

POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL PÓS CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: REFLEXÕES SOBRE A TRAJETÓRIA DO SUS

HEALTH POLICY IN BRAZIL AFTER THE 1988 FEDERAL CONSTITUTION: REFLECTIONS ON THE SUS PATH

Dalsiza Cláudia Macedo Coutinho 1
Rosemeire dos Santos 2

Resumo: Este trabalho apresenta reflexões sobre a trajetória da construção do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) mediante o avanço das contrarreformas neoliberais. Para isso, realizou-se o debate sobre a política de saúde, a partir da atuação do Estado na efetivação de direitos sociais, e da realidade política, social e econômica do país, coma promulgação da Constituição Federal em 1988 até os dias atuais. Destacam-se, portanto, os avanços obtidos com a criação do SUS e a importância dessa política no atendimento às necessidades de saúde da população, bem como os desafios que perpassam sua consolidação em direção aos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Palavras-chave: SUS. Política Social. Neoliberalismo.

Abstract: This paper presents reflections on the construction path of the Unified Health System in Brazil through the advancement of neoliberal counter-reforms. For this, the debate on health policy was held based on the State's action in the realization of social rights, given the political, social and economic reality of the country from the promulgation of the Federal Constitution in 1988 to the present day. Therefore, the advances obtained with the creation of the SUS and the importance of this policy in meeting the health needs of the population and the challenges that permeate its consolidation towards the principles of universality, integrality and equity stand out.

Keywords: SUS. Social Policy. Neoliberalism.

Assistente Social na Unidade Prisional de Morrinhos (GO), 1
Especialista em Serviço Social e Política Social (UFT) e Especialista em
Educação, Pobreza e Desigualdade Social (UFT).
E-mail: dalsiza.coutinho@gmail.com

Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de 2
São Paulo – PUC-SP, professora Adjunta I da Universidade Federal do Tocantins
– UFT, coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas Proteção Social e
Famílias – GEPPSFAM e membro da Rede de Estudos e Pesquisas em Famílias e
Política Social – REFEPS. E-mail: rosemeire_santos@mail.uft.edu.br

Introdução

Situa-se a discussão sobre saúde pública no âmbito da política social, que traz consigo a centralidade das relações sociais de produção no mundo do capital. Dessa forma, serão realizadas incursões sobre a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), frente ao avanço do neoliberalismo após a década de 1990. Para melhor compreensão desse cenário, serão feitas algumas considerações iniciais sobre a política social e a intervenção estatal no contexto da relação capital-trabalho.

Entende-se a política social como resultado de relações antagônicas entre capital e trabalho, que são determinadas pela luta de classes, pelo papel do Estado e pelo desenvolvimento das forças produtivas. As políticas sociais não são capazes de superar a desigualdade social do modo de produção capitalista, mas geram alterações nesse padrão de desigualdade entre classes e, dessa maneira, provocam uma redução nas distâncias entre rendimento e acesso a bens e serviços (BOSCHETTI, 2016, p. 25).

De acordo com Boschetti (2016, p. 28), o reconhecimento de direitos sociais possibilita melhoria na condição de vida da classe trabalhadora, certa redução das desigualdades sociais e alguma distribuição do fundo público, sem entretanto alterar o padrão de desenvolvimento das relações sociais, que no capitalismo continua fundado na produção socializada e apropriação privada dos seus resultados.

[...] A ampliação dos direitos trabalhistas e sociais decorrentes da luta da classe trabalhadora assegurou a esta o acesso a bens e serviços antes inexistentes, como aposentadorias, seguro saúde, seguro desemprego, educação, moradia, transporte. Em algumas situações específicas e temporalmente determinadas do capitalismo central logrou reduzir a desigualdade de rendimento e acesso a bens e serviços públicos, sem, contudo, superar a estrutural concentração da propriedade privada (BOSCHETTI, 2016, p. 48).

Essa característica social do Estado atende à reivindicação da classe trabalhadora por direitos e às necessidades do capital em assegurar acumulação e reprodução da força de trabalho. Como indica Behring (2015, p. 187), a política social não pode ser considerada unicamente pela conquista da luta de classes, tendo em vista que ela ocupa uma posição política e econômica, por isso, a necessidade de compreensão histórica do seu processo de construção. Resultante de um processo de deslocamento do conflito capital-trabalho para a esfera da cidadania e dos direitos sociais, tendo como foco a atuação do Estado.

Faleiros (2000, p. 64-65) afirma que o Estado realiza os interesses gerais do capital. Contraditoriamente ele se encontra entre as exigências do sistema e as pressões das reivindicações dos trabalhadores. Dessa forma, o Estado no capitalismo é:

[...] uma garantia de manutenção das condições gerais de reprodução do capital e da produção, isto é, da acumulação capitalista. Ele assume os investimentos não rentáveis do capital, assume os investimentos que demandam recursos que superam a disponibilidade dos capitalistas, transforma os recursos públicos em meios de favorecer e estimular o capital, cria a infraestrutura necessária para os investimentos e a circulação do capital, estabelece facilidades jurídicas e, sobretudo, gere a moeda e o crédito em favor da acumulação de capital [...] (FALEIROS, 2000, p. 65).

Nas palavras de Behring (2015, p. 54), o Estado assegura os interesses do capital monopolista, por meio de uma série de intervenções, que o caracteriza como um comitê para administrar os interesses da burguesia.

Logo a trajetória da política social no capitalismo é marcada por avanços e retrocessos, como evidencia Behring (2015, p. 187). Trata-se de concessões mais ou menos elásticas, dependendo dos interesses das classes sociais, de forma que “no período de expansão, a margem de negociação se amplia; na ressecção, ela se restringe. Portanto, os ciclos econômicos balizam as possibilidades e

limites da política social” (BEHRING, 2015, p. 187).

Essa característica da intervenção estatal e da política social, no favorecimento para a reprodução ampliada do capital, determina a formulação e a execução das políticas sociais no Brasil, e marca os momentos de avanços e retrocessos em relação à concretização dos direitos sociais. Partindo dessas considerações, este trabalho visa refletir sobre os impactos da atuação do Estado social burguês na consolidação da política de saúde no país.

Como marco legal da criação do SUS, a Constituição Federal de 1988 representa significativo avanço em relação aos direitos sociais e às políticas de proteção social. Além disso, ela coloca a saúde como integrante do tripé da seguridade social e elenca como diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. A funcionar de forma hierarquizada e regionalizada, com direção única em cada esfera de governo.

Em 1990 foi sancionada a Lei 8.080/1990 que dispõe sobre a organização e o funcionamento das ações e serviços com finalidade de proteção, promoção e recuperação¹ da saúde. Essa legislação define como objetivos do SUS: a identificação e divulgação dos fatores determinantes da saúde; formulação da política de saúde que promova os campos econômico e social; e a assistência às pessoas por meio de ações assistenciais e preventivas.

Ficam estabelecidos também os princípios e as diretrizes, entre eles: universalidade, integralidade, igualdade da assistência, equidade, intersetorialidade, ênfase na descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços. Também são estabelecidas algumas determinações em relação ao funcionamento do SUS: participação de forma complementar das instituições privadas; vedada destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções à iniciativa privada; e a participação de empresas de capital estrangeiro na assistência à saúde, com exceções previstas em lei.

A totalidade das ações e serviços no âmbito do SUS deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos organizados em rede regionalizada e hierarquizada para cada município, voltado ao atendimento integral da população e inseridos de forma indissociável no SUS em suas abrangências estadual e nacional (CNS, 1996).

Esse sistema de saúde público é oriundo das reivindicações e bandeiras de luta que ganharam força no país durante o período de Ditadura militar, em 1964. A reforma sanitária ganhou força e abrangência, tendo como componentes as bases universitárias, o movimento estudantil, o movimento médico e os projetos institucionais (PAIM 2008, p. 35).

Teve marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, na qual discutiu-se a importância do setor de saúde como responsabilidade do Estado, componente do seu sistema de proteção social, e a compreensão de saúde a partir das condições de desenvolvimento da sociedade interligada com o conjunto das políticas sociais de: emprego, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer etc. Portanto, foi defendida a democratização do Estado e a redefinição da política de saúde que assegurasse a universalização do direito (PAIM, 2008, p. 107).

Entretanto, como afirma Arouca (1988 *apud* PAIM, 2008, p. 148), não é suficiente a reforma conquistar espaço no texto constitucional, uma vez que, isso só representa uma conquista se produzir impacto concreto sobre a saúde e ganhar espaço na comunidade, no lar, nas escolas, nas fábricas, com transformações efetivas que contribuam com o bem estar da população e com a construção de uma sociedade mais justa e independente.

O SUS real: avanços na construção da política de saúde pública

Embora sejam tecidas críticas ao processo de constituição da política de saúde pública no Brasil, não se deve desconsiderar as conquistas advindas dessa trajetória, tendo em vista que o SUS

¹ “Proteção à saúde é o campo da saúde que trabalha com os riscos de adoecer. As medidas diretas como as vacinas, os exames preventivos, o uso do flúor na água etc. Promoção da Saúde, segundo o Glossário do Ministério da Saúde, é ‘o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo... indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente’. Mais comumente, dizemos que promover a saúde é trabalhar nas causas do adoecer, com participação efetiva das pessoas como sujeitos e atores de sua própria vida e saúde. Recuperação da saúde é cuidar daqueles que já estejam doentes ou tenham sido submetidos a todo e qualquer agravo à saúde. É a ação mais evidente dos serviços de saúde” (CARVALHO, 2013, p. 11).

foi parcialmente implementado. No entanto, esse reconhecimento não é no sentido de pactuar com o a descaracterização da política e o crescente desinvestimento na área, mas de ressaltar o seu reflexo positivo para a sociedade, e evidenciar o longo caminho que ainda há para percorrer na continuidade da luta em defesa da política de saúde.

Santos (2018a, p. 1731) considera que são “inquestionáveis” os avanços do SUS em favor das necessidades da população, a exemplo, a atenção básica que pode chegar a 80% de atendimento às necessidades de saúde. O autor destaca a excelência dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); dos Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (CEREST); dos serviços pré-hospitalares de urgência e emergência (SAMU); dos hemocentros; da área de vigilância sanitária; internacionalmente reconhecida; das especialidades no atendimento a pessoas com deficiência e doenças crônicas; do acesso livre e universal ao tratamento de HIV e, também, do serviço de transplantes, considerado um dos mais produtivos do mundo.

Lima *et al* (2018, p. 1) chama atenção para os avanços conquistados ao longo desses 30 anos de SUS. O autor destaca a cobertura do Programa Saúde da Família, que atingiu mais de 60% da população e que vem contribuindo para a redução da mortalidade infantil e de doenças cardiovasculares, e a ampliação do Programa Nacional de Imunizações que aumentou a cobertura vacinal, principalmente entre crianças e idosos. A política de saúde também tem logrado êxito na redução da prevalência de fumantes e na execução de estratégias para controle de epidemias.

Os impactos positivos da política de saúde são discutidos por Souza *et al* (2018, p. 1738), que acrescenta a iniciativa nacional de fornecimento de medicamentos gratuitos e de forma universal, tanto por meio da farmácia básica quanto da farmácia popular. Considerando a transição demográfica da população e os padrões de saúde nas diferentes regiões do país, a autora afirma que a expansão do SUS não só conseguiu reduzir a carga de doenças na população, como também as desigualdades entre as regiões brasileiras.

A ampliação do conceito de saúde como política social e econômica, e a sua abrangência com ações de prevenção, promoção e recuperação, são visíveis no estudo realizado por Souza *et al* (2018, p. 1739-1742), no qual a autora faz uma comparação entre os indicadores de saúde em 1990 e em 2015. Nesse período, a taxa de mortalidade entre menores de cinco anos diminuiu em 67,6%; a expectativa de vida aumentou de 67,7 para 74,4 anos; a taxa de mortalidade geral reduziu em 28,7%; ocorreu redução de 40,5% das doenças cardiovasculares; redução de 29,9% das doenças respiratórias crônicas. Também são observadas quedas nos índices de desnutrição infantil, de mortalidade por doenças transmissíveis, materno-infantil e causas evitáveis de morte.

[...] todas essas mudanças ocorreram em um período em que a redemocratização foi estabelecida no país, ocorreu importante crescimento econômico, estruturaram-se uma série de políticas de proteção social e também é o período em que o SUS emerge e se estabelece como estratégia definitiva para prover a sociedade brasileira com um sistema de saúde adequado às suas necessidades. Ao lado dos avanços econômicos e sociais existem evidências de que o SUS tenha uma parcela de contribuição para as mudanças aqui observadas e em especial para minorar algumas desigualdades existentes (SOUZA ET AL, 2018, p. 1742-1743).

Viacava *et al* (2018, 1753) fez um levantamento sobre a oferta de serviços de saúde no Brasil entre os anos de 1981 e 2017, que cresceu de 21.532 estabelecimentos, para 129.544, tanto na rede pública quanto privada, especialmente a partir de 1990. A saúde na década de 1980, que antecede a criação do SUS, é caracterizada pelos serviços de saúde previdenciários, que privilegiava os trabalhadores contribuintes, em um momento no qual predominavam os serviços privados e a saúde pública universal ainda não era reconhecida como responsabilidade do Estado. O gráfico elaborado pelo autor mostra a evolução da rede de saúde.

Gráfico 1 – Estabelecimentos de saúde entre 1981 e 2017

- Posto de Saúde, Centro de Saúde, Unidade Básica de Saúde, CASF
- Clínica Especializada, Ambulatório Especializado, policlínica, Unidade Mista
- Hospitais
- Pronto Atendimento, Pronto Socorro Especializado, Pronto Socorro Geral
- Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia (SADT)

Fonte: (VIACAVA, 2018, p. 1754)

Observamos um crescimento significativo de estabelecimentos de saúde ao longo desses anos, principalmente na atenção básica. Já os serviços especializados e o Serviço de Apoio a Diagnose e Terapia (SADT) começam a expandir no país a partir de 2010. Os estudos apresentados também indicam a predominância da oferta dos serviços do SUS na atenção básica e nas ações preventivas. Essa característica na ampliação do SUS pode ser considerada como resultado da prevalência de interesses privados no campo da saúde, mas esse debate será retomado mais adiante – Inclusive, tem-se a hipótese de que a atenção básica é o nível de atenção do SUS que mais se ampliou com baixa participação do setor privado: porque não se caracteriza como alta fonte de lucros.

Em relação aos recursos humanos, Viacava (2018, p. 1755-1757) aponta o aumento no número de médicos, que passa de 111 mil em 1980 para 447 mil em 2017; o número de enfermeiros foi de 90 mil em 2007 para 230 mil em 2017; e os dentistas que de 78 mil alcançaram a marca de 127 mil no mesmo período. Destaca-se, ainda, que a implantação das Equipes de Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família ampliou a participação de outros profissionais, como assistentes sociais e psicólogos, por exemplo

Em 1981, os recursos públicos (incluindo os advindos das previdências) financiaram 6,3 milhões de atendimentos de saúde. Em 2013 foram mais de 17,6 milhões de atendimentos realizados com recursos provenientes do SUS. De 1995 a 2016 o número de internações realizadas anualmente na rede pública ficou em torno de 11 milhões (VIACAVA, 2018, p. 1758).

Essa ampliação dos recursos materiais e humanos, bem como o aumento na oferta dos serviços de saúde, acontece aliada às transformações demográficas, sociais e econômicas, nas quais houve aumento da expectativa de vida, e consequente crescimento no número de idosos. O crescimento populacional alterou as condições sociais e econômicas das famílias, aliada ao desemprego, precarização do trabalho e aumento dos trabalhadores informais, que são elementos que contribuíram para a maior procura pelos serviços de saúde públicos. Outro aspecto que coloca a necessidade de maiores investimentos em saúde é a expansão da atenção básica para a grande maioria dos municípios brasileiros, como observamos no gráfico.

Além desses indicadores sobre a oferta e o acesso à política de saúde, podemos destacar a ampliação do SUS mediante aprovação de regulamentações e políticas ao longo dos anos:

Quadro 1 – Conquistas do SUS

Ano	Principais avanços obtidos
1988	Reconhecimento da saúde como direito universal na Constituição da República.
1990	Aprovação das Leis nº 8.080 e 8.142.
1991	Estruturação da rede de atenção básica em saúde com o programa de Agentes Comunitários de Saúde.
1992	Aprovação da Norma operacional básica e do Programa de reorganização dos serviços de saúde.
1993	Descentralização e municipalização dos serviços e extinção do INAMPS.
1994	Estruturação da Saúde da família em equipes multidisciplinares.
1995	Regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria no SUS.
1996	Distribuição de medicamentos aos portadores de HIV/Aids e redefinição da relação entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios.
1997	Criação do Piso da Atenção Básica ^{<?>} e Criação do Disk Saúde.

1998	Criação do SAMU e aprovação do Plano Estratégico de Mobilização Comunitária para o Combate à Dengue.
1999	Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e da Política Nacional dos Medicamentos Genéricos.
2001	Aprovação da Lei nº 10.216 – Política Nacional de Saúde Mental.
2002	Publicação da Norma Operacional de Assistência à saúde, que define a regionalização e a assistência à saúde e criação das Políticas Nacionais da Pessoa com Deficiência, de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.
2004	Criação das Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS e de Saúde do Trabalhador; Criação dos Programas Brasil Sorridente e farmácia popular.
2005	Criação da Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.
2006	Aprovação dos Pactos pela vida, em defesa do SUS. Publicação da Política de Saúde da Pessoa Idosa.
2007	Criação da Política Nacional sobre o Álcool e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
2009	Lançamento da Campanha Nacional de Prevenção à Influenza H1N1, Criação da Política Nacional de Saúde do Homem e Inauguração do centro de estudo para produção de células-tronco.
2010	Criação da Universidade Aberta do SUS e da Secretaria Especial de Saúde Indígena.
2011	Implementação da Estratégia Rede Cegonha, aprovação do Plano Nacional de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Regulamentação do Cartão Nacional de Saúde e Criação do Programa Saúde Não tem Preço ^{<?>} , lançamento do Programa Melhor em Casa.
2012	Sancionada a Lei Complementar nº 141/2012 que estabelece os valores mínimos a serem aplicados no SUS por cada ente federativo; publicação da Política Nacional da Atenção Básica.
2013	Criação do Programa Mais Médicos, instituição da Política Nacional de Educação Popular em Saúde e da Política Nacional de Atenção Hospitalar com diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde, Publicação da Política Nacional de Humanização; Fica estabelecido o atendimento obrigatório e integral às pessoas vítimas de violência sexual.
2015	Criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.
2018	Aprovação da Lei 13.714 que assegura o acesso à saúde das famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade ou risco social.

Fonte: Adaptado de Brasil/MS (2011)

O quadro não abrange os avanços do SUS em sua totalidade, mas elenca muitos aspectos da implementação da política de saúde ao longo das últimas três décadas. Cabe ressaltar que a existência da política ou dos programas em termos legais não garante a existência dos serviços na prática, no entanto, pode-se mensurar, a partir dessas informações, a abrangência da política de saúde no Brasil e o potencial de alcance no atendimento às demandas da população.

Por esses e outros aspectos, o SUS é considerado por Rizzotto (2018, p. 1717) como a “maior política social que já existiu no país” por isso é fundamental fortalecer e levantar bandeiras de luta em defesa do SUS diante da ofensiva conservadora que a autora denomina de “ultraneoliberal”.

Conforme afirma Matos (2014, p. 27), o SUS vem enfrentando desafios para sua materialização, ainda assim é uma realidade para a população usuária.

A realidade é que não somente a seguridade social, mas o conjunto das políticas sociais regulamentadas na Constituição

Federal foram implantadas no contexto da contrarreforma do Estado, portanto bem distante do que propôs o congresso constituinte e as leis complementares. No entanto, seria um equívoco afirmar que o SUS não foi implementado. Isso se torna mais visível quando identificamos os avanços em relação à política de saúde legada pela ditadura militar, bem como quando observamos que permanecem os limites nos quais o pensamento reformador não conseguiu se fazer real. Assim o SUS é uma estratégia inconclusa. É uma conquista diante do que existia antes, mas encontra-se a léguas de distância do que propôs o movimento sanitário (MATOS, 2014, p. 35).

Desde a criação, o SUS é alvo de uma série de medidas que o desvirtuam da concepção original – em particular seus aspectos políticos e econômicos –, que além de impor desafios para concretização desse sistema de saúde, aumentam exponencialmente a participação do setor privado e contribuem para alterar o ponto de vista da população usuária, principalmente por intermédio da grande mídia que na maioria das vezes posiciona-se contra a saúde pública e a favor da privatização dos serviços.

Contrarreforma pós constituição federal de 1988: impactos na consolidação do SUS

Após a criação do SUS, o desafio passou a ser sua implementação ou seja, sustentar o projeto da reforma sanitária no momento político e econômico adverso à ampliação de direitos sociais. De acordo com Paim (2008, p. 197) a questão que se colocava aos gestores era como manter os interesses cristalizados no sistema de saúde ao mesmo tempo em que se mantêm os valores de uso e de troca entre os seres humanos, próprios da ordem social capitalista?

Os padrões universalistas e redistributivos das políticas sociais foram fortemente tensionados pela necessidade de extração de superlucros, supercapitalização e desprezo burguês em relação aos direitos, que resultou em contenção de gastos sociais e privatização de setores públicos que incluem: saúde, educação e previdência, além da prevalência da individualidade e do consumismo. Dessa maneira, a tendência é de redução de direitos sob o argumento da crise fiscal, na qual a política social assume caráter pontual e focalizado (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 156).

Conforme analisa Behring e Boschetti (2009, p. 161), “[...] a saúde pública padece da falta de recursos e [...] há uma forte tendência de restringi-la em um pacote de ‘cesta básica’ para a população pobre”. Opera-se, dessa forma, uma dupla submissão do trabalho ao capital: a subtração de direitos sociais e a mercantilização desses direitos, que passam a ser mercadoria (BOSCHETTI, 2016, p. 131), por conseguinte, submetendo a cidadania ao consumo.

[...] o que está no coração das contrarreformas é a garantia de reprodução ampliada do capital em larga escala, já que o desenvolvimento de sistemas privados presta-se largamente à acumulação capitalista [...]. São tendências destinadas a reduzir o aporte do fundo público na reprodução da força de trabalho e criar novos nichos de acumulação (BOSCHETTI, 2016, p. 132-133).

Os princípios norteadores do SUS, e toda a sua base legal de sustentação, deveria provocar mudanças profundas no sentido de promover uma atuação estatal coerente e articulada à proteção social, com capacidade de cobertura para as demandas de saúde da população. No entanto, a implementação não acontece dessa forma. Observa-se a seguir o percurso histórico das medidas governamentais que resultaram no distanciamento das concepções originais do Sistema Único de Saúde, em que a prevalência dos interesses do grande Capital e a subserviência do Estado constituem o principal mote dessa trajetória.

Já no início no período do governo Itamar Franco (1992-1995), o repasse de recursos ao SUS, pelo Ministério da Previdência, sofreu deficit devido a sonegações e adiamentos de contribuições por parte dos empresários. A transferência de recursos para a saúde cai de US\$ 8.494 bilhões em

1990 para US\$ 5.413 bilhões em 1992, período em que houve expansão da Assistência Médica Supletiva (AMS), diferenciação na compra e venda de serviços médicos pelos planos de saúde e pressão da indústria farmacêutica (PAIM, 2008, p. 195-196).

Outro fator que ameaçou a credibilidade do SUS, junto aos trabalhadores e à população, foi o uso da saúde em barganhas políticas, com loteamento de cargos a grupos partidários e a participação do setor privado que acontecia por intermédio na contratação pelo SUS de profissionais, hospitais e clínicas para realização de procedimentos (PAIM, 2008, p. 195-196).

Conforme afirma Paim (2008, p. 199), o momento foi de reajuste macroeconômico, no qual se buscou a estabilização através do plano real. Foi também o período em que “a saúde da moeda interessava mais que a saúde da população”, ao passo que, desde o início o SUS vivencia a insuficiência de recursos e a existência de um “sistema de saúde paralelo”. Como destaca o autor, “o próximo governo federal, na melhor das perspectivas, extremamente afinado com a proposta da reforma sanitária, não conseguirá virar de cabeça para baixo o retrato da saúde [...]” (EDITORIAL, 1994, p. 3 *apud* PAIM, 2008, p. 201).

Para Santos (2018a, p. 1731), é inegável o subfinanciamento federal do SUS, o que acarretou distorção na sua implementação. O autor coloca como fatores centrais na década de 1990: a não consideração constitucional dos 30% para o financiamento federal destinado à saúde; desvio indevido dos recursos da saúde para outras prioridades do governo; aumento dos subsídios federais aos planos e seguros privados, por meio de renúncia fiscal para as empresas dos planos de saúde; cofinanciamento de seguros privados aos servidores públicos; não ressarcimento das empresas de planos ao SUS pelos serviços públicos prestados aos seus consumidores.

No governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), a política de saúde foi pautada na direção da contrarreforma do estado, portanto, uma continuação do governo anterior. Destaca-se nesse período: o desrespeito às instâncias de controle social; a participação incipiente da sociedade no processo de regulamentação dos planos privados de saúde; criação de agências, como a de Saúde Complementar (ANS) e de Vigilância Sanitária (ANVISA) com autonomia orçamentária e sem concurso público para ocupação de vagas. Há também a proposta de transferência dos serviços ambulatoriais para organizações sociais que seriam contratadas pelo estado, contudo essa estratégia não foi totalmente implementada. (MATOS, 2014, p. 35).

O ajuste macroeconômico e a reforma do Estado foram os dois grandes projetos desse governo que, além da tortuosa implementação do SUS, resultou no aprofundamento do desemprego, da violência e na piora nas condições de vida e saúde. Com isso os seguimentos de trabalhadores com maior nível salarial migraram para o seguro-saúde, e outras formas de AMS, ao mesmo tempo em que se deteriorava a saúde pública e os demais cidadãos brasileiros enfrentavam o cotidiano das filas, maus tratos, burocratização e baixa qualidade dos serviços (PAIM, 2008, p. 205-206).

Já nesse momento predominavam dois projetos de SUS: o expresso na legislação e nas normativas em vigor, pautado na universalidade e na responsabilidade do Estado; e o SUS para os pobres, refém de medidas econômicas, clientelismo e burocracia (PAIM, 2008, p. 211).

Em 2002, a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva representou a esperança por um governo democrático-popular, que se enfrentaria as políticas de ajuste, entretanto, todos os parâmetros econômicos do governo FHC foram mantidos (BRAVO; MENEZES, 2013, p. 20).

Portanto, a perspectiva de uma nova correlação de forças, a partir das eleições presidenciais, sinalizava para alguma oportunidade e renovadas esperanças de que o projeto da Reforma Sanitária fosse retomada e reinserido, radicalmente, na agenda das políticas públicas do país (PAIM, 2008, p. 236).

Apesar de reconhecidos avanços em relação aos direitos sociais “continua-se com as políticas focais em detrimento da lógica do direito e da seguridade social” (BRAVO; MENEZES, 2013, p. 20). Há redução de direitos do mundo do trabalho e privatização de recursos públicos, que são ampliados em espaços de acumulação capitalista (IDEM, p. 21).

Apesar da ampliação dos canais de participação social, o que se constata é a ausência de políticas para o fortalecimento do sistema descentralizado e participativo. A atuação da sociedade ficou reduzida à estratégia de governabilidade (BRAVO; MENEZES, 2013, p. 22).

Matos (2014, p. 36), destaca, a manutenção da naturalização da esfera privada no âmbito

da saúde, com a criação das farmácias populares e a criação das instituições públicas de direito privado que avançam no setor de saúde, por exemplo A expressão mais conhecida dessa proposta é a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), vinculada ao Ministério da Educação com a função de reestruturar os hospitais universitários e que possui uma intenção notadamente mercantil.

A análise que se faz após os dois mandatos do governo Lula é que a disputa entre os dois projetos na saúde – existentes nos anos 1990 – continuou. Algumas propostas procuraram enfatizar a reforma sanitária, mas não houve vontade política e financiamento para viabilizá-las. O que se percebe é a continuidade das políticas focais, a falta de democratização do acesso, a não viabilização da seguridade social e a articulação com o mercado (BRAVO; MENEZES, 2013, p 32-33).

O comprometimento do governo Dilma Rousseff (2011-2016), com a manutenção do modelo econômico que vinha se perpetuando, demonstra a tendência privatista de não priorização do social. Uma de suas medidas foi a continuidade do projeto de Desvinculação das Receitas da União (DRU), que permite retirar 20% do orçamento da seguridade social para pagar os juros da dívida e manter o superávit primário (BRAVO; MENEZES, 2013, p 23).

Matos (2014, p. 38) ressalta que no governo de Dilma permanecem as contrarreformas correspondentes às exigências neoliberais, inclusive seguindo o rol de orientações do Banco Mundial para países como o Brasil, que prega o fim da universalidade na política de saúde. Dessa forma, a naturalização do setor privado no SUS é uma exigência do capital – essas medidas contrárias aos direitos sociais não se tratam de desejo particular dos governantes, mas de uma dimensão da programática neoliberal – com a qual não houve ruptura no governo do Partido dos Trabalhadores e sim continuidade.

Bravo e Menezes (2013, p. 38) ressaltam ainda que durante o governo Dilma houve negociações com planos privados de assistência à saúde para expansão desse mercado, por meio da redução de impostos e novas linhas de financiamento. Essa proposta seria uma forma de universalização do acesso à saúde por meio de planos privados, o que fortalece a universalização excludente do SUS apenas para os seguimentos mais pobres da população.

O elemento mais marcante para a política de saúde no Governo de Michel Temer (2016-2018) foi a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 (PEC 55), que prevê o teto para os gastos públicos durante 20 anos visando a recuperação da economia, mas que traz impactos desastrosos para a consolidação do SUS e fortalece o modelo privatista. Aprovada em dezembro de 2016, resulta em uma série de alterações na Constituição Federal referentes ao novo regime fiscal que estabelece limite de gastos para as despesas primárias no âmbito da seguridade social.

O congelamento da PEC 55 será feito sobre um dos valores mais baixos aplicados em saúde nos últimos anos. Diante do cenário atual de desfinanciamento na área, que já não consegue atender às demandas da população, congelar gastos por 20 anos pode resultar em um subfinanciamento crônico do qual não será possível sair. O PIB crescerá e as despesas primárias permanecerão congeladas, isso provocará inviabilização de aumentar os recursos financeiros para despesas com saúde e educação. A previsão é de que ao longo dos 20 anos deixarão de serem empregados R\$ 434 bilhões com a saúde. O impacto será maior para o Piso da Atenção Básica, medicamentos, exames complexos, cirurgias eletivas e vigilâncias sanitária, epidemiológica e em saúde (CNS, 2016).

Esse cenário desestrutura os eixos constitucionais do SUS deixando-o com recursos insuficientes, o que abre caminho para os serviços privados que deveriam ser complementares. Portanto, fica evidente que essas medidas contra o SUS não são isoladas, mas aliadas à perpetuação de outro modelo de saúde (SANTOS, 2018a, p. 1733).

Em sua análise, Viacava (2018, p. 1754) mostra o crescimento do setor de saúde privado principalmente na oferta de serviços especializados, ambulatoriais e SADT.

Gráfico 2 – Estabelecimentos privados de saúde entre os anos 1981 e 2017

- Clínica Especializada, Ambulatório Especializado, policlínica, Unidade Mista
- Hospitais
- Pronto Atendimento, Pronto Socorro Especializado, Pronto Socorro Geral
- Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia (SADT)

Fonte: VIACAVA, 2018, p. 1754

O autor também identifica uma interdependência entre os setores públicos e privados, na qual o SUS necessita dos serviços particulares para atender a população, ao mesmo tempo em que a maioria desses estabelecimentos depende dos recursos públicos porque atendem exclusivamente SUS ou são mistos.

Dessa forma, as ações governamentais ao descaracterizarem o SUS criam ideologicamente a impossibilidade de materialização da política de saúde pública (MATOS, 2014, p. 27):

[...] A saúde como um nicho de mercado, logo como um serviço que deve ser comprado pelos seus usuários, vem sendo naturalizada. [...] A condução do SUS expressa um resultado de anos de governo [...] investidos na busca da redução do Estado na garantia dos direitos sociais universais com vistas a maximização dos lucros, uma estratégia que favorece os detentores do capital (MATOS, 2014, p. 27-28).

Nesses 30 anos de Sistema Único de Saúde, o processo é de desvio das bases políticas e conceituais que orientaram a sua criação. Isso coloca a consolidação do SUS muito distante da sua ideia original, tanto por meio da não concretização de muitos aspectos da política, quanto pela retirada ou sucateamento de serviços já existentes. Isso porque, a conjuntura não possibilita uma ruptura com a privilegiação do setor privado e nem com a lógica de mercantilização.

A fração da classe trabalhadora para a qual o SUS é a única forma de assistência à saúde, envolve grande parte dos cidadãos, e embora haja divisão entre quem procura os serviços públicos ou privados, o sistema não tem estrutura suficiente para responder todas as demandas. “[...] Apesar de o SUS ser responsável pelo atendimento de 75% da população, o faz com cerca de 46% dos recursos do setor [...]” (RIZZOTTO, 2018, p. 1717). Resulta que o sistema de saúde sai da universalização para a focalização; e da integralidade para a fragmentação da atenção.

Além disso, a atuação estatal no SUS predomina nas esferas menos lucrativas – pelas quais o setor privado não tem interesse –, enquanto os serviços mais rentáveis tornam-se alvos da privatização e da terceirização. Temos como consequência a ampliação das clínicas e hospitais privados, expansão dos planos de saúde, sucateamento dos hospitais e equipamentos de saúde públicos, redução de recursos e uma política focalizada entre aqueles que não conseguem pagar pelos serviços.

Os rumos da política de saúde na conjuntura atual

Os problemas na implementação do SUS nessas três décadas podem ser atribuídos aos governos que nunca assumiram a saúde como prioridade, e também ao posicionamento de organismos internacionais, como o Banco Mundial, que nunca pactuou com o caráter universal dessa política. São agentes a favor do capital que ressaltam a desqualificação do SUS e a eficácia do setor privado (RIZZOTTO, 2018, p. 1717).

Organismos financeiros internacionais recomendam reformas no sentido de racionalização de gastos com a área social e fortalecimento da lógica privada na oferta dos serviços à população.

A partir da contrarreforma do Estado proposta pelo Banco Mundial as políticas sociais tendem: à focalização, em que os gastos sociais são dirigidos aos setores de extrema pobreza; à descentralização da gestão da esfera federal para estados e municípios sem a contrapartida de recursos necessários a esse processo, e com a participação na esfera local de organizações não governamentais, filantrópicas, comunitárias e de empresas privadas; à privatização, com o deslocamento de prestação de bens e serviços públicos para o setor privado

que é regido pelo mercado (CORREIA, 2007, p. 6).

Em documento publicado pelo Banco Mundial (BM), em novembro de 2017, que analisa a eficiência do gasto público no Brasil, são apresentados os seguintes indicadores:

O Sistema Único de Saúde (SUS) garante o acesso dos mais pobres à saúde. No quintil mais pobre, 60% dependem do SUS para atendimento primário, e mais de 90%, para atendimentos mais complexos. Mais da metade de todas as despesas públicas com saúde beneficiam os 40% mais pobres da distribuição de renda, e somente 23% cabem aos dois quintis mais ricos. Todavia, os brasileiros mais ricos beneficiam-se de maneira desproporcional da dedução das despesas com seguros privados de saúde de suas declarações de renda (IRPF), o que constitui um subsídio para as despesas de saúde privada. Somente 11% das isenções do IRPF beneficiam os 40% mais pobres da população, e somente 27% beneficiam os 60% mais pobres. Como resultado, ao considerar as isenções tributárias, os gastos públicos com saúde são menos progressivos, pois 33% dos benefícios cabem aos dois quintis mais ricos da população, e 46%, aos 40% mais pobres (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 118).

A partir desses dados, o Banco Mundial (2017, 118-119) estabelece algumas medidas que podem ser aplicadas para melhorar a prestação de serviços aliada à redução dos custos:

- Racionalização da rede de prestação de serviços, que exigiria a redução do número de hospitais de pequeno porte. Também seria necessário um modelo de gestão mais eficiente, tendo como referência a gestão hospitalar realizada pelas Organizações Sociais.
- Aumentar a produtividade dos profissionais de saúde, por meio da remuneração vinculada à qualidade e ao desempenho; e adotar um processo de produção mais intensivo com profissionais de enfermagem do que com médicos, uma vez que os enfermeiros poderiam realizar atendimentos básicos. Tendo em vista que a remuneração dos médicos é relativamente alta, “se os procedimentos mais rotineiros (consulta, prescrição de medicamentos e exames) fossem realizados por profissionais de saúde de nível mais baixo seria possível melhorar a qualidade e a eficiência dos atendimentos” com custos menores (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 118).
- Reforçar e expandir a cobertura da atenção primária a fim de reduzir o número de hospitalizações e reduzir gastos. Além disso, seria preciso melhorar a interação do SUS com o setor privado para evitar a duplicidade de serviços e a competição entre ambos.
- Redução dos gastos tributários com a saúde, que segundo o BM são altamente regressivos – e não há nenhuma justificativa para que o governo pague pelo atendimento de saúde dos grupos mais ricos da população.

Concorda-se que os gastos públicos no Brasil devem ser melhores aplicados, mas na direção de ampliação dos investimentos e dos serviços para melhor atender às demandas da população, ao contrário da análise realizada no documento, direcionada pela lógica de mercado. O Banco não problematiza a desigualdade no acesso à saúde com o intuito de pensar meios de fortalecimento da equidade e da universalidade, ao contrário. Essas proposições também sugerem a redução do SUS para atender apenas os seguimentos mais pobres da população.

A tendência das medidas adotadas pelo governo contra a crise atendem às exigências dos organismos internacionais, não só para a política de saúde, mas para outras áreas da política social. O SUS vivencia um processo de repasse de gestão para outras modalidades – Empresas públicas, Organizações Sociais, empresas terceirizadas – mediante transferência de recursos públicos, em que o Estado deixa de executar diretamente os serviços e a privatização ocorre no repasse dos recursos para outros setores.

O estado coloca-se, cada vez mais, a serviço dos interesses do capital, exigindo o protagonismo da sociedade civil nas respostas à questão social, colocando-a “como desdobramento do processo

de reestruturação capitalista e do seu corolário, o neoliberalismo” (CORREIA, 2007, p. 15). A desresponsabilização do Estado repassa para a sociedade civil, por meio de parcerias e princípios de ajuda mútua, solidarismo e voluntariado, a tarefa de responder às manifestações da desigualdade social (CORREIA, 2007, p. 5).

Essas alterações no trato da questão social, inerentes ao processo de reestruturação do capital, aliadas ao contexto de crise e junto a anunciada escassez de recursos, servem como justificativa para a retirada de responsabilidades do Estado na área social e ampliação do terceiro setor – de forma que a resposta à questão social tende a ser transferida para o âmbito imediato e individual.

Nesse contexto, as políticas sociais são acusadas de causar o esvaziamento do fundo público, como recursos mal aplicados e sem retorno, são vistas como vilãs, enquanto a eliminação da intervenção social do Estado e o livre mercado são propagados como solução parcial para a crise (MONTAÑO, 2002, p. 54).

Bravo e Correia (2012, p. 130), analisam que na proposta de contrarreforma, a sociedade é convocada a atuar como parceira do Estado, com a justificativa de necessidade de soluções inovadoras. As empresas, sindicatos, famílias e grupos comunitários são responsabilizados pelos custos e pelas soluções no enfrentamento à questão social, com a estratégia de que essas parcerias assumam diretamente os custos da crise.

As organizações do terceiro setor² emergem na área da saúde concomitante à reforma do Estado, a partir da década de 1990, como nova modalidade de gestão dos serviços de saúde e como incentivo para a produção não lucrativa, por parte da sociedade, de bens e serviços não exclusivos do Estado. Dessa forma, desempenhando função social de gestão e provisão dos serviços de saúde (MORAIS ET AL, 2018, p. 2).

[...] No caso brasileiro as Organizações Sociais materializariam a tendência crescente da “privatização ativa”, quando o Estado estimula a formação de um mercado interno na saúde, amplia as modalidades de transferência do fundo público para o setor privado e garante os instrumentos legais para a operacionalização deste novo modelo, num contexto em que a lógica mercantil vem se tornando o elemento definidor dos rumos da política nacional de saúde. (MORAIS ET AL, 2018, p. 3)

Outra tendência que ganha força na atualidade é o posicionamento da grande mídia a favor dos serviços privados. Matos (2014, p. 32) identifica que as representações midiáticas apontam para uma concepção desviante do que seja o SUS, por meio da naturalização da privatização e da terceirização, responsabilização do servidor público pelos problemas existentes, naturalização da saúde como mercadoria e normalidade da apropriação dos interesses privados pelo Estado. Tais posicionamentos têm logrado êxito junto aos cidadãos, inclusive entre a classe trabalhadora que depende dos serviços públicos.

Em âmbito nacional a grande mídia tem sido um ator que sempre jogou contra o SUS e a favor do setor privado, contribuindo para formar uma imagem negativa do sistema, que ao longo do tempo não logrou ganhar os corações dos trabalhadores, profissionais e usuários para sua defesa em tempos sombrios como os atuais (RIZZOTTO, 2018, p. 1717).

O momento atual é de apreensão frente ao atual governo federal. Pode-se mensurar a permanência das medidas adotadas até o presente momento e a prevalência das estratégias de fortalecimento do capital em detrimento da ampliação da cidadania. A princípio, o plano de governo do presidente eleito não aborda nenhum aspecto de ampliação dos investimentos na área social, ao contrário, aproxima-se muito das orientações do BM. Para a saúde a proposta é de

² As organizações sociais são regulamentadas pela Lei federal nº 9.637/98, e são qualificadas como pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde, à assistência social, ao ensino, à pesquisa, à cultura.

manutenção dos recursos atuais, fortalecimento da parceria público-privado e responsabilização apenas dos servidores na prestação de atendimentos que contemplem as demandas da população.

Nesse cenário, mais que oportuna e necessária é a retomada e o fortalecimento das bandeiras de luta da reforma sanitária. “A defesa dos espaços públicos é fundamental, particularmente porque estamos longe de termos um SUS público, com financiamento suficiente e adequado às suas atribuições [...]” (RIZZOTTO, 2018, p. 1717).

Santos (2018b, p. 2044), analisa esses 30 anos como um período de perturbações da ordem política, econômica e social, com escancaradas promiscuidades entre público e privado e no qual o capitalismo financeiro e globalizado arrefece os direitos individuais e sociais de quem nem chegou a vivê-los.

Conforme afirma o autor, é fundamental banir o dilema saúde fiscal x saúde das pessoas. A sociedade não pode abdicar do SUS em troca da saúde como mercadoria pela qual poucos podem pagar. “Sem SUS, é barbárie sanitária” (SANTOS, 2018b, p. 2049).

O retrato da política de saúde no Brasil revela a (intencional) fragilidade do Estado na efetivação das políticas sociais. As instituições, ações e estratégias existentes adotadas pelo SUS para atender as demandas de saúde da população, são parte de um projeto muito maior que como pontua Elias (2004, p. 44), “poderia ser a mais ambiciosa e abrangente política pública formulada no país”.

Considerações finais

Prevalece o antagonismo entre a possibilidade de um sistema de saúde universal com perspectiva de ampliação da cidadania e a necessidade de obtenção de lucros, para a qual o setor de saúde é altamente rentável. Em suas atribuições, o Estado burguês coloca-se a favor do capital e traz à tona um sistema inacabado, com investimentos insuficientes, focalizado e excludente.

As lutas dos movimentos sociais organizados, nas últimas décadas do século passado, provocaram a ruptura com o modelo previdenciário da saúde e resultou na construção do SUS. Hoje, as bandeiras de luta são para defesa dessa política pública, por meio da retomada das capacidades do Estado em materializar o SUS, construir formas para desmercantilização da saúde e reconhecer a importância da saúde da população acima da necessidade de acumulação capitalista.

O projeto da reforma sanitária não é só um projeto de saúde pública, mas sim um projeto que exige ruptura com a atual forma de organização social, uma vez que preconiza universalidade, equidade, justiça social, ampliação da cidadania. Esses valores que norteiam a luta pela saúde mostram-se inviáveis na sociedade do capital. Por isso a luta em defesa do SUS é intrínseca à necessidade de fortalecimento da classe trabalhadora e inserida no confronto entre capital e trabalho.

A retomada desses enfrentamentos e o fortalecimento de bandeiras de luta contra a privatização da saúde possuem grandes desafios, principalmente quanto à organização coletiva e a consciência de classe. Portanto é uma arma que os trabalhadores possuem para tentar frear as investidas mercantis contra democracia.

Referências

BANCO MUNDIAL. **Um ajuste justo:** análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Volume I. Grupo Banco Mundial. 2017

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política social no capitalismo tardio.** 6 ed. São Paulo. Cortez, 2015.

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

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência social e trabalho no capitalismo.** São Paulo. Cortez, 2016.

_____. **SUS:** a saúde do Brasil. Ministério da Saúde. Editora do Ministério da Saúde. Brasília. 2011. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf> Acesso em: 13/11/2018.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Com alterações determinadas pela Emenda Constitucional nº 97 de 2017. Senado Federal, Brasília. 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 22/11/2018.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Com alterações determinadas pela Lei nº 13.097 de 2015 e pela Lei nº 13.427 de 2017. Presidência da República. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 22/11/2018.

_____, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A política de saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. In: SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana. **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas e prática profissional**. Papel Social. Campinas-SP, 2013. p. 19-48.

_____, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n109/a08n109.pdf>>. Acesso em: 20/07/2018

CNS. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>> Acesso em: 14/11/2018.

CNS. **Os efeitos da PEC 55 na saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/11/161107-Os-efeitos-da-PEC-55-na-Saude_SenadoCDH_CNS_final.pdf> Acesso em: 23/03/2017.

_____, Maria Valéria Costa. **A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o banco mundial e as tendências da contrarreforma na política de saúde brasileira**. Temporalis, Brasília, v. 13, p. 11-38, 2007. Disponível em: <<http://files.adrianonascimento.webnode.com.br/200000178-6e4ac6f44f/Correia,%20Maria%20Val%C3%A9ria.%20O%20Banco%20Mundial%20e%20as%20tend%C3%Aancias%20da%20contra-reforma%20na%20pol%C3%ADtica%20de%20sa%C3%BAde%20brasileira.pdf>> Acesso em: 08/07/2018.

ELIAS, Paulo Eduardo. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **Revista São Paulo em Perspectiva**. Vol. 18, 2004. p. 41-46. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24777.pdf>> Acesso em: 17/02/2019.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do estado capitalista**. 8 ed. rev. São paulo. Cortez, 2000.

LIMA, Luciana Dias de et al. Sistema Único de Saúde: 30 anos de avanços e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol. 34. e001171. 2018. p. 1-2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n7/1678-4464-csp-34-07-e00117118.pdf>> Acesso em: 03/12/2018.

MATOS, Maurílio Castro de. No rastro dos acontecimentos: política de saúde no Brasil. In: DUARTE, Marco José de Oliveira et al (org.). **Política de saúde hoje: Interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais**. 1ed. Campinas-SP. Papel Social, 2014. p. 22-46.

MONTAÑO, Carlos Eduardo. O projeto neoliberal da resposta à questão social e a funcionalidade do terceiro setor. **Revista Lutas Sociais**, nº 8. São Paulo, 2002, p. 53-64. Disponível em: <http://www4.pucsp.br/neils/downloads/v8_carlos_montano.pdf> Acesso em 15/03/2019.

MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de et al. Organizações sociais da saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 34 (1), 2018. p. 1-13.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA. Rio de Janeiro: FIOCURZ, 2008.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. A reafirmação da democracia e do direito universal à saúde em tempos de ultraneoliberalismo. **Ciência e Saúde Coletiva.** Vol. 23. n 6. Rio de Janeiro, 2018. p. 1-2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601717&lng=pt&t&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 10/12/2018.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2018a, vol.23, n.6, pp.1729-1736. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1729.pdf>> Acesso em: 20/12/2018.

SANTOS, Lenir. SUS-30 anos: um balanço incômodo?. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2018b, vol.23, n.6, pp.2043-2050. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2043.pdf>> Acesso em: 13/12/2018.

SOUZA, Maria de Fátima Marinho de et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.1737-1750. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1737.pdf>> Acesso em: 10/12/2018.

VIACAVA, Francisco et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.1751-1762. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1751.pdf>> Acesso em: 13/11/2018.

Recebido em 5 de setembro de 2019.
Aceito em 11 de novembro de 2019.