



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

A POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: avanços, retrocessos e a criação do
Sistema Único de Saúde

LUIZA HELENA DA SILVA FERREIRA TEIXEIRA

GOIÂNIA
2021

LUIZA HELENA DA SILVA FERREIRA TEIXEIRA

A POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: avanços, retrocessos e a criação do
Sistema Único de Saúde

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social sob a orientação da Prof.^a Dra. Margot Riemann Costa e Silva.

Linha de Pesquisa: Política Social, Movimento Social e Cidadania.

LUIZA HELENA DA SILVA FERREIRA TEIXEIRA

A POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: avanços, retrocessos e a criação do
Sistema Único de Saúde

Monografia defendida no Departamento de
Serviço Social da Pontifícia Universidade
Católica de Goiás para obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em: 09 de junho 2021 pela seguinte
Banca Examinadora:

Prof^ª. Dra. Margot Riemann Costa e Silva
PUC Goiás
Orientadora/Presidente

Prof^ª. Ma. Lúcia Abadia de Carvalho Queiroz
PUC Goiás
Membro

Ma. Luzinete Rezende da Incarnação
Hopital e Maternidade Dona Iris
Membro Externo/Convidada

Dedico esse trabalho monográfico a Deus, pois sem a força Dele em minha vida jamais teria alcançado o objetivo de concluir esse processo.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto da colaboração direta e indireta de muitas pessoas importantes em minha vida, porém algumas merecem um agradecimento especial e eu não poderia deixar de citá-las.

Primeiramente agradeço imensamente a Deus por me conceder a oportunidade, saúde e força para fazer a faculdade e também esse trabalho monográfico, o que não foi fácil.

Ao meu esposo que sempre me ajudou de todas as formas possíveis, mesmo quando tive que ficar fora de casa, estudar até tarde, quando não era viável acompanhá-lo por motivos acadêmicos, nunca me pediu para desistir, e me ajudou a superar os momentos difíceis.

Aos meus filhos que de maneira indireta sempre me incentivavam a trilhar esse rico caminho.

A todos os professores que contribuíram para minha formação profissional, deixo aqui minha gratidão.

A minha orientadora Prof^ª. Dr^ª. Margot Riemann Costa e Silva que sempre se dispôs a sanar minhas dúvidas e medos.

A Prof^ª. Ma. Lucia Abadia e minha Supervisora de Campo Ma. Luzinete Rezende por aceitarem o convite de contribuir com este trabalho acadêmico.

Não poderia jamais esquecer uma pessoa muito, mas muito especial, uma amiga que desde o primeiro dia que eu cheguei na faculdade nunca se cansou de estar ao meu lado, mesmo nos momentos mais difíceis, sempre esteve presente e foi um presente de Deus em minha vida a você Sabrine Gabrielle.

“O momento que vivemos é um momento de pleno desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É preciso alimentar os sonhos e concretizá-los dia a dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários”.
(Marilda Vilela Iamamoto)

RESUMO

O presente trabalho monográfico tem como objeto o desenvolvimento da política de saúde pública da 1920 até os dias atuais. A pesquisa norteou-se pelas seguintes questões: quais os avanços conquistados e quais retrocessos ocorreram? O percurso histórico aponta a existência de grande avanço a partir da conquista do Sistema Único de Saúde, SUS, mas também de muitos obstáculos, em especial, após a ofensiva do neoliberalismo no país a partir da década de 1990. Cada governo que chegava ao poder, exceto os governos Lula e Dilma, protagonizou alguma forma de desmonte, fragmentação e sucateamento na área da saúde. Processo que se acentuou após o Golpe de 2016.. A conclusão é que, esse cenário parece aprofundar mais nos dias atuais de forma mais evidente com a Emenda Constitucional 95, que teve como centralidade congelar os gastos com a saúde por 20 anos.

Palavras-chave: Neoliberalismo; Políticas Públicas; Reforma Sanitária; Serviço Social; Sistema Único de Saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AIS: Ações Integradas à Saúde

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar

ARENA: Aliança Renovadora Nacional

CAPs: Caixa de Aposentadorias e Pensões

CAPS: Centro de Apoio Psicossocial

CBAS: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

CBISS: Centro Brasileiro de Cooperação e Intercambio em Serviços Sociais

CEBES: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CEIS: Complexo Econômico Industrial da Saúde

CEM: Campanha de Erradicação da Malária

CEOs: Centros de Especialidades Odontológicas

CEV: Campanha de Erradicação da Varíola

CF: Constituição Federal

CFAS: Conselho Federal de Assistentes Sociais

CFESS: Conselho Federal de Serviço Social

CFM: Conselho Federal de Medicina

CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CNS: Conselho Nacional de Saúde

DNERu: Departamento Nacional de Endemias Rurais

DRU: Desvinculação de Receitas da União

EC: Emenda Constitucional

EPI: Equipamento de Proteção Individual

FHC: Fernando Henrique Cardoso

FNS: Fundo Nacional de Saúde

FNCPS: Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde

HDMI: Hospital e Maternidade Dona Iris

IAPs: Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LDO: Lei de Diretrizes Orçamentárias

OMS: Organização Mundial de Saúde.

OSCIP: Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

MDB: Movimento Democrático Brasileiro

MPL: Movimento Passe Livre

PAC: Programa de Aceleração ao Crescimento

PEC: Projeto de Emenda Constitucional

PCB: Partido Comunista Brasileiro

PCdoB: Partido Comunista do Brasil

PDT: Partido Democrático Trabalhista

PMDB: Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PSL: Partido Social Liberal

PSDB: Partido da Social Democracia Brasileira

PT: Partido dos Trabalhadores

SNS: Sistema Nacional de Saúde

SINIS: Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento

SUS: Sistema único de Saúde

SUCAM: Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

UPAS: Unidades de Pronto-Atendimento

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. A HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	12
2.1 <i>A Política de Saúde anterior a criação do SUS.....</i>	<i>13</i>
2.2 <i>A luta pelo SUS na década de 1980.....</i>	<i>16</i>
2.3 <i>A Constituição Federal de 1988 e a Política de Saúde</i>	<i>22</i>
2.4 <i>O Serviço Social e a Política de Saúde.....</i>	<i>26</i>
3. O SUS NO CONTEXTO NEOLIBERAL, O GOLPE DE 2016 E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA A POLÍTICA DE SAÚDE DO BRASIL	34
3.1 <i>O desmonte do SUS no Governo de Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2003)</i>	<i>34</i>
3.2 <i>O SUS nos Governos de Lula (2003-2011)</i>	<i>38</i>
3.3 <i>Saúde pública no governo de Dilma Rousseff e o golpe de 2016.....</i>	<i>43</i>
3.4 <i>As mudanças na Saúde Pública no Governo de Michael Temer</i>	<i>47</i>
3.5 <i>O SUS no Governo de Jair Messias Bolsonaro e a Pandemia Covid-19</i>	<i>52</i>
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS.....	62

1. INTRODUÇÃO

O interesse pela temática da saúde pública está relacionado à inserção no Hospital e Maternidade Dona Iris (HDMI) na condição de estagiária do Curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, tendo como objeto de estudo a saúde pública no decorrer da história, delimitando-se aos períodos de 1923 até os dias atuais, descrevendo de forma breve a situação de cada período.

Ao estar inserida no campo de estágio surgiu a curiosidade de compreender como se deu o processo de saúde pública, devido ao fato de que é uma política pública, universal e gratuita de suma importância para a sociedade como um todo. Diante disso o problema de pesquisa se dá da seguinte forma: Quais os avanços, e retrocessos foram alcançados? Isso de acordo com cada governo.

Assim, ao analisar a atual conjuntura em que o país se encontra com corte de gastos, nota-se que estão sendo violados direitos não só constitucionais, mas humanos, por isso a problematização deste estudo se dá de forma a percorrer a história da saúde no Brasil enquanto política pública. Porquanto, a mentalidade imposta para a sociedade de que o público não funciona, tem acarretado a desvalorização de tudo que é público, mas principalmente a política de saúde.

Sabe-se que isso é o resultado das disputas entre diferentes projetos de sociedade que, no setor saúde são reunidos em dois blocos: o projeto democrático-popular do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e o projeto privatista, que neste estudo é denominado também como liberal-conservador, ao qual se vincula o setor privado na saúde, de certa forma drenando recursos necessários para essa política pública.

Desde a implementação do projeto neoliberal no Brasil, a partir dos anos 1990 tem aumentado a precarização na política de saúde, assim é relevante analisar os impactos na saúde com a Lei de Teto de Gastos. Para piorar a situação, em 2020, surge no mundo a pandemia da Covid-19, que no Brasil foi minimizada pelo atual presidente Jair Messias Bolsonaro, o mesmo iniciou seu governo em 2019, e sempre questionou a quarentena e o fechamento de serviços não-essenciais, além de classificar a Covid-19 como uma "gripezinha" se posicionando contra o isolamento social defendido cientificamente, se colocando na contramão do mundo e negando o que preconiza os órgãos da saúde.

A hipótese elaborada, é de que a política de saúde pública avançou de forma notável com a criação do SUS em 1990, mas no momento atual depois do golpe de 2016 aumentaram muito

as dificuldades que se caracterizam pelo ataque neoliberal impossibilitando o acesso à saúde de forma universal.

A pesquisa tem a finalidade de conhecer e descrever importantes fases da política de saúde ao longo dos séculos XX e XI, o SUS, especialmente no pós-golpe de 2016. Como objetivos específicos, busca compreender a Lei de criação do SUS nº 8.080, criada em 1988, entretanto sancionada em 1990, esta regula as ações e os serviços de saúde, como um direito do cidadão, e dever do Estado em diferentes níveis, tais como: federais, estaduais, e municipais, na formulação de política na promoção, proteção e recuperação da saúde e isso de forma integrada por meio de ações assistenciais na prevenção de doenças.

Buscou-se ainda mostrar ainda que o processo de fragmentação da criação do SUS, vem de um processo histórico que se arrasta por décadas mesmo depois da Lei nº 8.080, os ataques neoliberais não cessaram, prejudicando o financiamento de políticas, projetos e programas das três políticas, saúde, previdência e assistência social, que são o tripé da seguridade social. Isso se dá de forma a favorecer as privatizações em todas as esferas com a venda de empresas e instituições públicas, desfavorecendo a luta do Movimento da Reforma Sanitária, que defende e luta por uma política de saúde pública por meio da participação popular com a responsabilização do Estado pelo financiamento e gestão de políticas públicas universalistas e de qualidade.

A pesquisa é de natureza bibliográfica. Consistiu no levantamento de dados dos seguintes temas: saúde pública, SUS, políticas sociais e Serviço Social para subsidiar o objeto deste estudo. Nesse sentido, o autor Severino (2016, p. 131) descreve que, “pesquisa bibliográfica é aquela que se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses entre outras. Os principais autores consultados foram: Bravo (2009), Bravo; Matos (2006), Bravo; Matos (2014), Bravo; Matos (2020), Bravo; Pelaez (2020) Iamamoto (2015) Netto (2011) e o Projeto Ético Político do Serviço Social.

Ao observar a atualidade, os desafios da saúde com a igualdade, integralidade, e a universalidade enfrentam cada vez mais obstáculos, pois a participação popular se restringiu, a humanização aparece minoritariamente, os cortes estão presentes em todas as políticas públicas, mas especialmente na saúde, como já foi dito anteriormente essa política vem sofrendo ataques constantes do sistema neoliberal no país.

A monografia está estruturada em dois capítulos, introdução e considerações finais. No primeiro aborda-se a política de saúde anterior a criação do SUS, a luta pela efetivação do SUS e a contribuição do Serviço Social para a ampliação do mesmo. O segundo sistematiza o

desmonte do SUS no Governo de Fernando Henrique Cardoso, passando pelos Governos de Lula e Dilma até o golpe de 2016, as mudanças ocorridas no Governo de Michael Temer até os dias atuais no Governo de Jair Messias Bolsonaro.

2. A HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

“Tinha uma pedra no meio do caminho, No meio do caminho tinha uma pedra”

(Carlos Drummond de Andrade)

Neste primeiro capítulo buscou-se apresentar a história da saúde no Brasil, retratando como se apresentava os serviços de saúde, quem tinha direito e quem custeava, quais as instituições e leis que abrangiam a saúde, sendo que na época a saúde não era vista como direito, mas como um favor.

2.1 A Política de Saúde anterior a criação do SUS

Esse tópico traz a trajetória da saúde pública anterior ao SUS, como era tratado, quem tinha direito e como começou o processo de democratização e universalização da saúde no Brasil.

A trajetória histórica da saúde no Brasil é marcada pela disputa entre o capital privado, o Estado e a classe trabalhadora. No Brasil no século XVIII, mostra que a assistência médica era direcionada pelo modelo de filantropia, ou seja, como um favor, feita por caridade e não como um direito do cidadão.

Historicamente na década de 1920 registraram-se as primeiras iniciativas no campo das políticas sociais e públicas. Em 1923, cria-se a Lei Eloy Chaves, a qual veio para conferir o estatuto legal às iniciativas já existentes de organização dos trabalhadores por fábricas, visando garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma futura aposentadoria, o que gerou uma discussão acerca do público e do privado, pois só alguns trabalhadores tinham acesso à saúde (BRAVO, 2009).

Em 1926, trabalhadores que eram estivadores e marítimos passam a fazer parte, vinculando-se a Caixas de Aposentadorias e Pensões, de acordo com as empresas nas quais eram funcionários, passando a ter os benefícios de acordo com a contribuição (BRAVO, 2009). A perspectiva era de que as políticas sociais fossem capazes de amenizar as questões relacionadas à saúde pública de maneira mais abrangente, tornando-se imprescindível a intervenção do Estado, fazendo com que novos mecanismos fossem criados para que incluíssem os assalariados devido à nova conjuntura tanto no cenário político, quanto ao novo modelo de

sociedade, não que isso fosse a vontade da classe dominante, mas diante da nova ordem viu-se essa necessidade (BRAVO, 2009).

Também na década de 1930 ocorre a intervenção estatal mais visível, são formados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que era um seguro social fragmentado que atendia as classes assalariadas urbanas inseridas através dos setores de atividades econômicas como bancários, comerciários industriários e outros. O modelo de recursos financeiros era dividido de modo tripartite, mas com a diferença da contribuição patronal, e seguiu dessa forma por várias décadas (COHN, 2015). As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) criadas em 1923, eram entidades públicas que tinham contratos organizados pelas empresas, representados por empregados e empregadores, praticamente sem intervenção do Estado, esta era exclusivamente assistencial, ou seja, uma ajuda em caso de necessidade. Esse modelo de assistência obtinha recursos, como foi dito anteriormente do modo tripartite com contribuição de empregados e empregadores, sendo, “3% salário e 1% da renda bruta da empresa e da União 1,5% das tarifas dos serviços” (COHN, 2015, p. 17). O Estado passa a ter uma nova parcela de responsabilidade, com sua contribuição financeira, ele normatiza a modalidade descrita, mas não tem participação no gerenciamento, de forma que a gestão fica a cargo dos empregados e empregadores (COHN, 2015), a diferença entre os dois é que a CAP’s tinha como foco a abrangência de outras categorias profissionais, já o IAP’s reduz a oferta dos serviços para contenção de gastos (BRAVO; MATOS, 2012).

Em 1937 a saúde pública era voltada para as campanhas sanitárias, com fraco poder político e econômico, coordenado pelo Departamento Nacional de Saúde, isso porque na época ocorreu um grande fluxo migratório do campo para a cidade para oferta de mão-de-obra houve a necessidade de ações mais efetivas para prevenir as doenças endêmicas (BRAVO, 2009). Nessa mesma época, houve a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela e o Serviço de Malária no Nordeste. Em 1939, foi criado o Serviço de Malária da Baixada Fluminense, já em 1941 houve a reorganização do Departamento Nacional de Saúde com a junção de vários serviços de combate às endemias, assumindo a gestão na formação de técnicos em saúde pública, ou seja, passa a gerir a profissionalização do trabalhador na saúde (BRAVO, 2009).

No final dos anos 1940 com o *plano Salte* que juntava as áreas da saúde, alimentação, transporte, e energia, tendo como a principal finalidade de implementar a saúde, mas não seguiu de acordo com o planejado por falta de investimentos, isso ocorreu de convênio com órgãos do governo americano, sob o patrocínio da Fundação Rockefeller, essas ações descritas de assistência à saúde continuou até 1953 (BRAVO, 2009).

Com esse cenário houve variações no processo de implantação de uma saúde pública mais acessível, mais precisamente nos anos de 1950, 1956 e 1963, quando se nota um investimento maior na saúde, o que fez visível a melhoria das condições de como prevenir contra as doenças infecciosas, isso fez com que fosse diminuindo a taxa de morbidade e mortalidade na infância de um modo geral, isto significa que, foram alcançados números visíveis na prevenção de doenças (BRAVO, 2009). Nesse mesmo período, os defensores da privatização na saúde já se articulavam, tendo a companhia de setores médicos ligados aos interesses do capitalismo, estes buscavam o investimento do Estado, visando obter lucros, de forma que a saúde fosse privada e não pública, aqui evidencia-se o marco no processo de privatização da saúde (BRAVO, 2009).

Em 1964, com a ditadura militar, o governo passa a ter a intenção de mudar o panorama do desenvolvimento social, econômico e político do país, o que não ocorreu como o esperado, pois os problemas, as expressões só foram mais abrangentes, atingindo uma parcela maior da população com reflexos negativos e mais expressivos. De 1964 até 1974, diante de tanta insatisfação o Estado tenta se manter no poder através da repressão, dando ao mesmo tempo, uma assistência de forma burocrática, reguladora, focalizada e fragmentada para diminuir as tensões, e se tornando instrumento de acúmulo do capital (BRAVO, 2009).

Nesse mesmo período surge a reorganização administrativa, o Ministério da Saúde cria a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), subordinada à Secretaria de Saúde Pública e incorporando o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), a Campanha de Erradicação da Malária (CEM) e a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) (Decreto nº 66.623, de 22/5/1970) (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2017).

Até 1979, o Regime Militar não dava a devida atenção à saúde pública, causando a tensão entre os setores privado e público, pois havia a necessidade de uma maior abrangência, aumento nos serviços e mais investimentos de recursos. Era evidente que o setor privado não era capaz de resolver as questões que se expressavam e culminavam na saúde (BRAVO, 2009).

Em seguida, regulamentou-se a Lei nº 6.259/75, que dispõe sobre a organização das Ações de Vigilância Epidemiológica, e o Programa Nacional de Imunizações, estabelecendo normas relativas à notificação compulsória de doenças (BRASIL, 1976).

O Brasil na década de 1970 estava entre o fogo cruzado, entre o partido Aliança Renovadora Nacional (ARENA) que era composto por conservadores direcionados pelos militares, do lado oposto estava o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), que representava a resistência à ditadura, este abrigava progressistas de esquerda (CARVALHO, 2013). O MDB abrigava em suas fileiras todos os militantes da esquerda que não podiam fundar seu próprio partido.

Essas mudanças no panorama da saúde, foram avançando gradualmente devido aos embates entre o público e o privado, que persistiram até a década de 1980. Para Carvalho (2013), nesse período houve vários episódios que marcaram a trajetória da saúde no país, como, por exemplo, o que fazer e como fazer para implantar um sistema universal de saúde como os países da Europa que iniciaram no pós-guerra dentro da política denominada *Welfare State*¹.

Descobrir como fazer o Estado brasileiro ser responsável pela garantia do direito à saúde de forma universal foi uma tarefa árdua, mas sem trégua, isso ocorre as espreitas e as escondidas, pois o país estava saindo do período ditatorial, entrando em novo modelo de Estado que desejava superar o regime da Ditadura Militar. Nesse período de Ditadura Militar o setor público já trabalhava com uma equipe multidisciplinar dentro da disponibilidade da época, era organizado a partir de unidades denominadas mistas onde se realizava o atendimento básico, denominados como: primeiro atendimento, urgência-emergência e internações hospitalares (CARVALHO, 2013).

Esse modelo de atendimento que foi implantado no Regime Ditatorial fez com que aumentasse as discordâncias entre o grupo da medicina curativa e o grupo da medicina preventiva, pois na época se priorizava o modelo de medicina curativa que era “incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, e os indicadores de saúde, como a mortalidade infantil, por exemplo” (GUINIDI, 2012, p. 14).

O embate continuava e as novas formas e modelos de saúde acontecia por todo Brasil, da previdência na década de 1980, fazendo com que um novo modelo de assistência à saúde com o nome de Ações Integradas à Saúde (AIS), que era a junção da Previdência com a saúde Pública, dos municípios, Estados, os quais serão descritos mais adiante (CARVALHO, 2013).

2.2 A luta pelo SUS na década de 1980

Neste item será apresentada a descrição dos movimentos sociais, as categorias que lutaram para implantação e ampliação de saúde como política pública, buscando compreender a conjuntura de rompimento com o conservadorismo dos tratamentos focalizados e não

¹ *Welfare State*, é compreendido como um conjunto de serviços e benefícios sociais de alcance universal que é promovido pelo Estado, este tem a finalidade de garantir a harmonia entre o avanço das forças de mercado e a estabilidade social, que significa segurança aos indivíduos para manterem um mínimo de base material e níveis de padrão de vida, que possam enfrentar os efeitos da estrutura de produção capitalista desenvolvida e excludente (GOMES, 2006, p. 203).

preventivos no combate as doenças, a disputa entre o privado e público, a proposta de emenda popular com foco no direito universal a saúde e a responsabilidade do Estado (BRAVO, 2009).

A discussão de uma proposta inovadora e universal entre a comunidade e os técnicos resultou naquilo que se denominou Projeto da Reforma Sanitária. Esta proposta foi apresentada a Tancredo Neves e transformada como Proposta de Saúde da Nova República. Nesse período o país estava saindo do Regime Militar e se inserindo em um novo processo de democratização na política, mas ainda sim mergulhado em terrível “crise econômica que persiste até os dias atuais” (BRAVO, 2009, p. 95).

Na década de 1980 a discussão da política de saúde passa a ter novos atores, os quais tem sua participação nos debates, discussões em relação às condições sociais e vida da sociedade civil, fazendo com que a saúde não fosse uma questão técnica, mas que fosse discutido no contexto da política e da democracia.

Profissionais da saúde, que eram representados pelas suas entidades, partidos políticos de oposição, os movimentos sociais e outras entidades da sociedade civil. Estes debatiam a universalização do acesso, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, a descentralização, do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2009, p. 96).

Nesse movimento pela redemocratização do país, cresceram os ideais pela reforma da sociedade brasileira, com o envolvimento desses atores sociais, pessoas que faziam parte dos movimentos populares, isso se deu de forma coletiva com pessoas de destaque que passaram a fazer parte da luta pela saúde pública de qualidade (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2017). Estes tiveram o apoio do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), que tinha como foco a difusão, ampliação do debate para a Saúde e Democracia na construção de propostas para a saúde pública universal (BRAVO, 2009). Com isso a saúde deixa de ser um assunto individual e passa a ser imprescindível o debate junto a sociedade, onde todos pudessem opinar (BRAVO, 2009).

No decorrer da década de 1980 como já foi dito houve expressivas mudanças na conjuntura do país, mais precisamente em 1988 com a Constituição Federal (CF) que, tinha a promessa de garantia e ampliação de direitos sociais, pois como já mencionado a crise em que a sociedade se encontrava expressava-se de forma gritante, o aumento da desigualdade social se expandiu de forma que as demandas da sociedade mudaram diante do novo cenário (BRAVO, 2009).

Observa-se que as lutas pela saúde pública são marcadas por momentos de definição de políticas governamentais, traduzidas em legislações específicas, que de alguma forma contribuíram para que fosse possível a conclusão do SUS, mesmo que esse processo de construção é permanente, pois, visto que a trajetória histórica da saúde no Brasil é marcada pela disputa entre capital privado, o Estado e a classe trabalhadora no processo de construção da política pública de saúde no país (BRAVO; MATOS, 2012).

De acordo com Carvalho (2013), esse Sistema foi denominado Sistema Único de Saúde (SUS) como já visto, o Sistema Público de Saúde resultou de décadas de lutas de um movimento que se denominou “Movimento da Reforma Sanitária”, este sistema foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990.

Os serviços privados de saúde, além de serem de relevância pública, deveriam ficar subordinados à Regulamentação, Fiscalização e Controle do SUS, em outras palavras, mesmo que a instituição fosse privada, quem daria a palavra final era o sistema, assim sendo é visível que,

Aí se incluem tanto o sistema privado lucrativo exercido por pessoas físicas ou jurídicas individuais ou coletivas, prestadoras ou proprietárias de planos, seguros, cooperativas e autogestão, quanto o sistema privado não lucrativo, filantrópico ou não. Incluem-se: hospitais, clínicas, consultórios, laboratórios bioquímicos, de imagem e outros, de todas as profissões de saúde e com todas as ações de saúde (CARVALHO, 2013, n. p.).

A discussão de uma proposta inovadora e universal com a comunidade e os técnicos resultou naquilo que se denominou Projeto da Reforma Sanitária, esse movimento foi crescendo e culminou com uma grande assembleia em 1986, que foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, com cerca de cinco mil pessoas do Brasil inteiro que referendaram a proposta da Reforma Sanitária (CARVALHO, 2013). Esta tinha como tema principal: “I - A Saúde como direito inerente a personalidade e a cidadania; II - Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III - Financiamento setorial” (BRAVO, 2009, p. 96).

Este se tornou um cenário de guerra entre dois grupos antagônicos, o primeiro composto por grupos empresariais formados pelos líderes da Federação Brasileira de Hospitais, e Associação de Indústrias Farmacêuticas, juntamente com as multinacionais que no caso defendiam a privatização, e o grupo dos defensores do setor público da saúde representados pela Plenária Nacional da Saúde, o órgão que reuniu a Plenária das Entidades (BRAVO, 2009).

A proposta da Reforma Sanitária referendada pela população por técnicos e gestores foi entregue aos constituintes que absorveram grande parte das teses ao definir a Ordem Social e,

dentro dela, a Seguridade Social. Isso é demonstrado que para entender exatamente o que representa o SUS, é analisado a suas definições básicas como saúde direito, seus objetivos, suas funções, seus princípios e diretrizes técnico-assistenciais e gerenciais, também a CF art.193-200 e as Leis 8.080 e 8.142 (CARVALHO, 2013). Esta se fez decisória, pois, usou como instrumentos da luta em favor do público, tais como, “a capacidade técnica de formular um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade” (BRAVO, 2009, p. 97).

Como descreve Bravo (2009), a participação dos novos personagens na discussão pela saúde pública fez com que acontecessem eventos que traziam como foco principal as propostas que debatiam o conhecimento à saúde como um direito e não com favor, sendo assim,

O direito universal a saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/ não segurado, rural/urbano; as ações e Serviços da Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
Constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade (BRAVO, 2009, p. 98).

Nas palavras de Bravo (2009), o acesso à saúde como direito dependia de uma universalização, descentralização, a reestruturação tendo o principal provedor desta política o Estado, unificando a saúde de forma a atender de forma individual e coletiva, pois, Carvalho (2013) alega que na CF de 1988 no artigo 196, “a saúde é direito de todos, e um dever do Estado”, este deve garantir e manter através de políticas sociais, econômicas, que tenham a função de diminuir riscos de doenças e agravos.

Para Carvalho (2013), lamentavelmente todas às vezes em que falamos dos objetivos da saúde pensamos em “tratar as pessoas doentes” isso tanto no público, quanto no privado, deixando de lado que o maior objetivo da saúde é impedir que as pessoas adoçam.

Devido à pressão popular que se manteve firme na proposta da emenda popular, assinada por mais de 50 mil eleitores, que foram representados por 167 entidades a qual foi apresentada por Sérgio Arouca, escolhido para este objetivo, o texto é atendido em sua grande parte o que não agradou o grupo defensor da saúde privada, pois, foram aprovados nele,

O direito universal a saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/ não segurado, rural/urbano;
As ações e Serviços da Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
Constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;

A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção as instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; Proibição da comercialização de sangue e seus derivados (BRAVO, 2009, p. 98).

Todos esses temas foram defendidos por vários anos pelo movimento pela Reforma Sanitária, apesar da impossibilidade de atender todas as demandas apresentadas, mas foi um grande avanço, pois a análise feita expõe que no decorrer de cada debate houve algumas mudanças no cenário do setor saúde (BRAVO, 2009).

Em seguida a 8ª Conferência, que reuniu mais de 5.000 representantes de todos os segmentos ligados à problemática da saúde da sociedade civil brasileira, com representação de todos os estados da federação, formou-se a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, visando a sistematizar as decisões tomadas, dotando-as de viabilidade operacional (DOIMO, RODRIGUES, 2003), isso gerou resultados pois,

A comissão comportou-se como um fórum de composição híbrida, com representantes do governo executivo (União, estados e municípios), legislativo e das mais variadas formas organizadas da sociedade civil, desde os setores sindicais e populares-comunitários, até segmentos privados de prestação de serviços médicos (o lucrativo e o filantrópico) (DOIMO; RODRIGUES, 2003, p. 105).

Sendo assim, o movimento popular muda a concepção de saúde que antes era focalizada e curativa, debate sobre o novo modelo edificado sobre a noção da saúde como um direito a ser provido pelo Estado, com referência originária daqueles movimentos reivindicativos urbanos por melhorias de equipamentos médicos e de saneamento básico, que priorizam formas de organização, mobilização e pressão de confronto ao Estado (DOIMO; RODRIGUES, 2003).

A proposta daí resultante foi apresentada como “emenda popular” 050 ao Projeto de Constituição, tendo à frente a Federação Nacional dos Médicos e, como vimos, o apoio de mais 160 entidades além das quase sessenta mil assinaturas (DOIMO; RODRIGUES, 2003). Estavam, pois dados os princípios básicos para as conexões ativas entre atores sócio-políticos tão diferenciados: “saúde como um direito social universal” e “participação da comunidade nas decisões”.

A tradução política disto na Constituinte foi a coalizão de partidos de oposição e de esquerda: PMDB, PT, PSDB, PCB, PCdoB e PDT (DOIMO; RODRIGUES 2003), e como parte das regras consignadas às emendas populares, sua defesa na plenária da Constituinte foi feita por Sérgio Arouca que, citado anteriormente, mesmo não sendo parlamentar, era mais reconhecido pela sua militância no PCB do que propriamente pela sua especialidade médica.

Conforme Doimo e Rodrigues (2003), a vitória da nova política de saúde na Constituinte, teve resultados de inclusão dos princípios de uma política social nacional pública, integrada, descentralizada e controlada pela sociedade, isso veio de uma longa e árdua luta, sendo marcadas por introdução e concepções distintas acerca da política.

Segundo Raichelis (2009), a participação da população e dos novos atores foi possível a ampliação de um debate sobre as políticas sociais, trazendo a benefícios para a sociedade, pois foram alcançadas mudanças, tendo participantes que fortaleceram o movimento, abrindo espaço para novos sujeitos sociais.

Pois, o movimento popular colocou em discussão o padrão que caracterizou sempre a forma em que eram postas as políticas sociais que advém do processo histórico de políticas fragmentadas, que mais excluía do que incluía, essa luta definiu prioridades e novos modos de gerir essas políticas (RAICHELIS, 2009).

De fato, uma das mais importantes inovações consubstanciadas na Constituição de 1988 é fruto, como foi visto, do processo de interação de uma gama diversificada de atores sociais que, ao se articularem em torno da “saúde como um direito”, trazendo o que chamamos de grande repercussão e esperança, nos trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, em um ambiente de mudanças na agenda pública nacional (DOIMO; RODRIGUES, 2003).

Assim o resultado dessa mobilização popular, gerou mudanças no cenário da política de saúde pública, visto que,

No contexto da redemocratização, a criação do SUS configura-se como a mais importante iniciativa de reforma na área social, o texto final da Carta de 1988, no capítulo referente à saúde pública (artigos 196 a 200), reconhece a saúde como um direito social dos cidadãos, garantindo a todos o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e prevenção de saúde; e como um dever do Estado, através da elaboração de políticas e programas sociais que visam à redução do risco de doenças (DOIMO; RODRIGUES, 2003 p. 107).

A importância da participação pública dada à saúde declarada na Constituição Federal tem significado de destaque e proeminência da saúde entre tantas outras áreas e setores, destaca-se que foram consideradas como de relevância pública tanto a saúde pública como a privada (CARVALHO, 2013).

É importante destacar que o SUS foi criado em terreno adverso à sua proposta de universalidade e equidade, pois o projeto econômico neoliberal, consolidado nos anos 1990 no Brasil, confronta diretamente com os princípios da reforma sanitária, que é completamente questionada por esse projeto privatista articulado ao mercado (SANTOS, 2013).

Constata-se a concretização de uma cultura privatista da Seguridade Social brasileira, o direito à saúde (como os outros direitos sociais) vem sofrendo, de alguma forma, ataques do capital, seja pela privatização, seja pela focalização e precarização dessas políticas (SANTOS, 2013).

O contexto indica desafios para a real efetivação do SUS, pois permite assistir à disputa entre dois grandes projetos antagônicos na saúde. O privatista, que aposta na saúde como fonte de lucro e o da reforma sanitária, que apresenta a saúde como direito social de caráter universal e estatal (SANTOS, 2013).

Mas também é claro que dentre mudanças alcançadas pelo movimento em prol da saúde em seu conjunto, destaca-se, a reivindicação, participação e mobilização contando com atuação e inserção do próprio Estado, sendo assim, “entre as várias políticas sociais, a área da saúde é que iria contar com um movimento pró-intervenção do Estado mais importante, organizado e atuante” isso de acordo com Doimo e Rodrigues (2003 p. 106 apud, VIANA, 1994, p. 6).

2.3 A Constituição Federal de 1988 e a Política de Saúde

Como já foi mencionado, projetos antagônicos estão em constante tensão, pois a Reforma Sanitária que foi construído na década de 1980 entra em conflito com o Projeto Privatista, fazendo com que, partes do projeto de uma saúde pública viesse na Constituição de forma fragmentada, focalizada, porquanto este ficou em acordo com modelo em sintonia com o mercado, ou seja, uma nova maneira de atualizar o antigo modo de se fazer saúde (BRAVO, 2009).

Conforme explica Mallmann (2012), de forma inovadora, a Carta Maior de 1988 teve como marco divisor de águas da democracia do regime político no Brasil, e da institucionalização dos direitos humanos no país após mais de vinte anos de regime militar ditatorial. Esta se torna o trunfo que afirma que os direitos sociais correspondem a direitos fundamentais, defendendo, portanto, sua aplicação imediata.

Sendo assim, a Constituição Federal veio para ser feito o reconhecimento de direitos sociais, e a evidência que o Estado brasileiro adotasse um novo modelo, ou seja, um Estado Democrático de Direito, com intuito de que fosse completamente diferente da antiga CF, que era usada pelos Estados liberais (MALLMANN, 2012) sendo assim, conforme o que está no artigo da CF, Art. 196, este garante que,

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Com isso fica evidente que o SUS foi construído pela crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social e à grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade, que constituíam o então denominado “Movimento da Reforma Sanitária”, no contexto da democratização do país (SOUZA, 2002).

Contudo, é importante ressaltar que, como descrito anteriormente, o Sistema Único de Saúde começou a ser implantado depois do uso de uma estratégia que buscou dar caráter universal à cobertura das ações de saúde, até então proporcionada pelo INAMPS apenas para os seus beneficiários, mas com o passar do tempo não foi suficiente para abranger as demandas impostas pela sociedade (SOUZA, 2002).

Com isso cria-se a Lei 8.080 que rege o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo e define o Ministério da Saúde como o responsável no âmbito da União. A Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7.º, estabelece entre os princípios do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (SOUZA, 2002, p. 14).

As diretrizes e princípios da Constituição Federal e Lei 8.080/1990, são: descentralização, regionalização, hierarquização, gestor único em cada esfera de governo, divide-se os recursos e as responsabilidades das três esferas de governo, organização dos serviços para evitar duplicidade, complementariedade do privado, financiamento tripartite e participação da comunidade (CARVALHO, 2013).

No caso a descentralização consiste em uma nova forma de distribuir os recursos e as responsabilidades entre as federações, isto, de acordo com o entendimento de que o nível central, ou seja, a União, age para executar em situações ao qual o nível local, Estados ou Municípios não podem ou não tem condições para realiza-lo. A descentralização defendida na Lei 8.080 é aquela com ênfase na municipalização, com regionalização, ou seja, colocar na gestão dos municípios a responsabilidade do quê e do como fazer saúde e os meios, principalmente com investimento financeiro, pois, quem está mais próximo da sociedade tem a visão do necessário para fazer (CARVALHO, 2013).

Mas, existe a negação por parte dos gestores descentralizados que não querem assumir suas responsabilidades e seu papel como gestor e, responsável pela saúde do seu município, com isso ocorre sempre acusações de desvio e mau uso dos recursos descentralizados a Estados

e Municípios, mesmo tendo a lei não o exima ou exclua dessa responsabilidade (CARVALHO, 2013).

Nas palavras de Carvalho (2013), o SUS tem a responsabilidade nacional, pois é um único sistema em todo país, mas está organizado de maneira regionalizada, isso se dá de acordo com a demanda instituída, ou seja, não há como atendê-la sem mudar ações, serviços no público ou privado, se municipal ou estadual redefinindo assim a forma de atenção à saúde.

Logo essa mudança traz consigo outra forma de atendimento à saúde da sociedade a hierarquização que vem de hierarquia, que define onde começa e onde termina a atenção a essa política, exemplo atenção primária, cujo foco é prevenir as doenças, ou seja, um atendimento de menor complexidade, isso se dá até a secundária com clínicas básicas, exames mais complexos (CARVALHO, 2013).

Para o autor a secundária e a terciária tem atendimentos profissionais e hospitais em áreas mais específicas, já na quaternária se encontram os profissionais e hospitais superespecializados em uma única área, como os de cardiologia, neurologia, ou seja, a saúde é um dever do Estado em todos os âmbitos, pois no artigo 196 da Constituição diz que, todos tem direito a saúde com dignidade (BRASIL, 1988).

A Lei N.º 8.080/1990 em seu Art. 1º regula, em todo o país, as ações e serviços de saúde, executados de forma isolada ou coletivo, em caráter contínuo ou eventualmente, por pessoas civis, ou jurídicas de direito Público, ou privado (BRASIL, 1990).

De acordo com Meldau (2009) a seguinte lei traz como princípios a Universalização a saúde é um direito do cidadão, de todas as pessoas, sendo responsável o Estado em garantir este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, sem discriminação de características sociais ou pessoais como raça, sexo, cor situação social.

Em seguida traz a equidade, que tem o objetivo, diminuir desigualdades, e aumentar a igualdade, pois apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, elas não são iguais e por isso, têm necessidades diferentes e individuais, então equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a necessidade é maior (MELDAU, 2009).

E por último, mas não menos importante, a Integralidade, este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, por isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Este princípio pressupõe a articulação em conjunto com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (MELDAU, 2009).

Este portanto, exerce ações públicas, pois, a concepção e o campo da saúde pública, enquanto SUS, é abrangente, incluindo o individual e o coletivo, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todas as áreas. Portanto, campos como vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, alimentação, saúde da pessoa com deficiência e todos os procedimentos, desde o mais simples até o mais sofisticado tratamento de saúde (CARVALHO, 2013).

O SUS organiza os serviços em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida tendo como norte a Regionalização e a Hierarquização (MELDAU, 2009).

Para Meldau (2009) a regionalização é um processo que faz uma articulação entre os serviços preexistentes, com foco no comando de unificação dos mesmos, a hierarquização procede da divisão de níveis de atenção e garante formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região. A descentralização ocorre com a redistribuição de poder e responsabilidade entre os três níveis de governo, com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com qualidade e a garantia do controle e fiscalização por parte dos cidadãos (MELDAU, 2009).

Isso acontece segundo o que foi exposto anteriormente, a sociedade deve ser participante do sistema, através dos Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde (MELDAU, 2009).

Estes conselhos devem ter como representantes pessoas que fazem parte do governo, que prestam serviços, profissionais da saúde e dos usuários, estes devem formular ações, e estratégias que visem o controle para a execução da política de saúde (BRASIL, 1990). Os principais conselhos do país são, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) os quais terão representação no Conselho Nacional de Saúde, já os outros seguimentos ocorrem de maneira paritária, ou seja, de acordo com os demais (BRASIL, 1990).

A Conferência de Saúde acontece geralmente a cada quatro anos, onde se reúnem vários segmentos sociais para ver como está o andamento das ações em saúde e planejar novas diretrizes para melhorias dos serviços prestados nos respectivos níveis (BRASIL, 1990).

Estas conferências têm a finalidade de aprovação de normas, sendo definidas pelos conselhos, quanto aos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde (FNS), os investimentos que serão aplicados nos municípios, estados, e o Distrito Federal (BRASIL, 1990).

Os objetivos do SUS, que são; identificar, e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, formular a política de saúde nos campos econômicos e sociais para reduzir riscos de doenças e outros agravos, e oferecer assistência à população, assim sendo, é através de ações que promovam, a proteção e a recuperação da saúde, com ações assistenciais e de prevenção, de modo que seja garantido às pessoas a assistência de forma integral à sua saúde (SOUZA, 2017).

Todo esse processo e conjuntura foram essenciais para que houvesse uma demanda por profissionais para atuar em conformidade com a nova realidade imposta, pois, a ideia de saúde com estratégias que incluam a concepção de esta política passa a ser direito social e dever do Estado (SOARES, 2006). Para que se cumpram os princípios da equidade, que está relacionado ou vem de um ato de justiça social, atendendo a grupos mais vulneráveis, a universalidade que trata de garantir o acesso à saúde a toda população com intuito de alcançar o maior número de pessoas possíveis, integralidade que ocorre quando descentralização e participação da comunidade nas tomadas de decisões em saúde pública (PAIM; SILVA, 2010).

Com isso encerra-se a exposição da formação e implantação do sistema o qual que viabilizou, mesmo de maneira fragmentada o SUS na Constituição brasileira, demonstrando que foi preciso mudar a Carta Magna para que o cidadão passasse a ter acesso a uma melhor saúde pública.

2.4 O Serviço Social e a política pública de saúde

A seguinte seção traz a descrição da contribuição do serviço social para ampliação do SUS, a favor da saúde pública e contra a privatização desta política, visto que a profissão tem em sua história os embates pela ruptura com o conservadorismo, estando ao lado dos profissionais na luta da reforma sanitária (BRAVO; MATOS, 2012).

O Serviço Social no Brasil surge nos anos de 1930, com a influência do modelo europeu, tendo a expansão e profissionalização substituindo esse modelo no Congresso Interamericano de Serviço Social em 1941, logo depois foram criados novos métodos de como disponibilização de bolsas, novas entidades para profissionalização, substituindo o julgamento moral, ou seja, olhar além da aparência, buscando compreender a conjuntura como um todo (BRAVO; MATOS, 2012).

O Serviço Social se firma como profissão, quando se impõe com uma base técnico-científica as atividades de ajuda, a filantropia. “Ou seja, em outros termos, quando se processa

uma tecnificação da filantropia” (IAMAMOTO, 2009, p. 172). A profissão tem nas expressões da questão social sua emergência, sendo que em meio a tanta desigualdade social o Serviço Social se aprimora para sua intervenção em uma sociedade capitalista onde o que produz a riqueza não desfruta dela (IAMAMOTO, 2009).

Nos anos de 1960 a profissão passou por várias mudanças, passando a ser uma profissão que questionava a forma conservadora, o que não foi visto com bons olhos pelo governo ditatorial implantado em 1964, impedindo o crescimento do pensamento crítico (BRAVO, MATOS, 2012).

Nos períodos de 1965 a 1975, foi defendido no Centro Brasileiro de Cooperação e Intercambio em Serviços Sociais (CBISS), uma nova perspectiva modernizadora, para equiparar a profissão as novas exigências expostas diante do novo modelo de produção social, ou seja, o movimento de “Reconceituação” (BRAVO; MATOS, 2012).

Já nos anos seguintes houve alterações na conjuntura trazendo a ampliação de algumas matérias e assuntos relacionados ao Estado, políticas sociais e teorias que davam fundamentos marxistas para a atuação profissional (BRAVO; MATOS, 2012).

1979 foi um momento de grande expectativa para o Serviço Social, onde ocorreu o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), promovido pelo Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) conhecido hoje originalmente por Conselho Federal de Serviço Social, (CFESS) o chamado “Congresso da Virada,” que foi um divisor de águas na posição política de oposição ao modelo de assistencialismo filantrópico que foi deixado de lado, para uma forma diferente de Serviço Social crítico, voltado para as necessidades dos usuários e a realização dos direitos de cidadania (BARROCO, 2012).

Diante dessa nova forma de profissionalização e visão teórica, houve a necessidade de que novos códigos de ética da profissão fossem elaborados pois, os antigos tinham fundamentos formulados no neotomismo e positivismo, ou seja, mantendo a raiz conservadora do Serviço Social (BARROCO, 2012).

Depois de vários Códigos de Ética da profissão, o primeiro a romper com o conservadorismo e pautou-se na teoria social crítica, passando a ter uma posição política saindo da neutralidade, em 1986, tendo como fundamentação teórica a orientação marxista, assumindo o compromisso profissional com os trabalhadores, dando a oportunidade para outras reformulações (BARROCO, 2012).

Não demorou para acontecer em 1993 uma nova reformulação do Código de Ética, já para o enfrentamento do neoliberalismo o processo se organizou em um conjunto de princípios, deveres, direitos e proibições para orientação do modo ético profissional, oferecendo

arcabouços para atuação cotidiana, “definindo assim as finalidades ético-políticas, no interior do projeto ético-político e em sua relação com a sociedade e a história” (BARROCO, 2012, p. 53).

Segundo Netto (2011) o Serviço Social tem como marco a divisão sociotécnica do trabalho reconhecimento por lei a qual subsidia juridicamente e legalmente pela Lei 8.669, de 17 de junho de 1993, como uma profissão que tem autonomia para realizar estudos, investigações e pesquisas para a produção de conhecimentos, o que legitima a profissão. Ao observar a narrativa de Netto (2011), é visto que o Serviço Social enquanto profissão surge vinculado ao agravamento das mazelas sociais, assumindo a função de executor das ações sociais destinadas à população pauperizada.

Para Netto (2011), se destacam algumas necessidades e demandas para o Serviço Social como profissão, assim, que a profissão tem no seu cotidiano como objeto de intervenção as expressões da questão social. A atuação do assistente social na Saúde, precisa de uma articulação entre a atenção às requisições profissionais e o projeto ético-político da profissão, para efetivar respostas profissionais de forma qualificada aos usuários e às instituições, contrapondo-se às abordagens tradicionais, funcionalistas, psicologizantes e pragmáticas (NETTO, 2011).

De acordo com Iamamoto (2015), a profissão tem o objetivo de amenizar os conflitos entre a classe proletária e a burguesia, mediando o antagonismo de classes, as quais se enfrentam cotidianamente. O processo histórico do Serviço Social no país foi dividido por fases e décadas diferentes, tendo como eixo o desenvolvimento industrial e a mudança no papel do Estado (BRAVO, 2000). A profissão é relevante para efetivação da política de saúde contribuindo com produções, estudos, debates e pesquisas que demonstram a necessidade do acesso da saúde atendendo as demandas da população, portanto, a profissionalização do Serviço Social enquanto profissão de mediação entre as classes, a Política de Saúde tem se tornado um amplo campo de atuação para os assistentes sociais (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

Para isso o Serviço Social na saúde é regulamentado pela Lei 8.662/93, por meio da resolução N.º 218 de 06/03/1997 do Conselho Nacional de Saúde e pela Resolução CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999 que caracteriza o assistente social como profissional de saúde, o que deixa evidente, portanto, a importância do trabalho do assistente social para consolidação do SUS, o que vai de embate contra o projeto privatista que tem como principal objetivo favorecer o mercado, e afirmando cada vez mais a hegemonia neoliberal no país (BRAVO, 2009).

É importante salientar que a inserção dos assistentes sociais no contexto do SUS também ocorre pela efetivação do princípio da integralidade da atenção à saúde, que pressupõe uma ação interdisciplinar e intersetorial (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

Diante do exposto, pode-se afirmar que as demandas que se apresentam ao Serviço Social envolvem uma série de condicionantes e exigem uma intervenção profissional que não se limite à prática curativa, mas que inclua aspectos preventivos, informativos e de promoção da saúde, mas também exige que,

O profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas (CFESS, 2010, p. 43).

Trata-se, portanto, de viabilizar à população o acesso não só a todos os níveis de complexidades do SUS, mas a todas as políticas e serviços sociais que todo cidadão tem direito;

Para tanto, exige profissionais com um arsenal de conhecimento tanto sobre as políticas e legislações quanto sobre a rede de serviços sociais para promoverem tal integração. Exigências que também se aplicam ao exercício do profissional do Serviço Social na unidade (BRAVO, 2009).

Ao analisar a trajetória da profissão é notável que é necessário que o assistente social tenha instrumentos que viabilizem o acesso aos usuários, mediando entre estes e a instituição isso ocorre pelas estratégias as quais possibilitam a eficácia ou não do atendimento (GUERRA, 2014).

Muitos devem estar se perguntando o que seria esses instrumentos? A instrumentalidade não é o mesmo que instrumentos, pois, esta, se revela através de como se aproveita, ou usa os instrumentos, ou seja, é uma forma organizada, articulada e técnica de alcançar os objetivos propostos, fazendo com que a profissão vá além do emergencial ou paliativo (GUERRA, 2014).

A instrumentalidade é a capacidade de articular as estratégias e táticas que se adequam a determinados objetivos os quais estão previamente programados com singularidade, o qual é capaz de fazer a mediação entre o profissional e o usuário “paciente” (GUERRA, 2014).

O CFESS, define Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde, veja alguns exemplos;

- Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção, por meio da análise da situação socioeconômica

(habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde.

- Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio de abordagens individual e/ou grupal;
- Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera de seguridade social por meio de mecanismos e rotinas de ação
- Conhecer a realidade do usuário por meio de realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais (CFESS, 2010, p. 45).

Assim sendo é perceptível que o Serviço Social atua na defesa de manutenção e efetivação SUS, formulando estratégias que criem ou reforcem meios de articulações para a garantia de direitos (BRAVO; MATOS, 2006).

Não bastando, há sempre mais atributos e ações que faz a profissão necessária na política de saúde: o conhecimento e mobilização de rede de serviços, com o objetivo de viabilizar os direitos, o fortalecimento de vínculos familiares e forma a promover, o processo de proteção prevenção recuperação, de forma que o cidadão se torne sujeitos de sua história (CFESS, 2010).

Assim, fica evidente que a profissão tem arcabouços para fundamentar e articular de forma estratégica frente as demandas as quais lhes são propostas, e assim, compreender o cenário, buscar alternativas que viabilizem o acesso à saúde de forma mais igualitária, mais universal, e com equidade que são os princípios do SUS, e cumprindo com o projeto ético-político da profissão (BRAVO, 2009).

Portanto, nesse contexto, verifica-se a necessidade e importância da categoria para a saúde pública, com isso analisar o processo de renovação, e ruptura com o conservadorismo fazendo com que os profissionais tenham uma nova visão, pois estes incorporam um novo modo de olhar e compreender que sempre houve e haverá a contradição entre capital e trabalho, demonstrando que o campo da saúde também faz parte das expressões da questão social (CASTRO, 2018).

De acordo com Bisco e Sarreta (2018), a atual conjuntura e a desconstrução dos sistemas universais de saúde é uma realidade na grande maioria dos países, associada à atenção curativa e centrada na doença, desconsiderando a integralidade da atenção, deixando de lado as ações que promovam e previnem.

O Brasil vive um período de grandes dificuldades em todas as áreas, isso veio sendo preparado desde os anos de 1990 quando o país deu abertura para a adoção de preceitos neoliberal pelo governo federal produziu efeitos prejudiciais na implantação do SUS (BISCO; SARRETA, 2018).

Com todo esse pano de fundo a saúde passa a demandar profissionais do Serviço Social, na saúde sem dúvidas, mas estes devem atuar se limitando ao campo das competências da profissão e de suas atribuições privativas, não se tornando um faz-tudo e deixando de lado o Código de Ética² (MATOS, 2020).

Com isso cria-se um parâmetro que norteia a atuação do assistente social na política de saúde o qual tem quatro eixos, sendo estes, “atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social” (CFESS, 2010, p. 41).

O atendimento direto ao usuário acontece nos mais variados espaços de atuação do profissional na saúde desde o mais simples serviço até a mais alta complexidade, começando nas UBS, postos de saúde, institutos, maternidades, Centros de Apoio psicossocial (CAPs), hospitais de emergência (CEFSS, 2010).

Como mencionado anteriormente, as ações devem ir além do imediatismo, para conhecer com profundidade a realidade, o trabalho realizado, suas particularidades, as conquistas e retrocessos, é preciso um esforço para ultrapassar a imediatez dos fenômenos apresentados à população, que culpam, individualizam, e retiram a responsabilidade do Estado e seus processos estruturais. Para as autoras, é preciso que o profissional tenha competência crítica para descobrir a raiz dos processos que causam as desigualdades e ter a estratégia que desencadeiam o resultado de enfrentamento, e ações que gerem resultados competentes, tanto técnico, como ético-político sem perder o foco que é a gênese do conservadorismo no processo social de inclusão com igualdade. E isso deve ocorrer de forma que o assistente social não se limite frente aos limites impostos pelo cenário de regressão dos direitos e de desmonte do SUS constitucional, de privatização, focalização e terceirização da saúde, este deve reafirmar direção do Projeto Ético-Político Profissional e do Projeto da Reforma Sanitária (BISCO; SARRETA, 2018).

A conjuntura de um grande retrocesso histórico, e ataques neoliberais a classe trabalhadora e aos direitos fundamentais que foram conquistados através das lutas, como educação e saúde, direitos que foram e são fundamentais a sociedade brasileira, o Serviço Social é uma profissão fundamental para a luta pelos direitos sociais da classe trabalhadora. Por esta razão, o profissional organiza-se na defesa da universalidade das políticas sociais e da responsabilidade do Estado na sua garantia; assim, nos espaços de trabalho profissional, a

² Coordenar, elaborar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas, e projetos na área de Serviço Social. Planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social. Treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social. Elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos e outras formas de seleção para assistentes sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social (CFESS, 2010, p. 36).

categoria atua na edificação de uma sociedade justa e igualitária, fazendo ações que viabilizem o acesso à saúde e que, a sociedade conheça os seus direitos, de forma que estes possam reivindicá-los (BISCO; SARRETA, 2018).

Todo esse processo de transformação na profissão, traz a análise de que a saúde deve ser pensada de forma crítica para que possa compreender de forma não focada, mas de visões que abranjam não somente um só conceito, fazendo com que seja ampliado esse conceito para compreensão da realidade imposta ao profissional (BISCO; SARRETA, 2018).

Por esses motivos a profissão tem se colocado na linha de frente para encarar o desafio de defender o SUS, pois, os níveis de saúde dependem da organização social, ideológica econômica do País, tendo a saúde como determinantes e que fazem parte, alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BISCO; SARRETA 2018).

Porquanto na saúde o objetivo do Serviço Social é a identificação dos aspectos financeiros, políticos, culturais, sociais que atravessam e perpassem a causa da situação do processo que envolve a saúde-doença para assim mobilizar recursos para o seu enfrentamento, articulado a uma prática educativa (MATOS, 2020).

Assim fica exposto e evidente que,

Os Assistentes Sociais trabalham com a questão social em suas mais variadas expressões cotidianas, tais como os indivíduos as vivenciam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na Assistência Social pública, etc. Questão Social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a elas resistem e se opõem. É nessa tensão, entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os Assistentes Sociais, situados nesse terreno movidos por interesses sociais distintos, os quais não é possível abstrair ou deles fugir por que tecem a vida em sociedade (CASTRO, 2018, p. 5 apud IAMAMOTO, 2008, p. 28).

Portanto, é visto que o Serviço Social tem grande relevância nesse momento crítico, pois, tais intervenções em qualquer instituição de saúde serão de suma importância para os usuários/ pacientes que estão internados, ou, representantes como familiares (MATOS, 2020).

Nessa perspectiva, nota-se que o profissional do serviço social tem definida suas atribuições na saúde, tanto na ação direta como nos demais níveis. Pois, de acordo com Silva e Krüger, (2018) em meio aos embates para a implementação do SUS, no âmbito da saúde, passa a ficar mais forte a partir dos anos 2000, onde evidencia-se que projeto privatista ganhou um novo fôlego a partir de 2016 com as políticas do governo *Michel Temer*, com iniciativas que alteram o escopo e abrangência do SUS, o que será exposto mais adiante.

Por isso, ao analisar a trajetória da política de saúde e o Serviço Social, é notório que ambas têm em suas histórias a luta e superação das fortes investidas do neoliberalismo. É visível a relevância de estudar sobre, com isso adquirir conhecimento para montar construir estratégias que subsidiem a atuação como profissional com qualificação e ferramentas necessárias frente as demandas as quais lhes apresenta.

3. O SUS NO CONTEXTO NEOLIBERAL

[...] os verdadeiros versos não são para embalar, mas para abalar...
(Mário Quintana)

O seguinte capítulo traz como o SUS no contexto do neoliberalismo que foi implementado no governo Fernando Henrique Cardoso, consolidando-se a hegemonia das políticas neoliberais, levadas a cabo, por meio de uma agenda que pouco a pouco foi destruindo a política de saúde e deixando de lado o projeto proposto na Reforma Sanitária que como mencionando anteriormente era de uma saúde pública universal, igualitária e integral, trazendo de volta a todo custo velha saúde focalizada e seletiva.

3.1 O desmonte do SUS no Governo de Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2003)

Já nos anos 1990, muda-se a direção de atuação do Estado, em relação à saúde, pois o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), guiado pelo novo modelo econômico em sintonia com a Política de Ajuste Neoliberal, passa a vigorar no país um outro modo de investir nas políticas sociais, mesmo com o texto constitucional que visava diminuir as desigualdades sociais, a Constituição sofreu com o novo ataque do neoliberalismo, desmontando o progresso alcançado na década passada (BRAVO, 2009).

E em que consiste esse ajuste neoliberal? Quais mudanças ocorrem em um país em desenvolvimento como o Brasil? Esse sistema é responsável por trazer a reformulação do Estado, e ainda, criar uma estabilização monetária, acabando com a inflação (GENNARI, 2001).

De acordo com Paim (2008), a onda neoliberal se expandiu pelo mundo com eventos nunca vistos, como a queda do muro de Berlim. Criou-se o Consenso de Washington, que tinha como prioridade a propagação do sistema do neoliberalismo para enfrentar crises do capital, nos países em desenvolvimento.

O Brasil foi um dos últimos países da América Latina a implantar esse sistema, que começou no Chile, adotando o ideário da Inglaterra que tinha como primeira-ministra no Reino Unido, Margareth Thatcher, que tinha o programa econômico que consistia em

1º) contrair a emissão monetária, 2º) elevar as taxas de juros, 3º) diminuir os impostos sobre rendimentos altos, 4º) abolir os controles sobre fluxos financeiros, 5º) criar

desemprego massivo, 6º) aplastar as greves; 7º) elaborar legislação anti-social, 8º) cortar gastos públicos e (...) 9º) praticar um amplo programa de privatização (GENNARI, 2001, p. 32).

Seguindo as principais diretrizes dessa política econômica que incluía, a disciplina fiscal, ou seja, a ideia de que o Estado corte gastos, diminuindo assim suas dívidas, priorização dos gastos públicos, focalizando as políticas públicas, a desregulação do Estado, investimento estrangeiro e privatizações de estatais, elevando a soberania do mercado tanto interno, quanto externo (GENNARI, 2001).

Segundo Mendes (2019), as diretrizes neoliberais consistem em: pouca, ou nenhuma intervenção do Estado em relação à promoção e garantia de direitos trabalhistas, a privatização de estatais, desregulamentação do sistema financeiro, responsabilidade de serviços públicos ao setor privado, diminuição dos direitos sociais em todas as áreas, a quebra de fronteira para multinacionais, defesa do capitalismo e por último a globalização de princípios capitalistas.

Essa conjuntura trouxe para o país consequências incalculáveis, como crescimento do desemprego estrutural e conjuntural, eliminação de parcela considerável da indústria de capital nacional, via falências ou incorporações, desarticulação ou destruição do chamado setor produtivo estatal via privatizações, crescimento do déficit público a patamares comprometedores, aprofundamento das desigualdades sociais, tais como níveis intolerantes de concentração da propriedade e da renda (GENNARI, 2001).

As principais consequências são, o aumento exacerbado da desigualdade social, desemprego, estagnação do salário, isso fez com que o Estado deixasse de cumprir seu papel como provedor e passa a ser somente o regulador dos serviços prestados, por meio de políticas públicas que ocorre tanto no aspecto econômico, e social, mesmo que de maneira mínima, ou seja, de forma fragmentada (GASPAROTTO; GROSSI; VIEIRA, 2014).

Na gestão de FHC, houve três ministros na saúde, primeiro veio Jatene, depois Albuquerque, já no final da gestão, José Serra (PSDB-SP), que prometeu triplicar as equipes de saúde e não aceitar indicação política para a melhor evolução do andamento das ações a serem desenvolvidas.

Em 1998, ano da campanha pela reeleição, reuniram-se os gestores municipais com propostas que discutiam sobre

A Reforma Sanitária Brasileira, a Reforma do Estado Brasileiro, e a Contra reforma Neoliberal da Saúde, Análise comparada com os modelos de Saúde, o papel dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, e Municipais, a Promoção de Saúde como estratégia, Os Recursos Humanos para a saúde, A economia e o financiamento do SUS, Profissionalização da Gestão do SUS (PAIM, 2008, p. 222).

Com esse cenário cria-se a expectativa de reeleição de FHC, pois, fortes aliados políticos do bloco do poder apoiaram a candidatura, com isso surge algumas mudanças que apresentavam alguns resultados significativos, e positivos em relação ao SUS, pois este, se responsabilizava pela cobertura de

95% da população em atenção primária, 70% na secundária e 90% na chamada “alta complexidade”; todos os 27 estados e 436 municípios já respondiam pela gestão plena dos seus sistemas de saúde, enquanto 4.228 municípios exerciam a gestão da atenção básica a saúde das suas respectivas populações, de modo que somente 15,3% das cidades e 17,2% da população do país ainda não participavam do SUS (PAIM, 2008, p. 223).

E isso em acordo com o projeto de reforma defendida pelos neoliberais que está completamente voltada aos interesses do mercado, na contramão dos anseios democráticos e progressistas, mostrando de que seria a contrarreforma do Estado, a qual foi possível a partir de fatores estruturais e conjunturais, externos e internos, fragmentando assim, as políticas sociais, a reforma torna-as inviabilizadas de forma que o acesso a certos bens sociais requeridos pela efetivação dos direitos sociais, dentre eles a saúde (BORLINE, 2010).

Assim sendo, para Borline (2010) a gestão defende o cidadão consumidor e não sujeito de direitos. Há também um movimento para a desarticulação da atenção básica da secundária e terciária, dividindo o SUS em dois blocos: o hospitalar, com grande participação da rede privada, e o segundo, a assistência básica através de programas focais com o caráter público, ou ainda, como “deixa subentendidos dois sistemas um SUS para os pobres e outro sistema para os consumidores” (BORLINE, 2010, p. 328).

Para amenizar os impactos neoliberais, o então ministro Serra, criou a Agência Nacional de Saúde (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), instituições com grande autonomia orçamentária e com poder de decisão, estas tinham a função de regulador dos setores privados, com intuito de fortalecer o Ministério da Saúde, o que não aconteceu, como o esperado, pois, as condições da saúde pública, continuou deixando a desejar (BORLINE, 2010). Com isso, a saúde passa por uma transição de uma atividade com visão no bem-estar e com sentido humanitário, transforma-se em uma atividade orientada e mediada por padrões de racionalidade instrumental e o lucro (KRÜGER, 2014).

Depois de um conflituoso debate parlamentar, cria-se, a Lei no 9.656/1998, a qual, teve a função de normatizar os procedimentos que eram observados pelas pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde (KRUGER, 2014).

Não se pode deixar de destacar que pouca mudança ocorreu, pois, que o setor privado deveria ser fiscalizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e restituir ao SUS quando prestasse atendimentos aos seus clientes, isso porque, as conquistas dessas mudanças e alterou de forma, vamos dizer pouco confiáveis o inciso terceiro do artigo 199 da CF quando diz “É vedada a participação direta ou indireta de empresas, ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei” (KRÜGER, 2014, p. 220).

Mudando o texto para “as pessoas físicas, ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis para operar planos privados de assistência à saúde” (KRUGER, 2014, p. 220). Ou seja, passa-se dar abertura para o capital estrangeiro atuar no país investindo em saúde para obtenção de lucros, tendo o aval da Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001 (KRÜGER, 2014 apud, BRASIL, 2001).

Essa nova forma de gerir a saúde entra em vigor também com a Lei n.º 9.637/1998, que define ao Estado a função de qualificar as organizações sociais, pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa, à tecnologia, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, de forma que estivessem investindo de alguma maneira em saúde (KRÜGER, 2014).

Posteriormente, surge a Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), regida pela Lei 9.790/1999 e decreto 3.100/1999, os quais instituíam a possibilidade de parceria com o poder público, ou seja, essa lei disponha sobre a qualificação de pessoas de direito privado sem fins de obter lucros, estas deveriam atuar na função de instituição pública (KRÜGER, 2014).

Outro fato importante nesse período foi a efetiva implementação do Programa Saúde da Família (PSF), que surgiu como se isso fosse uma “cesta básica da saúde para os pobres com o financiamento do Banco Mundial” (KRÜGER, 2014, p. 221).

Diante de tudo isso foram surgindo normas que fragmentaram a expectativa de uma gestão integral das necessidades da saúde. Outro fato importante foi a descentralização enviesada pela aprovação da “Emenda Constitucional 29, em 2000, que definiu os percentuais dos recursos próprios a serem aplicados na saúde pelas esfera municipal (15%) e estadual (12%), sem definir o percentual da União” (KRÜGER, 2014, p. 221).

Segundo Kruger (2014), todos esses eventos no processo de implantação, inúmeros debates e embates, demonstram que a fragmentação da saúde a tem tornada cada vez mais fragilizada, deixando à mostra que a reafirmação do SUS, como política pública universal, de

caráter coletivo e obrigação do Estado deve ser defendida radicalmente para que seja posto realmente em prática o projeto do Movimento da Reforma Sanitária da década de 1990.

Esse breve relato de como se deu a implementação do SUS, revela que relação à saúde brasileira, caracteriza-se como sempre, pela tensão entre os dois projetos o da Reforma Sanitária e o projeto privatista da saúde, que infelizmente vem se tornando hegemônico desde a metade da década de 1990, o projeto da saúde articulado ao mercado (KRÜGER, 2014).

3.2 O SUS nos Governos de Lula (2003-2011)

Esta seção traz a descrição de como se deu a política de saúde no governo Lula, a trajetória, as prioridades as diferenças se houve alteração na legislação, o que foi acrescido ou não a forma de se fazer saúde no contexto do neoliberalismo sofreu alguma alteração todas essas questões saberemos no decorrer da leitura.

Já em 2003 com a eleição de 2002 e com a vitória do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (Lula), houve uma grande expectativa em relação a diminuição das mazelas estabelecidas pelo governo anterior, que tinha políticas sociais fragmentadas e seguindo a ordem do mercado financeiro, ou seja, de acordo com uma lógica econômica predominante (BRAVO, 2009).

Para poder vencer, o Partido dos trabalhadores (PT) fez muitas concessões, abandonou várias bandeiras que o caracterizaram desde 1979 e aliou-se a grupos políticos de centro-direita vinculados ao capital industrial (BRAVO, 2009).

O novo governo teve aspectos que foram positivos, como a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, com a função de formar recursos humanos para a saúde e regularizar as profissões e o mercado de trabalho da área. Essa secretaria foi criada com o objetivo de enfrentar a problemática de recursos humanos para o SUS, que é um grande problema de estrangulamento do sistema (BRAVO, 2009). Nesse aspecto uma das medidas fundamentais para a questão de recursos humanos se refere a “Norma de Operacionalização Básica” (NOB), que mesmo não sendo implementada, atuou para a melhoria dos serviços, com a Secretaria de Atenção à Saúde cuja finalidade era unir as ações básicas de ambulatorios e hospitalar, destituindo as antigas secretarias de Política de Saúde e de Assistência à Saúde, com isso foram implementando a gestão com inovação (BRAVO, 2009).

Para posicionar-se acerca dos vários problemas do SUS, foi convocada a 12ª Conferência Nacional de Saúde para definição de diretrizes para fazerem parte do sistema de saúde, com foco nos principais temas, tais como:

Direito à Saúde, A Seguridade Social e a Saúde; A Intersetorialidade das Ações de Saúde; As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS; A Organização da Atenção à Saúde; O Trabalho na Saúde; Gestão Participativa; Ciência e Tecnologia e a Saúde; O Financiamento do SUS e Informações, Informática e Comunicação, (BRAVO, 2009, p. 103).

Vale aqui salientar, que essa conferência não alterou o cenário de conflitos entre os grupos que mantiveram suas concepções de saúde do país, mesmo que a intenção do governo Lula construir programas, e políticas sociais mais efetivas, não rompeu com o ciclo de modelos fragmentados e focalizados pela falta de financiamento por parte do poder público, dando continuidade no mesmo foco do governo anterior, mantendo os dois projetos (BRAVO, 2009).

Fica evidente que no governo Lula a continuidade da disputa entre o público e o privado se fez presente nos dois mandatos do seu governo, e não foi possível a consolidação do projeto da Reforma Sanitária (BRAVO, 2009). E mesmo com todas as dificuldades impostas na saúde, foram adotados como marcos de governo três programas, como por exemplo,

Brasil Sorridente, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e Farmácia Popular, como elemento de continuidade, destaque-se a expansão da cobertura do PSF, que passou a ser enfatizado como estratégia de reestruturação do modelo de atenção, agregando novos profissionais à atenção básica (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017, p. 153).

No entanto, apesar da criação dos serviços citados acima, a agenda política e o discurso não se concretizaram. Já em outras áreas setoriais houve o reconhecimento da gravidade dos problemas sociais, em específico “a atenção ao combate à fome e à miséria, o combate ao racismo e às desigualdades raciais, foram pautas adotadas de maneira paulatina, mas como sempre em acordo com a política neoliberal” (MENICUCCI, 2011, p. 528).

Os maiores desafios do PT se concentrariam em responder às reivindicações imediatas do mundo do trabalho para enfrentar a degradação salarial e o desemprego; realizar reforma agrária; impulsionar o patamar tecnológico para responder às carências dos trabalhadores; limitar a expansão da especulação do capital-dinheiro; incentivar a produção de bens socialmente úteis e recuperar o sentido público, coletivo e social das atividades estatais (KRÜGER, 2014).

Era esperado uma posição diferente do novo governo pois, ansiava-se por medidas que rompessem com o projeto privatizante e mercadológico das políticas econômicas e sociais, mas o governo Lula, mesmo que parcialmente, manteve e deu continuidade às medidas neoliberais, que predominava no governo anterior.

Para Borlini (2010), o governo Lula procurou manter os níveis econômicos que atendiam a política internacional aumentando os juros e o controle da inflação, de forma a demonstrar a capacidade de pagamento da dívida externa (superávit primário) aos credores, ainda que ao custo da redução de investimentos das políticas sociais em especial a saúde. Com essa conjuntura, a saúde brasileira passa pela redução do gasto público, com a desculpa do déficit fiscal pela imposição de uma reforma institucional, descentralizando poderes e com eles os orçamentos envolvidos, bem como a separação das funções de regulador e executor do Estado. E isso seguido pela sugestão de restrição e discriminação do acesso e também pela defesa da participação da rede privada na prestação dos serviços, muito acima do que estipula a Constituição do país.

Retomando as ações do governo Lula e tendo em vista os interesses do capital, é imposto a ideia de transferir a gestão do social em específico, da saúde a terceiros desresponsabilizando o Estado, destaca-se em algumas medidas mais precisamente três, sendo elas; “a Desvinculação de Receitas da União³ (DRU), a Emenda Constitucional 29⁴ (EC-29) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias⁵ (LDO)” (BORLINI, 2010, p. 329).

Isso com a finalidade de desviar recursos da saúde para outras funções da economia, pois, como mencionado anteriormente, a ampliação dos direitos sociais torna-se um estorvo para os interesses do capital, fazendo com que

Nessa perspectiva, instituições estratégicas, voltadas à segurança interna e externa dos países centrais e, sobretudo, da organização do mundo capitalista –como o Banco Mundial e o FMI – atuam de forma a desestruturar e romper com as políticas sociais de caráter democratizante (BORLINI, 2010, p. 329).

³ A DRU foi criada em 1994, no governo de Itamar Franco (1992-1995), por meio da Emenda Constitucional de Revisão (ECR) nº 1/1994 como um Fundo Social de Emergência (FSE) e, no decorrer dos anos de sua existência, sofreu algumas mudanças em sua nomenclatura até se tornar a DRU. Esse mecanismo foi instituído com o objetivo de promover a estabilização econômica do país. Seu funcionamento é explicitado no artigo 76 da Constituição Federal, no qual se estabelece que são desvinculados até 20% da arrecadação de impostos da União e contribuições sociais para a educação (MENDES; MOREIRA, 2018).

⁴ A Emenda Constitucional 29 qual foi criada em 2000, com a intenção de vincular recursos para a saúde pública, em sintonia com as esferas de governo, bem como com a variação do PIB. Assim, a emenda define os percentuais mínimos de cada esfera – união, estado e município – na área da saúde. Todavia a regulamentação da EC-29 não se tornou prioridade ao governo petista, mas, ao contrário, este começa a abrir precedentes que desvirtuam a ideia central da emenda, passando a considerar como gastos na saúde despesas que não se relacionam a ela (MENDES; MARQUES, 2007).

⁵ A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) estabelece quais serão as metas e prioridades para o ano seguinte. Para isso, fixa o montante de recursos que o governo pretende economizar; traça regras, vedações e limites para as despesas dos Poderes; autoriza o aumento das despesas com pessoal; regulamenta as transferências a entes públicos e privados; disciplina o equilíbrio entre as receitas e as despesas; indica prioridades para os financiamentos pelos bancos públicos (BRASIL, 1998).

Conforme explica Borlini (2010), o governo aproveita a Desvinculação das Receitas da União (DRU) criada no governo de FHC em 1994, com o nome de Fundo Emergencial, que depois se transformou em Fundo de Estabilização Fiscal, o qual permitia a alocação de 20% das receitas de impostos e contribuições que pertence à saúde, educação e previdência indiscriminadamente (BORLINI, 2010).

Ao observar esse período é visível a discrepância entre o ideal de investimento e o que é investido, considerar como gastos na saúde despesas que não se relacionam a ela, é imposto um certo percentual de gastos que não pertence a ela (BORLINI, 2010).

E isso se dá de forma que a LDO, em 2004, previa que gastos previdenciários, serviço da dívida e recursos para o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza fossem contabilizados como gastos do Ministério da Saúde no SUS e só não ocorreu devido ao Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Em 2006 novamente surge mais uma investida para desvirtuar, ou descaracterizar os investimentos a saúde só não aconteceu devido a mobilização de entidades que lutam pelo cumprimento da CF de 1988 (BORLINI, 2010).

No segundo mandato Lula que iniciou em 2007, houve um aprofundamento e aperfeiçoamento do SUS, mas sem inovação, reafirmando somente os programas que foram criados no primeiro mandato (MINICUCCI, 2013).

Para Minicucci (2013), Temporão, o Ministro da Saúde no segundo mandato era vinculado ao movimento sanitário, e teve um ousado programa de trabalho o que chamou a atenção, pois tinha na saúde a preservação e continuidade de diretrizes, que norteavam as ações e metas a serem cumpridas em cada setor (MINICUCCI, 2013).

O ministro Temporão assumiu o compromisso de associar a percepção na origem dos conflitos sociais da saúde com o conjunto de medidas e estratégias que possibilitem alcançar melhorias, destacando os limites dessa política para melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida (MINICUCCI, 2013).

Ao analisar esse cenário surge uma luz no fim do túnel, pois no campo das políticas sociais, surge a garantia de acesso a ações e serviços de saúde, com olhar para a integração à perspectiva econômica, o Programa Mais Saúde direito de todos, entre outros como Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), sendo reconhecido como PAC da saúde (SILVA; ANDREOLI; BARRETO, 2016).

Identifica-se estes e outros eixos do programa, o Complexo Econômico-Industrial/Produtivo da Saúde⁶, que ficou conhecido que, para reduzir a vulnerabilidade da política social brasileira, é necessário estratégias e ações que fomentem e viabilizem o desenvolvimento da base produtiva da saúde (SILVA; ANDREOLI; BARRETO, 2016).

Com isso, o segundo mandato do então presidente Lula, é alcançado com êxito, logo no início, criam-se novas estratégias para ampliação de programas na saúde, como, por exemplo:

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) como estratégia para ampliar a abrangência e a diversidade das ações das ESF (Equipes Saúde da Família), que dispõem de estrutura física adequada para atendimento e profissionais de diferentes áreas de saúde, como médicos (ginecologistas, pediatras e psiquiatras), professores de educação física, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais (MINICUCCI, 2011, p. 228).

Foram implantados os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que faziam ações especializadas de forma a atenderem a população que necessitava de atendimento odontológico, vários outros programas de saúde fizeram a diferença diante das novas estruturas da gestão (MENICUCCI, 2011).

Dentre estes estão,

- Segurança alimentar e nutricional, tendo como objetivo central o combate à fome coordenada pelo Ministério Extraordinário da Segurança Alimentar (Mesa).
- Promoção da igualdade racial: combate ao racismo e às iniquidades raciais coordenada pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir).
- Promoção da igualdade de gênero impulsionada pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.
- Desenvolvimento urbano, que busca assegurar oportunidades de acesso à moradia digna, à terra urbanizada, à água potável, ao ambiente saudável e à mobilidade sustentável com segurança no trânsito coordenada pelo Ministério das Cidades.
- Racionalização de recursos públicos por meio, por exemplo, da unificação dos programas de transferência direta e condicionada de renda (MINICUCCI, 2011, p. 528).

Estes tinham como prioridade a inclusão social buscando a garantia dos direitos a saúde por meio de outras políticas públicas contudo, o Presidente cumpriu suas promessas de campanha, mas não conseguiu cumprir sua agenda integralmente no Pacto em defesa do SUS,

⁶ O Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) representa um conjunto articulado de segmentos produtivos industriais e de serviços com o papel estratégico do CEIS de potencializar a articulação positiva das dimensões social e econômica do desenvolvimento e a redução das desigualdades sociais e regionais, como também diminuir a vulnerabilidade do SUS frente ao mercado internacional.

pois, os problemas advindos de séculos de desigualdades sociais e aspectos que impedem o acesso universal, integral, e equidade como é garantido na CF de 1988 (MINICUCCI, 2011).

Pois, além da responsabilidade do Estado nessa garantia é preciso que a sociedade saiba qual o seu papel enquanto pessoa com direitos a essa saúde, aqui se encerra o breve resumo da saúde no governo Lula.

3.3 Saúde pública no governo de Dilma Rousseff e o golpe de 2016

Este tópico traz um breve relato das condições da Saúde Pública no governo da Presidente Dilma Rousseff, antes do Golpe de 2016, quais as implementações, programas, os condicionantes para que fosse oferecido para a sociedade no geral, pois para Bravo e Matos (2006), o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária em si sempre serão antagônicos e lutam por causas diferentes e essa discrepância nunca saiu de cena.

No governo Dilma 2011 até 2016 não foi diferente em relação à saúde, o foco foi a redução dos gastos públicos e a manutenção do subfinanciamento, com expansão e fortalecimento do setor privado, o aumento de procura por planos de saúde privados, a financeirização do setor e não diferentes de outros governos, a incorporação do público ao privado, ou seja, a captura do público em prol do privado para obtenção de lucros (REIS; PAIM, 2018).

No que diz respeito ao financiamento da saúde nesse período, identifica-se a falta de garantia de estabilidade e investimentos dos recursos necessários para manter um SUS público e de qualidade para todos os cidadãos, como é expresso na Constituição de 1988 (REIS; PAIM, 2018).

De acordo com Reis e Paim (2018), a organização e a regulação do SUS sofre cotidianamente com interferência e influência de grupos com interesses a privatizações do sistema enquanto saúde pública, advindos de estruturas e medidas adotadas que não são suficientes para promover mudanças na gestão do SUS como um direito.

O modelo de prestação de serviço do SUS ainda é centrado no modelo médico assistencial hospitalocêntrico, negligenciando os determinantes sociais e enfatizando a demanda espontânea. No entanto, é notável que foram desenvolvidas algumas ações para qualificação, recursos e principalmente em relação à assistência farmacêutica, ao parto natural e ao combate a tríplice epidemia e à sífilis, porém a organização do SUS passou a ser cada vez mais dependente do setor privado (REIS; PAIM, 2018).

Com a falência do pacto lulista a presidenta Dilma Rousseff em seu segundo mandato resolveu realizar um ajuste fiscal e monetário que surpreendeu muitos de sua base eleitoral, que acreditaram em suas críticas de campanha com a intenção de cortar privilégios dos candidatos de oposição. Dilma Rousseff dessa vez, “atendia ao clamor de grupos empresariais que se colocaram contra a chamada “nova matriz econômica” e, além de motivos econômicos que podem ser discutidos, a virada parecia ter razões políticas” (BASTOS, 2017. p. 3).

Com isso o avanço do populismo de direita no Brasil se aproveitava do descontentamento das camadas médias que pagavam serviços privados culpabilizava os gastos com políticas sociais, falta de empregos e o avanço da classe trabalhadora (BASTOS, 2017).

O governo retrocede quando acontece as manifestações de 2013, a situação caótica e a crise política, verifica-se uma fragilização do governo e um crescimento da direita, podendo ser identificados na perda de apoio parlamentar e na desestabilização de pautas importantes no Congresso (REIS; PAIM, 2018). Nesse ano, uma onda de protestos iniciados em São Paulo por reação ao aumento no valor da passagem, que se espalhou pelo país agregando outras pautas, como críticas ao sistema partidário e denúncias de corrupção (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Diante dessa conjuntura de crise política, moral, e econômica, desfavorável, o espaço para consolidação de um projeto nacional e de expansão das políticas sociais, mais uma vez foi de total fragmentação, onde tais eventos deram fôlego e favoreceram a reorganização dos movimentos neoconservadores, com o apoio da grande mídia e de grupos internacionais, que viram a chance de promoverem (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

As causas da crise, foram acentuando as pressões de grupos neoliberais para reformas drásticas na previdência, ancoradas no discurso de déficit do sistema, ao final de 2014, uma medida gerou mais desgaste, que foi usada como desculpa pelo governo foi a abertura do setor saúde ao capital internacional, contando na prestação de serviços, o que foi duramente criticado pelos defensores do SUS (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

O governo teve que usar estratégia trocando o Ministro da Saúde que esteve com a presidente desde o início do mandato, por um parlamentar do então PMDB, hoje MDB, para sustentar a base do governo, o qual trouxe como o para a “Coordenação Nacional de Saúde Mental de um ex-dirigente de hospital psiquiátrico do país, conhecido por posições contrárias à luta antimanicomial” (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017, p. 155).

Apesar da constante contradição entre os projetos privatista e o da reforma sanitária, no governo Dilma houve alguns avanços, mesmo que com processo lento e paulatino, dois marcos governamentais importantes marcaram essa trajetória, a expansão das Unidades de Pronto-

Atendimento (UPA) outro componente da rede de urgências, e o Programa Mais Médicos (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

O que era pra servir de válvula de escape dos constantes ataques da oposição, se tornou uma arma, pois, o Programa gerou desgaste para o governo em razão, da proposta de contratar médicos formados em outros países, sem a validação de diplomas, e com a distinção de preferência para os médicos de Cuba, por intermédio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Mesmo que houvesse esses ataques constantes ao SUS, alguns com a conivência do governo, ressalta-se que houve aprimoramento de alguns programas, tais como,

Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade no Sistema Prisional; Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; Programa Mais Médicos; Normas para a redução do número de cesarianas e incentivo ao parto normal Programa Nacional de Segurança do Paciente; Política Nacional de Atenção Hospitalar; Criação do Sistema de Negociação Permanente do SUS; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança; Política de Educação Permanente em Saúde; Redefinida a Política Nacional de Promoção da Saúde; Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com doenças raras (REIS; PAIM, 2018, p. 107).

Diante de alguns objetivos alcançados, e algum aprimoramento do sistema, ainda ficaram lacunas de abertura para que fosse colocado em prática empecilho para a melhoria da saúde, mesmo com, todas essas mudanças, a presidente não teve o compromisso esperado com SUS no seu segundo mandato (REIS; PAIM, 2018).

Em 2014, com a agitação da Copa do Mundo, as autoridades sentiam a insatisfação da sociedade, a continuidade das manifestações de junho de 2013 com o Movimento Passe Livre, (MPL), com atos por todas as capitais do país, com símbolos da pátria, bandeiras, e o verde, e amarelo, “e diziam o Povo acordou” (BUCCI, 2016, p. 45).

Contudo, isso cria-se a revolta contra a corrupção, a ligação com os demais focos de insatisfação, contribuindo para derrubar o governo, e de forma manipulada passa a investigar não para acabar com a corrupção, mas para colocar no poder um grupo político corrupto e interessado em barrar as investigações (BASTOS, 2017).

É bem visível que vários delegados, promotores e juízes que de forma sorrateira se tornaram instrumentos de politicagem pelas vias judiciais, e se não bastasse, ocorre o impeachment pela Câmara dos Deputados, e pelo contrário do que esperavam, essa artimanha não foi para acabar com a corrupção, mas tirar a presidente do poder para facilitar o acesso de

alguém que tivesse outra linha de atuação em acordo com grupos ligados ao capitalismo (BASTOS, 2017).

Segundo Mascaro (2018), todo esse cenário foi uma estratégia para que o modelo petista de governar o país fosse extirpado como uma erva daninha, tendo como a salvação da pátria a Operação Lava Jato, com a figura simbólica do juiz Sérgio Mouro. O partido deixou de ter crédito popular, e ficou desacreditado diante do crescimento antipetista e antiesquerdista promovido pela mídia, e a conjuntura de crise política e econômica.

No decorrer do tempo, as coisas ficaram cada vez mais difíceis, e insustentáveis, diante da instabilidade política, a presidente perde seu apoio parlamentar, o que gerou a abertura do processo de impeachment, que posteriormente a cassação do mandato (REIS; PAIM, 2018).

No dia 12 de maio de 2016, o Senado aprovou o pedido de afastamento da presidente Dilma, complicando ainda mais a situação do Brasil, com o “ajuste fiscal, penetração da ideologia liberal e dificuldade do governo em apresentar resposta adequada aos fatos, indicava uma mudança na correlação de força, trazendo impactos negativos” (REIS; PAIM, 2018, p. 107).

Isso trouxe mais dificuldades para a saúde pública, o SUS se torna cada vez mais dependente do setor privado a prestação de serviço continua centrada no modelo “médico assistencial hospitalocêntrico, negligenciando os determinantes sociais e enfatizando a demanda espontânea” (REIS; PAIM, 2018, p. 110).

E prosseguindo com a disputa entre os projetos antagônicos relatados anteriormente, deixando claro que o Estado deve ser mínimo para a classe trabalhadora, e para o capital o máximo, portanto, nota-se que essa política faz parte cotidianamente em todos os determinantes da vida social, ou seja, da sociedade (GOMES, 2020).

Com isso é notável que os organismos do capital internacional como, o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial, tem um papel estratégico e fundamental no que se refere aos gastos com Saúde, fazendo pactos com os países em que países, não somente o Brasil deve empréstimos, sendo ditadores de políticas que estejam em acordo aos fornecedores de empréstimos (SILVA; CLEMENTINO; XIMENES, 2017).

Toda essa conjuntura tem tornado a saúde uma política fragmentada no que diz respeito ao que está na CF de 1988, com isso, esses organismos financeiros, como dito anteriormente, passaram a orientar os governos ditando as regras do jogo, priorizando os setores sociais fundamentais, de forma a atender os mais vulneráveis, com políticas públicas focalistas.

Assim, fica visível que em todo o processo da saúde nenhum governo deu a devida atenção necessária, no governo da presidente, não foi diferente, mesmo que algumas mudanças e investidas para o cumprimento da Lei 8.080 de 1990, não foi capaz de romper com

Os atuais modelos de gestão que vincula a política de saúde ao mercado, assumindo a forma de terceirização e privatização o Estado, que deveria cumprir o papel de responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, agora tem suas funções redirecionadas pela lógica neoliberal (SILVA; CLEMENTINO; XIMENES, 2017, p. 08).

Portanto para afastar qualquer possibilidade de se concretizar a saúde pública de qualidade como ela deveria ser foi lançado mão de artifícios que terminaram por interromper o governo da presidente Dilma. Para entendermos melhor, a situação a qual levou ao golpe de 2016, é preciso levar em conta a história que começou bem antes, na crise do capitalismo em 2008, quando ocorreu com “quebras de direitos sociais e privatizações a preço mínimo, e extração de mais-valor” (MASCARO, 2018, p. 87).

Tudo isso levou ao cenário ao já foi descrito, até chegar ao *impeachment*, preparando o terreno para um novo governo sem que a presidente terminasse seu mandato, analisar essa situação chega-se à conclusão de que a mídia, a violência, crise política, crise fiscal, pedaladas, insatisfação popular foi apenas um pano de fundo para o desejo da elite brasileira chegar ao poder (BUCCI, 2016).

Percebe-se que por mais que seja visto que a saúde está na Constituição de 1988 como direito do cidadão, é notável que a luta por essa saúde descrita nunca acaba pelo fato de estar sempre em projetos opostos, mesmo que a sociedade busque, o governo tente, sempre haverá essa disputa entre o público e o privado, e o importante é continuar até que se alcance essa saúde planejada no movimento da Reforma Sanitária.

3.4 As mudanças na Saúde Pública no Governo de Michael Temer

A seguinte seção tem o objetivo de descrever o resultado do golpe de 2016, e as consequências para a saúde brasileira, visto que houve congelamento de investimentos na saúde pelo período de 20 anos, o que o definiu essa emenda que desfez da CF quais impactos trouxe para a saúde pública num momento tão distinto por qual o país tem atravessado.

Como já mencionado na seção anterior o *impeachment* de Dilma Rousseff ocorreu por uma série de fatores ocasionados por articulação de grupos que queriam o poder a todo custo. Dessa forma, Temer é empossado como Presidente da República, com isso uma série de

reformas são realizadas ou exigidas no interior do Estado, com o objetivo de abrir as portas para o mercado, dando novas formas ao capitalismo monopolista no Brasil e abrindo novas possibilidades de meios de acumulação do capital (BARROS; BRITO, 2019).

Isso ocorre com a articulação e união da burguesia para colocar o projeto de regressão como uma alternativa política viável, o que ocorreu quando, Michel Temer anunciou o programa Uma Ponte para o Futuro, o qual tem como arma,

A PEC 214/55⁷ do teto do gasto, que poupa a estrutura tributária regressiva, distribui o ônus do ajuste para os cidadãos pobres carentes de transferências monetárias e serviços públicos (mas que pagam proporcionalmente mais impostos que os ricos) e abre um novo horizonte de privatizações do domínio público (BASTOS, 2017, p. 53).

Verifica-se como sempre, usa-se o discurso de justificativa da crise, usando de certo terrorismo, alegando que o Brasil irá falir ou para ser mais preciso quebrar, caso as reformas não ocorram, que as legislações trabalhistas vigentes estão defasadas, que é preciso torná-las mais maleáveis, ou seja, mudá-las, modernizando-as, estratégia usada para tirar os direitos trabalhistas e a Constituição Cidadã (BARROS; BRITO, 2019).

Logo, no início do governo de Michael Temer, tem-se a aceleração dos processos de contrarreforma do Estado e a continuidade do processo de privatização da saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por 20 anos, com a Emenda Constitucional n.º 95, ou como é conhecida, PEC da morte, que tem a função de congelar gastos, afetando diretamente a política de saúde (BARROS; BRITO, 2019).

O governo Temer alia-se ao setor empresarial de saúde foi notada na sua receptividade quanto ao “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde, divulgado em 2017” (BARROS, BRITO, 2019, p. 81) um documento elaborado por esse Instituto com a função de construir um novo sistema de saúde, com integração do público com o privado (BARROS; BRITO, 2019).

É visto que esse processo vem de longos períodos históricos, compreende-se que as propostas de contrarreformas implementadas, e implantadas no governo Temer estão embasadas em alguns documentos, que foram expostos, em 2015 e 2016, passando por reformulações do PMDB para o governo, sendo estes “Agenda Brasil (08/2015); “Uma ponte

⁷ A PEC 214/55, ou PEC da Morte, tem o objetivo de equilibrar as contas públicas com rígidos mecanismos de controle dos gastos públicos, por 20 anos, as despesas, ou seja, os investimentos se limitam ao mesmo valor do ano anterior (BASTOS, 2017).

para o futuro (10/2015), e Travessia social (04/2016)” (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 195).

Estes tinham a finalidade de acelerar o processo de contra reforma, e dar prosseguimento a privatizações na saúde, juntamente com o congelamento dos gastos, nos recursos financeiros trazendo um cenário de retrocesso na política da saúde mental, também na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), articulando com setor privado como sempre (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020).

Em resumo, Temer dá continuidade no conjunto da gestão que tem como prioridade o fim das políticas públicas e universais dando força para o aceleração dos desmontes dos direitos sociais, deixando nítido seu papel em relação a esses direitos usando de forma sorrateira o discurso de que, em acordo com o então ministro da Saúde, Ricardo Barros quando diz que,

O país não conseguirá sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988 como o acesso universal à saúde, e será preciso repensá-los, pois não haverá capacidade financeira para isso. Este propõe os Planos de Saúde Populares ou Acessíveis, como um dos pilares da sua gestão (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 197).

O ministro apresenta maneira resumida e superficial, as propostas para o “novo modelo de saúde” divididos em três esferas, ou divisões, de Planos Acessíveis; A) este seria Plano Simplificado, o qual oferece atendimentos na atenção primária, somente consultas nas especialidades previstas no “Conselho Federal de Medicina (CFM) e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade” (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 196).

O plano (B), teria que oferecer Plano Ambulatorial, este cobria tanto a atenção primária, como a atenção especializada, de média e alta complexidade, ou seja, os casos mais graves, que necessitavam de uma atenção mais especializada também era de sua responsabilidade. Já o Plano em regime Misto de Pagamento Plano (C), ofereceria serviço por meio de “contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva; e, quando necessário, atendimento ambulatorial” (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 196 apud ANSS, 2017).

Em relação aos gastos com a política de saúde, ou o SUS, o governo não deu atenção a importância dessa política, pois, tomou uma medida drástica, o congelamento dos gastos, através da EC 95/2016 a qual traz impactos para a saúde que a prejudicam, já que, com a estimativa de crescimento maior (3% ao ano) no país, estimando que essa economia chega a R\$

1 trilhão, então, quanto mais a economia brasileira crescer, maior a perda de recursos para a Saúde (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020).

Toda essa conjuntura tem demonstrado que mesmo com a continuidade de alguns programas como a Saúde da Família como a estratégia para a expansão e consolidação da Atenção Básica no país, este mesmo rompe com a centralidade, instituindo novas maneiras de financiá-la, promovendo outros elementos assistenciais que não implementem as equipes multiprofissionais (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020).

Somente se tornou possível ter nas equipes multiprofissionais a categoria dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), estes tem contribuído para a organização da Atenção Básica, com base em princípios opostos àqueles norteadores da Atenção Primária à Saúde (APS), Estabelecendo a diferença entre “ações e serviços de padrão essencial que seriam os básicos, e de padrão ampliado, que seriam os estratégicos, o que aponta para o risco da seletividade e diferenciação do acesso da população à atenção básica”(BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 197).

No governo também foi observado a ligação entre a gestão referida e a articulação efetiva com o setor empresarial de saúde, os quais sempre estiveram em confronto com ao que defende a Reforma Sanitária, um documento elaborado pelo Instituto Coalizão Brasil com uma agenda para mudar radicalmente o sistema de saúde, este, divulgado em 2017, com o objetivo de construir um novo sistema de saúde para o Brasil (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020). Este documento defende que os setores público e privado, deveriam lançar uma rede que tem como proposta a maior participação do setor privado na questão de gestão dos serviços oferecidos, ou seja, seria como se quem deve ditar as regras era somente o setor com poder de decisão (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020).

Por fim, é notável que em pouco espaço de tempo do governo Temer, a saúde também não fez parte da sua agenda, trazendo à tona os conflitos entre os projetos antagônicos desde o início da história da saúde pública e o setor privado os quais, sempre estarão em lados opostos, esse processo de desarticulação das políticas sociais, mais evidente na saúde com medidas que atrasam as ações como a

Medida Provisória 839/2018, que estabelece subsídios fiscais de R\$ 9,58 bilhões ao óleo diesel como forma de pôr fim à greve dos caminhoneiros que paralisou o país no final de maio de 2018, a desoneração e consequente abdicação do recolhimento de recursos da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), em especial, trará impacto direto para o financiamento da política de saúde e prestação dos serviços, por se tratar de uma das contribuições basilares para o financiamento da Seguridade Social (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 198).

Essa medida reduziu consideravelmente o financiamento e investimentos para a política de saúde, quando teve seu orçamento reduzido em R\$ 179 milhões, valor que deveria ser destinado ao programa de consolidação do SUS, o qual responde pelas ações de ampliação do sistema e da qualidade dos serviços de saúde, prejudicando assim o orçamento público e favorecendo o capital privado (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020).

Essa análise revela que em pouco tempo de governo, Temer conseguiu desarticular ações que viabilizavam o acesso à saúde, isso é visto quando, mesmo com a expansão de serviços públicos, o SUS continuou submisso ao sistema privado pela necessidade de leitos, laboratórios e outros serviços da rede privada (BARROS; BRITO, 2019).

Assim as empresas de planos e seguros continuaram a crescer, subsidiadas por renúncia fiscal, isso ocorre pela justificativa da crise, usando de certo terrorismo, onde usa-se o discurso de que o “Brasil irá quebrar caso as reformas não sejam feitas, que nossas legislações trabalhistas estão defasadas, que é preciso “flexibilizar”, “modernizar”, palavras que parecem ganhar vida própria” (BARROS; BRITO, 2019).

De acordo com Barros e Brito (2019) essa é a base para a construção de um novo modelo de contrato social, ou seja, uma nova modalidade social entre o Estado, sociedade, e o mercado, para reverter a intervenção desse Estado de maneira a negar não somente as políticas sociais, mas principalmente o SUS.

E isso se dá de duas formas: a primeira, é de controle e restrição orçamentária, ou seja, ocorre com aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) do Teto (241- 55), que segundo seus defensores, tinha a finalidade de equilibrar as contas públicas, e a segunda de forma ideológica, o qual busca constantemente a construção de um projeto de hegemonia da elite é claro, e a privatização da saúde enquanto política, valorizando o mercado e diminuindo a responsabilidade desse Estado enquanto provedor, e regulador, na garantia de direitos (BARROS; BRITO, 2019).

Quando Temer chegou ao governo todo esse cenário ficou mais explícito, depois que o do ministro Ricardo Barros tomou posse, que defendia os planos populares, institui-se um grupo com a finalidade de destacar as falhas do SUS, e a impossibilidade de cumprir com a CF de 1988, isso dá uma pausa para a articulação do projeto privatista (BARROS; BRITO, 2019).

O ex-ministro Ricardo Barros, do governo Temer, afirmou que o país não teria as condições necessárias para manter os direitos sociais. Segundo sua percepção será impossível conseguir sustentar o nível de direitos que a Constituição determina, pois “Não estamos em um

nível de desenvolvimento econômico que nos permita garantir esses direitos por conta do Estado” (BARROS; BRITO, 2019, p. 80 apud FOLHA DE SÃO PAULO, 2016).

Ele usa a narrativa de que todos devem contribuir diante do colapso financeiro do SUS, isso, é o velho modo de descaracterizar a saúde, promovendo assim

O acirramento da competição entre os entes federados e, nestes, entre os prestadores; à inviabilização de organização em rede dos serviços com fragmentação e segmentação dos cuidados; à redução dos investimentos em novas capacidades; e à queda da qualidade e segurança dos serviços (BARROS, BRITO, 2019, p. 82 apud NORONHA et al., 2018, p. 2057).

Por tudo isso, e mais agravantes, como uma agenda prioritária do grupo pauta-se nas seguintes proposições: as soluções para os sistemas de saúde público e privado ou simplesmente Sistema de Saúde Brasileiro, descartando o SUS, fortalece as estratégias que propiciam o livre mercado, com pactos público-privados, as famosas Organizações Sociais (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Assim surge um novo modelo de governar que abre espaço para prestadores privados de assistência a saúde limitação das políticas de saúde, apresentado novas características dos Conselhos e Conferências, estes passam a serem formados por pessoas ligadas aos políticos, não tendo a participação da sociedade como ator principal, mas como um mero expectador das decisões tomadas (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

A análise feita no decorrer da pesquisa, o que se observa é a falta de interesse por parte dos governantes em oferecer uma saúde digna, com qualidade, equidade, igualdade, e universal, Temer não mudou a forma de ver a política de saúde, na verdade, tornou-a mais fragmentada e focalizada, trazendo ainda mais retrocessos nas políticas públicas, e isso de forma mais desumana e degradante (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Tudo isso ocorre por um motivo específico, a preparação do cenário para que as próximas eleições fossem de acordo e fizesse jus ao golpe aplicado em 2016, traz a evidência que o sonho de oferecer o SUS previsto na CF está um pouco distante da realidade pela qual passamos nesse momento de tanto retrocesso em relação aos direitos sociais todo esse cenário leva a um único objetivo, o qual será descrito na seção seguinte.

3.5 O SUS no Governo de Jair Bolsonaro e a Pandemia Covid-19

Na próxima seção, será descrito como se deu a chegada de Bolsonaro ao governo, qual a sua posição frente situação do país enquanto sociedade, as políticas sociais, públicas, qual seu papel enquanto governante, a sua posição em relação a investimentos no SUS, visto que tem uma emenda constitucional que congela os gastos para a saúde, analisar o que pode ser feito para melhorias na saúde, para isso vamos descrever o que levou a todo esse processo de retrocesso no país.

Como todos sabem, houve, uma série de mecanismos usados para que se chegasse a esse cenário tão caótico ao qual o Brasil se encontra, diante de várias hipóteses e desfechos pelo qual a pessoa de Jair Messias Bolsonaro chega à presidência da república brasileira, com a retórica ou, slogan “Brasil acima de Tudo. Deus acima de todos” na época do Partido Social Liberal (PSL) (BRAVO, PELAEZ; MENEZES, 2020).

Logo no início de seu mandato o escolhido para ministro da Saúde, foi o médico ortopedista, e político Luiz Henrique Mandetta, o qual tinha ligação com a Unimed e instituições filantrópicas, fez o discurso de que na saúde não haveria retrocessos, mas não aconteceu nada muito diferente dos governos anteriores (BRAVO, PELAEZ; MENEZES, 2020).

Portanto, se tínhamos subfinanciamento, com a aprovação da EC 95/2016 passamos a ter um cenário de desfinanciamento, ou seja, queda nos valores gastos pelo governo federal, isso acontece justamente em momento de extrema necessidade de ampliação do SUS quando o sistema perde nada mais, nada menos que 8,5 bilhões em 2019 (WEILLER, 2019).

Todos sabem que o desmonte do SUS não é um processo recente ou novo, mas no momento essa falta de investimentos e congelamento dos gastos, tem se expressado cada vez mais agressivo, o cenário, as forças políticas têm garantido a continuidade de políticas focalistas forma indireta ou até mesmo direta, o atual governo tem contribuído para isso, o silêncio do Ministro da Saúde e dos demais dirigentes do Ministério da Saúde nos primeiros meses de governo Bolsonaro com o baixo valor de gastos com a saúde (WEILLER, 2019).

Ao observar o processo histórico da saúde nota-se, que os retrocessos não cessaram, em uma nota técnica do Ministério da Saúde, a (11/2019), com o tema a Nova Saúde Mental, o governo defende veementemente o aumento de leitos em hospitais psiquiátricos ações estas que foram banidas da medicina, isso atrasando a Política Nacional de Álcool e Drogas do Ministério da Saúde (WEILLER, 2019).

Outra posição de desinteresse do governo, foi em relação à Saúde Indígena a situação não é diferente, pois, já no primeiro mês do novo mandato, Bolsonaro, através do ministro Mandetta, acionou o CNS argumentando que existia a possibilidade de corrupção no subsistema

de saúde indígena, fez a proposta de municipalização, ou seja, dar responsabilidade da saúde indígena aos municípios e não mais a União (WEILLER, 2019).

Com isso, ameaçou extinguir a Secretaria Especial de Saúde Indígena, do Ministério da Saúde, o que o governo não esperava, era a reação de resistência que ocorreu, da comunidade indígena, fazendo com que Bolsonaro voltasse atrás na sua decisão, mas não deixou de reduzir seu papel na saúde dos indígenas que já estava prejudicada pela EC 95, as ações se tornaram cada vez mais inviáveis. O cenário no atual governo não está sendo favorável para a classe trabalhadora, pois diversas ações e políticas vem sucateando anos de direitos conquistados (WEILLER, 2019).

Outro aspecto que afetará a saúde da população brasileira não de forma rápida, mas a médio e longo prazo, são os agrotóxicos que foram liberados indiscriminadamente, sem a devida observação e acompanhamento para avaliar a situação de quem administra, como agricultores, isso coloca o Brasil como líder mundial em consumo de agrotóxicos, alguns até são proibidos em outros países (WEILLER, 2019).

Assim, é notável que em nada o atual governo se preocupa com a saúde pública, isso fica cada vez mais evidente quando observa-se, as ações, que desconsideram os princípios do SUS, desfazendo-se de diversos conselhos e colegiados da administração pública federal, estabelecendo novas diretrizes para estes, com o Decreto nº 9.759/2019, isso com 100 dias de mandato (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020).

Segundo Bolsonaro essas medidas foram necessárias para economizar gastos quando, na verdade essa foi uma forma de desaparelhar, ou seja, uma forma de enfraquecer as entidades, para facilitar suas vontades e imposições, dificultando com isso a participação popular nas decisões nas políticas públicas (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020).

Ao analisar essa conjuntura, no que refere à participação social, no cenário atual é de total descaso, e várias ações de regressão, por parte do governo, houve-se necessidade de debater na 16ª Conferência Nacional de Saúde, em 2019, onde se reuniram os representantes dos movimentos sociais, os usuários, os trabalhadores e gestores do SUS, com o tema Democracia e Saúde lembrando da 8ª Conferência da Saúde que também teve perspectiva de mobilização e participação popular (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020).

Nessa Conferência, ficou claro os desmontes e situação de barbárie, tanto social, moral e política, pois um governo que retira direitos da classe trabalhadora, ameaça privatizar o SUS, e isso é feito para mostrar que realmente não dá importância a saúde. O aumento do descaso pela saúde, é o resultado das disputas entre diferentes projetos de sociedade e saúde, portanto, ainda que o país cresça e que as receitas reajam positivamente, as despesas primárias estarão restritas

ao teto de gastos, o governo federal não articulará em favor da classe trabalhadora, visto que é essa classe que necessita de saúde pública (MATOS, 2020).

Posteriormente o governo lançou um novo modelo para O programa do Governo de Dilma, O Programa Mais Médico, com a finalidade de torna-lo mais especializado, quando na verdade foi um meio de desfazer, ou acabar com o programa, pois com isso os médicos que faziam parte do programa saíram, foram para seus países de origem, e os médicos brasileiros também não continuaram (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020).

Ao analisar o cenário do país, é visível que os ataques na saúde não param nesse breve estudo, pois o que se nota a cada tempo é que,

Nesta conjuntura de barbárie social e retirada de direitos, permanece como tarefa necessária e fundamental a defesa da saúde pública e do SUS de caráter público e estatal, por meio da articulação e mobilização de movimentos sociais, sindicais e partidos políticos em fóruns e/ou frentes estaduais em defesa do SUS e na Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 205).

Com isso é importante salientar que a mobilização social sempre será a melhor arma contra a hegemonia que se mantém no poder para destruir todo e toda qualquer forma de política social que possa diminuir a grande desigualdade social que é histórica no país.

Para defender o SUS são necessárias várias ações de combate a esses ataques, como, por exemplo a revogação imediata das contrarreformas e retrocessos do governo Temer, a

Contrarreforma Trabalhista, Terceirização Irrestrita e EC 95, que congela os investimentos sociais por vinte anos e, na prática, destrói a saúde e a educação públicas, patrimônios do povo brasileiro.

Pela estatização completa do sistema de saúde com a proibição do capital estrangeiro na saúde, o fim dos subsídios públicos aos serviços privados de saúde e a revogação das leis que instituem e regulamentam as Fundações Públicas de Direito Privado, as Organizações Sociais, as Oscips, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e as parcerias público-privadas.

Defesa da Seguridade Social, possibilitando políticas sociais que assegurem os direitos relativos à saúde, previdência, assistência social, educação, trabalho e moradia.

Pela ampliação imediata do financiamento público do SUS, em todas as suas áreas de atuação. Nesta direção, tem-se defendido a utilização de, no mínimo 10%, do Produto Interno Bruto (PIB) para a saúde por parte da União, além do cumprimento do gasto de no mínimo 12% de arrecadação por parte dos estados e de 15% de arrecadação por parte dos municípios, garantindo o investimento público e financiamento exclusivo da rede pública estatal de serviços (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 206).

Feita essa análise, observa-se que, a luta contra a mercantilização da saúde é algo diário e sem tréguas, toda essa situação de fragmentação vem de um turbilhão de acontecimentos premeditados, que veio se concretizar com o golpe de 2016, todo aquele cenário de investigação

da Polícia Federal, Ministério Público e do Poder Judiciário, nos casos do Mensalão, Operação Lava Jato, a rapidez em que se julgava as ações são de certo modo contestáveis e não confiáveis (MASCARO, 2018).

Levando em consideração todos esses fatos, é evidente que a situação caminhou para uma deflagração dos direitos constitucionais, para facilitar e possibilitar as estratégias de reprodução do capital, ou seja, ocasionando o agravamento da desigualdade social, por vias de cerceamento de “aparelhos de luta dos trabalhadores dos partidos de esquerda, sindicatos, incidentalmente intelectuais e universidades” (MASCARO, 2018, p. 91).

Tudo isso foi feito para facilitar a permanência da elite no poder, e o afastamento de um grupo que luta pela igualdade social, ocorre que com todo esse cenário de disputa entre as classes, porque foi isso que aconteceu, não foi uma luta contra a corrupção, mas uma guerra entre a classe dominante e a dominada. De acordo com Mascaro (2018), esse golpe não ocorreu para uma nova forma de organização estrutural, mas para dominar, como dito anteriormente as instituições políticas jurídicas e sociais para solidificar as bases burguesas.

Essa conjuntura expõe as ações empreendidas na mercantilização da Política de Saúde, todas as estratégias usadas para o cancelamento, na efetivação SUS, e as contrarreformas nos direitos sociais, e do direito à saúde (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Assim sendo, não resta dúvidas quanto ao atual governo, diante de toda situação pela qual o país se encontra, como é do conhecimento de todos uma pandemia se espalhou por todo o mundo, deixando ainda mais gritante a desigualdade e para piorar o presidente de forma escancarada, expõe mais uma vez seu lado bárbaro, quando trata a doença como uma “gripezinha” desfazendo-se das autoridades científicas (KELVIA, 2020).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o primeiro caso da Covid-19 apareceu na província chinesa Hubei, em 17 de novembro de 2019, e espalhou - se pelo globo terrestre (KELVIA, 2020).

Isso levou o Brasil e o mundo a repensar a saúde, pois essa situação pandêmica, revelou as falhas nos sistemas públicos de saúde. No Brasil, houve uma total falta de responsabilidade por parte do então presente Bolsonaro, que mostrou seu despreparo frente a essa situação de emergência (KELVIA, 2020).

A postura do presidente diante de uma pandemia de grau máximo, negando o isolamento social, o uso de máscaras, participando de manifestações do seu eleitorado mantendo contato físico e outras formas de minimizar o problema, sem contar o apoio de empresários que temem a perda dos seus lucros (MATOS, 2020).

Diante de todo esse cenário, o Brasil, que com sua histórica desigualdade social e com anos de destruição do SUS, fica visível que não é hora de ficar paralisados, mas o momento é de articulação e que exige uma imediata mobilização social, de modo a romper com a lógica arbitrária e irresponsável do Governo Federal que insiste em afirmar em seus discursos de desrespeito às instituições científicas e a imprensa. E isso ele faz, a fim de amenizar a crise sanitária para favorecer uma classe que deseja não somente a prioridade econômica sem se solidarizar com as famílias das vítimas dessa pandemia (KELVIA, 2020).

Ao analisar a atual conjuntura da pandemia do coronavírus, o impacto da emenda 95 tem exposto o resultado de tudo foi relatado anteriormente é sem dúvida um período gravíssimo, deixando toda a sociedade fragilizada, dificuldades para a saúde pública no Brasil. Vale destacar que essas ações advindas do governo Bolsonaro podem ser caracterizadas de diferentes formas e contribuem para que a crise seja enfrentada de forma irresponsável, sem escrúpulos e autoritária, não respeitando os órgãos e instituições de saúde (COTRIM JUNIOR; CABRAL, 2020).

Assim, é relevante verificar quais os impactos na saúde, com uma medida que limitou o teto de gastos na saúde por 20 anos, e a chegada da pandemia, fica visível a importância dos sistemas públicos de saúde, como SUS, para o enfrentamento da Covid-19, detalhe que a maioria dos governos não estão atentos (COTRIM JUNIOR; CABRAL, 2020).

Pois, para os princípios da equidade, que está relacionado ou vem de um ato de justiça social, atendendo a grupos mais vulneráveis, a universalidade que trata de garantir o acesso a saúde a toda população com intuito de alcançar o maior número de pessoas possíveis, integralidade que ocorre quando descentralização e participação da comunidade nas tomadas de decisões em saúde pública, sejam decididas em conjunto (PAIM; SILVA, 2010).

Portanto, o cenário pandêmico, expôs de forma escancarada o projeto protofascista do governo Bolsonaro, que colaborou para a morte de milhares de brasileiros, a maioria pretos e pobres, isso como já mencionado, por não investir recursos suficientes e não estruturar a política de saúde, e difundir um discurso negacionista, ir contra as recomendações da OMS e desqualificar tecnicamente colocando em cheque o órgão gestor máximo da política de saúde (SOARES; CORREIA; MEDEIROS, 2021).

Segundo a OMS, a melhor forma de se combater e controlar a pandemia é o isolamento social, com isso a sociedade tem se adequadado ao novo normal, com o trabalho *home office*, já os profissionais de saúde estão na linha de frente ao enfrentamento da situação, com suspensão de férias, e de forma presencial (MATOS, 2020).

De acordo com Matos (2020), mesmo com a situação de calamidade pública o SUS, não para de sofrer boicotes por parte do governo, seus aliados e graves ataques, pois desde sua criação alguns desses ataques são os poucos exemplos de desinteresses do poder público, como já mencionado a EC 95, que congela gastos por 20 anos, gerando uma forte onda de deflagração da saúde.

É visto que, a pandemia foi causadora de graves consequências, tanto políticas, sociais, e econômicas, esta, se configura com grande proporção uma crise sanitária mundial, vale salientar que, essa conjuntura se dá de forma a expressar as desigualdades sociais (SOARES; CORREIA; MEDEIROS, 2021).

Segundo Soares (2021), a recomendação prioritária é lavar as mãos, quando, de acordo com o Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), 33.129.083 milhões de pessoas no país, não têm acesso a água encanada e 1.717.980 milhões de moradias não tem banheiro.

Apesar de toda essa situação o governo, tem investido muito pouco, pois, liberou R\$ 1,216 trilhão para o sistema financeiro, sob o argumento de combater os impactos negativos da pandemia, mas apenas 30% foram gastos com a saúde, porém, tem mantido o pacto para garantir o desenvolvimento e manutenção da esfera privada da saúde (SOARES; CORREIA; MEDEIROS, 2021). Assim sendo, a privatização do SUS, vem sendo ampliado mesmo durante a pandemia do coronavírus, passando os hospitais para a gestão de Organizações Sociais (OSs), uma forma de privatização da saúde pública, diante do contexto de desmonte, e fragmentação não só da saúde, mas de todas políticas tem agravado a desigualdade social (SOARES; CORREIA; MEDEIROS, 2021).

Essas desigualdades contribuem para o avanço do novo coronavírus, no país isso ocorreu de maneira muito rápida, não dando tempo para que os Estados e Municípios se preparem e equipassem para a grande demanda pela qual o sistema ia passar, a única forma mais segura de se evitar a doença é o isolamento social, e questões de higienização (SILVA, et al, 2020).

Com isso, foram veiculadas as medidas de prevenção enquanto não se achava a cura, ou vacina contra esse novo vírus, até mesmo porque, os sintomas da doença, parece com uma gripe comum, contudo mais contagioso e letal em alguns casos (SILVA, et al, 2020).

Os desafios lançados para o SUS, foi exatamente a reorganização do atendimento, implementar e ampliar leitos de unidade de terapia intensiva (UTIs), preparar equipamentos de proteção individual (EPIs), o que não foi fácil, até os dias de hoje, pois, máscaras e aventais de proteção, estavam em falta no mercado, e também não havia testes suficientes (SILVA, et al, 2020).

Com tudo que foi exposto é notável que até o momento a saúde pública não foi prioridade dos governos mesmo que com alguns avanços, sempre o mercado tem se destacado em relação ao público justamente por não se cumprir os projetos e compromissos da Constituição Federal de 1988 (MENICUCCI, 2011).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a trajetória da saúde pública do Brasil, fica nítido que esta não foi prioridade em alguns governos. Houve avanços que mudaram a vida do brasileiro com a criação do SUS, pois a saúde foi conquistada como direito do cidadão e expandiu-se a medicina preventiva, contrapondo-se a medicina curativa. Isso foi o resultado de um histórico das lutas travadas ao longo dos anos para alcançar uma saúde pública com qualidade, integralidade, e universalidade. Entretanto, a ofensiva do neoliberalismo desencadeada após a criação do SUS sempre constituiu uma ameaça ao sistema.

Após o Golpe de 2016 e a votação da EC 95 a saúde pública corre perigo. Quando se analisa o que é proposto e o que ofertado ao cidadão fica impossível não se indignar, uma vez que, pela descrição, esta deveria ser cumprida de forma integral sem fragmentação. Porquanto a disposição da lei foi para que fossem superados os desafios impostos pelo neoliberalismo no país.

Um dos maiores problemas enfrentados pela política de saúde, é justamente a falta de interesse dos governos, e isso fica claro a cada tempo que passa. Mesmo com avanços obtidos com a luta dos movimentos sociais, os retrocessos não cessam, os desafios são constantes, há no momento atual da Pandemia da COVID 19 pouco ou quase nada de investimento, e mecanismos atuando que vão sendo elaborados para o sucateamento da saúde pública.

A saúde pública é um direito de todo cidadão brasileiro, garantido por lei, porém, é notório que o atual cenário não nos deixa confiantes em mudanças nessa política.

Um papel que não pode ser esquecido é a participação da sociedade, esta, deve estar engajada, atenta, e ser conhecedora dos seus direitos e deveres, para que a saúde não se torne uma mercadoria, pois os vários movimentos sociais não podem se encolher diante dos ataques neoliberais, assim se tornar cada vez mais coadjuvante na atual conjuntura.

Segundo analise, o processo de desestruturação do SUS não acontece repentinamente, mas vem sendo elaborado paulatinamente, hora uma mudança progressista, outra hora, um retrocesso e desmonte.

E isso surgiu desde as primeiras tentativas de mudanças e implementações na saúde, esse processo ocorre desde a criação da Lei Eloy Chaves, depois surgiu as CAPs, começando os primeiros sinais da preocupação com a saúde dos trabalhadores, e não só com a saúde, mas também outras políticas públicas, porém, começou de forma fragmenta, e focalizada como já foi descrito.

É visto que, mudanças foram necessárias devido aos vários processos de mudança no país, a industrialização, o avanço tecnológico, o surgimento de outras doenças, com tudo isso foi exigindo um novo modelo de atenção a saúde, sendo imprescindível, a reorganização do Estado.

Pois é um dever deste Estado prover, viabilizar ações que protejam o cidadão em todos os âmbitos, principalmente a saúde pública, ao percorrer todo o histórico desta política, é visível que em todos os governos desde a intenção de se criar a saúde como direito nunca foi visto com bons olhos, isso ocorre até os dias atuais.

E não é preciso ir longe, ou buscar nas periferias das grandes metrópoles do país, mas é imprescindível ressaltar que são nesses locais ou essa população que mais precisa de uma saúde digna, o que como já mencionado, não acontece.

Existem vários fatores que contribuem para que a saúde não seja de acordo com o que foi proposto, o enfraquecimento dos movimentos sociais em busca de direitos tem se tornado cada vez mais enfraquecidos diante dos artifícios do sistema neoliberal, e isso é visto a cada retrocesso.

O Brasil com sua imensa riqueza contrasta com a desigualdade profunda, pois até que haja um consenso em que o povo se reconheça como classe trabalhadora, será inviável que seus direitos sejam respeitados e conservados sem que haja desmontes e sucateamento, principalmente na saúde pública como o direito de todo cidadão brasileiro independente de sua posição social.

Vale aqui salientar que ainda existem movimentos que lutam pela saúde pública de qualidade, como por exemplo a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), este movimento é composto por várias entidades como: Fórum de Saúde, centrais sindicais e partidos políticos, tendo como enfrentamento o desafio diário a garantia da saúde como direito, não como fonte de lucros, este, busca constantemente a permanência do SUS totalmente público, de qualidade e de responsabilidade estatal.

REFERÊNCIAS:

BARROCO, Maria Lucia Silva. **Código de Ética Comentado**. 1. ed. Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (organizador)- São Paulo: Cortez, 2012.

BARROS, Bárbara Terezinha Sepúlveda; DE BRITO, Ângela Ernestina Cardoso. A política de saúde sob o governo Temer: aspectos ideológicos do acirramento do discurso privatista. **O Social em Questão**, PUC: Rio de Janeiro, n. 44, ano XXII, p. 67-86, mai./ago. 2019. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art3.pdf. Acesso em: 10 dez. 2020.

BASTOS, Pedro Paulo Zahluth. Ascensão e crise do governo Dilma Rousseff e o golpe de 2016: poder estrutural, contradição e ideologia. **Revista de Economia Contemporânea**, núm. esp. p. 1-63, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rec/a/Q64JZq7tHnKDsYGVRrYS4mD/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 11 dez. 2020.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Fundamentos de Política Social**. MOTA, Ana Elizabete, et al, (Orgs). In: Serviço Social e Saúde: trabalho e formação profissional 4. ed. São Paulo: Cortez Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, **Código de Ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

BRASIL, **Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976**. Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1976. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D78231.htm. Acesso em: 02 fev. 2021.

BRASIL, **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=L8080&text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A7%C3%A7%C3%B5es. Acesso em: 16 mar. 2020.

BRASIL. Constituição Federal 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados e Senado Federal, 2016. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>. Acesso em: 02 mar. 2021.

BRAVO, Maria Inês, Souza. “As Políticas de Seguridade Social Saúde”. In: CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UNB-CEAD/ CFESS, 2000 e “**A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica**”. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde- textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurilio de Castro. Reforma **Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social**: elementos para o debate. In: Saúde e Serviço Social. 2. ed. São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária**: Elementos para o Debate In: MOTA, Ana Elizabete, et al (Orgs). Serviço Social e Saúde: formação e Trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurilio de Castro. **Saúde e Serviço Social**. 5. ed. São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; DE MENEZES, Juliana Souza Bravo. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **Ser Social**, v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630/25147. Acesso em: 11 dez. 2020.

BRAVO, Maria Inês; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argum**, Vitória, v. 10, p. 9-23, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6545985>. Acesso em: 24 abr. 2021.

BATISTA e SILVA, Débora Pena (Org) et al. **O novo Coronavírus e seus desafios para o Sistema Único de Saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2020/10/O-Novo-Coronavirus-e-seus-desafios-para-o-Sistema-Unico-de-Saude.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2021.

BISCO, Gabriela Cristina Braga; SARRETA, Fernanda de Oliveira. A construção do direito à saúde e do SUS no cenário neoliberal e a contribuição do Serviço Social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 18, n. 01, p. 78-90, jan./jun. 2019. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/31738/18799>. Acesso em: 10 abr. 2021.

BORLINI, Leandra Maria. Há pedras no meio do caminho do SUS - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2. p. 321-333, ago./dez. 2010. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7697/5799>. Acesso em: 09 abr. 2021.

BUCCI, Eugênio. **A Forma Bruta dos Protestos**: Das manifestações de junho de 2013 à queda de Dilma Rousseff em 2016. 1º ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, p. 1-26, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/HpvKjJns8GhnMXzgGDP7zzR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2021.

DE CASTRO, Eduardo Lazarino. Reforma sanitária e renovação do serviço social no Brasil: duas faces de um mesmo processo societário. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, v. 16, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22567>. Acesso em: 15 mar. 2021.

COHN, Amélia. **A saúde como direito e como serviço**. 7. ed. São Paulo: Cortez 2015.

COTRIM JUNIOR, Dorival Fagundes; CABRAL, Lucas Manoel da Silva. Ações do Governo Federal no combate à coronacrise: limites, insuficiências e escassos acertos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 1-22, jun, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/vyZ8DC7XNy3H499HnLnrtS/?lang=pt&format=pdf> . Acesso em: 19 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na política de saúde**. Brasília DF: 2010. (Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais).

DOIMO, Ana Maria; RODRIGUES, Marta Maria Assumpção. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal de atuação política. **Política & Sociedade**, n. 02, p. 95-115, out/2003. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2022/1767>. Acesso em: 08 mar. 2021.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Cronologia da Saúde Pública**. 2017. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 05 mar. 2021.

GASPAROTTO, Geovana Prante; GROSSI, Patrícia Krieger; VIEIRA, Monique Soares. **O IDEÁRIO NEOLIBERAL**: a submissão das políticas sociais aos interesses econômicos. XI Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea, n. 11, 2014. Disponível em: https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8153/2/evento_006%20-%20Patr%C3%ADcia%20Krieger%20Grossi.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

GOMES, Fábio Guedes. Conflito social e welfare state: Estado e desenvolvimento social no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 2, p. 201-234, mar./abr. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/dvHMHgG5NDdvZH6wy54fDDq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2021.

GOMES, Gabriela Rolim. **Uma análise da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no contexto de privatização da saúde pública**. Trabalho de Conclusão de Curso - (Bacharelado em Serviço Social). Centro de Ciências Jurídicas e Sociais, Universidade Federal de Campina Grande, Sousa/PB, 2020. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/17455>. Acesso em: 22 abr. 2021.

GENNARI, Adilson Marques. Globalização, Neoliberalismo e a abertura econômica no Brasil nos anos 90. **Pesquisa & Debate**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 30-45, 2001. Disponível em: <https://www.ufjf.br/pur/files/2011/04/Globaliza%C3%A7%C3%A3o-e-neoliberalismo-abertura-econ%C3%B4mica-no-Brasil-anos-90.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2021.

GUERRA, Yolanda. A instrumentalidade do serviço social. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

GUINIDI, Cristiane. **Abordagem história da evolução do sistema de saúde brasileiro: conquistas e desafios**. Monografia (Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde) – Curso de Pós Graduação Lato Sensu em Gestão de Organização Pública em Saúde – EaD, Universidade Federal de Santa Maria, Tio Hugo, 2012. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/2104/Guidini_Cristiane.pdf?sequence=1. Acesso em: 06 mar. 2021.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOTA, Ana Elizabete (org. et al.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela, **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional**, 26. ed. São Paulo- Cortez, 2015.

KELVIA, Victória. **O governo Bolsonaro e a emergência de mortes pela pandemia**. 2020. Disponível em: <https://pt.org.br/artigo-o-governo-bolsonaro-e-a-emergencia-de-mortes-pela-pandemia-victoria-kelvia>. Acesso em: 11 dez. 2020.

KRÜGER, Tânia Regina. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. **Revista Kátal**, Florianópolis, s, v. 17, n. 2, p. 218-226, jul./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/HGBxKRGyCZjj9FSwv6bTtrw/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 14 mar. 2021.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, p. 5141-5161, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HfmStkr5tNJKCCZW8qQdvz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2021.

MALLAMANN, Eduarda. **Direito à saúde e a responsabilidade do Estado**. 2012. Disponível em: <https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/7652/Direito-a-saude-e-a-responsabilidade-do-Estado>. Acesso em: 01 abr. 2021.

MARQUES, Maria Rosa; MENDES, Áquilas. SUS e Seguridade Social: em busca do Elo Perdido. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.14, n. 2, p. 39-49, mai./ago. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/qtcfbXWFH5GHRqWK6SBL64v/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 28 mai. 2021.

MASCARO, Alysson Leandro. Crise e Golpe. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2018.

MATOS, Maurílio Castro de. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/wp->

content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%C3%ADrus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-sa%C3%BAde-2.pdf. Acesso em: 28 abr. 2021.

MEDEIROS, Eduardo Alexandre Servolo. Desafios para o enfrentamento da pandemia covid-19 em hospitais universitários. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 38, p. 1-2, abr/2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/p4KZzTP9sMKPfVC9fqrwnys/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 abr. 2021.

MELDAU, Débora Carvalho. **SUS**. UFMG, 2009. Disponível em: <https://www.infoescola.com/saude/sus/>. Acesso em: 21 abr. 2021.

MENDES, Elaine. **Neoliberalismo**. 2019. Disponível em: <https://www.educamaisbrasil.com.br/enem/historia/neoliberalismo>. Acesso em: 06 mar. 2021.

MENDES, Priscila Kelly; MOREIRA, Jani Alves da Silva. A desvinculação das receitas da união (DRU) e suas implicações para o financiamento da educação básica. **Educação & Formação**, Fortaleza, v. 3, n. 8, p. 75-97, maio/ago. 2018.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **A Política de Saúde no Governo Lula**. Sociologia e Política. Professora Adjunta do Departamento de Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/22.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2020.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. NOGUEIRA, Vera Maria, Ribeiro. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos Assistentes Sociais no campo da Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**, 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

DE NORONHA, José Carvalho. et al. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilha do sem um horizonte de incertezas e desalentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2051-2059, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. In: **Período FHC**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593-11.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva; DA SILVA, Lígia Maria Vieira. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, São Paulo, v. 12, n. 12, ago. 2010. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 abr. 2021.

RAICHELIS, Raquel. **Democratizar a gestão das políticas sociais: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil**. In: MOTA, Ana Elizabete, et al (Orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e Trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

REIS, Camila Ramos; PAIM, Jairnilson Silva. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 58, p. 101-114, jul 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/29852/1/Artigo%20Jairnilson%20Paim.%202018.pd>. Acesso em: 10 dez. 2020.

SANTOS, Marta Alves. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Revista Kátal**, Florianópolis, n. 2, p. 233-240, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rk/v16n2/09.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2021.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 24. ed. rev. e. atual. São Paulo: Cortez, 2016. p. 131-132.

SILVA, Gabriela de Oliveira; ANDREOLI, Gustavo Luís Meffe; BARRETO, Jorge Otávio Maia. Políticas públicas para o desenvolvimento do complexo econômico-industrial da saúde no Brasil. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 27, n.1, p. 9-20, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41669>. Acesso em: 25 mai. 2021.

SILVA, Mayara Duarte; CLEMENTINO, Milca Oliveira; SILVA, Alessandra Ximenes da. A política de saúde no contexto de contrarreforma do estado brasileiro e os novos modelos de gestão: análise da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). In: 7º Seminário da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, 27 a 29 de Outubro de 2017. **Anais... Máceio**, 2017. p. 1-9. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/anaisseminariofncps/article/view/3979/2813>. Acesso em: 22 abr. 2021.

DA SILVA, Débora Cristina; KRÜGER, Tânia Regina. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde: o significado no exercício profissional. **Temporalis**, v. 18, n. 35, p. 265-288, 2018. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/80653/1/Parametros%20para%20a%20atuacao%20de%20assistentes%20sociais%20na%20politica%20de%20saude.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2021.

DA SILVA, Lara Livia Santos. Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. **Cadernos de Saúde Pública, Goiânia – GO**, v. 36, set. 2020. Disponível em: scielosp.org/article/csp/2020.v36n9/e00185020/. Acesso em: 01 jun. 2021.

SOARES, Raquel Cavalcante; CORREIA, Maria Valéria Costa; MEDEIROS dos SANTOS, Viviane. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 118-133, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/B3QvfrsQcsNy6H3vP5ZrTmS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2021.

SOUZA, Natale. **SUS – Princípios, Diretrizes e Gestão**. 2017. Disponível em: <https://www.pontodosconcursos.com.br/artigo/14614/natale-souza/sus-principios-diretrizes-e-gestao#:~:text=A%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20Federal%20que%C3%A9,%E2%80%9CArt>. Acesso em: 20 mar. 2021.

DE SOUZA, Renilson Rehem. O sistema público de saúde brasileiro. **Ministério da Saúde**. 2002. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 16 mar. 2021.

WEILLER, José Alexandre Buso. **O desmonte do SUS em tempos de Bolsonaro**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <http://cebes.org.br/2019/12/o-desmonte-do-sus-em-tempos-de-bolsonaro/>. Acesso em: 24 abr. 2021.