentou o regime até as crises econômicas mundiais. Discorre-se sobre como a cobertura previdenciária do período se expandiu, com a construção de hospitais com fundo público que iam para a exploração privada, as inúmeras reformas administrativas sucedendo a responsabilidade a ministério, institutos e sistema. Pleiteia-se, ademais, a mobilização popular em prol da democracia, os movimentos pela Reforma Sanitária, a gradual abertura democrática e o subcapítulo finaliza introduzindo a VIII Conferência Nacional de Saúde, que lança as bases para o Sistema Único de Saúde.

O presidente João Goulart herdou do governo Kubitschek a ampliação das desigualdades de classe e de Jânio Quadros uma expectativa popular por mudanças que, de fato, não tinham como ocorrer. A interpretação dos problemas nacionais se aprofunda e o posicionamento político dos segmentos populacionais passa a se radicalizar. De acordo com

³⁷ A terceirização de serviços públicos representa a transferência de responsabilidades do governo à iniciativa privada. Algumas justificativas para essa medida são: (1) ganhos de eficácia e eficiência na prestação do serviço; (2) a especialização/delimitação das atividades dentro da organização, determinando onde deve concentrar sua atenção; (3) a possibilidade de financiamento e contratação externa, flexibilizando as obrigações trabalhistas (o que não é possível quando os funcionários ingressam por concurso público) (SALVADOR; RIBA, 2015). Todavia, conforme estudado na disciplina Organização e Gestão das Políticas Sociais Públicas no semestre de 2019.2 na Universidade de Caxias do Sul, os propósitos de uma administração pública diferem de uma privada: enquanto a primeira gera bens públicos, cuida das necessidades sociais e responde a necessidades humanas básicas, a segunda gera lucro, busca interesses privados e compete por lucros no mercado, o que faz com que não seja prioritariamente aliada aos interesses da população.

³⁸ Compõe a *saúde suplementar*: serviços de saúde oferecidos pela iniciativa privada. As primeiras empresas de medicina de grupo no Brasil surgiram na década de 1960 para atender os trabalhadores das indústrias multinacionais instaladas na região do ABC paulista, considerando a deficiência da saúde pública da época, com os primeiros convênios médicos. Atualmente, o sistema de saúde suplementar abrange modalidades de autogestão (planos de saúde próprios dos grandes empregadores e por eles mesmo gerenciados), medicina de grupo, cooperativas médicas, seguradoras especializadas em saúde, odontologia de grupo e cooperativas odontológicas (CASTRO, 2012; FILHO, 1999).

Brum (1991), as bases para o golpe de 1964 começaram a ser postas ao menos dez anos antes de sua instauração, durante o governo Vargas.

Brum (1991) considera que as reformas de base foram um “divisor de águas” nessa polarização política, pois não correspondiam aos interesses dos setores economicamente privilegiados e aliados com a burguesia estadunidense. O impasse ideológico entre “comunistas” (reformistas) e “reacionários” (conservadores) faz com que não se vislumbre saída democrática para o país e cada polo passa a organizar sua base de apoio. O setor conservador conspira para obter apoio das forças militares e conta com a propaganda favorável da imprensa; para atrair os setores mais amplos da sociedade, utiliza discursos associados à família e à religião. As forças reacionárias e conservadoras, aliadas aos interesses estrangeiros e a modernização do país, obtiveram o controle da nação.

Em 1964 os governadores estaduais e os militares indicaram Castello Branco para presidente. Se inicia o longo período de perseguições, torturas, censura das mídias e artes, arrocho salarial, aumento da miséria, êxodo rural exacerbado, sucateamento da saúde pública e abandono dos programas de saneamento básico. O governo só se interessa pela iniciativa privada, ignorando a saúde pública. O apoio da burguesia à proposta de internacionalização da economia e finanças encontrou no golpe a alternativa procurada tanto contra à nacionalização das empresas liderada por Jango, quanto a defesa contra o temido socialismo em meio a Guerra Fria; o golpe sendo, por isso, subsidiado pelos EUA (POLÍTICAS..., 2006).

O executivo foi fortalecido em meio ao esvaziamento do legislativo, ocorrendo o governo por meio de atos institucionais, o que limitava as liberdades individuais e constitucionais; o governo se apoiou nas forças policiais e atos de exceção para se fazer valer. Os acadêmicos e intelectuais foram afastados de suas instâncias representativas e políticas, exacerbando a repressão com o bloqueio dos estudos sociais, dando lugar a disciplinas calcadas na moral e na filiação fascista missionária (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

Para obter legitimidade, buscou-se facilitar a entrada e proporcionar benefícios ao capital estrangeiro na economia brasileira, criando a ilusão de um milagre econômico³⁹. Para impulsionar o crescimento econômico e movimentar a economia brasileira são realizadas

³⁹ A partir de 1968, quando o capital internacional está seguro da estabilidade do regime, as empresas transnacionais avançam sobre os ramos mais dinâmicos da economia brasileira: as camadas alta e média-alta desfrutam das repercussões que obtêm pela concentração de renda do capital estrangeiro e o governo se endivida ainda mais na importação de tecnologias para a fabricação de bens de consumo duráveis, que são de interesse da minoria economicamente privilegiada, enquanto as necessidades básicas da maioria são protraídos (BRUM, 1991).

grandes obras de infraestrutura, como a estrada transamazônica, ponte Rio-Niterói, Usina Itaipu. Tudo financiado, veladamente, com o dinheiro da previdência (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

A expansão do sistema previdenciário prossegue durante a ditadura⁴⁰, mas com o afastamento da sociedade do âmbito político: os conselhos administrativos dos institutos foram substituídos por juntas interventoras do governo, um corpo tecnoburocrático de profissionais, que substituiu a participação da sociedade civil organizada nas instâncias políticas ((BRUM, 1991; POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006). Behring e Boschetti (2011, p. 79) assinalam que, tanto na ditadura do Estado Novo quanto na civil-militar, a expansão das políticas sociais representa “a busca de legitimidade das classes dominantes em ambiente de restrição de direitos políticos e civis”.

Apesar de a unificação das IAPs estar sendo gestada desde 1941, as resistências que enfrentou fizeram com que as disparidades entre as categorias profissionais só fossem reduzidas com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) em 1960, frente a indignação dos representantes dos trabalhadores, pois significava o desmantelamento de direitos conquistados (desigualmente entre as categorias) e locus de cooptação partidária. A Lei abrangia apenas os trabalhadores urbanos sob a CLT (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006; RANGEL, 2009).

Os IAPs foram *institucionalmente* unificados em 1966 sob o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), englobando o SAMDU e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social, concentrando as contribuições de todos os trabalhadores e centralizando a gestão das aposentadorias, pensões e assistência médica. A unificação dos benefícios, a contribuição compulsiva, o “milagre econômico”, o fato de haverem mais trabalhadores do que aposentados e a ampliação da base de contribuição fez do INPS um grande fundo financeiro. É a época em que há maior número de assistidos, beneficiários e contribuintes à previdência, a maior rede hospitalar e o maior uso do dinheiro da previdência sem controle do e pelo Estado (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006; RANGEL, 2009).

A liderança do INPS foi atribuída aos técnicos do IAPI (IAP dos Industriários), que defendiam a privatização e privilegiaram o desenvolvimento do “complexo médico-industrial”. Através dos fundos reunidos pelo INPS, o governo financiou a iniciativa

⁴⁰ O sistema previdenciário passou a abranger, em 1971, os trabalhadores rurais através do financiamento do FUNRURAL ao PRORURAL (Programa de Assistência ao Trabalhador Rural) e, em 1972, os empregados domésticos e autônomos (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

privada para a construção de hospitais particulares; esses hospitais atenderiam, a princípio, os trabalhadores vinculados à previdência social. No entanto, o aumento de contribuintes-beneficiários fez com que o setor médico se tornasse incapaz de suprir a demanda por serviços. A problemática foi resolvida pelo governo por meio do incentivo à iniciativa privada, acarretando no estabelecimento de convênios com médicos e hospitais, capitalizando esses grupos e exacerbando o consumo de medicamentos e equipamentos hospitalares (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006; RANGEL, 2009).

Na década de 1970 surgem movimentos em prol da saúde e contra a ditadura, agregando movimentos de base já preocupados com essa questão: os bairros crescem sem estrutura - postos de saúde, ônibus ou creches -; a miséria aumenta a incidência de doenças; a saúde pública é sucateada e o dinheiro é direcionado apenas a iniciativas que trazem lucro; surgem (e ressurgem) epidemias, como a meningite, mas a mídia, censurada, não trata do assunto, alegando que esse discurso é, na verdade, uma campanha subversiva (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014; POLÍTICAS..., 2006).

A partir de 1974 a ditadura civil-militar brasileira se encontra com o apoio popular severamente reduzido. Em 1973 ocorreu o primeiro choque do petróleo, que atingiu o Brasil mais indireta do que diretamente, por meio da exportação de capitais, fim do “milagre econômico”, aumento do preço dos produtos essenciais e dos produtos industrializados, aumento no preço das importações enquanto as exportações têm seu valor reduzido (desequilíbrio na balança comercial e no balanço de pagamentos), dentre outros (BRUM, 1991, FERREIRA; DELGADO, 2019c).

Em 1974 a presidência é assumida por Ernesto Geisel, que propõe combater o fim do “milagre econômico” com a terceira fase da substituição de importações (implantação da indústria de bens de capital e insumos básicos), estimulando a iniciativa privada brasileira e incluindo toda a sociedade, transformando os “milhões de analfabetos, miseráveis, subnutridos, maltrapilhos e marginalizados em cidadãos sadios limpos, conscientes, racionais e socializados” (trecho de mensagem presidencial ao congresso nacional em março de 1976, em Brum (1991, p. 203)).

Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o INPS foi separado em três órgãos: o INPS (limitado a administração e gestão dos benefícios previdenciários e assistenciais); o Instituto de Administração da Previdência Social (Iapas) (responsável pela gestão administrativa, financeira e patrimonial do sistema); e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (responsável pela

administração do Sistema de Saúde Previdenciário) (RANGEL, 2009). No mesmo ano, é estabelecido o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que foi utilizado para fazer empréstimos à rede privada. No ano seguinte, é estabelecido o Sistema Nacional de Saúde: a medicina curativa passa a ser encargo do Ministério da Previdência, e, a preventiva, do Ministério da Saúde, que, todavia, pela ausência do provimento de recursos, não pôde cumprir suas propostas, sendo meramente um órgão normativo-burocrático, levando a prática focalizada na medicina curativa (mais cara e financiada pela contribuição dos trabalhadores vinculados ao INPS) (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

Frente a necessidade de aderir às recomendações internacionais, o governo criou, em 1976, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), de modo a ampliar a cobertura de saúde (POLÍTICAS..., 2006). Em 1977 é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), que passa a englobar, além do Iapa, do INAMPS e do INPS, a Legião Brasileira de Assistência (LBA) (responsável pelas ações relativas à Assistência Social); a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem); a Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV); e a Central de Medicamentos (Ceme) (RANGEL, 2009).

A criação do Sinpas coincidiu com o período de retração da economia mundial – seguidos choques do preço do petróleo e aumento das taxas internacionais de juros – o qual, embora tenha tido seus reflexos postergados em função das políticas desenvolvimentistas internas, começaram a apresentar seus efeitos sobre os programas de proteção social no início da década de 1980 (RANGEL, 2009, p. 44)

Com a recessão econômica, a população passa a demandar mais benefícios enquanto as contribuições se reduzem pelo efeito da desaceleração econômica sobre os empregos. O sistema previdenciário estava falindo, não só pelo aumento da demanda por assistência, mas também pela construção de hospitais privados com fundos públicos nos anos 70, com os atendimentos sendo pagos pelo INAMPS, e, logo que os hospitais se capitalizavam, se desvinculavam do INAMPS, desassistindo a população (POLÍTICAS..., 2006; RANGEL, 2009).

Em 1976 é fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que em 1977 se manifestou a favor de uma reforma sanitária no sentido da unificação dos serviços de saúde, participação social e ampliação do acesso a serviços de qualidade. Em 1979 é proposto aos deputados, no documento *A questão democrática na área da saúde*, a criação do Sistema Único de Saúde segundo as características de [1] responsabilidade administrativa exclusiva do Estado, [2] responsabilidade do SUS sobre a política nacional de saúde, [3] mecanismos de

financiamento, [4] descentralização, [5] participação em diferentes níveis. O SUS passa a ser o eixo central da Reforma Sanitária Brasileira⁴¹ (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Ferreira e Delgado (2019c) estabelecem que o processo de abertura política do Brasil ocorreu desde 1974 até 1985, de modo “lento, gradual e seguro” propalado pelo governo Geisel. Além da crise do capitalismo internacional e a oposição das classes médias após o regime ter se revelado como realmente era, a partir de 1979 as classes trabalhadoras potencializam sua representatividade, ganhando espaço público e, assim, animando outros movimentos; a saúde passa a ser discutida pelo povo e considerada uma prioridade em decorrência das comunidades desassistidas, da censura das epidemias e do enriquecimento dos donos dos hospitais particulares (POLÍTICAS..., 2006).

A intensificação da repressão policial em 1980 é confrontada pelos grandes movimentos contra a ditadura e em prol de eleições democráticas, reunindo mais de um milhão de pessoas no Diretas Já! (respaldado por diversos setores, inclusive as associações dos secretários de saúde estaduais e municipais (CONASS e CONASEMS)). As classes dominantes tentavam a todo custo evitar a eminente derrocada da ditadura: o Congresso Nacional rejeita as eleições diretas, prosseguindo com as indiretas, dessa vez entre Tancredo Neves e Paulo Maluf (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

Figueiredo assumiu a presidência do Brasil em 1979 e apesar de tentar obstaculizar a politização da sociedade, essa consegue ampliar sua presença no processo de reconstrução democrática. A situação econômica do Brasil (em meio ao choque do petróleo de 1979, causando recessão internacional, elevação da taxa de juros do mercado internacional e suspensão dos novos empréstimos aos países endividados) se torna insustentável e a ditadura está próxima do fim (BRUM, 1991). Diversas medidas que representam o princípio da transição democrática entram em curso:

Primeiramente, em 1981, na tentativa de conter custos e combater fraudes, foi estabelecido o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP); seus postos importantes foram assumidos por técnicos da saúde, rompendo com a dominação burocrata. O Conselho passa a rigorosamente fiscalizar e exigir a prestação de contas dos serviços credenciados; propõe uma mudança no modelo através do aumento da produtividade,

⁴¹ Expressão que surge no Brasil no início da década de 1970. A reforma sanitária era relacionada com as polêmicas envolvendo as reformas urbana e agrária e as mudanças econômicas; mais do que mudanças administrativas e financeiras, buscava uma reformulação partindo já do conceito de saúde e sua ação institucional, na legislação de proteção e recuperação da saúde. Defendia que o processo saúde-doença fosse visto considerando as determinações sociais e a organização das práticas de saúde (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014)

melhoria na qualidade, equalização dos serviços urbanos e rurais, hierarquização, eliminação da capacidade ociosa, criação do domicílio sanitário, montagem de sistema de auditoria, e revisão do financiamento do FAS. No entanto, o órgão encontra oposição da Federação Brasileira de Hospitais e de medicina de grupo, que viram sua hegemonia ameaçada (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

O modelo médico neo-liberal, beneficiado pelo modelo privatista⁴² preconizado e difundido ao longo da ditadura, procurou se ajustar ao novo contexto se voltando à poupança das classes média e assalariados por meio do estabelecimento do subsistema de atenção médico-supletiva, prestando serviços pré-determinados mediante contribuições dos beneficiários, com prazos e tratamentos selecionados. Esse modelo - excludente voltado apenas aos que podem pagar, enquanto a maior parte das pessoas era atendida pelo sistema público, se ampliou na década de 80, sem preocupação com saúde preventiva e mudança nos indicadores de saúde (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

Articulado às mudanças em curso, em 1983, através da interministerial (Previdência, Saúde e Educação) Ações Integradas de Saúde (AIS), a Previdência passa a comprar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários, buscando integrar ações simultaneamente curativas, preventivas e educativas (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

⁴² O impulso da medicina como ciência se deu com o desenvolvimento da biologia e microbiologia, levando, em 1910, ao Relatório Flexner, que determinou alterações nas escolas de medicina para que os profissionais atuassem conforme os referenciais científicos, estimulando a pesquisa mas, também, as especializações médicas. Assim, os médicos se tornaram detentores de uma verdade cientificamente comprovável, exacerbando seu prestígio em detrimento e desqualificação de outros saberes e práticas tradicionais. A medicina científica desfrutou de amplo apoio econômico, pois é capaz de manter o funcionamento do corpo dos trabalhadores, independente das causas do adoecimento serem relacionadas a suas condições de trabalho e de vida. Assim, as tensões sociais arrefecem, facilitando a reprodução das relações capitalistas. Ademais, os interesses econômicos e a necessidade de acúmulo de capital estimularam um modelo de assistência à saúde baseado no consumo de consultas, procedimentos, equipamentos, medicamentos e na oferta de atenção especializada. Em consequência, a sociedade foi medicalizada, o saber cientificista da medicina regula a vida de forma naturalizada (alimentação, lazer, relações), chegando ao ponto de classificar como doenças que demandam atendimento especializado tensões sociais e psicológicas. Nesse modelo *biomédico*, a desconsideração da singularidade do paciente se realiza pelo binômio saúde-doença, onde não se percebe a produção social da doença (BRASI, 2006).

Entende-se que por meio da medicalização da vida cotidiana o atendimento por especialidades é mais requerido pois trata como doenças algumas consequências do modo de vida das pessoas; considerando que enquanto pelo sistema público de saúde é preciso percorrer as complexidades mais básicas da atenção em saúde para depois ser direcionado ao médico especialista, que atende grande quantidade de pessoas que se valem de seu direito a saúde portanto há fila de espera e que pela busca por atendimento privado é possível obter consultas com especialistas que atendem de forma particular em suas próprias clínicas, muitas vezes, os que têm a opção de evitar a espera acabam buscando atendimento privado.

Ademais, colabora para o consumo de planos de saúde privados o fato de que, com a justificativa da redução de encargos sociais sobre o governo, o incentivo a privatização faz surgir alternativas de atendimento (aos que podem pagar) que permitem que as políticas sociais se tornem pontuais e compensatórias: os direitos se tornam bens de consumo, criando uma dualidade discriminatória aos que podem ou não pagar pelos serviços, o que se denomina *universalização excludente* (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Todavia, a reforma do sistema de saúde foi quase transformada em algo meramente administrativo; para que nenhuma mudança ocorresse ao longo de 1985, foi suscitada uma crítica que o conjunto das propostas sendo feitas para a reformulação do sistema de saúde não haviam passado por um debate suficiente a nível da sociedade brasileira e que as mudanças não ocorreriam apenas mediante lei, mas deveriam acontecer como resultado de uma consciência nacional profunda em prol da mudança no sistema de saúde, que se tornasse intenso desejo político (DEMOCRACIA..., 1986).

A conjunção da consciência coletiva de que as alterações desejadas no âmbito da saúde só poderiam acontecer com o redirecionamento político do país no sentido da democracia fez com que a Conferência Nacional de Saúde fosse aberta à participação da população organizada. Assim, as deliberações representariam uma solicitação da sociedade para que o sistema de saúde fosse adequado a cultura nacional e gerado a partir da experiência do trabalho em saúde a nível particular, ou seja, escutando as experiências dos profissionais que desenvolveram o trabalho com a população de fato - portanto, o encontro não podia se limitar a presença de funcionários e empresários. A conferência resultante logrou lançar as bases à Reforma Sanitária e ao Sistema Único Descentralizado de Saúde (DEMOCRACIA..., 1986; POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

Evidenciou-se que, durante a ditadura civil-militar, o crescimento econômico brasileiro se baseou no investimento estrangeiro no país que, a partir da década de 1970, com a crise internacional, não sustentou mais a estratégia do regime. Inicialmente, o sistema protetivo se expandiu, como forma do governo obter legitimidade, porém por meio da exploração privada e os investimentos às políticas públicas eram desviados; dessa forma, com a crise econômica, as demandas da população pauperizada sobrecarregaram a capacidade das instituições. A população se uniu em busca de seus direitos e passou a exigir democracia; nesse ínterim, movimentos de base pela saúde e associações de profissionais da saúde se aliaram à requisição democrática por entenderem que o modelo de atenção à saúde então vigente não era adequado, demandando a Reforma Sanitária Brasileira.

2.5 Redemocratização e saúde: avanços e retrocessos

O presente subcapítulo trata, num primeiro momento, da Reforma Sanitária Brasileira e da VIII Convenção Nacional de Saúde, que lançaram as bases para a formulação e inclusão do Sistema Único de Saúde na nova Constituição Federal. Discutem-se os empecilhos à efetivação do projeto constitucional em meio a contra-reforma neoliberal e a crise de financiamento nas políticas públicas, com o modelo privatizante e focalizado do período. Em seguida, se abordam as mudanças na gestão das políticas públicas com a abertura à participação popular a partir de 2003 e os retrocessos mais recentes.

Em 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) onde Sérgio Arouca, em seu discurso *Democracia é saúde* diz que o Brasil, ao invés de aumentar o nível de vida da população durante o período do crescimento econômico, pelo contrário, viu aumentar a mortalidade infantil, a fome e a pobreza. A frase “democracia é saúde” sinaliza que não é possível melhorar o nível de vida da população enquanto o modelo econômico for o de concentração de renda e o modelo político autoritário. Diz, então, que o ponto de partida é a obtenção da democracia, o que se explica pela incompatibilidade do conceito ampliado de saúde com o modelo ditatorial.

Para que as mudanças fossem efetivadas, foi necessária a conferência da sociedade brasileira, tendo contado antes com pré-conferências estaduais, onde participaram profissionais com experiência de trabalho a nível de base de modo a possibilitar que o projeto de uma política de saúde implantada na Constituição Federal agregasse a cultura nacional e se comunicasse com a população. Esse “pacto” é designado como a reforma sanitária (DEMOCRACIA..., 1986).

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) parte de uma concepção ampliada de saúde:

Não apenas como “ausência de doenças”, senão como “bem-estar físico, mental e social”, decorrente de condições de vida saudáveis, isto é, acesso adequado a alimentação, habitação, educação, transporte, lazer, segurança e serviços de saúde, bem como emprego e renda compatíveis com o atendimento dessas necessidades (TEIXEIRA et al., 2014, p. 123)

O objeto de atenção da saúde passa a ser a vida e o sofrimento humano, não apenas a doença. Bem como na Carta de Ottawa⁴³ (1986), saúde deve ser considerada um conceito

⁴³ Carta de intenções oriunda da I Conferência Internacional Sobre Promoção à Saúde; nela, se destaca que a promoção da saúde não é responsabilidade apenas do campo da saúde, enfatizando as diversas dimensões da vida em sociedade como pré-requisitos a saúde, o que exige que sejam complementares. Outro ponto evidenciado é o reconhecimento das diferenças culturais, respeitando as peculiaridades de cada comunidade como um canal para obtenção da saúde.

positivo, enfatizando as capacidades e recursos sociais e individuais, como um caminho para ampliar o desenvolvimento social, econômico e pessoal.

Segundo Sérgio Arouca⁴⁴, saúde não é a mera ausência de doença ou um bem-estar físico mas é, sim, uma maneira de sentir, social e afetivamente. Isso perpassa um bem-estar social, uma condição em que todas as pessoas tenham casa, trabalho, salário, água, educação adequados; onde o meio-ambiente seja salubre; onde o sistema político respeite a liberdade de opinião, de organização, de autodeterminação; em que não haja medo de conviver ou de se estar submetido a violência arbitrária do governo (DEMOCRACIA..., 1986).

Tanto essa definição de saúde, quanto a condicionante de que muitos outros setores sociais e econômicos são requeridos para que os povos atinjam um nível de saúde ótimo são encontradas também no documento produzido na Conferência de Alma-Ata⁴⁵ (1978), que defende os cuidados primários em saúde⁴⁶ como chave para essa consecução.

Na Carta de Ottawa, é salientado que o setor de saúde não é capaz, por si só, de prover todos os pré-requisitos à saúde, visto as interrelações que conectam as esferas da vida em sociedade:

Nossas sociedades são complexas e inter-relacionadas. Assim a saúde não pode estar separada de outras metas e objetivos. As inextricáveis ligações entre a população e seu meio ambiente constituem a base para uma abordagem socioecológica da saúde. (...) necessidade de encorajar a ajuda recíproca (...). A conservação dos recursos naturais do mundo deveria ser enfatizada (...). Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde” (CARTA DE OTTAWA, 1986, p. 2)

Essa Carta recomenda, ademais, a reorientação dos serviços de saúde para adotarem uma “postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias (...), abrindo os canais entre o setor de saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais” (CARTA DE OTTAWA, 1986, p. 3). Do mesmo modo, a Conferência de Alma-Ata aponta a importância da ação dos profissionais da saúde em nível local, pois esses seriam os responsáveis pelo primeiro contato

⁴⁴ Um dos principais teóricos e líderes do “movimento sanitário” em prol da Reforma Sanitária Brasileira, tendo sido autoridade no processo de construção do Sistema Único de Saúde. Sua tese de doutorado, tratando da medicina preventiva, lançou base para a elaboração do conceito de saúde coletiva (FIOCRUZ, s/a).

⁴⁵ Declaração internacional pioneira em: enfatizar a prioridade da atenção primária em saúde; trazer em documento internacional a concepção ampliada de saúde, a saúde como direito e sua vinculação com outras esferas da sociedade e demais políticas; reconhecer a desigualdade entre os países.

⁴⁶ Concebe-se que o conceito de atendimento *primário* não significa menos complexo em termos de demanda, apesar de ser convencionado que, em saúde, a média complexidade são procedimentos que exigem consultas e exames especializados e o nível terciário requer hospitalização, internação, atenção focalizada e rápida na doença. A atenção primária é a “porta de entrada” do sistema de saúde, onde ocorre a prevenção e promoção da saúde, no território do usuário da política pública. Por sua localização próxima, é possível vincular a história pessoal ao contexto onde o indivíduo se insere, aos componentes sociais da saúde e doença.

com a comunidade, podendo responder às necessidades regionais conforme as condições de vida peculiares de cada localidade.

Em contrapartida ao modelo de atenção à saúde biomédico (baseado nas tecnologias duras, cientificista), a RSB privilegiou a incorporação dos sentimentos, das condições e modos de vida na busca dos motivos subjacentes que fizeram manifestar um sintoma, contrariando a exigência de evidências físicas do paciente, admitindo que vários outros fatores podem influenciar na saúde ou doença (como a cultura e outras formas de sentir). Além disso, o modelo da Reforma, ao invés de privilegiar categorias profissionais especializadas e tradicionais na área da saúde, incorpora outros profissionais, saberes e técnicas, ao considerar que a saúde não é uma esfera da vida alheia as demais (DEMOCRACIA..., 1986).

O relatório final da VIII CNS “subsidiou o debate sobre a política de saúde no âmbito da Assembleia Nacional Constituinte responsável pela elaboração e aprovação da nova Constituição Federal” (TEIXEIRA et al., 2014, p. 123). O SUS adentrou a Constituição Federal de 1988, onde no segundo subcapítulo do capítulo dois, sobre a seguridade social, os artigos 196 a 200 tratam especificamente dessa política, porém só foi regulamentado pelas Leis de 1990: a Lei nº 8142 versa principalmente sobre a participação popular na gestão e acerca do financiamento e a Lei nº 8.080 – Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

Todavia, entre 1898 e 1994 a RSB enfrentou um período denominado por Paim e Almeida-Filho (2014) como “anos de instabilidade”, durante os quais foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) e leis complementares versando sobre o financiamento e os distintos níveis de gestão previstos para o SUS. A ameaça à política de saúde durante o governo Itamar era a proposta de revisão constitucional e mesmo após 1994 a vulnerabilidade da RSB prosseguiu, considerando que de 1995 a 2002 a RSB não estava na agenda do governo nem era debatida pelas autoridades.

Segundo Behring e Boschetti (2011, p. 144), as políticas públicas a partir do governo Sarney mantiveram o “caráter compensatório, seletivo, fragmentado e setorizado”, sendo condicionadas à crise econômica. As propostas de reformulação realizadas pelos grupos de trabalho durante essa gestão não chegaram a ser implantadas, mas foram incorporadas e contribuíram ao conceito de *seguridade social* que consta na Constituição Federal de 1988.

Mesmo assim, as autoras defendem que desde os anos 1990 o Estado Brasileiro está em contra-reforma⁴⁷ e obstaculização/redirecionamento das conquistas de 1988.

O governo Collor (1991-1994), seguindo as prerrogativas da reforma estrutural do Estado preconizado pelos organismos multilaterais⁴⁸, implementou o neoliberalismo privatizador, alegando a necessidade de redução de gastos do Estado com as empresas estatais, acarretando no corte generalizado dos investimentos nas políticas sociais (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006; VALLE; LEITE, 2018).

Em 1993, mesmo ano em que o presidente extingue o INAMPS, Collor é submetido ao processo de impeachment, protagonizado pelo movimento estudantil, avanço do movimento sindical e popular, fragmentação da burguesia e devido aos péssimos resultados da política econômica, falta de apoio e corrupção (BEHRING; BOSCHETTI, 2011; POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

O vice-presidente Itamar Franco assume a liderança do país, potencializando, em 1994, o processo de sabotagem da saúde pública: o ministro da Previdência, Antônio Brito, alega que o aumento dos benefícios do INSS prejudica os repasses à saúde, determinando que a contribuição de empregados e empregadores seria destinada apenas à Previdência (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

As medidas neoliberais são intensificadas pelo governo de Fernando Henrique Cardoso (1995), girando em torno do ajuste fiscal: o Estado sendo a fonte dos problemas, era necessário corrigir suas distorções e reduzir gastos, ao mesmo tempo que se promovia a inserção brasileira na ordem internacional - abrindo o país a especulação financeira. Buscava-se retirar do Estado as suas funções produtivas, portanto, privatizando suas atribuições. Para facilitar essas medidas, foi realizada uma campanha midiática para criar uma subjetividade *antipública* (que já apresentava suas tendências devido a Ditadura e a pouca vontade política na democracia), as justificando pela atração de capitais, redução da dívida

⁴⁷ Boschetti (2017) define o período como uma contraofensiva do capital às conquistas civilizatórias obtidas pelos trabalhadores por meio das lutas sociais. O termo “reforma” é vinculado a estratégias revolucionárias da esquerda; associou-se também à legislação social e ao Estado de bem-estar com suas medidas keynesianas, que promoveram a melhora das condições de vida e trabalho da classe trabalhadora. Portanto, no caso brasileiro, emprega-se a palavra “contra-reforma” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

⁴⁸ O Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional assumiram um papel político, intelectual e ideológico em prol de liberalização e acumulação privada por meio de métodos pretensamente científicos e universais, trazendo como prioridade a agenda política e econômica internacional o ajustamento estrutural a ser realizado através da modificação do papel do Estado na economia, constando dentre as medidas a privatização de empresas públicas, desregulação, desburocratização e internacionalização dos mecanismos de mercado além da oposição ao funcionalismo público (VALLE; LEITE, 2018), bandeira essa assumida na campanha de Collor contra os “marajás” que usufruíam do dinheiro público sem trabalhar (FERREIRA; DELGADO, 2019d).

externa e interna, reduzir os preços, qualificar os serviços e obter eficiência (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

A política social teve de se adaptar ao novo contexto. Mediante o Programa de Publicização, que regulamentou o terceiro setor para executar políticas públicas e promoveu o voluntariado, o que desprofissionaliza a atuação nessas áreas. Isso acarretou na desresponsabilização da política social, ignorando a Constituição Federal no que tange à seguridade social; isso num contexto de aumento da demanda social devido ao desemprego e pobreza que faz aumentar as demandas por benefícios e serviços. A *privatização* torna os atendimentos focalizados e acessados por meio do mercado livre, mas a obtenção de bens e serviços através do mercado só está disponível ao cidadão-consumidor, criando, dessa forma, tanto uma dualidade discriminatória entre os que podem ou não podem pagar pelos serviços, quanto uma alternativa altamente lucrativa ao capital. A isso se denomina universalização excludente (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Ademais, enquanto a formulação das políticas era feita por um núcleo de técnicos, sem a construção de arenas de debate e negociação agências autônomas as implementavam, afastando do governo as pressões sociais. O aspecto da *descentralização* aqui se explicita, não como a repartição do poder entre esferas públicas, mas como a transferência das responsabilidades do Estado para os entes federados e instituições privadas. Os direitos foram submetidos a lógica do ajuste fiscal (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Disso vem o trinômio do neoliberalismo para as políticas sociais: *privatização, focalização/seletividade e descentralização*: com a alegada crise fiscal, os direitos foram reduzidos, e as políticas sociais tornaram-se *pontuais e compensatórias*; se deixou de pensar na prevenção e redistribuição. A *seletividade e focalização* determinam que o acesso às políticas seja apenas aos que são extremamente e *comprovadamente* mais pobres. Assim, enquanto previdência e saúde vão sendo privatizados, os mercados dos serviços de saúde e previdência ganham popularidade entre as classes médias e operariado (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Na saúde, por exemplo, a crise financeira justificou que não havia mais capacidade de remunerar os técnicos, transferindo a entidades privadas e organizações sociais os serviços e, inclusive, terceirizando a gestão do SUS. As obras e projetos construídos com financiamento público foram repassados, prontos, ao setor privado, que não era controlado e a rede pública foi deteriorada para beneficiar o privado. Assim, em 1995, os planos de saúde se expandem,

oferecendo serviços limitados e restritos (BEHRING; BOSCHETTI, 2011; POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006; VALLE; LEITE, 2018).

O então Ministro da Saúde, Adib Jatene, realiza lobby com os congressistas para aprovar a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) como alternativa à busca de recursos. O imposto (vigorando a partir de 1997) perduraria por apenas um ano e os recursos seriam aplicados somente na área da saúde. O governo, então, ao invés de considerar a Contribuição Provisória um “extra” ao que era financiado, reduziu o repasse de acordo com o arrecadado pela CPMF, acarretando na demissão do ministro. O governo desviou o arrecadamento para pagar outras dívidas (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

Também em 1996 é publicada a Norma Operacional Básica (NOB) SUS (que passa a vigorar efetivamente a partir de 1998) que estabelece a descentralização da gestão do SUS concedendo maiores poderes nesse sentido aos municípios; também, substituiu o repasse aos municípios que costumava ser conforme produtividade para um valor fixo *per capita* somado a incentivos a determinadas ações, como ao Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que passam a ser foco da saúde básica. No mesmo período as verbas públicas para 1999 (inclusive na saúde) são reduzidas; são regulamentados planos e seguros de saúde, oficializando o universalismo excludente, criando modelos de cobertura diferenciados, que evidenciam o interesse da Medicina Supletiva no ganho financeiro, e não em saúde (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

A crise do SUS faz com que o pagamento aos serviços conveniados seja reduzido, levando a falta de leitos, agravada pela criação de planos de saúde pelos hospitais filantrópicos. Alguns hospitais universitários são forçados, pela crise, dívidas e falta de pessoal, a se privatizarem (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

Ademais, devido a abrangência dos objetivos e as disparidades regionais, o SUS não teve implantação uniforme; apesar do Sistema ter conseguido progredir na atenção primária, é o setor privado que detém grande parte dos serviços de complexidades mais altas, e esse não se interessa em se integrar ao modelo devido a baixa remuneração, inviabilizando a integral hierarquização (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

Em 1999 o país é atingido por uma crise cambial que o leva a recorrer novamente ao FMI, o qual determina uma política recessiva, acarretando na expansão do desemprego e redução do PIB, propondo o aumento da CPMF, cuja proposta era ser provisória e voltada à saúde (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

Um novo momento iniciou a partir de 2003, denominado por Paim e Almeida-Filho (2014) como “conservação ou mudança”, quando o Ministério da Saúde passou a ser composto por integrantes do movimento sanitário comprometidos com o SUS e se teve perspectiva da retomada do projeto da RSB e sua reinserção na agenda pública - o que não se concretizou integralmente.

A despeito do pouco orçamento, houveram mudanças nas políticas de saúde, como o Pacto pela Saúde (2006), que alterou o modo de financiamento e as responsabilidades dos gestores, compactuando metas a serem acompanhadas por indicadores, acordadas as prioridades e acionados mecanismo de apoio; vários hospitais se integraram a rede básica de saúde, adotando conselhos gestores com participação da população e se voltando não apenas a doenças emergenciais (POLIGNANO, 2001; POLÍTICAS..., 2006).

No entanto, o sistema capitalista é caracterizado por suas crises cíclicas: periodicamente se atinge um ponto onde a capacidade de produção supera a capacidade de consumo; os mecanismos internos de superação da crise só respondem com estagnação e desemprego. O Estado entra em cena para executar investimentos no setor privado de modo a dar continuidade à produção independente da procura (BEHRING, 1998). Para “manter aquecido o consumo e a competitividade” nesses contextos, “as políticas sociais são os principais alvos da mercantilização, da focalização, da privatização, da transformação de bens e serviços em mercadorias” (BOSCHETTI, 2017, p. 65). Entende-se, assim, que o Estado tem a capacidade de abrir novos nichos de exploração à iniciativa privada através da privatização de serviços públicos. Essa privatização pode se dar de forma direta ou indiretamente, por meio de

exigências institucionais para endurecer critérios de elegibilidade, estabelecer ou ampliar condicionalidades e contrapartidas, focalizar benefícios e prestações assistenciais e previdenciárias, reduzir o nível dos benefícios sociais, desenvolver serviços sem as devidas condições financeiras e institucionais, transferir cuidados e proteção públicos às famílias e/ou organizações não governamentais (BOSCHETTI, 2017, p. 65)

Isso é o que tem se observado desde a queda do governo Rousseff, ocorrida por um conjunto de contingências: a crise internacional de 2008⁴⁹, o sentimento antipetista, os escândalos da Operação Lava-Jato, o bloqueio do Congresso as medidas propostas pelo governo. As consequências da crise refletem na preferência do capital no investimento na especulação ao invés de na produção, elevando o desemprego, levando as pessoas ao mercado

⁴⁹ Yamamoto (2019, p. 453) atribui a crise de 2008 a “*estagnação da economia mundial*”, resultado do favorecimento da “esfera financeira e do grande capital produtivo” (Grifos no original).

de trabalho informal, que não proporciona acesso a seguridade social e proteções trabalhistas (FERREIRA; DELGADO, 2019d; IAMAMOTO, 2019).

Constatou-se que a luta popular obteve a conquista de direitos, porém os avanços democráticos se viram tolhidos frente a ofensiva neoliberal que predominou os governos pós-1988. Houveram muitos avanços a partir da metade da primeira década dos anos 2000, porém ao final da segunda década, em meio a crise econômica internacional e crise política nacional, novamente vem ocorrendo retrocessos. A dificuldade de acesso a serviços e benefícios ocasionada pelas recorrentes investidas neoliberais sobre as políticas públicas brasileiras faz com que, em momentos críticos, como no enfrentamento da pandemia de Covid-19 que afeta o mundo desde fins de 2019, parte da população não tenha acesso aos serviços de saúde e que os equipamentos de saúde entrem em colapso consequência dos cortes de investimento na política.

3 ABORDAGEM COETÂNEA DAS PANDEMIAS MODERNAS

Conhecendo a organização do sistema público de saúde do Brasil, esse capítulo se propõe a apreciar como os países se organizaram e organizam frente as pandemias que ameaçam o funcionamento de seus sistemas de saúde. O primeiro subcapítulo trata das pandemias modernas, trazendo sua definição e a evolução da medicina e do modelo de atenção em saúde que preconizaram. Depois, se exploram os planos preparatórios de enfrentamento às pandemias, justificando as medidas então consideradas primordiais. Em seguida, se verifica o motivo de esses guias terem se mostrado insuficientes quando confrontados com as diferenças entre os países e territórios, bem como perante a influência da ação antrópica no ambiente natural e a interferência de setores da sociedade levando ao descaso em relação às doenças e a busca por culpados em detrimento de por soluções ao problema.

No segundo subcapítulo, se disponibilizam análises discursivas da mídia nos períodos da Gripe Espanhola, da A(H1N1) e da Covid-19, traçando paralelos comparativos entre os eventos a partir da memória socialmente construída. Observa-se, também, o discurso propagado sobre a morte e a diferença no tratamento das fatalidades entre as pandemias. Após, se averigua a influência da comunicação das lideranças políticas e da contraditoriedade de informações veiculadas sobre engajamento da sociedade às medidas preventivas. Destaca-se, peculiarmente, as repercussões da pandemia na subjetividade dos trabalhadores da área da saúde. Finalmente, se utiliza das comunicações realizadas mais na fase final dos episódios pandêmicos (no caso da Covid-19, das publicações mais recentes, como não há ainda perspectiva de erradicação da doença) e seu papel político-partidário.

O último e terceiro subcapítulo trata de algumas medidas objetivas assumidas pelos governos, comparando as estratégias adotadas pelo Brasil com semelhantes de outros países; se discute como essas providências se alinham (ou não) aos direitos humanos, exemplificando o prejuízo aos segmentos sociais em situação de pobreza e mulheres em situação de violência doméstica, pautando o “dilema” neoliberal que antagoniza a preservação da vida ou da economia.

3.1 Evolução das pandemias, da medicina, da providência e o fator social

No presente subcapítulo será explicado o que faz de uma pandemia ser considerada moderna, aliando a essa definição a medicina científica que guia majoritariamente a atenção em saúde, quando nesses contextos o trabalho intersetorial seria essencial considerando a importância da visão da totalidade para combater as pandemias. Essas reflexões se fazem presentes nos planos preparatórios de enfrentamento a pandemias iniciado no final da década de 1990 na Europa. Discute-se, também, como as alterações na ciência e no modo de vida incidem e transformam os agentes infecciosos e as diferenças nos contextos regionais no mundo e dentro dos países em relação a como determinadas localidades são acometidas pelas pandemias.

Desde o século XIX, há registro de ondas pandêmicas internacionais que podem ser consideradas modernas devido à rápida disseminação entre os países, atribuída ao trânsito dos meios de comunicação via estradas de ferro e navegação. Assim, o fenômeno da globalização pode ser entendido também com base na difusão das pandemias. A exemplo, a influenza originada São Petersburgo, por volta de 1889, com vítimas registradas, três meses após, em Buenos Aires, Cidade do Cabo, Tóquio e São Francisco (LÓPEZ; BELTRÁN, 2013).

Fato é que as pandemias de influenza, a datar de 1900, já eram registradas como fenômenos intercontinentais e caracterizadas como modernas, não só pela propensão a globalização, mas também por, já a partir da pandemia de 1889-1890, a resposta da comunidade médica ser baseada em análises científicas, amparadas pela bacteriologia investigada por Richard Friedrich Pfeiffer: “no sólo una manera de conocer metódicamente la causa de la influenza, sino que una nueva mirada sobre el mundo inspirada en el poder de las ciencias decimonónicas⁵⁰” (LÓPEZ; BELTRÁN, 2013, p. 207).

Como dito na nota de rodapé número 42, página 42 do presente trabalho, o modelo de medicina científica dispôs de amplo apoio econômico por sua capacidade de exploração monetária por meio do consumo de equipamentos médicos em detrimento de uma terapêutica que buscasse as origens sociais do adoecimento (BRASIL, 2006).

A dificuldade de perceber outras influências ao adoecimento faz com que situações da vida sejam medicalizadas ao invés de escutadas de modo a levar o sujeito a mudar suas relações com seus problemas de saúde. O trabalho em saúde deveria ser realizado por meio de

⁵⁰ não apenas uma maneira de conhecer metódicamente a causa da influenza, mas um novo olhar sobre o mundo inspirado no poder das ciências do século XIX. Tradução nossa

um diálogo no qual se identifica a singularidade do processo de adoecimento, as forças que o determinam, uma discussão sobre as possibilidades de intervenção (BRASIL, 2006).

Uma possibilidade resolutiva seria o trabalho intersetorial, articulando a atuação dos profissionais da saúde com os conhecimentos vindos de outras políticas, a “articulação das próprias políticas setoriais e dessas com a complexa rede que abrange outras organizações e seus respectivos serviços” (FERRARI; TAVARES, 2016, p. 106). Esse modo de atenção é, na verdade, um pré-requisito para o princípio de *integralidade*⁵¹ determinado na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), interpretado por Fagundes e Nogueira (2008, p.4) como o “reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, trazendo como consequência a não fragmentação da atenção, reconhecendo os fatores socioeconômicos, políticos e culturais como determinantes da saúde e da proteção social” (FERRARI; TAVARES, 2016, p. 105).

O diálogo entre as ciências humanas e sociais e as ciências biomédicas ampliou o foco sobre o assunto, permitindo que o processo saúde-enfermidade fosse estudado não só como um problema em si, mas também como ferramenta para discutir as intrincadas relações sociais e de poder, as concepções culturais, os valores sociais e as práticas institucionais de uma determinada sociedade. (SOUZA, 2005, p. 567)

Para compreender as medidas de combate à pandemia tomadas recentemente no Brasil, é preciso partir de uma visão que abranja os diversos componentes da totalidade que virão a determinar as e ser influenciados pelas atitudes tomadas no plano singular. Como já

⁵¹ Conforme os princípios e diretrizes do SUS, a *integralidade* de assistência é “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990b). Cecilio (2001) define que integralidade é considerar que cada grupo de profissionais em cada serviço especializado deve ter o compromisso com a melhor escuta do usuário do serviço, de modo a identificar a real necessidade dentre as demandas trazidas. É responsabilidade do sistema de saúde fornecer a escuta integral ao usuário em cada serviço que for acessado, possibilitando que o cuidado ultrapasse o “consumo” de serviços. Tendo em mente que os serviços são constituídos de diversos profissionais, não é apenas o médico que deve realizar essa escuta: a categoria trabalho, no marxismo, envolve a construção social do conhecimento, sendo assim, nunca é uma atividade isolada, mas exige a construção coletiva e o compartilhamento através da comunicação (NETTO; BRAZ, 2007). Isso denota a importância do trabalho *interprofissional*. Portanto, a troca sugerida da *interdisciplinaridade* possibilita apreender as diferentes expressões da questão social, que por serem múltiplas e complexas, suas refrações “não são passíveis de abordagens isoladas”, e “a divisão e fragmentação dos saberes (...) levam à fragilização de suas intervenções” (FRAGA, 2010, p. 57-60); sendo assim, esforçar-se pelo trabalho conjunto, com a contribuição de cada área, permite um trabalho que atende o sujeito em suas necessidades integrais, contribuindo à luta pela equidade e justiça social.

A interdisciplinaridade compreende uma relação horizontal entre os profissionais envolvidos na abordagem de um problema. É necessário diferenciar esse conceito dos de *multidisciplinaridade* (que ocorre quando os profissionais realizam seu trabalho sem um objetivo comum, se concentrando nos objetos de suas disciplinas específicas, abordando o problema de maneira paralela), *pluridisciplinaridade* (quando há um núcleo comum, que reúne certa cooperação entre as profissões, porém o trabalho de cada um é realizado separadamente) e *transdisciplinaridade* (quando as disciplinas trabalham coletivamente, agregando seus conceitos para tratar do problema comum) (SAUPE et al., 2005).

analisado, de modo a tratar de um problema de saúde comunitário são necessárias ações harmonizadas dentro de um sistema nacional que, no Brasil, é representado pelo Sistema Único de Saúde, que só se instituiu pelas demandas trabalhistas em prol de seguridade social, influenciadas pelos imigrantes europeus que tinham essa experiência vinculada à Primeira Revolução Industrial. Assim, considerando o surgimento da seguridade social nos planos mundial e nacional, também há de se levar em conta os planos preparatórios de enfrentamento a pandemias desenvolvidos inicialmente pela Comunidade Europeia que proveram os organismos internacionais de saúde com tópicos a serem explorados de acordo com as experiências na região.

Em casos de pandemias infecciosas é crucial que sejam rapidamente identificadas suas características chave, de modo a possibilitar a tomada de decisões. A célere coleta de informações, no entanto, é um grande desafio. A importância dessas análises preliminares se deve ao fato de que “Numa pandemia de influenza espera-se que a doença se dissemine rápida e amplamente, afetando indivíduos de todas as faixas etárias e estimando-se que 40% a 50% da população sejam atingidas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006 *apud* GOMES; FERRAZ, 2012, p. 303).

No século XX, o mundo vivenciou três pandemias de influenza que tiveram repercussões variadas. A primeira – a gripe espanhola – foi a de maior impacto (...) provocando pelo menos 22 milhões de óbitos entre 1918 e 1919, bem mais que os oito milhões de mortos na Primeira Guerra Mundial (Ujvari, 2003, p. 240). Já a gripe aviária e a de Hong Kong causaram cerca de 1 milhão de mortes cada uma, em 1957 e 1968, respectivamente (GOMES; FERRAZ, 2012, p. 303)

O excerto supracitado ilustra a capacidade letal de uma doença infecciosa, como o caso da Gripe Espanhola, impulsionada pelas precárias condições enfrentadas pelos civis e combatentes da Primeira Guerra Mundial, aliada à medicina sendo, só então e devido ao contexto, desenvolvida e ainda sob influência de procedimentos tradicionais sem comprovação científica que agravavam o estado dos afligidos (como a sangria).

No entanto, é preciso considerar que as transformações na ciência e no modo de vida abrem espaço a mudanças também nos agentes infecciosos, em sua adaptabilidade e no público que atingem – em geral, a população em situação de vulnerabilidade social⁵² que está

⁵² “situações ou ainda em identidades que podem levar a exclusão social dos sujeitos. Estas situações se originam no processo de produção e reprodução de desigualdades sociais, nos processos discriminatórios, segregacionais engendrados nas construções socio-históricas que privilegiam alguns pertencimentos em relação a outros” (BRASIL, 2013)

afastada do acesso a cuidados em saúde adequados, de condições de saneamento básico (se não mínimo) e sendo culpabilizada pelo contexto no qual se encontra.

Alguns estudos realizados dentro dessa temática partem do princípio de que as implicações das causas morbígenas sobre a vida ultrapassam o biológico, bem como julgam que a doença não pode ser examinada fora da estrutura social na qual está inserida. Considerando-se esse pressuposto, indivíduos e grupos sociais em tempos históricos e espaços geográficos diferentes produziram seus próprios modos de definir a etiologia, a transmissão, a terapia apropriada e os significados de uma doença. Essas definições refletem não só a mudança do conhecimento e das tecnologias médicas, mas também influências mais amplas, tais como convicções religiosas, obrigações de gênero, de nacionalidade, de etnias e de classe, além de políticas e responsabilidades estatais. (SOUZA, 2005, p. 567)

Nesse tópico, Mahony (2012) faz uma análise do livro *A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia* (SOUZA, 2009), onde doenças e epidemias são compreendidas como fenômenos sociais, ou seja, como reflexos da sociedade em que estão se espalhando, sendo os momentos de crise propícios a revelar claramente “as diferenças sociais, as atitudes de diversos grupos sociais e o poder” (MAHONY, 2012, p. 1341).

Portanto, a resposta social a epidemias e a intervenção da saúde pública deve ser entendida não apenas a partir da perspectiva das ciências sociais, como processos social e político, mas como sugerido por Levins (1994), de uma perspectiva ecológica, como uma força e um componente do processo evolutivo, interferindo diretamente nele. Quando uma doença prevalece ou aumenta sua incidência em uma sociedade, diversas mudanças comportamentais e institucionais na saúde pública são geralmente desencadeadas. Esses novos comportamentos e padrões de intervenção muitas vezes auxiliam na mudança das condições de contágio e aceleração de diagnóstico e tratamento (POSSAS, 2001, p. 34. Tradução nossa)

A chamada gripe espanhola (que, na verdade, se originou, de acordo com López e Beltrán (2013), no sul dos Estados Unidos, sendo levada à Europa pelas tropas norte-americanas durante a primeira guerra mundial) atingiu o Brasil num momento de luta pela primazia política de elites monarquistas e republicanas em diversos estados do país.

Souza revela, que a gripe trouxe à tona as imensas discrepâncias sociais (...), assim como a fraqueza do sistema médico e das políticas de saúde públicas locais. Com uma imprensa altamente politizada, a doença não deixou de entrar na agenda das discussões políticas (...) [e] encontrou papel importante nos debates eleitorais (MAHONY, 2012, p. 1342)

A infraestrutura antiga, precária, sem saneamento e higiene pública, propiciaram a disseminação da doença e a revelação de como os planos de modernização preconizados pelas elites eram inadequados. Algumas das questões relacionadas ao sistema de saúde eram relacionadas aos médicos, que, inicialmente, não levaram a sério a gravidade da pandemia,

fazendo comparações com as recorrentes e letais cólera, tuberculose e febre amarela; a falta de informação no setor de saúde levou a hesitação em promover medidas protetivas. Ademais, a comissão médica se preocupou mais em buscar as origens e característica da doença do que em indicar medidas de enfrentamento (MAHONY, 2012).

Preocupação essa que permanece até as pandemias mais recentes, quando, por exemplo, durante a pandemia de Covid-19, países ocidentais usaram a China como bode-expiatório, criando uma guerra verbal entre nações que não superaram os embates Guerra Fria, acarretando em declarações que provocaram respostas chinesas na esfera comercial. Não se pretende reduzir a importância da identificação do portador primário da infecção, pois assim é possível encontrar uma resposta contra o vírus, porém, acusar abertamente de crime uma nação, baseado somente em suposições, não possui respaldo científico ou social.

Apesar de pandemias terem ocorrido em intervalos irregulares ao longo da história, os planos de preparação às pandemias apenas surgiram na Europa na década de 90. Subsequente aos guias preliminares da Organização Mundial da Saúde (OMS) no planejamento para pandemias (1999), a Assembleia Mundial da Saúde em 2003 adotou uma resolução que convocava ao desenvolvimento de planos de preparação a pandemias nacional e global que estabeleceram como primeiro alvo a cobertura da imunização à gripe sazonal. A comoção global causado pela síndrome respiratória aguda (SARS) em 2003 impulsionou a adoção em 2005 da primeira Regulação Internacional de Saúde compreensiva. Naquele mesmo ano a OMS publicou seu primeiro guia global e lista de requisitos para preparação a pandemias (NICOLL et al., 2012, p. 311. Tradução nossa)

Entre 2005 e 2009, 43 países europeus foram estudados, através de procedimentos padronizados, quanto a sua preparação para enfrentarem pandemias com o objetivo de aprimorar seus planos de preparo de acordo com uma lista de indicadores elaborada pela OMS. Essas atividades foram potencializadas devido a influenza A(H5N1) (gripe aviária) na Turquia, Azerbaijão e em aves domésticas e selvagens em vários países europeus (NICOLL et al., 2012).

Os procedimentos realizados por equipes especializadas itinerantes revelaram as limitações das nações: alguns países limitavam seus preparativos aos planos escritos, não desenvolvendo aspectos operacionais ou investigando sua aplicabilidade. Portanto, foram adotados os

três Ps essenciais”: Planejamento, Preparação e Prática. Também, se mobilizaram testes locais para avaliar como as políticas nacionais funcionariam nas linhas de frente (como a distribuição de vacinas), cujos resultados foram publicizados para que os países pudessem investigar sua capacidade (NICOLL et al., 2012)

Posteriormente, foram desenvolvidos procedimento e ferramenta de auto avaliação. Os indicadores de planejamento a pandemias passaram a ser complexificados de acordo com as realidades nacional e local, abrangendo: agências e dados de importância nacionais; trabalho intersetorial; consistência com as políticas de países vizinhos; vacinação; comunicação entre as agências de saúde e com o público, entre outros (NICOLL et al., 2012).

A visita de um agente especialista externo continuou, periodicamente. A determinação de que os resultados deveriam ser publicizados levou a atrasos nas publicações devido a negociações internas por consenso e por recursos para atuar nas recomendações. Mesmo assim, o impacto, disseminação e apropriação geral das descobertas aumentaram. Cada visita terminava com a interrogação de o que os países precisavam ou esperavam do Centro Europeu de Prevenção a Doenças (European Centre for Disease Prevention – ECDC) e Organização Mundial da Saúde (OMS), levando a criação de um fundo disponível a todos os países e o financiamento de diversas iniciativas de monitoramento de saúde pública da OMS (NICOLL et al., 2012).

Inicialmente, os planos se concentravam nos serviços de saúde, mas a United Nations System Influenza Coordination e do presidente da França conseguiram que, em 2008, se aumentasse a atenção destinada a outros setores além da saúde durante as pandemias, como medidas de distanciamento social e fechamento de escolas. Os países começaram a publicar seus planos envolvendo outros países, e sendo apoiados pelo Conselho de Saúde da Comunidade Europeia (European Union Health Council) e OMS (NICOLL et al., 2012).

A Comissão Europeia, ECDC e OMS realizaram workshops regionais entre 2005 e 2007; uma dessas iniciativas levou ao desenvolvimento de um sistema de comunicação e de várias publicações que foram utilizados durante a pandemia de 2009. De 2004 a 2007, a OMS fez uma série de consultas globais para elaborar uma estratégia de vigilância de pandemias, culminando na publicação do manual “Global surveillance during an influenza pandemic” (vigilância global durante uma pandemia de influenza) em abril de 2009, que considerava essencial que fossem feitas pesquisas logo de início, para um entendimento preliminar da doença, identificar a população afetada e estimar as taxas de hospitalização (NICOLL et al., 2012).

“Em 2009, o aparecimento de casos da gripe A(H1N1) (...) em 207 países indicou o registro da primeira pandemia do século XXI” (GOMES; FERRAZ, 2012, p. 302). Acredita-se que tenha emergido nos EUA e México, em abril de 2009, causando, estimativamente, segundo a Pan American Health Organization (PAHO), mais de 280.000

mortes no mundo até agosto de 2010 (SOUZA et al., 2013). O Brasil atingiu 18,6% das mortes mundiais.

Apesar da OMS ter publicado anteriormente guias de preparo à pandemias em 1999 e os revisado em 2005 e 2009, guias de vigilância específicos para a coleta de dados baseados em confirmações laboratoriais precoces de casos não foi incluída até 28 de abril de 2009. Consequentemente, países podem não ter tido tempo suficiente para incorporar as recomendações da OMS nos seus planos de vigilância pandêmica. Coleta e compilação de dados durante um evento grave em tão larga escala é, além disso, um desafio em si mesmo (WILLIAMS et al., 2014, p. 63. Tradução nossa)

Com o advento e agravamento da pandemia, foram sendo publicados guias adicionais acerca dos métodos de coleta de dados e solicitado o envio de informações sobre os primeiros casos laboratorialmente confirmados, como características demográficas, data de manifestação dos sintomas e quais, histórico médico - incluindo vacinas e tratamentos antivirais, pneumonias, tratamento, hospitalizações, passagens por UTIs, necessidade de ventilação mecânica e resultados.

A experiência obtida na pandemia de 2009 demonstra que tentar unificar um sistema de dados centralizado e global em meio a uma crise é menos efetivo e eficiente do que seguir o método sugerido pelas Normas Provisórias de Julho de 2012: identificar questões críticas, padronizar métodos de coleta de dados, elementos críticos e métodos investigativos; e criar canais eficientes de disseminação ampla dos resultados (WILLIAMS et al., 2014, p. 64. Tradução nossa)

Portanto, o risco de se preparar para uma experiência futura como se fosse a de 2009 foi reconhecido, visto que toda pandemia é diferente. Em 2011, ECDC e o Escritório Regional da OMS na Europa organizaram workshops contínuos para os estados membros, para divulgar as mudanças sendo feitas nos planos de preparo às pandemias em decorrência da experiência recente. No entanto, muitos países ficaram aguardando indicações da OMS e as medidas que foram adotadas foram dissimilares (NICOLL et al., 2012)

Guias futuros terão de considerar fatores que atrasam informes adiantados. Alguns pode ser, por exemplo, a pressão no sistema nacional de saúde causado pela resposta às atividades; diferenças nos sistemas de saúde e de infraestrutura e informação; relutância das autoridades sanitárias em submeterem dados incompletos de investigação; e a ansiedade dos investigadores de publicar descobertas precoces em publicações da categoria antes da disseminação pública (WILLIAMS et al., 2014, p. 64. Tradução nossa)

Ademais, os chamados “países de terceiro mundo”⁵³ encontram obstáculos agravados quando se trata de questões de saúde: a migração urbana desorganizada empurra a população para as periferias, fazendo com que adentrem nichos ecológicos nunca antes habitados por humanos, esses que, dessa forma, acabam entrando em contato com animais vetores de doenças “novas” – que já afligiam outras espécies, mas não haviam, ainda, atingido o ser humano (POSSAS, 2001).

Além disso, as condições a que o meio natural é exposto quando o urbano o adentra pressiona o processo de seleção das espécies, em que o mais adaptável ou forte consegue evoluir e se adaptar rapidamente. O mesmo ocorre com o uso de pesticidas: quando uma praga é exterminada, seu predador acaba também o sendo, abrindo espaço a disseminação de outra espécie que era também por aquele predador caçada; essa última espécie pode tomar o lugar do primeiro vetor de doenças ou mesmo de uma nova (POSSAS, 2001).

As intervenções humanas também favorecem as infecções quando, por exemplo, se utilizam antibióticos indiscriminadamente, aumentando a resistência dos agentes infecciosos. Apesar de recomendações internacionais em prol da inclusão de variáveis sociais e ecológicas nos estudos epidemiológicos, os países em desenvolvimento encontram diversos obstáculos ao seu desenvolvimento: dificuldades no acesso de informação, falta de conhecimento acerca da população, condições inadequadas de análise e planejamento de políticas a nível nacional e local (POSSAS, 2001). Ademais,

Diversos processos sociais e ecológicos, como extrema pobreza, movimentos populacionais, urbanização, e desmatamento, favorecem a emergência e ressurgimento de síndromes infecciosas e doenças e aumentam suas complexidades epidemiológicas. A intensificação de viagens internacionais e migração também contribuiu na ampliação desse processo, acelerando o movimento de humanos, animais, e plantas e a proliferação global de vírus, bactérias e fungos (POSSAS, 2001, p. 32. Tradução nossa)

O que significa que doenças antes consideradas “de terceiro mundo” ou limitadas a países tropicais, devido a própria ação antrópica, estão atingindo os centros econômicos do capitalismo; ademais, o atual estágio do capitalismo, que preza pela transferência do poder público a instituições privadas e interesses econômicos, acarreta na perda do controle social sobre processos econômicos destrutivos (POSSAS, 2001).

⁵³ Os termos “países desenvolvidos/menos desenvolvidos” devem ser interpretados com base no conhecimento de que o desenvolvimento e enriquecimento dos países economicamente centrais para o capitalismo dependem da exploração do “terceiro mundo”, incluindo seus recursos naturais, força de trabalho, valor da moeda etc. (AMIN, 2005). O rico só existe pois há um pobre com o qual se comparar

Percebeu-se que a realidade particular de cada região do mundo influencia em muito o modo como o local é afetado por pandemias. O esforço de fazer guias internacionais de orientações não foi bem sucedido inicialmente por não considerar a organização interna dos diferentes sistemas de saúde de cada país, o que seria uma tarefa titânica e necessitaria do alinhamento político dos líderes nacionais, algo que nunca foi conseguido na história do mundo. Ademais, a ação humana impulsiona a letalidade das infecções quando se propõe a alterar ecossistemas, além de que a facilidade de viagens internacionais com supervisão mínima sobre a condição de saúde dos migrantes auxilia os agentes transmissores de doença a encontrarem novos hospedeiros e nichos propícios.

3.2 Mobilização subjetiva - discursos e interdiscursos

Esse subcapítulo inicia com a análise discursiva da mídia em três pandemias consideradas modernas (a Gripe Espanhola, a A(H1N1) e a Covid-19)⁵⁴, traçando paralelos e salientando diferenças na mais recente. Se explica como o modo de veiculação de informações e a contraditoriedade causam reações subjetivas nas pessoas e a influência das comunicações sobre a aderência da população às medidas de prevenção e combate. Num último momento, é explorada a etapa mais “final” do discurso em relação às pandemias, quando as questões de saúde já estão mais estratificadas e a mídia começa a usar do momento para discussões manifestas sobre a política nacional.

Gomes e Ferraz (2012) desenvolveram a análise discursiva das três revistas de maior circulação no Brasil no momento em que a pandemia de influenza A(H1N1) foi o assunto de destaque, durante seus primeiros meses (de maio a setembro de 2009). Percebe-se que

o noticiário se divide em duas fases, enfatizando, inicialmente, o alarme provocado pelo medo do novo vírus e das mortes registradas e, em seguida, o controle pela constatação de que a moléstia representava menos risco do que se imaginava, além das ações para combatê-la (GOMES; FERRAZ, 2012, p. 302)

Quanto a primeira fase, buscou-se produzir uma reação nas pessoas através da construção da representação da H1N1 a partir da memória de outras doenças infecciosas e assemelhando as medidas protetivas/preventivas tomadas como uma situação de guerra,

⁵⁴ A vinculação da Gripe Espanhola com a A(H1N1) foi feita por Gomes e Ferraz (2012); a relação da Gripe Espanhola com a Covid-19 foi realizada por Kind e Cordeiro (2020). As interseções entre esses trabalhos e as análises de discurso da Gripe Espanhola, conforme Souza (2005) e Mahony (2012), e da Covid-19, de acordo com Matta et al. (2020), Sobral et al. (2020), Lírio (2020), Barrocal, (2020) e Martins (2021), foram efetuadas pela autora do presente trabalho.

fortalecendo esse sentimento de insegurança através da relação do discurso sobre doenças com a narrativa empregada pela mídia ao tratar da violência.

Gomes e Ferraz (2012) procuraram avaliar como noções perenes na sociedade de medo, mal, morte e epidemia, além das metáforas de guerra, costumam aparecer nas matérias sobre doenças, definindo a ênfase e o modo com que serão endereçadas nos textos.

A relação das pessoas com as epidemias é material e subjetiva ao mesmo tempo, uma vez que lida com o agente transmissor, o indivíduo infectado e o trabalho de controle da doença (mundo material) e as representações e os valores do fenômeno epidemiológico na sociedade (mundo subjetivo) (GOMES; FERRAZ, 2012, p. 304)

Ou seja, ao mesmo tempo em que a pandemia representa uma ameaça real à saúde do indivíduo e da sociedade, levantando também questões econômicas (que as vezes passam a ser até mais relevantes a determinados tipos de governo), também a forma com que o discurso sobre a situação é formulado suscita reações emocionais no sujeito, pois as palavras lidam com a memória que se tem do contexto de significação dado a elas.

É o que os autores se referem como *pré-construído* ou *interdiscurso*, que é o significado dado em um contexto anterior, dissociado dessa contingência que lhe definiu e lançado como um conceito a ser universalmente empregado. Não é, porém, o sentido individual que uma pessoa atribui, mas uma memória discursiva que se inscreve nas práticas sociais (GOMES; FERRAZ, 2012).

Fenômeno semelhante é referenciado como *sensemaking* por Sobral et al. (2020):

O sensemaking refere-se a um processo de construção social (...) quando confrontadas com situações ambíguas, as pessoas tentam retrospectivamente dar sentido aos acontecimentos que se desenrolam, a fim de racionalizá-los. Para fazer isso, os indivíduos separam as pistas de informação obtidas entre compartimentos e, conseqüentemente, as interpretam com base em padrões cognitivos (SOBRAL et al., 2020, p. 760)

A construção da insegurança na população durante a Gripe Espanhola é atribuída, por Bertolli Filho (2003) a representações midiáticas, incitando o

medo da população diante de uma moléstia desconhecida e letal. As charges, bem como notícias fantásticas e sensacionalistas veiculadas em revistas e jornais, são as fontes utilizadas pelo autor para caracterizar esse quadro de pânico geral que se instaurou na Paulicéia. (BERTOLLI FILHO, 2003 *apud* SOUZA, 2005, p. 571-572)

Algumas palavras/termos de impacto utilizadas para descrever a gripe espanhola em sua época foram “terrível mal”, “ciclone maldito”, “flagelo”, “epidemia nefasta” e “hecatombe” (KIND; CORDEIRO, 2020, p. 4). Para rememorar essa pandemia no período da

gripe suína, foram empregados termos como “espectro da pior epidemia do século XX”, “trágico passado conhecido como gripe espanhola”, “pavoroso inimigo tomou nova forma”, “catástrofe de 1918” (GOMES; FERRAZ, 2012, p. 305). Uma das revistas chega a classificar os vírus como os maiores inimigos da espécie humana, mais letais que a violência física experienciada cotidianamente – o que evoca a comparação entre a taxa de mortalidade da gripe espanhola diante da primeira guerra mundial. Durante a Covid-19 outros traços comparativos reemergiram, dessa vez com o vírus da AIDS/HIV, reativando as noções de grupos de risco popularizadas na década de 1980 (KIND; CORDEIRO, 2020).

Souza (2005), ao analisar os registros da Gripe Espanhola em diversas localidades que a viveram, ilustra uma das características da mídia frente a pandemias já existente naquele momento:

O exame superficial das diversas narrativas construídas sobre aquele evento pode detectar alguma similitude na maneira como os fatos se desenrolam, em diferentes realidades. Há uma espécie de dramaturgia comum às epidemias que, de modo geral, apresentam dilemas semelhantes, nascidos da necessidade de explicá-las e combatê-las, e as respostas parecem se repetir ao longo da história. Não obstante, é preciso considerar a complexidade das negociações acerca da definição e da resposta à doença, que envolve atores e ações diversos, em contextos, por vezes, multidimensionais. (SOUZA, 2005, p. 568)

Em relação a *dramaturgia* aparentemente característica dos momentos de calamidade, torna evidente que “o medo e a ansiedade gerados pela repentina intensificação das experiências de morte determinam a necessidade de entender o fenômeno, e o caráter de espetáculo exige resposta visível e imediata” (SOUZA, 2009, p. 18 *apud*, MAHONY p. 1341). Essa fala, que referencia o pandemia de mais de um século atrás, já destaca o sensacionalismo que se dissemina entre a população conforme a morte se aproxima da vida pessoal de cada um.

No contexto da Covid-19 a constante atualização no número de vítimas tem o efeito contrário, dificultando as tentativas de se narrar a morte; também, a insistência acerca de grupos de risco transmite a ideia de que as mortes dos integrantes desses são esperadas, previsíveis e, assim, naturalizadas (MATTA et al., 2020). Adicionalmente, no Brasil, a comunicação de informação está ocorrendo de maneira contraditória, o que desencadeia efeitos diferentes em cada setor social (SOBRAL et al., 2020).

Sobral et al. (2020) - ao considerarem que a comunicação das lideranças políticas é muito importante tanto para evitar o pânico e promover comportamentos desejados na população, quanto para publicizar as atitudes que o governo pretende, assim também reduzindo a incerteza da comunidade - descobriram que governos que adotam tons

pessimistas ao noticiarem a situação e oferecerem informações mais específicas tendem a ser avaliados mais transparentes e mais capacitados a combater a pandemia por, especificamente, mulheres e indivíduos que se consideram à esquerda do espectro de orientação política.

Alia-se a isso o estudo promovido por Ramos et al. (2020), quando analisaram a motivação dos brasileiros para aderirem ou não ao isolamento social, vindo a descobrir que a situação de vulnerabilidade econômica pouco influencia o apoio a essa estratégia, mas pessoas que se consideram “de direita” no espectro político apoiam menos a medida do que pessoas “de esquerda”. A explicação obtida foi a maior sensibilidade das pessoas “de direita” aos efeitos econômicos esperados devido ao isolamento social, tanto pela redução da produtividade e trabalho, quanto por serem contrários ao aumento do gasto social.

Santana-López et al. (2019) desenvolveram, no período de março a maio de 2017, entrevistas com profissionais e estudantes da área da saúde acerca de seu imaginário e projeções comportamentais numa pandemia de gripe. Constatou-se que cerca de 50% dos trabalhadores não cumpririam com suas responsabilidades profissionais, priorizando a proteção própria e de suas famílias (76,5% dos profissionais e 89,3% dos estudantes consideram que sua responsabilidade primária em saúde é para consigo e suas famílias). Em comparação, em estudo na Alemanha, cerca de 30% dos trabalhadores da saúde pensavam ser aceitável abandonar seus postos de trabalho durante pandemias para proteger a si e seus familiares.

Negar-se a tratar pacientes infectados é uma atitude considerada aceitável por 46,7% dos profissionais e 62,5% dos estudantes; a aplicação de sanções aos que se negassem a trabalhar nos períodos de pandemia é oposta por 53,7% dos profissionais e 79,9% dos estudantes. Enquanto isso, em estudos semelhantes anglo-saxões, não só grande maioria concorda com sanções nesses casos, como também na aplicação de medidas disciplinares (SANTANA-LÓPEZ et al., 2019).

Ademais da sobrecarga, a falta de treinamento influi no desejo de não ir trabalhar, tanto por não se sentirem capacitados ao atendimento dessas situações, quanto por falta de confiança no pessoal e nas medidas preventivas: 65,6% dos profissionais e 47,3% dos estudantes não trabalharia se tivesse que assumir tarefas para os quais não têm treinamento.

Na cidade de Passo Fundo, RS, em 21 de março de 2020, cerca de 30 médicos e outros 40 profissionais da saúde se afastaram dos serviços perante a pandemia do Covid-19 (JORNALISTA GAZETA, 2020). Santos (2020) destaca os conflitos que os profissionais da saúde se submetem quando ponderam seu papel profissional *versus* sua vida pessoal em

tempos de pandemia - não só pelo receio se infectarem, mas também por se tornarem vetores de contaminação de suas famílias.

Outro impasse dos profissionais envolvidos na chamada “linha de frente” de combate ao coronavírus é a demanda pela realização de uma “triagem de guerra”; todavia, hierarquizar as vidas conforme suposta importância, priorizando uma sobre a outra quando faltam equipamentos e profissionais requer um sistema moral conduz a tomada de decisões conforme um sistema moral questionável (SANTOS, 2020) que, muitas vezes, é utilitarista quando se considera que jovens devem sempre receber tratamento prioritário em detrimento dos idosos (CAPONI, 2020).

Tornando a divisão de etapas nas notícias de acordo com Gomes e Ferraz (2012), na segunda fase

os textos destacam um super dimensionamento do risco, as iniciativas de combate à moléstia, com foco nos medicamentos, e as críticas ao governo pelas medidas adotadas. Embora incitem o clima de combate ao vírus, utilizando as metáforas de guerra, os textos tentam acalmar o leitor, procurando, de certa forma, desfazer o medo provocado na primeira fase (GOMES; FERRAZ, 2012, p. 309).

Frente a constatação que a gripe suína era mais controlável do que a gripe espanhola, especialmente pelos recursos disponíveis na atualidade, essa nova etapa das notícias se foca na necessidade de massificar a produção dos medicamentos e vacinas desenvolvidos e na atenção às estratégias das autoridades públicas: explicita a urgência das medidas, ao mesmo tempo em que se procura amenizar o terror criado. Durante o arrefecimento da pandemia, o discurso midiático se utiliza da ineficiência do Ministério da Saúde no controle desenvolvido para atacar a liderança político-partidária nacional.

Semelhanças são encontradas com a mídia durante a Gripe Espanhola, quando, na Bahia, a imprensa dividida entre os grupos concorrendo pela primazia, colocou a doença na agenda das discussões (ver excerto de Mahony (2012, p. 1342) citado nesse trabalho na página 56). Quanto ao contexto de Covid-19, se cogita desde o início de 2020 a possibilidade de *impeachment* do presidente brasileiro. De acordo com Barrocal (2020), o chefe da Câmara de Deputados do país, Rodrigo Maia, tinha, até a manhã de 23 de abril de 2020, 24 pedidos de cassação do mandato de Jair Bolsonaro. Uma das peças acusava o presidente de crimes de responsabilidade e quebras de decoro (exemplificando os ataques a jornalistas e governadores estaduais), sabotagem do combate ao coronavírus e participação em manifestações em favor de golpe militar e estabelecimento de ditadura.

Além do presidente, o ministro da saúde Eduardo Pazuello também recebeu pedido de *impeachment*, motivado pelo seu comportamento leniente em relação ao desrespeito das regras de isolamento social e ao uso de medicamentos sem eficácia comprovada contra a Covid-19 (como a cloroquina e a ivermectina) e sua incapacidade de elaborar um plano de vacinação para o Brasil (MARTINS, 2021).

Impeachment não é remédio para governo ruim. Remédio para governo ruim é o voto. *Impeachment* é um mecanismo que só deve ser usado para afastar um presidente que comete crimes de responsabilidade no exercício do mandato. *Impeachment* é remédio para criminoso. (GOMES, 2020)

Em relação a isso, o advogado Pedro Serrano disse que, durante a pandemia, as atitudes do presidente brasileiro podem ser juridicamente caracterizadas como crimes de responsabilidade e atentado à Constituição. Bolsonaro abertamente discursa contra as medidas de proteção à Covid-19 que são ordens legais dos governos estaduais e municipais, o que, para Serrano, é também considerado como crime comum contra a saúde (LIRIO, 2020).

Tendo reconhecido o impacto das comunicações realizadas por meio da mídia sobre as reações e ambiente subjetivo da sociedade, verificando que o posicionamento político também influencia significativamente a crença em discursos alarmantes ou céticos em relação a gravidade da doença, o próximo subcapítulo traz algumas determinações objetivas dos governos para evitar (ou não) a disseminação dos vírus.

3.3 Impactos das diretrizes adotadas pelo país sobre a população

Esse subcapítulo se propõe a apresentar algumas determinações objetivas dos governos para evitar (ou não) a disseminação do vírus. Para isso, compara algumas medidas adotadas pelos governos na pandemia de Influenza A(H1N1) e de Covid-19, encontrando semelhanças na escassez de EPIs e nas estratégias como a defesa da contaminação por rebanho - métodos esses neoliberais que põem em questão a prioridade de preservação da vida ou da economia, adentrando em discussões referentes aos direitos humanos, ao negacionismo científico e consequências que atingem mais expressivamente a população em situação de pobreza e mulheres em situação de violência doméstica.

Em 2009 foi adotada a estratégia de fechamento de escolas públicas e privadas, suscitando seu questionamento, tanto em relação à sua necessidade, quanto à sua eficiência. A decisão por adotar ou não um distanciamento social constitui, tanto ao poder público quanto à

população, dilemas morais envolvendo questões de curto *versus* longo prazo, de riscos *versus* benefícios e de restrição do direito de ir e vir *versus* a saúde pública (SANTOS, 2020).

Em 14 de maio de 2020, o atual presidente brasileiro deixou clara sua oposição aos governadores estaduais que defenderam o isolamento social, buscando minar os esforços desses por meio da não coordenação de medidas e ausência de diretrizes estabelecidas pelo governo federal, por um “jogo de informações cruzadas e contraditórias” (CAPONI, 2020, p. 210) e pela convocação dos empresários a obstaculizar medidas de quarentena (CAPONI, 2020).

Deixar a cargo da população a decisão por aderir ou não ao distanciamento social é uma transferência de responsabilidade moral do poder público aos indivíduos, apelando para a solidariedade particular. Por outro lado, determinar mandatoriamente o isolamento da população desconsidera as realidades de vida diferentes, tornando essa exigência utilitarista (SANTOS, 2020).

As questões em torno dos direitos humanos e o posicionamento da atual gestão nacional brasileira já existiam antes da pandemia, porém são reforçadas no contexto, quando se banaliza ou naturaliza decisões sobre vida e morte sob o argumento da urgência. São justificativas de perspectiva utilitarista, que desconsideram os direitos humanos. Grandes exemplos são considerar que jovens devem sempre receber tratamento prioritário em detrimento dos idosos e o uso de drogas sem comprovação de sucesso e ignorando contra-indicações, usando as vítimas da doença como cobaias (CAPONI, 2020).

na fase comunitária, a determinação de classe encontrou na imensa desigualdade social brasileira o caminho do adoecimento dos mais empobrecidos, dos idosos, dos negros, das mulheres e dos homens trabalhadores. (...). As sucessivas contrarreformas previdenciárias, o desmonte das políticas assistenciais e o desemprego potencializaram o contágio, uma vez que trabalhadoras e trabalhadores não tiveram possibilidades de realizar o distanciamento físico por terem de seguir trabalhando e também porque suas habitações são desprovidas de condições de saúde (GRANEMANN, 2020, p. 5)

No contexto da pandemia, o negacionismo científico que se alastrou pela população amparado no discurso eleitoral do atual presidente brasileiro - que rejeita as ciências humanas e sociais, despreza as universidades, a pesquisa científica e os direitos das populações vulneráveis - se reflete na aceitação de intervenções sem validação científica e na defesa de estratégias contrárias às amparadas pela Organização Mundial da Saúde. Uma dessas estratégias é o isolamento vertical⁵⁵ (CAPONI, 2020).

⁵⁵ No isolamento vertical, apenas pessoas que integram grupos classificados como de risco são recomendadas a praticarem o isolamento; a medida é contraindicada pela Organização Mundial da Saúde, salientando que os

Ademais, estratégias como essa ilustram o descaso às populações das periferias, onde a densidade demográfica desfavorece as medidas de distanciamento social e proteção. No Brasil, a pobreza é determinada por uma articulação entre classe social e território, ilustrando a desigualdade social que se associa à raça, condição de habitação, alfabetização/escolaridade e trabalho informal e desemprego; a população nessa situação está ainda mais desassistida devido aos cortes nas políticas públicas. Como resultado, ocorre a racialização da pandemia devido ao racismo estrutural e institucional inserindo “determinantes “não naturais” do adoecimento” (KIND; CORDEIRO, 2020, p. 10).

Em relação a possibilidade dessa medida, é necessário considerar que grande parte dos integrantes dos grupos de risco não possui condições de se isolar quando detecta sintomas (se os identifica, pois alguns contaminados não manifestam indícios), tanto pelas demandas do mundo do trabalho quanto pela inadequação habitacional. Lanchimba et al. (2020) declaram que a insuficiência de habitação adequada é comum a toda a América Latina; a sobre ocupação dos domicílios pode ser prejudicial à saúde e também propicia o surgimento de conflitos - nesse quesito, os autores destacam que a violência de gênero é um problema social latente na região e geralmente é perpetrada por coabitantes.

O Fórum Brasileiro de Segurança Pública vem, desde abril de 2020, publicando periodicamente informações sobre o aumento da violência contra mulheres em meio a pandemia em contraponto com a redução das notificações formais dessa violência. O isolamento social obriga as mulheres que já vivenciavam violência doméstica a permanecerem mais tempo junto de seus agressores, reduzindo a possibilidade de saírem de casa para denunciar ou não o fazendo por medo devido à proximidade do agressor (FBSP, 2020a). A redução nos números de registros de lesão corporal dolosa decorrente de violência doméstica, de estupro/estupro de vulnerável, de ameaça e, conseqüentemente, da concessão de medidas protetivas de urgência, “pode não indicar redução destas violações, mas, pelo contrário, que as vítimas não estão conseguindo chegar até a polícia para denunciar o crime” (FBSP, 2020b, p. 9).

Outra semelhança do atual contexto com o passado é que, em 2009, seguido ao anúncio da pandemia, foi noticiado o rápido fim do estoque de máscaras (GOMES; FERRAZ, 2012). Tal situação foi ainda mais grave em 2020, quando logo no início da pandemia no

jovens são vetores da doença e podem disseminar o vírus e contaminar um grande número de pessoas ao manterem seus hábitos de socialização. O *isolamento horizontal*, por outro lado, recomenda que todos permaneçam isolados, restringindo ao máximo o contato entre as pessoas a despeito das consequências sobre a economia, para evitar o colapso do sistema de saúde - que também impactaria a economia (FIOCRUZ, 2020).

Brasil, em abril, foi noticiado que o estoque de materiais de proteção necessários na área da saúde estava zerado. Essa escassez não se limitou ao Brasil, sendo um problema generalizado que acarretou disputa entre países pelos carregamentos internacionais de equipamentos de proteção individual (EPI), chegando ao ponto de ocorrerem confiscos de materiais enviados durante o trajeto. A Bahia, por exemplo, acusou os Estados Unidos da América de desviar os equipamentos destinados ao estado em benefício estadunidense, apesar da negação desse governo (FERNANDES, 2020; VARGAS, 2020).

Essa crise de oferta se explica pela maioria dos países terem considerado que, em caso de emergência sanitária, poderiam dispor da produção chinesa a custos mais baixos do que se investissem na produção nacional; porém a demanda de uma pandemia mundial superou em muito as previsões desses países, cessando com a possibilidade de solidariedade internacional entre países “ricos” aos países “subordinados” quando, por exemplo, o governo estadunidense declarou que só auxiliará o Brasil quando a situação no próprio país melhorar, sendo que os países com economias mais frágeis não têm condições de competir pela compra dos EPIs (FERNANDES, 2020; LIMA, 2020).

Durante a pandemia de 2009, a estratégia inglesa e americana foi a promoção da contaminação de rebanho⁵⁶ em chamadas “festas” para expor os participantes ao vírus enquanto ainda era pouco letal, para proteger-se de eventuais mutações mais perigosas (GOMES; FERRAZ, 2012). Essa teoria supõe que toda a população esteja em contato, transmitindo o vírus homogeneamente entre os grupos sociais - o que não se verifica no contexto da Covid-19, quando são os jovens adultos que mais interagem socialmente, assim sendo os principais transmissores e infectados (AKPAN, 2020).

Estudo atual da Universidade de Estocolmo, considerando que a maior interação seria entre as gerações Y e Z, calculou que a transmissão chegaria a 43% da população - quando seria necessário, para gerar uma imunidade comunitária, de 60% a 75% de contaminados. Ademais, a reincidência do surto pandêmico em Manaus fez questionar a capacidade de proteção comunitária, devido a entre 44% e 66% da população ter sido contaminada na primeira onda e a localidade mesmo assim ter sido fortemente atingida no momento posterior (AKPAN, 2020; UGARTE, 2020).

Além disso, essa estratégia teria alto custo social: mesmo que 70% da população seja infectada suprimindo a atuação do vírus, ele pode retornar mais tarde atingindo com força

⁵⁶ Atualmente, cientistas afirmam que 75% da população precisa adquirir imunidade contra o vírus para conter a transmissão da doença (AKPAN, 2020)

aqueles que não foram contaminados; ainda, há a questão de que 20% dos acometidos pela Covid-19 necessitam de internação hospitalar: se a população inteira do Brasil for contaminada no mesmo período, o sistema de saúde entrará em colapso (AGRELA; VITORIO, 2020).

O uso de estratégias conforme a razão neoliberal na resposta à pandemia pelo poder público é representada pelo “grande dilema” defender a economia ou defender a vida; a prioridade no Brasil foi o atendimento das necessidades do capital: a apropriação do fundo público pelos capitais encontrou no isolamento físico a oportunidade de evitar conflitos com a classe trabalhadora, impedida de lutar mais ativamente e nas ruas devido às restrições impostas pelo contágio e pela força armada do Estado - essa, admitindo ou opondo determinados movimentos sociais conforme o respectivo suporte ou protesto às políticas negacionistas do governo (CAPONI, 2020; GRANEMANN, 2020):

Para entender como se naturalizou essa lógica que defende a manutenção do mercado (...) é preciso lembrar que o neoliberalismo não só produz serviços e bens de consumo, ele também produz modos de ser sujeito. Um sujeito que reivindica por sobre todas as coisas sua liberdade de correr e assumir riscos; um sujeito empreendedor que acredita ser responsável absoluto por seus êxitos e fracassos, sem nada dever ou pedir ao Estado (...) cada um tem que criar seu próprio seguro e saúde e assumir seus próprios riscos sem nada dever ao Estado (CAPONI, 2020, p. 217)

O neoliberalismo tanto incide sobre o mundo do trabalho visando promover a flexibilidade do trabalho por meio de técnicas de contratos temporários, avaliação permanente, fixação de metas, responsabilização individual, que acabam minando a solidariedade coletiva, quanto desonera o Estado da função de sustentação das redes de seguridade social. Isso leva as pessoas a acreditarem que se beneficiarão tendo de pagar menos impostos, quando isso significa que haverá menos dinheiro público e conseqüentemente menos investimentos nas políticas públicas, que se tornam nichos de competição no mercado (BARROCO, 2011; CAPONI, 2020).

Uma possibilidade de resistência às determinações negacionistas se apoia na construção de *linhas de cuidado*:

A estratégia de construção de linhas de cuidado para organizar as ações que atravessam redes temáticas regionalizadas é uma ferramenta potente para a articulação do cuidado, centrada nas pessoas e suas demandas, que tem sido utilizada pelo SUS em várias iniciativas cujos resultados têm efetivamente contribuído para ampliar o acesso, a resolutividade, a integralidade e a equidade. As necessidades em saúde das coletividades e indivíduos que ocupam cada território precisam ser o centro dos desenhos das trajetórias de cuidado produzidas no encontro entre usuários e trabalhadores no cotidiano dos serviços. Portanto, trata-se de uma política de microrregulação do trabalho, com alto grau de autonomia e de

gestão local (POSSA et al., 2020a, p. 10-11)

As linhas de cuidado propõe a reorganização dos processos de trabalho dentro dos serviços do território, considerando seus contextos característicos e em meio a pandemia. Dessa forma, a ênfase se encontra na dimensão micropolítica do trabalho, porém essa se relaciona com a gestão do sistema de saúde que, idealmente, deve estar aliada a concepção de saúde-doença com base no conceito da integralidade (como visto anteriormente nesse trabalho, a concepção de saúde não apenas como o tratamento das doenças, mas como a inclusão das pessoas numa rede de cuidados de afirmação da vida) (POSSA et al., 2020a,).

Os autores defendem linhas de cuidado acima de redes de atenção, pois conceituam que essas últimas tratam do “componente *fixo* da capacidade instalada de serviços” (POSSA et al., 2020a, p. 9. Grifo no original), enquanto que as primeiras se concentram na “funcionalidade dos processos de cuidado, não na estrutura dos serviços e das redes” (POSSA et al., 2020a, p. 11). Também avaliam que o uso de itinerários terapêuticos não se encaixa nas demandas de uma pandemia, pois representam os percursos singulares elaborados para um indivíduo.

Dessa forma, os contextos diversos reorganizam o trabalho dentro dos equipamentos, mas também as ações intersetoriais, possibilitando o estabelecimento de medidas em prol da redução da transmissão, evitando a sobrecarga dos serviços e a mortalidade e possibilitando iniciativas de apoio psicossocial à comunidade e aos trabalhadores de saúde, visando, além da prevenção e tratamento, também a reabilitação das sequelas da doença (POSSA et al., 2020a).

Quando as estratégias de territorialização foram utilizadas, verificaram-se resultados positivos e eficazes no cotidiano do trabalho dos serviços, resultado da aproximação com a realidade do território e sua estrutura de atenção e com os atores de negociação nele disponíveis. (POSSA et al., 2020b). Evidencia-se, porém, que a *descentralização* e a *regionalização*⁵⁷ constam como princípios organizativos do SUS, devendo assim serem exploradas e as linhas de cuidado propostas são apenas uma expressão do trabalho que a lei permite desenvolver.

Pereira (2005) defende que a saúde física é uma necessidade humana básica objetiva e universal⁵⁸; para que as necessidades básicas sejam enfrentadas, existem as *necessidades*

⁵⁷ Conforme a Lei nº 8.080/90, no capítulo III - Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, item IX: “descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde”

⁵⁸ As *necessidades humanas básicas* são caracterizadas pela universalidade (se não satisfeitas, os prejuízos decorrentes são iguais a todos, independente de sua cultura) e objetividade (independem de preferências individuais). Os dois conjuntos dessas necessidades são saúde física e autonomia, que são precondições para o alcance da participação social (PEREIRA, 2005).

*intermediárias*⁵⁹, dentre as quais a *alimentação nutritiva*. Para Alpino et al. (2020) e Gurgel et al. (2020), uma decorrência da Covid-19 é a ameaça à Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), considerando que “a pandemia afeta a oferta e demanda dos alimentos, reduz o poder de compra e a capacidade de produzir e distribuir alimentos” (ALPINO et al., 2020, p. 2), o que afeta especialmente as populações mais vulneráveis, pois são “os mais pobres, que gastam parcela significativa de seus rendimentos com comida, situação que tende a se agravar com o aumento do subemprego e do desemprego decorrentes da pandemia, que afeta o fornecimento e aquisição de alimentos” (GURGEL et al., 2020, p. 4951).

Assim, no período da pandemia de Covid-19, o governo brasileiro implementou algumas estratégias para promover a SAN, se concentrando em torno principalmente da distribuição de alimentos e da garantia de renda mínima.

As novas medidas governamentais criadas foram: Renda Básica Emergencial (Governo Federal)⁶⁰ ; Programas de Aquisição de Alimentos (PAA)⁶¹ estaduais e a doação emergencial de alimentos (estados e municípios). As medidas pré-existentes que sofreram alterações devido à pandemia são: Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)⁶², Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) nacional, Programa Bolsa Família (PBF)⁶³, Benefício de Prestação Continuada (BPC)⁶⁴, distribuição de alimentos por meio dos equipamentos públicos de SAN⁶⁵ (GURGEL et al., 2020, p. 4946-4947)

Todavia, se observaram dificuldades de acesso ao Auxílio Emergencial em decorrência da exigência do cadastro on-line, pois 26% dos brasileiros não têm conexão à internet e 46 milhões não possuem conta bancária, acesso à internet e Cadastro de Pessoa Física ativo. Ademais, o presidente vetou o pagamento a determinados grupos vulneráveis

⁵⁹ As *necessidades intermediárias* (ou satisfadores universais) são condições essenciais à garantia da saúde física e da autonomia; são elas: a) alimentação nutritiva e água potável; b) habitação adequada; c) ambiente de trabalho desprovido de riscos; d) ambiente físico saudável; e) cuidados de saúde apropriados; f) proteção à infância; g) relações primárias significativas; h) segurança física; i) segurança econômica; j) educação apropriada; l) segurança no planejamento familiar, na gestação e no parto. Existem, ainda, *satisfadores específicos*, que indicam necessidades locais cuja resolução pode melhorar as condições de vida de pessoas em situações sociais particulares (PEREIRA, 2005).

⁶⁰ O Auxílio Emergencial, instituído pela Lei nº 13.982/2020 tem como público alvo os trabalhadores informais (categoria bastante ampla), mas em seu texto possui critérios inclusivos (Microempreendedor Individual (MEI) e contribuinte individual da Previdência Social) e excludentes (como idade, renda, empregado formal ativo, ser titular de benefício previdenciário ou assistencial, do seguro-desemprego ou de programa de transferência de renda federal, ressalvado o PBF) (CARDOSO, 2020).

⁶¹ Programa que “promove acesso à alimentação e incentiva a agricultura familiar por meio da compra de alimentos da agricultura camponesa pelo Estado” (GURGEL et al., 2020, p. 4950)

⁶² Autorização para que, durante a suspensão das aulas, “a distribuição de alimentos adquiridos com recursos do PNAE possa ser feita diretamente aos pais ou responsáveis dos estudantes, a critério do poder público local” (GURGEL et al., 2020, p. 4949)

⁶³ Houve reajuste do valor repassado (GURGEL et al., 2020).

⁶⁴ Houve alteração dos critérios para recebimento (GURGEL et al., 2020).

⁶⁵ Refeições subsidiadas por Restaurantes Populares e Cozinhas Comunitárias, fornecimento de cestas básicas (entrega direta de alimentos ou cartão com valor específico exclusivo para a compra desses) (GURGEL et al., 2020).

(pescadores artesanais, agricultores familiares, assentados da reforma agrária, motoristas e entregadores de aplicativo, entre outros). Outra população em risco são os povos e comunidades tradicionais, que têm dificuldade no acesso à tecnologia e de deslocamento (GURGEL et al., 2020, p. 4951).

Além das dificuldades de acesso ao Auxílio Emergencial, os beneficiados pelo PNAE, quando recebem o repasse do auxílio financeiro, não há garantia de que a alimentação acessada seja em adequada quantidade e qualidade - não podendo se comparar a capacidade de compra em atacado realizada se o valor fosse investido pelo setor público. Os Restaurantes Populares são apenas 135 no país, capazes de fornecer mil refeições por dia - número insuficiente para suprir a demanda. As cestas básicas não atendem às características da cultura alimentar local, destacando a dos povos tradicionais. E o PAA, apesar de seu grande potencial, é subutilizado (GURGEL et al., 2020).

Dessa forma, é possível perceber que as grandes dificuldades enfrentadas para proteger a população durante as pandemias revolvem acerca dos dilemas neoliberais que estabelecem a dualidade excludente de ou preservar a saúde ou a economia. Isso implica em impasses acerca dos direitos humanos quando se adotam medidas que desconsideram as diferenças que os segmentos populacionais possuem, que são utilitaristas e que, em decorrência do negacionismo científico que é bandeira do discurso presidencial, transferem a responsabilidade do cuidado à população. Não se nega que existem possibilidades de resistência, principalmente orientadas por experiências a nível local, envolvendo a reorganização da gestão interna e intersetorial dos serviços. A reorganização e territorialização, se implantadas nos programas de redistribuição de renda, ajudariam a solucionar alguns dos problemas que essas iniciativas têm encontrado para atingir e suprir adequadamente a população nesse e nos demais períodos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ser humano necessita de condições econômicas para sobreviver em um sistema onde até mesmo necessidades mínimas⁶⁶ de vida tem um valor monetário instituído. Quando não detém os meios de produção para gerar uma mercadoria para dela obter moeda, resta ao indivíduo vender sua força de trabalho. Para o comprador da força de trabalho, a prioridade é a acumulação de capital individual, assim, a remuneração da força de trabalho, para ser vantajosa a si, deve ser a mínima possível. Os trabalhadores precisaram se organizar em lutas coletivas para fazer reconhecer que, com a remuneração insuficiente, não estavam conseguindo viver adequadamente, trazendo à atenção das elites interessadas e no poder que a classe proletária não estava se reproduzindo, assim não mais poderia ser explorada. Em resumo, disso surge a política social, tanto como uma demanda da população trabalhadora pelo reconhecimento de seus direitos, quanto como ambas uma medida de apaziguamento por parte da classe economicamente dominante e um meio de garantir a perpetuação da vida da classe explorada.

Desde o princípio, os direitos dos trabalhadores são vinculados ao interesse econômico do capitalismo, se concentrando mais enfaticamente onde o lucro é prioridade. A exemplo, no Brasil, quando se pensa nas primeiras políticas públicas de saúde, foi visto que são atreladas às necessidades de exportação mais do que ao bem-estar da população. Também, ao considerar a previdência social nesse país, se sabe que as primeiras Caixas de Pensões e Aposentadorias foram organizadas pelas categorias profissionais com maior poder de demanda: os trabalhadores ferroviários, portuários e marítimos, que eram cruciais à economia exportadora da época e, portanto, tinham força na negociação com os capitalistas. Lembra-se que a previdência social e a saúde como política públicas têm seu desenvolvimento atrelado ao longo da história do Brasil, vindo, mais tarde, a compor parte do “tripé da seguridade social”.

A característica do acesso à saúde ser vinculada ao mercado de trabalho formal ultrapassa mesmo o estabelecimento do sistema de saúde público, considerando o prestígio do modelo de medicina individual e da expansão da medicina de grupo principalmente a partir da

⁶⁶ Pereira (2005) diferencia *provimento mínimo* das *necessidades básicas*: mínimo se relaciona com o mais ínfimo, necessidades que beiram a desproteção social, tem uma dimensão de permanente possibilidade de redução; básico expressa algo fundamental, comum a todos os seres humanos para que desenvolvam uma vida digna; são objetivas (independem de preferências individuais) e universais (caso não satisfeitas, todos os indivíduos, em qualquer cultura, terão prejuízos semelhantes) e se expressa de modo a sugerir ampliação.

década de 1960. Ainda hoje, as empresas investem em oferecer planos de saúde privados, enquanto os governos de influência neoliberal buscam tolher a capacidade da assistência pública em saúde; a população induzida a desvalorizar a política pública (cujo financiamento seria por meio dos impostos) paga uma segunda vez para ter acesso a um direito de forma privada.

Todavia, quando ocorrem calamidades em saúde que atingem toda a totalidade da população - como as pandemias - é preciso estabelecer um método de combate a doença uniforme. Para isso, um Sistema Único com a capacidade de prover diretrizes de atendimento, de recolher informações e dados sob um sistema unificado de coleta e procedimento e de comunicação com os órgãos internacionais de saúde é essencial.

Quanto às pandemias, para que sejam consideradas modernas, a doença tem de se disseminar rapidamente entre os países e ter respostas médicas científicas. Disso vem a ligação entre pandemias modernas e a evolução da medicina, a primeira impactando na visão de mundo e método da última. A medicina científica, todavia, se prejudica quando não aceita a validade das demais ciências, atendo sua atenção apenas na doença; dessa forma, o trabalho interdisciplinar e intersetorial promove o olhar integral sobre a pessoa e não apenas na patologia que a aflige, se relacionando necessariamente com o conceito ampliado de saúde.

Esse trabalho interdisciplinar é crucial quando se considera que pandemias são fenômenos sociais: como visto, a organização das cidades influencia no contágio (evidente desde o início do processo brasileiro de urbanização e concentração demográfica nos centros econômicos proeminentes), bem como as condições de vida da população, seus costumes e as diferenças entre os países.

Tais diferenças não foram consideradas adequadamente nos primeiros planos de enfrentamento às pandemias, que vieram apenas depois dos anos 1990. As estratégias acabam não se concretizando devido a divergências entre os sistemas de saúde de cada país, incluindo a possibilidade de coleta e organização de dados. Outro diferencial é relacionado também à urbanização, quando há a invasão da sociedade a nichos ecológicos com patógenos desconhecidos e pela manipulação da produtividade das lavouras por meio do uso de inseticidas que interferem na reprodução de pragas que podem ser transmissoras de doenças, além do perigo que determinadas espécies representam à vida humana por si sós, como quando há multiplicação de gafanhotos que dizimam a produção agrícola.

O endereçamento que se dá as pandemias desde o princípio é importante não apenas pela organização dos dados a serem providos aos organismos internacionais da saúde e para o

desenvolvimento de pesquisas, mas também por suscitar reações da sociedade frente ao vírus, influenciando a incorporação de métodos de prevenção pela população. Constatou-se que a disputa ideológica e por primazia política impacta na aceitação das medidas de contenção do contágio, quando há discordância entre as informações veiculadas e conforme o teor das comunicações.

O modo como a mídia trata do tema pode alarmar a população, principalmente quando se utiliza da memória coletiva ou de relações entre eventos - como é feito ao comparar a Gripe Espanhola à A(H1N1) ou à Covid-19, ou ao comparar as pandemias com a violência considerando a mortalidade provocada por ambas. Em relação às fatalidades, também se observou que as mortes podem ser tratadas de acordo com matizes, banalizando a quantidade de vítimas e normalizando os óbitos de integrantes do “grupo de risco”.

Quando se desconsidera a importância de uma vida, ou se coloca uma pessoa como mais importante que outra por seu local na cadeia econômica, surgem dilemas em torno dos direitos humanos e da ética. Os profissionais da saúde são especialmente afetados não apenas pela demanda de que, por vezes, escolham um paciente para tentar “salvar” devido a falta de equipamentos, mas também por saberem intimamente do despreparo do sistema de saúde onde operam em caso de terem de enfrentar uma pandemia e, ademais, por terem de pôr em risco a si e a suas famílias.

Em relação a importância relativa de uma vida em comparação a outras, emerge uma frase frequentemente utilizada nos períodos de pandemias: pandemias são democráticas. Essa afirmação não se verifica: como visto, há segmentos populacionais em desvantagem pela impossibilidade de distanciamento social, seja pelas condições habitacionais precárias, com moradias próximas e muitas pessoas convivendo no mesmo local, seja porque fazem parte de um grupo de trabalhadores que não podem ficar em casa: ou porque não possuem recursos para trabalhar a distância, ou porque seu trabalho não pode ser feito remotamente, ou porque se se afastarem do emprego perderão sua vaga e sua condição de subsistência.

Também não é democrática, por exemplo, para as mulheres em situação de violência doméstica, que vivem em um ambiente onde o conflito é exacerbado quando as dificuldades econômicas emergem, tendo de conviver diariamente com seu agressor ainda mais irritado, sem a possibilidade de buscar auxílio pois departamentos para esses fins cessaram as atividades ou por não terem mais acesso a sua rede de sociabilidade e apoio, dentre outros agravantes.

Não é democrática, ademais, para os integrantes do “grupo de risco”, cujas mortes são consideradas esperadas e, portanto, pouco repercutem e significam; para os idosos, crianças e adolescentes em instituições de acolhimento ou que frequentam centros de convivência, que perdem a socialização com visitantes, amigos e atividades lúdicas; para os países de “terceiro mundo” que não têm como competir para a compra de EPIs com países que podem pagar os preços inflacionados exigidos quando esses materiais estão em falta.

Assim, se conclui que o modelo atual de atenção à saúde - sendo focalizado, excludente, aberto a exploração da iniciativa privada e sem o apoio da atual gestão brasileira - não concorda com os preceitos do Sistema Único de Saúde e da Reforma Sanitária Brasileira, da mesma forma que esses não cabiam em um modo de governo antidemocrático na era da ditadura civil-militar, se mostrando insuficiente quando confrontado com uma pandemia moderna.

A possibilidade de resistência está nas iniciativas territorializadas, que usam da autonomia preconizada pela Constituição Federal e leis específicas da saúde para estabelecer linhas de cuidado adequadas às necessidades locais e para reorganizar a gestão de seus equipamentos. Quanto à reorganização de gestões, se percebeu que existem várias iniciativas de transferência direta e indireta de renda, porém que sua administração é feita de maneira inadequada, prejudicando o funcionamento dos programas previstos. Ademais, se deve questionar os interesses por trás da obstaculização dessas medidas, citando como exemplo o pouco incentivo à agricultura familiar, que é uma alternativa que confrontaria os grandes latifúndios que monopolizam o mercado agrícola.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes. 5ª ed. 2007. 1210 p.

AGRELA, Lucas; VITORIO, Tamires. **exame..** Todos contaminados por covid-19? O risco da imunidade de rebanho. Publicado em: 18 maio 2020. Disponível em: <<https://exame.com/ciencia/todos-contaminados-por-covid-19-o-risco-da-imunidade-de-rebanho/>>. Acesso em: 13 nov. 2020.

AKPAN, Nsikan. **National Geographic**. Pensar em imunização de rebanho não funciona para pandemias. Nem uma vacina fraca. Publicado em: 08 out. 2020. Disponível em: <<https://www.nationalgeographicbrasil.com/ciencia/2020/10/coronavirus-imunidade-de-rebanho-pandemia-covid-19-vacina-eficaz>>. Acesso em: 13 nov. 2020.

ALPINO, Taís de Moura Ariza; SANTOS, Cláudia Roberta Bocca; BARROS, Denise Cavalcante de; FREITAS, Carlos Machado de. COVID-19 e (in)segurança alimentar e nutricional: ações do Governo Federal brasileiro na pandemia frente aos desmontes orçamentários e institucionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, 2020.

AMIN, Samir. O Imperialismo, Passado e presente. **Tempo**, v. 9, n. 18, jun. 2005, pp. 77-123

ANTUNES, Ricardo. A crise, o desemprego e alguns desafios atuais. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 104, out./dez. 2010.

BARBOSA, Maria Margarida. Serviço Social utopia e realidade: uma visão da história. **Cadernos de Serviço Social**, [s. l.], v. 2, n. 2, p. 25-71, out. 1997.

BARROCAL, André. O inimigo da hora. **Carta Capital**. São Paulo: Editora Confiança. Ano XXV, n. 1103. 29 abr. 2020.

BARROCO, Maria Lúcia S.. Barbárie e neoconservadorismo: os desafios do projeto ético-político. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 106, abr./jun. 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política social no capitalismo tardio**. São Paulo. Cortez. 1998

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. Brasília: Editora Universidade de Brasília. v. 1. 11ª ed. 1998.

BOSCHETTI, Ivanete. Agudização da barbárie e desafios ao Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 128, jan./abr. 2017.

BRASIL. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF.

_____. 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, set. 1990a.

_____. **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, dez. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **O modo hegemônico de produção do cuidado**. Texto adaptado do capítulo do material didático do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente. Brasília: 2006. Pp. 53-62.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações Técnicas da Vigilância Social**. Brasília/DF, 2013.

_____. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências

BRAUDEL, Fernand. **Gramática das Civilizações**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

_____. **O Jogo das Trocas**. [S.l.]: Martins Fontes, 1996. p. 11 a 93.

BRUM, Argemiro J. **O desenvolvimento econômico brasileiro**. Ijuí: Vozes. 10ª ed. 1991.

CAPELATO, Maria Helena. O Estado Novo: o que trouxe de novo?. In.: FERREIRA, Jorge (Org.); DELGADO, Lucilia de Almeida Neves (Org.). **O tempo do nacional-estatismo: do início da década de 1930 ao apogeu do Estado Novo: Segunda República (1930-1945)**. Coleção O Brasil Republicano. Vol. 2. 1ª ed. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro. 2019.

CAPONI, Sandra. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. **Estudos avançados**, 34(99), 2020. doi: 10.1590/s0103-4014.2020.3499.013

CARDOSO, Priscila Fernanda Gonçalves. Projetos e éticas profissionais: compreendendo a projeção e o modo de ser das profissões. In: CARDOSO, Priscila Fernanda Gonçalves. **Ética e projetos profissionais: os diferentes caminhos do serviço social no Brasil**. Campinas, SP: Papel Social, 2013. cap. 3, p. 69-93.

CARDOSO, Bruno Baranda. A implementação do Auxílio Emergencial como medida excepcional de proteção social. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, jul./ago. 2020.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, nov. 1986.

CASTRO, Wagner Barbosa de. A Medicina de Grupo. **Debates GVSaúde**, n. 13, 2012.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro. IMS ABRASCO. 2001. p 113-126. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3910891/mod_resource/content/2/L.aula5_grupo1_Necessidades_saude_conceito_estruturante_luta_integralidade_equidade_CECILIO.pdf. Acesso em: 11 mar. 2020

CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril**: cortiços e epidemias na corte imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHAVES, Helena Lúcia Augusto; GEHLEN, Vitória Régia Fernandes. Estado, políticas sociais e direitos sociais: descompassos do tempo atual. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 135, maio/ago. 2019.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978.

DEMOCRACIA é saúde – 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Ministério da Saúde; Ministério da Previdência e Assistência Social**. Vídeo Saúde. Vídeo. 42'34''. Brasília. mar. 1986.

FAORO, Raymundo. **Os donos do poder**. Porto Alegre, Editora Globo. 2001.

FBSP, Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Violência doméstica durante a pandemia de COVID-19**. 16 abr. 2020a.

FBSP, Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Violência doméstica durante a pandemia de COVID-19 - 2ª edição**. 29 maio 2020b.

FERNANDES, Daniela. **BBC News**. Covid-19 expõe dependência de itens de saúde fabricados na China. Publicado em 10 maio 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52465757>>. Acesso em 13 nov. 2020.

FERRARI, Anne Karoline; TAVARES, Gilead Merchezi. A aposta na tessitura de redes como inovação do trabalho no campo sociojurídico. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 125, jan./abr. 2016.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 2ª ed. 1986. 1838 p.

FERREIRA, Jorge (Org.); DELGADO, Lucilia de Almeida Neves (Org.). **O tempo do nacional-estatismo**: do início da década de 1930 ao apogeu do Estado Novo: Segunda República (1930-1945). Coleção O Brasil Republicano. Vol. 2. 1ª ed. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro. 2019a.

_____. **O tempo da experiência democrática**: Da democratização de 1945 ao golpe civil-militar de 1964:

Terceira República (1945-1964). Coleção O Brasil Republicano. Vol. 3. 8a ed. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro. 2019b.

_____. **O tempo do regime autoritário**: ditadura militar e redemocratização Quarta República (1964-1985). Coleção O Brasil Republicano. Vol. 4. 1a ed. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro. 2019c.

_____. **O tempo da Nova República**: da transição democrática à crise política de 2016: Quinta República (1985-2016). Coleção O Brasil Republicano. Vol. 5. 1ª ed. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro. 2019d.

FILHO, Luiz Tavares Pereira. Iniciativa privada e saúde. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 13, n. 35, jan./abril 1999.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. Quais as diferenças entre isolamento vertical, horizontal e lockdown?. Publicado em 01 jul. 2020. In.: **Portal Fiocruz** > Comunicação e informação > Páginas especiais> Covid-19 > Coronavírus: Perguntas e respostas Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pergunta/quais-diferencas-entre-isolamento-vertical-horizontal-e-lockdown>>. Acesso em: 04 jan. 2021.

_____. Sergio Arouca. In.: **Portal Fiocruz** > A fundação > História > Sergio Arouca. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/sergio-arouca>>. Acesso em: 10 fev. 2021.

FONSECA, Pedro Cezar Dutra; SALOMÃO, Ivan Colangelo. O nacional-desenvolvimentismo em tempos de Getúlio Vargas (1951-1954). In.: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves (Orgs.). **O tempo da experiência democrática**: Da democratização de 1945 ao golpe civil-militar de 1964: Terceira República (1945-1964). Coleção O Brasil Republicano. Vol. 3. 8a ed. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro. 2019.

FRAGA, Cristina Kologeski. A atitude investigativa no trabalho do assistente social. **Serviço Social & Sociedade**, n. 101, jan./mar. 2010.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200 p.

GOLDENBERG, Mirian. A arte de pesquisar: Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004. 107 p.

GOMES, Ciro. A hora é esta. **Carta Capital**. São Paulo: Editora Confiança. Ano XXV, n. 1107. 27 maio 2020.

GOMES, Isaltina Maria de Azevedo Mello; FERRAZ, Luiz Marcelo Robalinho Ferraz. Ameaça e Controle da Gripe A(H1N1): uma análise discursiva de Veja, IstoÉ e Época. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 302-323, 2012.

GRANEMANN, Sara. Crise econômica e a Covid-19: rebatimentos na vida (e morte) da classe trabalhadora brasileira. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2020.

GURGEL, Aline do Monte; SANTOS, Carla Caroline Silva dos; ALVES, Kelly Poliany de Souza; ARAUJO, Juciany Medeiros de; LEAL, Vanessa Sá. Estratégias governamentais para a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável no enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, 2020.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Renovação do Serviço Social no Brasil e desafios contemporâneos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 136, set./dez. 2019.

JORNALISTA GAZETA. Coronavírus: 70 profissionais da saúde pedem afastamento do serviço em Passo Fundo. **Portal Gazeta 670**. 22 de março de 2020. Disponível em: <http://gazeta670.com.br/noticia?id=37284>. Acesso em 28 de março de 2020.

KIND, Luciana; CORDEIRO, Rosineide. Narrativas sobre a morte: a gripe espanhola e a Covid-19 no Brasil. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 32, 2020.

KONDER, Leandro. **O que é dialética?** 28. ed. São Paulo: Brasiliense, 1998. 87 p.

LANCHIMBA, Cintya; BONILLA-BOLAÑOS, Andrea; DÍAZ-SANCHES, Juan Pablo. The COVID-19 pandemic: theoretical scenarios of its socioeconomic impacts in Latin America and the Caribbean. **Revista de Economía Política**, v. 40, n. 4, out./dez. 2020.

LESSA, Sérgio; TONET, Ivo. Idealismo e materialismo. In: **Introdução à filosofia de Marx**. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

LIMA, Bruna. **Correio Brasiliense**. Coronavírus: estoque de itens necessários na saúde está zerado. Publicado em: 03 abril 2020. Disponível em: <<https://www.correiobrasiliense.com.br/app/noticia/brasil/2020/04/03/interna-brasil,842069/coronavirus-estoque-de-itens-necessarios-na-saude-esta-zerado.shtml>>. Acesso em: 13 nov. 2020.

LIMA, Sergio. “Bolsonaro é um atentado à Constituição”. **Carta Capital**. São Paulo: Editora Confiança. Ano XXV, n. 1103. 29 abr. 2020.

LÓPEZ, Marcelo. BELTRÁN, Miriam. Chile entre pandemias: la influenza de 1918, gobalización y la nueva medicina. **Revista Chilena de Infectología**. n. 30. v. 2. 2013. p. 206-215

MAHONY, Mary Ann. Epidemia como desafio sociopolítico: a gripe espanhola na Bahia. **Livros & Redes**. v. 19. n. 4. out./dez. 2012. p. 1341-1343.

MANN, Peter. **Métodos de Investigação Sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 4ª ed., 1975.

MARTINS, Rodrigo. Tô nem aí. **Carta Capital**. São Paulo: Editora Confiança. Ano XXVI, n. 1139. 13 jan. 2021.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. São Paulo: Editora Nova Cultura Ltda. 1996. ISBN 85-351-0831-9

MATTA, Gustavo; MORENO, Arlinda; GOMES, Andréia; THOMÉ, Beatriz; SCHRAMM, Fermin; NARCISO, Luciana; PALÁCIOS, Marisa; FORTES, Pablo; GUIMARÃES, Reinaldo; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; REGO, Sergio; SANTOS, Sonia; MARINHO, Suely. A Pandemia de COVID-19 e a Naturalização da Morte. **Observatório Covid-19** informação para ação. 2020. DOI: 10.13140/RG.2.2.11658.90565/1

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. Trabalho, sociedade e valor. *In*: NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política**: uma introdução crítica. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 29-50.

NEVES, Daniel. **Revoltas na República Velha**. s/a. 4Disponível em <<https://brasilecola.uol.com.br/historiab/rebelioes-na-republica-velha.htm>>. Acesso em: 26 jan. 2021.

NICOLL, Angus; BROWN, Caroline; KARCHER, Franz; PENTTINEN, Pasi; HEGERMANN-LINDENCRONE, Michala; VILLANUEVA, Silvia; CIOTTI, Massimo; JEAN-GILLES, Lucie; REHMET, Sybille; NGUYEN-VAN-ATM Jonatan. Developing pandemic preparedness in Europe in the 21st century: experience, evolution and next steps. **Bulletin of the World Health Organization**, n. 60, p. 311-317, 2012. Disponível em: doi:10.2471/BLT.11.097972

NUNES, Edson. **A gramática política no Brasil**: clientelismo e insulamento burocrático. 3 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. Reforma Sanitária Brasileira em Perspectiva e o SUS. *In*: PAIM, Jairnilson Silva (org.); ALMEIDA-FILHO, Naomar de (org.). **Saúde Coletiva**: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. cap. 15, p. 203-209. ISBN 978-85-99977-97-2

PASTORINI, Alejandra. **A categoria “questão social” em debate**. São Paulo: Cortez. 2004.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. *In*: BOSCHETTI, Ivanete (org.); BEHRING, Elaine Rossetti (org.); SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos (org.); MIOTO Célia Tomaso (org.). **Política Social no Capitalismo**: Tendências Contemporâneas. São Paulo: Cortez. 2a ed. 2009.

_____. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 3a ed, 2005.

PEREIRA, Camila Potyara. **Proteção Social no Capitalismo**: Contribuições à crítica de matrizes teóricas e ideológicas conflitantes. 2013. 307 p. Dissertação (Doutorado) - Universidade de Brasília/UnB, Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social. 2013.

PIANA, Maria Cristina. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

POCHMANN, Marcio. **Desenvolvimento e perspectivas novas para o Brasil**. Cortez Editora, 2010.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural** – Faculdade de Medicina/UFMG, 2001. Disponível em [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-\[16-030112-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-[16-030112-SES-MT].pdf)>. Material disponibilizado pela professora Elizabete Bertele, disciplina Política Pública Social de Saúde, 2020.2.

POLÍTICAS de Saúde no Brasil. **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde**; Organização Pan-Americana da Saúde; Universidade Federal Fluminense. Belo Horizonte, 2006 (62 min.). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=YmUsYSpi-GQ> Acesso em 25 mar. 2020

POSSA, Lisiane Bôer; PADILLA, Monica; PLENTZ, Luiza Maria; GOSCH, Cristiane Scolari; FERLA, Alcindo Antônio. Linha de Cuidado em COVID-19: dispositivo para organização do trabalho, gestão e educação centrado no cuidado das pessoas nos territórios. **Revista Saúde em Redes**, v. 6, 2020.a

POSSA, Lisiane Bôer (org.); TREPTE, Renata Flores (org.), GOSCH, Cristiane Scolari (org.); FERLA, Alcindo Antônio (org.). **Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo**. Porto Alegre: Editora Rede Unida. 2020b.

POSSAS, Cristina de Albuquerque. Social ecosystem health: confronting the complexity and emergence of infectious diseases. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 17, v. 1, p. 31-42, jan./fev. 2001

RAMOS, Guilherme; VIEITES, Yan; JACOB, Jorge; ANDRADE Eduardo B. Orientação política e apoio ao isolamento social durante a pandemia da COVID-19: evidências do Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54 n. 4, jul./ago. 2020.

RANGEL, Leonardo Alves et al. In: Políticas Sociais – acompanhamento e análise, nº17, 2009 (Vinte Anos da Constituição Federal – volume 1). Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5797. Acesso em 31 de mar. 2020.

REZENDE, Joffre Marcondes de. Epidemia, Endemia, Pandemia, Epidemiologia. **Revista de Patologia Tropical**. v. 27, n. 1, p. 153-155, jan./jun., 1998.

ROSSETI, PASCHOAL. **Introdução à Economia**. Editora Atlas. 1995.

SANTANA-LÓPEZ, Borja Nicolás; SANTANA-PADILLA, Yeray Gabriel; MARTÍN-SANTANA, Josefa Delia; SANTANA-CABRERA, Luciano; ESCOT-RODRÍGUEZ Crisitna. Creencias y actitudes de trabajadores sanitarios y estudiantes de enfermería de una región de España ante una pandemia de gripe. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica**, v. 36, n. 3, p. 481-486, 2019. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.363.4371>.

- SANTOS, Laís Silveira. Dilemas morais da gestão pública brasileira no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, jul./ago. 2020.
- SALVADOR, Miquel. RIBA, Clara. La externalización como estrategia de gestión en los servicios públicos locales. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, jul./ago. 2017
- SAUPE, Rosita; CUTOLO, Luiz Roberto Agea; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira; BENITO, Gladys Amélia Vélez. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.18, p.521-36, set./dez. 2005.
- SCLIAR, Moacyr. Uma guerra contra a morte. In.: A evolução da Medicina: A arte de curar no Brasil. **Nossa História**, São Paulo, ano 2, n. 21, julho 2005.
- SERRA, J. B.; GURGEL. **Evolução Histórica da Previdência Social**. Brasília: FUNPREV Fundação ANASPS, 2007.
- SILVA, José Fernando Siqueira da. Autocracia burguesa e renovação do Serviço Social no Brasil. In: **Serviço Social: resistência e emancipação**. 1ªed. São Paulo: Cortez, 2013.
- SOBRAL, Filipe; CARVALHO, Juliana; ŁAGOWSKA, Urzula; FURTADO, Liliana Magalhães Girardin Pimentel; GROBMAN, Miriam. Melhor prevenir do que remediar: o *sensemaking* da liderança nos tempos da COVID-19. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, jul./ago. 2020.
- SOUZA, Christiane Maria Cruz de. As dimensões político-sociais de uma epidemia: a paulicéia desvairada pela gripe espanhola. **História, Ciências, Saúde**. v. 12. n. 2. Manguinhos, Rio de Janeiro. maio/ago. 2005. p. 567-573
- SOUZA, Maria de Fatima Marinho de; WIDDOWSON, Marc-Alain; ALENCAR, Airline P; GAWRYSZEWSKI, Vilma P; AZIZ-BAUMGARTNER Eduardo; PALEKAR, Rakhee; BREESE, Joseph; CHENG, Po-Yung; BARBOSA, Jarbas; CABRERA, Ana M; OLEA, Andrea; FLORES, Arturo B; SHAY, David K ; MOUNTS, Anthony; OLIVA, Otavio P. Trends in mortality from respiratory disease in Latin America since 1998 and the impact of the 2009 influenza pandemic. **Bulletin of the World Health Organization**, n. 91, p. 525-532, 2013. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.116871>
- TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS): a Difícil Construção de um Sistema Universal na Sociedade Brasileira. In: PAIM, Jairnilson Silva (org.); ALMEIDA-FILHO, Naomar de (org.). **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. cap. 9, p. 121-137. ISBN 978-85-99977-97-2
- TRINDADE, Hiago. Crise do capital, exército industrial de reserva e precariado no Brasil contemporâneo. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 129, maio/ago. 2017.

UGARTE, Luiza Mugnol. **Instituto D'or pesquisa e ensino**. Contaminação voluntária por coronavírus traz mais riscos do que imunização. Publicado em: 23 abril 2020. Disponível em: <<https://www.rededorsaoluiz.com.br/instituto/idor/novidades/contaminacao-voluntaria-por-co-ronavirus-traz-mais-riscos-do-que-imunidade-desejada-a-populacao>>. Acesso em: 13 nov. 2020.

VALLE, Karla Fernanda. LEITE, Janete Luzia. Contrarreforma do Estado e gerencialismo: novo fetiche, velha proposta. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 131, p. 109-129, jan./abr. 2018.

VARGAS, Mateus. **Estadão**. Estoque de equipamentos de proteção individual do ministério zera antes do pico do coronavírus. Publicado em: 02 abril 2020. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,estoque-de-equipamentos-de-protecao-individual-do-ministerio-zera-antes-do-pico-do-coronavirus,70003257844>>. Acesso em 13 nov. 2020.

VASCONCELOS, Marco Antônio; GARCIA, Manuel. **Fundamentos de Economia** 8ª Edição. Porto Alegre: Editora Saraiva, 2001.

WILLIAMS, Stephanie; FITZNER, Julia; MERIANOS, Angela; MOUNTS, Anthony. The challenges of global case reporting during pandemic A(H1N1) 2009. **Bulletin of the World Health Organization**, n. 92, p. 60-67, 2014. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.116723>

XAVIER, Antônio Roberto; CHAGAS, Eduardo Ferreira, REIS, Edilberto Cavalcante. Direito positivo, miséria social e violência no capitalismo globalizado. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 134, p. 107-123, jan./abr. 2019.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Sistema de proteção social brasileiro**: modelo, dilemas e desafios. Material disponibilizado pela professora Elizabete Bertele, disciplina Políticas Públicas Sociais, 2019.2.