



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**



ALICIA EMMILY VALENÇA SILVA

ELVES DOS SANTOS DUARTE

**SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL EM TEMPOS DE PANDEMIA: A
REESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO CONTEXTO
DA COVID-19**

Maceió - AL

2023

ALICIA EMMILY VALENÇA SILVA

ELVES DOS SANTOS DUARTE

**SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL EM TEMPOS DE PANDEMIA: A
REESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO CONTEXTO
DA COVID-19**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Dr^a Milena Medeiros

Maceió - AL

2023

**Catálogo na fonte Universidade Federal
de Alagoas Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

S586sSilva, Alicia Emmily Valença.

Saúde pública no Brasil em tempos de pandemia : a reestruturação do Sistema Único de Saúde no contexto da covid-19 / Alicia Emmily ValençaSilva, Elves dos Santos Duarte . – 2023.

76 f. : il. color.

Orientadora: Milena Medeiros.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió, 2023.

Bibliografia: f. 65-76.

1. Saúde pública. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Covid-19 (Pandemia). 4. Neoliberalismo. I. Duarte, Elves dos Santos. II. Título.

CDU: 614 : 616-036.21



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
COORDENAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE
CURSO



Folha de Aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso para
obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade
Federal de Alagoas –UFAL

Documento assinado digitalmente



ALICIA EMMILY VALENÇA SILVA
Data: 29/09/2023 21:28:00-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

DISCENTE: Alicia Emmily Valença Silva

Documento assinado digitalmente



ELVES DOS SANTOS DUARTE
Data: 30/09/2023 11:34:50-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

DISCENTE: Elves Dos Santos Duarte

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em:
25/09/2023

Titulo: **SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL EM TEMPOS DE
PANDEMIA: A REESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE NO CONTEXTO DA COVID-19.**

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente



MILENA GOMES DE MEDEIROS
Data: 29/09/2023 11:24:59-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Orientadora: Profa. Dra. Milena Gomes de Medeiros
(Universidade Federal de Alagoas)

Documento assinado digitalmente



ANDREA PACHECO DE MESQUITA
Data: 29/09/2023 11:39:54-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

1ª Examinadora: Profa. Dra. Andrea Pacheco de Mesquita

Documento assinado digitalmente



MICHELLINE COSTA DE OLIVEIRA FREIRE
Data: 29/09/2023 20:37:58-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

2ª Examinadora: Michelline Costa de Oliveira

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente à Deus, que graças a ELE, permitiu com que a condução do presente trabalho seguisse de forma contínua. Pelo amor e misericórdia nos momentos mais difíceis e nas horas em que o medo e a ansiedade nos dominavam.

Agradecemos à nossa família e em especial aos nosso país, Aurélio Serafim da Silva, Rosicleide Alves Valença Serafim, José Erinaldo Amâncio Duarte e Lilia Fernanda dos Santos Duarte, por todo o apoio durante a longa trajetória percorrida.

Agradecemos à nossa Amiga Karla Gabriela que, desde o início da graduação ao término, foi uma das pessoas que mais nos incentivou, encorajando, ajudando, orientando e, sobretudo, estendendo as mãos nos momentos em que mais precisávamos. Estávamos parados com o Trabalho de Conclusão de Curso e graças às suas palavras motivadoras, conseguimos voltar às produções.

Agradecemos à nossa preceptora de Estágio, a Assistente Social Micheline Costa, que nos mostrou a profissão de uma forma mais humana, com empatia, respeito, com estudos e com uma vasta visão científica e legal na garantia dos direitos dos usuários no Hospital Universitário.

Agradecemos à nossa Professora e orientadora, Milena Medeiros que nos acolheu de uma forma jamais vista. A professora foi e é mais do que uma amiga. Ela nos permitiu vivenciar esse processo de forma espontânea, sem pressão e com uma empatia que nos tranquilizou durante essa jornada. Não foi fácil, mas tudo se tornou melhor por ter uma orientadora tão humana quanto ela.

*“Peça a Deus que abençoe os
seus planos, e eles
darão certo.”
(Provérbios 16:3)*

RESUMO

SILVA, Alicia Emmily Valença; DUARTE, Elves dos Santos. **SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL EM TEMPOS DE PANDEMIA**: a reestruturação do Sistema Único de Saúde no contexto da COVID-19. Trabalho de conclusão de curso (TCC). Faculdade de Serviço Social (FSSO/UFAL), 2023, pág.76

A saúde pública é uma temática muito discutida pela sociedade civil, governança no âmbito municipal, estadual, federal e pelos movimentos sociais. Foi com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que se presenciou um cenário de aproximação dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS), que lhes garantiu acesso, atenção e cuidados à saúde; assim como para toda a população brasileira. Antes desse período, viu-se que a saúde estava destinada aqueles que contribuem com a previdência social, ou seja, uma parcela pequena da sociedade. Apesar de toda defasagem estrutural e escassez de recursos, o SUS é a única porta de entrada gratuita para os usuários e assim como está escrito na Carta Magna, os princípios de equidade, universalidade e integralidade devem ser preservados. Com a chegada da pandemia da COVID-19, o mundo viu as suas bases econômicas, sociais e políticas se fragilizarem, onde mais de 6 milhões de pessoas foram acometidas e vitimadas pela doença. A presente pesquisa, que realiza uma análise situacional, é de natureza quali-quantitativa e foi fruto de imprescindíveis leituras de fontes bibliográficas e documental. Na tentativa de tecer uma visão crítica do neoliberalismo e do fortalecimento, da forma ultrajante de política vigente, traçou-se aspectos desde a ditadura militar à redemocratização, com os governos de esquerda, paradoxalmente, a ascensão dos governos liberais. Foi visto também que, durante a gestão do governo anterior, o Sr. Jair Bolsonaro, a sociedade brasileira foi devastada por dois maus. A pandemia da COVID-19 e as irresponsabilidades do governo federal no tocante ao seu enfrentamento e aos cuidados da população durante esse cenário caótico que perdurou de forma mais intensa entre os anos de 2020 a 2022. Ladeado aos problemas trazidos pela pandemia, o SUS necessitou se reestruturar para garantir atendimentos como: rastreamento, testagem, internação nos leitos com respiradores, internações em leitos clínicos, medicamentos paliativos, vacinação em massa e dentre outros cuidados, que foram necessários, transformando a rotina comum dos postos de atendimento em locais especializados para tratamento e internação dos pacientes. Será evidenciado, ainda, as atuais contradições do Estado, frente à pandemia da COVID-19 e como os interesses governamentais afetaram a vida dos brasileiros ao subordinar à ciência e negligenciar as medidas adotadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização das Nações Unidas (ONU). Ao término do presente trabalho, será possível ampliar o campo de visão acerca da pandemia do Coronavírus e o posicionamento crítico ao neoliberalismo e em especial ao governo do Presidente Jair Messias Bolsonaro, nas medidas gerenciais do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Saúde Pública. Pandemia da COVID-19. Neoliberalismo.

ABSTRACT

SILVA, Alicia Emmily Valença; DUARTE, Elves dos Santos. **PUBLIC HEALTH IN BRAZIL IN TIMES OF PANDEMIC**: the restructuring of the Unified Health System in the context of COVID-19. Course completion work (TCC). Faculty of Social Service (FSSO/UFAL), 2023, pág.76.

Public health is a topic widely discussed by civil society, governance at the municipal, state, federal level and by social movements. It was with the promulgation of the Federal Constitution of 1988, that we witnessed a scenario in which users approached the Unified Health System (SUS), which guaranteed them access, attention and health care; as well as for the entire Brazilian population. Before this period, it was seen that health was destined for those who contribute to social security, that is, a small portion of society. Despite all the structural gaps and scarcity of resources, the SUS is the only free gateway for users and, as written in the Magna Carta, the principles of equity, universality and integrality must be preserved. With the arrival of the COVID-19 pandemic, the world saw its economic, social and political foundations weaken, where more than 6 million people were affected and victimized by the disease. This research, which carries out a situational analysis, is of a qualitative-quantitative nature and was the result of essential readings of bibliographical and documentary sources, qualitative-quantitative. In an attempt to provide a critical view of neoliberalism and the strengthening of the current outrageous form of politics, aspects were traced from the military dictatorship to redemocratization, with left-wing governments and, paradoxically, the rise of liberal governments. It was also seen that, during the management of the previous government – Mr. Jair Bolsonaro, Brazilian society was devastated by two evils. The COVID-19 pandemic and the federal government's irresponsibility in terms of confronting it and caring for the population during this chaotic scenario that lasted more intensely from 2020 to 2022. Alongside the problems brought about by the pandemic, the SUS needed restructure to guarantee services such as: tracking, testing, hospitalization in beds with respirators, hospitalizations in clinical beds, palliative medicines, mass vaccination and among other necessary care, transforming the common routine of service stations into specialized places for treatment and hospitalization of patients. It will also highlight the current contradictions of the State, in the face of the COVID-19 pandemic and how government interests have affected the lives of Brazilians by subordinating science and neglecting the measures adopted by the World Health Organization (WHO) and the Organization of Nations United (UN). At the end of this work, it will be possible to expand the field of vision regarding the Coronavirus pandemic and the critical stance towards neoliberalism and in particular the government of President Jair Messias Bolsonaro, in the management measures of the Unified Health System.

Keywords: Public health. COVID-19 pandemic. Neoliberalism.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Proporção de pessoas em pobreza e extrema pobreza no Brasil (%) 2022.....	32
FIGURA 2 - Estimativa do total de estabelecimentos públicos e privados.....	33
FIGURA 3 - Piso de gastos vs. despesas reais com a saúde/2017	35
FIGURA 4 - Investimento em Saúde Pública.....	42
FIGURA 5 - Orçamento destinado a saúde pública.....	43
FIGURA 6 – Evolução do PIB ano a ano em %.....	49
FIGURA 7 - Abertura de covas coletivas para as vítimas de COVID-19 em Manaus/AM.....	52
FIGURA 8 - Mimimi, gripezinha, e daí?: Declarações de Jair Bolsonaro na pandemia.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS - Atenção Primária à Saúde

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina

CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito

CPMS - Contribuição provisória sobre movimentação financeira

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais

CONASS - Conselho Nacional de Saúde

COFINS - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

COVID - 19 - Coronavírus

DRE - Demonstração do Resultado do Exercício

DRM - Departamento de Recursos Minerais

DRU - Desvinculação das receitas da União

EC- Emenda Constitucional

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESF - Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FMI - Fundo Monetário Internacional

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IEPS - Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LDO - Lei das diretrizes Orçamentárias

LQFEx - Laboratório Químico Farmacêutico do Exército Brasileiro

MARE - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

MP - Medida Provisória

MS- Ministério da Saúde

NOAS - Norma de Assistência À Saúde

NOB- Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial de Saúde **OS** - Organizações Sociais

OSS - Organização Social de Saúde

OSCIPS - Organizações da sociedade civil de interesse público

OXFAM - Oxford Committee for Famine Reliefe

PEC - Proposta de Emenda Constitucional

Programa Nacional de DST/AIDS - Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis

PIB- Produto Interno Bruto

PL - Projeto de Lei

PL - Projeto Liberal

PLP - Projeto de Lei de Iniciativa Popular

PIS - Programa de Integração Social

PNI - Programa Nacional de Imunização

PNPS - Política Nacional de Participação Social

PSF - Programa de Saúde de Família

PT - Partido dos Trabalhadores

RCL - Receita Corrente Líquida

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIAFI - Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal

SNI - Serviço Nacional de Informação

SNPS - Sistema Nacional de Participação Social

SUS - Sistema Único de Saúde

SVSA - Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

UPA - Unidades de Pronto-Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. A CONTRA REFORMA DO ESTADO E AS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	17
2.1 Contrarreforma do Estado e o Sistema Único de Saúde.....	17
2.2 A disputa do projeto privatista e a mercantilização da saúde no contexto da contrarreforma do Estado	27
3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL: O DESMONTE DA SAÚDE NO GOVERNO DE JAIR MESSIAS BOLSONARO	39
3.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da pandemia da Covid-19.....	39
3.2 A política de desestruturação do governo Bolsonaro no enfrentamento da COVID-19	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS.....	65

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho busca discutir a saúde pública no Brasil em tempos de pandemia, abordando, para tanto, os processos de reestruturação do Sistema Único de Saúde, no contexto da COVID-19.

A escolha pela temática se deu a partir da perda de um familiar para a doença, visto que, neste período, não havia ainda nenhuma previsão de imunização ativa para a população infectada. Do outro lado ver-se a descrição de alguém que atuou na linha de frente ao combate da pandemia da COVID-19, na central de triagem do Município de São Miguel dos Campos, recebendo as famílias e as direcionando para os atendimentos, dado o seu grau de urgência e também na vacinação da COVID-19, esclarecendo à população os tipos de vacinas disponíveis, sua eficácia e os grupos prioritários. O Estado não enviava a quantidade de testes para suprir a demanda e pessoas que já estavam com os sintomas da COVID, foram forçadas a voltar para as suas casas sem um diagnóstico fechado. Por se tratar de uma doença de fácil transmissão, poderia gerar ainda mais transtornos.

Para além das experiências citadas acrescenta-se a prática de estágio obrigatório onde, os autores do presente trabalho de Conclusão de Curso, dentro do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes vivenciaram a realidade de estágio no período ainda pandêmico. Em 2020, com as incertezas acerca da doença, todos os serviços foram paralisados, inclusive os estágios. Após o período de muitas incertezas e com a chegada da vacina, os números de casos confirmados e óbitos começaram a diminuir e os serviços que estavam totalmente parados começaram, em passos lentos, a funcionar. Durante a pandemia o Hospital Universitário teve os seus atendimentos reestruturados, deixando de realizar atendimentos clínicos, exames e consultas de média e alta complexidade, para se tornar uma referência para cuidados à saúde da população infectada.

A Constituição de 1988 marca um momento de reviravolta na democracia brasileira em que a saúde passa a ser considerada como direito universal assegurado pelo Estado; tendo em vista que, anteriormente à sua promulgação, apenas uma parcela da população tinha acesso à saúde se estivesse vinculada, à Previdência Social e outra parte dependia de iniciativas filantrópicas.

A lei 8.080/ 1990, estabelece marcas inovadoras para a política de Saúde no Brasil, ao postular em suas diretrizes e princípios manifestos nos direitos, indicando que as ações e serviços públicos de saúde passam a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade, como também estabelecem seus princípios: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das áreas e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde (BRASIL, 1990).

Apesar da garantia constitucional, os projetos neoliberais se fortaleceram e tentaram desvincular, através dos seus chefes do executivo, as políticas públicas, onde o entreguismo é uma das maiores chagas. O projeto privatista tenta adotar um Sistema Único de Saúde, não mais como um direito público, mas sim, como um direito privado.

Desde o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), existe um processo de desfinanciamento que leva à falência de vários serviços e afasta cada vez mais a população dos princípios do SUS presentes em sua lei.

O cenário pandêmico evidenciou as expressões da questão social presentes no país. Além de demonstrar, a existência de um sistema de saúde que vinha sendo fragilizado. O suporte que poderia advir das políticas, revelou a ausência de medidas de proteção social e a desigualdade econômica vivenciada pelos brasileiros por décadas.

Foi no governo de Jair Messias Bolsonaro, que durou de 2019 a 2022, marcado por inúmeras medidas arbitrárias de entreguismo e desfinanciamento do SUS, onde, fez com que os brasileiros perdessem cada vez mais a sua condição digna de vida. No final de 2019, a devastadora pandemia da COVID-19 colocou o mundo todo em alerta e, apesar das orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), movimentos sociais, frente dos partidos políticos, ligados a esses movimentos, a comunidade médica e científica, viu-se o extremo negacionismo do governo e

medidas contrárias às orientações mundiais de segurança.

Este trabalho foi construído, a partir de uma natureza quali- quantitativa e bibliográfica, utilizando, autores como: Ricardo Antunes (2013), Valéria Correia (2022), Francis Sodré (2020), entre outros

Os dados utilizados neste trabalho foram selecionados de diversas fontes, dentre algumas, podemos citar: Ministério da Saúde (2016/2020), entre outros órgãos governamentais, como também, de artigos, reportagens e trabalhos acadêmicos durante os meses de janeiro de 2023 a setembro de 2023.

Nesta perspectiva, o problema de pesquisa consistiu em buscar entender como ocorreu a reestruturação do SUS, durante o período de pandemia, e como o mesmo foi capaz de garantir o acesso dos serviços aos usuários. A hipótese adotada é de que, diante do período de calamidade da pandemia do COVID-19, o Sistema Único de Saúde (SUS), se reorganiza e sobrevive diante dos projetos privatistas e negacionistas do Governo Federal, na gestão de Jair Bolsonaro, conseguindo responder as demandas, e desafios da crise sanitária, de forma potente.

Estruturamos o trabalho em três seções organizadas da seguinte forma: na seção 1 Introdução – Nesta, elencamos os objetivos, o problema de pesquisa, os aspectos metodológicos e a estruturação do trabalho. Na seção 2 - será exposto o processo de contrarreforma do Estado e suas implicações para o SUS abordando, para tanto, o processo de mercantilização e privatização do sistema.

Na seção 3 - a problemática eminente está posta diante da crise sanitária vivenciada recentemente por milhões de pessoas ao redor do mundo e em especial no Brasil, pela falta de um governo sério e comprometido com a vida da população. Como se sabe, a estruturação do SUS, após a Carta Magna, passou por sucessivas e diferentes formas de gerências administrativas e ideológicas com abordagens de gestão em saúde, totalmente distintas, que se agravaram no governo de Jair Bolsonaro com a pandemia da COVID-19.

Conclui-se, que o Sistema Único de Saúde é uma referência para o mundo enquanto o maior sistema público de Saúde. A partir da Constituição Federal, nota-se que o SUS, não é apenas um modelo de recuperação à saúde dos usuários, mas também, de prevenção e proteção. No percurso histórico, a saúde pública Brasil deu um largo passo, erradicando doenças e garantindo o cuidado na linha de proteção de baixa, média e alta complexidade. Na pandemia da COVID-19, viu-se a importância desse modelo de saúde para toda população, mas, o ideário burguês e privatista, com

ênfase no governo Federal, impôs uma série de restrições aos recursos públicos. O subfinanciamento, que por hora já teve suas bases estremecidas no governo de Michel Temer, assistiu um novo capítulo, quando o governo do Presidente Jair Messias Bolsonaro torrou a legitimidade constitucional e financeira no momento em que as pessoas mais necessitavam de cuidados e atenção à saúde no cenário de crise sanitária. Portanto, o SUS foi e é o maior sistema de Saúde pública do mundo.

2. A CONTRARREFORMA DO ESTADO E AS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A partir da presente seção, serão abordados alguns elementos do processo de contrarreforma do Estado e seus influxos para saúde, como também, discorreremos sobre os projetos que defendem a privatização e mercantilização da saúde, e outros, que defendem os preceitos democráticos da reforma sanitária no país.

2.1 Contrarreforma do Estado e o Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal de 1988 é clara ao incumbir ao Estado a competência em garantir assistência integral à saúde da população brasileira. Diante dessa tratativa, o art.196 afirma que saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL,1988).

O momento político atual é contra reformista, oposto aos direitos e às lutas sociais, denotando o regresso de perspectivas tradicionais que historicamente violaram os direitos, principalmente, na área da saúde. De modo, que a participação do Estado, que deveria se concentrar na proteção integral dos direitos humanos, é extremamente avessa aos mesmos.

Nos últimos trinta e três anos do Sistema Único de Saúde (SUS), à ingerência de governos e falta de compromisso com a população, o comparativo entre o SUS na lei e o SUS no cotidiano, apresenta desafios gravíssimos.

Destarte,

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 ocorrem no repasse dos recursos para outros setores (MACEDO; SANTOS, 2019, p. 122).

De modo que, há de se supor que o processo de contrarreforma está estruturalmente atrelado ao Estado, cujo teor é retroativo em relação aos direitos sociais antes conquistados e que o mesmo esteja alicerçado no capitalismo dos dias atuais (financeiro e informacional). Tal movimento traz à tona velhos elementos já

inseridos na formação social brasileira; em que o neoliberalismo regula o mercado financeiro e permite uma intervenção limitada do Estado. É importante ressaltar que esta contrarreforma possui assuntos particulares à nossa estrutura estatal e social. Assim:

A política neoliberal recrudescer a estrutura histórica da sociedade brasileira, centrada no espaço privado e na divisão social sob a forma da carência popular e do privilégio dos dominantes, pois a nova forma do capitalismo favorece três aspectos de reforço dos privilégios: 1) a destinação preferencial e prioritária dos fundos públicos para financiar os investimentos do capital; 2) a privatização como transferência aos próprios grupos oligopólios dos antigos mecanismos estatais de proteção dos oligopólios, com a ajuda substantiva do fundo público; 3) a transformação de direitos sociais (como educação, saúde e habilitação) em serviços privados adquiridos no mercado e submetidos à sua lógica. No caso do Brasil, o neoliberalismo significa levar ao extremo nossa forma social [...] (CHAUÍ, 2000, p.94).

Desse modo, segundo Soares (2020), como consequência, a política de saúde, e os serviços tornam-se cada vez mais capitalizados. Em tempos de dominância financeira, conectam a cadeia de mercadorias e serviços, desde o espaço da produção e comercialização, até as finanças: indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, redes de hospitais, clínicas, farmácias, planos privados de saúde, seguros, bolsas de valores, linhas de crédito e financiamentos bancários, entre outros (SOARES, 2020).

É nos anos 1990 que se inicia o processo de contrarreforma do Estado brasileiro e seus primeiros impactos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, a intervenção sobre as expressões da questão social, incluindo saúde, torna-se um espaço hegemônico e lucrativo a favor do capital. E, para isso, é necessário precarizar a política de saúde, tornando cada vez mais inacessível à classe trabalhadora.

Seguindo ainda nos anos de 1990, há uma série de ações do governo (Itamar Franco, vice-presidente de Collor que assume depois de sua queda) com o objetivo de descentralizar a política de saúde e a NOB/1993¹, mesmo com o apoio do Conselho

¹ A presente Norma Operacional Básica tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.

Nacional de Secretarias Municipais (CONASEMS), não avança e o modelo de atenção à saúde permanece precarizado e insuficiente em relação ao atendimento à demanda.

Além disso, havia uma forte pressão dos representantes dos interesses do grande capital para que houvesse uma ampla reforma na Constituição de 1988, incluindo os artigos relacionados à saúde. A resistência do movimento de reforma sanitária possibilitou que não houvesse alterações específicas nessa área, no entanto, não conseguiu impedir as alterações na seguridade social como um todo (SOARES, 2020, p.44-45).

A política neoliberal implementada no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) criou instituições, como as Organizações Não Governamentais (ONGs) e Organizações de Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips), para se ajustar nas normas de editais a concorrer por verbas para implementação dessas políticas na cena pública. Assim,

As ONGs passaram a ter muito mais importância nos anos 90 do que os próprios movimentos sociais. Tratam-se de ONGs diferentes das que atuavam nos anos 80 junto com os movimentos populares. Agora são ONGs inscritas no universo do Terceiro Setor, voltadas para a execução de políticas de parceria entre o poder público e a sociedade, atuando em áreas onde a prestação de serviços sociais é carente ou até mesmo ausente, como na educação e saúde, para clientela como meninos e meninas que vivem nas ruas, mulheres com baixa renda, escolas de ensino fundamental (GOHN, 2003, p. 22).

Apesar de muitos retrocessos na saúde, houve pequenos avanços, advindos da luta e resistência do movimento sanitário; extinção do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)², criação do Programa Saúde da Família (PSF)³, entre outros.

A concretização do SUS, conforme Constituição Federal de 1988 e às Leis Orgânicas 8080 e 8142/1990, passa a ser visto como algo rentável ao capital e não mais como um espaço democrático de acesso e atendimento aos interesses da classe trabalhadora. A Norma Operacional Básica (NOB 96) de 1996, atua “como instrumento de regulação do SUS, está NOB, além de incluir as orientações operacionais propriamente ditas, explicita e dá consequência prática, em sua totalidade, aos

² Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - política pública de saúde que vigorava antes da criação do SUS e foi extinta pela lei federal 8.689, em 1993. O antigo Instituto era responsável pela assistência médica aos trabalhadores que contribuem com a previdência social.

³ Atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF).

princípios e às diretrizes do Sistema (ALBUQUERQUE, 2022, s/p).

Esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine:

os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única; os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS; os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas; a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade; os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social. (Brasil, 1996: 162-163)

A NOB 96 contempla alguns pontos dos “princípios da contrarreforma do Estado idealizada pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE)⁴ e também das propostas do Banco Mundial: atribuição aos municípios pelo estabelecimento de pacotes básicos de serviços de saúde.”

A racionalidade hegemônica do SUS é a da contra reforma que se constitui numa reatualização da racionalidade instrumental histórica do Estado brasileiro, que passa a agregar os conteúdos do ideário neoliberal, do pós-modernismo e reconfigurar a razão formal abstrata (SOARES, 2020, p.48). De modo que,

O neoliberalismo econômico e político também é parte da contrarrevolução burguesa iniciada na década de 1970. Suas orientações econômicas básicas eram a expansão dos mercados com a privatização, e a desregulamentação da economia como um todo, e noutra via, sua estratégia política era a de enfraquecer o poder dos sindicatos que foram instituições poderosas no período taylorista/fordista. Se a reestruturação produtiva é a ofensiva econômica, de âmbito estrutural, o neoliberalismo buscou atuar no âmbito político-institucional (ANTUNES, 2020, p. 293).

O acesso aos serviços prestados pelo SUS são bem desgastantes, uma vez que a população passa por um longo processo de espera, com as unidades de

⁴ Projeto Reformista implementado no governo de FHC com o objetivo de realizar uma reforma na administração pública. A principal missão deste era atuar na reestruturação do Estado, frente à incapacidade dos planos de estabilização de controlar a inflação, o descontrole fiscal. Na ampla literatura de Costa(2008a/2008b), pode – se encontrar um panorama geral e histórico sobre as transformações por que tem passado a Administração Pública Brasileira, destacando os esforços planejados de alterações no aparelho de Estado, desde 1808 até o governo FHC.

atenção primária em situação precária, déficit de profissionais qualificados e ainda falta de equipamentos e medicamentos. Diante dessa precarização, é observado que o mercado de serviços privados cresce cada vez mais, tanto que, em 2000, surge a Agência Nacional de Saúde Suplementar/1995 (ANS), segundo disposição do art. 3º da Lei 9.961/2000, a ANS tem a finalidade institucional de:

“[...] promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País”(BRASIL, 2000, s/p.).

A institucionalização de agências “autônomas” também compõe as orientações do ajuste estrutural do Estado e sua contrarreforma. A Agência Nacional de Saúde Suplementar/ 1995 (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária/1995 (ANVISA) foram criadas a fim de regular, controlar e fiscalizar atividades relacionadas com a saúde privada no Brasil. Carlos Sundfeld (Consultor jurídico e pesquisador acadêmico em Direito Público e Regulação) examina a origem dessas instituições e traz a seguinte reflexão:

A existência de agências reguladoras resulta da necessidade de o Estado influir na organização das relações econômicas de modo muito constante e profundo, com o emprego de instrumentos de autoridade, e do desejo de conferir, às autoridades incumbidas dessa intervenção, boa dose de autonomia frente à estrutura tradicional do poder político (SUNDFELD, 2000, p. 18).

Estas agências estão postas em lei e dispõe de privilégios em relação a independência administrativa e autonomia financeira. Cabe lembrar que,

A assistência à saúde, declarada pela Constituição “livre à iniciativa privada” (art. 199), não se configura como bem ou serviço sob domínio exclusivo do Estado. Portanto, ao contrário do que se passa nos setores das telecomunicações, do petróleo e da produção de energia elétrica, a iniciativa privada na saúde não necessita de autorização, permissão ou concessão por parte do poder público para exercer suas atividades. Por conseguinte, não existe aqui um interesse público decorrente de uma exclusividade ou de uma situação de monopólio por parte do Estado (NOGUEIRA, 2002, p. 102).

Cabe recordarmos que, durante toda a gestão de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006 e 2007-2010), surge uma nova etapa na contrarreforma na política de

saúde, está dar continuidade à política conservadora e ao sub financiamento da seguridade social, inclusive, a segunda etapa da reforma da previdência social. Assim,

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).

É expresso aqui, ações institucionalizadas em pactos, planos de desenvolvimento e elaboração de um projeto amplo de privatização das políticas sociais para que se adequassem à contrarreforma neoliberal. Destarte,

Se o movimento de reforma sanitária já vinha em processo de refluxo e fragmentação, no governo Lula ocorre de fato o transformismo de grande parcela das lideranças dos trabalhadores e, dentre estas, as do movimento sanitário. Isto possibilita que muitos defensores da saúde pública se engajem na produção da defesa de “inovações” na gestão da política da saúde sob o argumento da reatualização e modernização da reforma sanitária, quando, na verdade, a estão negando (SOARES, 2020, p.69).

Além da comercialização dos serviços de saúde, a área da saúde contribui significativamente para a acumulação do capital através da “compra” sistemática e contínua de novos equipamentos e medicamentos, proliferação de seguros e planos de saúde. Os recursos do fundo público da política de saúde tornam-se alvo de interesse no mercado privado. As desigualdades do sistema de saúde brasileiro são perceptíveis. Todavia, mesmo com a ampliação dos serviços hoje, o público alvo do SUS é a população pobre. Quanto menor a renda per capita (significa renda por pessoa da família) maior a dependência de uma assistência pública e quanto maior a renda per capita maior a contratação de planos privados de saúde.

Durante as gestões dos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e de Dilma Rousseff, o Brasil estava caminhando para se tornar um país desenvolvido, apesar de que mantiveram todas as políticas neoliberais aprovadas pelo governo que os antecederam, inclusive a econômica e monetária. Nesse contexto, experimentaram uma conjuntura econômica favorável ainda que, após a crise de 2008, o sistema capitalista estivesse passando por grandes problemas econômicos.

Em seu quarto mandato na presidência do Brasil, o Partido dos Trabalhadores

(PT) *“atuou para garantir os lucros do grande capital, bancos e empreiteiras e implementou políticas sociais que permitiram melhorias nos níveis de distribuição de renda e redução das desigualdades, mas não alteraram o fundamental das políticas neoliberais”.* (ANTUNES, 2013, p.297).

Ressalte-se que a contrarreforma na política de saúde segue padrões voltados à assistencialização e mercantilização da seguridade social, o que possibilita uma precarização dos serviços e direitos prestados por ela. A hegemonia do SUS não apenas se constitui pela reprodução das orientações do Banco Mundial, mas também é fruto de um processo histórico de luta e disputa que incorpora elementos próprios nesse percurso. Esses elementos têm relação com pontos importantes que contribuem para a especificidades da contrarreforma.

De modo que,

1° O direito público e universal à saúde - foi resultado da luta e organização do movimento da reforma sanitária, que contribui decisivamente para uma concepção politizada desse direito. Mesmo que tal conquista não chegue a questionar a ordem econômica e social, consiste num importante ganho para os interesses da classe trabalhadora. Isto porque no marco da formação social brasileira, com um Estado e uma sociedade profundamente autoritários e distantes dos interesses dos trabalhadores, oscilando na sua trajetória histórica entre regimes autocráticos e democracias restritas, as conquistas de 1988 e, especificamente, a organização do SUS em seus princípios originais se contra empunhavam a diversos interesses da burguesia nacional e internacional; 2° A política de saúde está diretamente relacionada a um direito humano fundamental: o direito à vida. Após a última Constituição, com a configuração pública estatal que esse direito adquiriu, dificilmente algum agente sócio político se contrapõe a ele de forma expressiva e aberta sem levantar grande resistência (SOARES, 2020, p.56).

Por outro lado, é possível listar grandes feitos no âmbito da saúde no primeiro mandato do governo Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2007), onde foram implementadas algumas propostas inovadoras, como a Política de Saúde Bucal, por meio do Programa Brasil Sorridente, além, da

Criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para o atendimento pré-hospitalar móvel no âmbito da Política de Atenção às Urgências e Emergências; o Programa Farmácia Popular, constituído por uma rede de drogarias privadas credenciada para vender produtos com até 90% de desconto em relação ao preço de comercialização, mediante subsídio governamental. Destaca-se também, a ampliação da atenção básica através do PSF com aumento de 57% no número de equipes de saúde (Freitas, 2007); aumento dos recursos do Piso de Atenção Básica, o qual passa do valor de R\$ 10,00, congelado desde 1988,

para R\$ 15,00 per capita; expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dando impulso à Reforma Psiquiátrica com intenção de "desospitalização" através do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS; a tentativa de mudança do modelo de atenção à saúde, a partir de projetos que priorizam o acolhimento e a humanização (MENICUCCI,2011, s/p).

Foram criadas também ações voltadas a grupos específicos, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, juntamente com o Programa Nacional de DST/AIDS voltado ao público de crianças e adolescentes a fim de implementar uma política de educação sexual nas escolas. Além de iniciativas voltadas à saúde do trabalhador, buscando introduzir a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST); dentre outros que cabe acrescentar relativos à saúde da população negra, quilombola, indígena e dos assentados. Ademais na aprovação do Estatuto do idoso (2003), remetendo um capítulo a promoção e recuperação da saúde do idoso.

Além dessas ações, evidencia-se um marco importante no primeiro mandato do Presidente Lula, no âmbito da gestão, com a aprovação do Pacto pela Saúde. Este traz um agrupamento de reformas institucionais, distribuídas entre três esferas do governo com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão e tem três componentes fundamentais que se define, assim:

O Pacto pela Vida, que reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados, ao estabelecer um conjunto de compromissos e metas sanitários considerados prioritários, a ser implementado pelos entes federados; **o Pacto em Defesa do SUS**, que expressa um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social para buscar um financiamento compatível com as necessidades de saúde, o que inclui a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 pelo Congresso Nacional; **o Pacto de Gestão do SUS**, que valoriza a relação solidária entre gestores, definindo as diretrizes e responsabilidades de cada esfera de governo, contribuindo para o fortalecimento da gestão - entre outras coisas, cria colegiados de gestão regionais, importantes arenas federativas de articulação entre gestores com vista ao estabelecimento de relações cooperativas, fundamentais para a garantia do acesso e da integralidade da atenção. As transferências dos recursos federais também foram modificadas, passando a ser divididas em seis grandes blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde), reduzindo drasticamente a fragmentação dos recursos e respondendo a críticas históricas dos gestores estaduais e municipais e buscando consolidar maior autonomia dos entes federados na gestão dos recursos (MENICUCCI,2011, s/p).

Sem muitas inovações, seu segundo mandato (2007-2010) reafirma a continuidade dos programas criados no primeiro mandato e enfatiza o aprofundamento e o aperfeiçoamento dos aspectos básicos do SUS.

Os compromissos assumidos pelo Ministro Temporão enfatizavam a necessidade de articular a compreensão dos determinantes sociais da saúde com o conjunto de providências e ações possíveis dentro da política setorial, destacando os limites dessa política para melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida. As proposições para as políticas de saúde se deslocam para o enfoque nas articulações entre os determinantes sociais da saúde e a política de saúde. Por essa via, a perspectiva de melhoria das condições e qualidade de vida não se limita à construção do SUS, mas ao aumento da capacidade para interferir na determinação social da doença. A *13ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2007*, cujo eixo foi "Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento", expressa essa visão. (MENICUCCI, 2011, s/p).

Para enfrentar os desafios e a gravidade dos problemas sociais ainda sinalizados em seu primeiro mandato, o governo Lula promoveu uma série de políticas, vinculadas a novas estruturas administrativas:

Segurança alimentar e nutricional, tendo como objetivo central o combate à fome; Promoção da igualdade racial: combate ao racismo e às iniquidades raciais; Promoção da igualdade de gênero; 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; Racionalização de recursos públicos por meio, por exemplo, da unificação dos programas de transferência direta e condicionada de renda(MENICUCCI, 2011, s/p).

Não se pode negar que o olhar às políticas de inclusão social foi significativo para uma assistência integral à população brasileira frente ao combate ao racismo e às desigualdades raciais, a promoção do desenvolvimento nacional; a implementação de uma política de desenvolvimento urbano; e contínua melhoria da qualidade do ensino.

De modo geral, entende-se que o sucateamento e a dificuldade do acesso à saúde é um problema estrutural, decorrente de vários fatores, dentre estes: a desigualdade em relação ao tipo de cobertura que o usuário vai receber, além do desfinanciamento da política de saúde sob a justificativa de que a saúde é uma mercadoria, além da falta de cobertura assistencial integral ao usuário.

Não podemos esquecer que:

O PT e Lula usaram a estrutura do Estado para enfrentar a crise por meio do aquecimento do mercado interno com crédito e isso permitiu que tudo transcorresse bem até meados do segundo mandato de Dilma Rousseff. Com o aprofundamento da crise e as políticas ineficientes do PT para atender aos anseios das massas trabalhadoras, uma explosão de mobilizações começam a ocorrer no final do primeiro mandato de Dilma Rousseff, em 2013, deixando o governo e o partido perplexos, pois eles estavam acostumados a dirigir a multidão conforme seus interesses, estando agora achincalhados pelas massas nas ruas, em clara oposição. Este momento marca o início do fim da era Lula/PT, ainda que Dilma Rousseff tenha vencido com diferença mínima o segundo turno das eleições presidenciais contra Aécio Neves (PSDB) (ANTUNES, 2020, p.297).

Durante o mandato da Presidente Dilma Rousseff (2011-2016), o governo enfrentou grandes problemas econômicos, implicando grandes recessões e levando o Brasil a uma estaca de extrema fragilidade social. As dívidas da união não paravam de aumentar, e “conforme Bravo e Menezes (2013, p. 23), uma das medidas adotadas nesse período foi a retirada de 20% do orçamento da seguridade social para o cumprimento no pagamento dos juros, oriundo da dívida pública”. Foram permanecidas as reformas que aconteceram de dentro da instância federal, atendendo a agenda neoliberal, do Banco Mundial e alargando as negociações com os planos privados de assistência à saúde, através da redução de encargos tributários.

Em 2016, com o golpe dado sob a Presidente Dilma e conseqüente ascensão do Presidente Michel Temer, o governo ilegítimo, se encarregou de adequar o país às exigências da acumulação capitalista em nível mundial, impondo um "novo regime fiscal" que [...] conformam a nova etapa do ajuste neoliberal, o ultra neoliberalismo (CASSIN, 2022).

Duas áreas da política de saúde foram mais afetadas do ponto de vista da influência dos interesses privados, ininterruptamente: a Atenção Básica em Saúde e a Política de Saúde Mental - o desfinanciamento da primeira vem sedimentando caminhos para sua privatização desde 2017 (CORREIA, 2022, p. 83).

Cabe considerar que o presidente Luiz Inácio Lula da Silva , ainda não fez avançar o processo da Reforma Sanitária. Percebe-se que tal estagnação, também em governos posteriores, como nos mandatos de Dilma e Temer, e demais retrocesso, no governo de Jair Bolsonaro, dadas as ações e declarações que tendem a exaltar o setor privado e a descontinuidade do financiamento contida na Emenda à Constituição (EC) 95.

Seguindo essas linhas, crescem as propostas mercadológicas de Planos de Saúde com cobertura limitada. “Em 10 de abril de 2018, ocorreu o I Fórum Brasil agenda da saúde, com o slogan “ousadia de propor um novo sistema de saúde”. De acordo com a proposta, lançada pela Federação Brasileira de Planos de Saúde, 50% da população teria acesso ao SUS, orientado para os mais pobres, e 50% pagaria planos de saúde” (FARIAS LARA, 2019, p.56). A intenção dessa proposta, retoma a ideia de Paim (2018) de reduzir a população vulnerabilizada ao acesso aos benefícios da saúde, privando o seu caráter universal e não exterminar o Sistema Único de Saúde (SUS) uma vez que, é rentável ao sistema capitalista.

Considerando esse contexto, percebe-se que o projeto neoliberal vem ganhando espaço e força na sociedade brasileira. Em concordância com Harvey (2008), o neoliberalismo vem restaurando o poder de classe, tanto nas bases econômicas quanto políticas.

Nesse sentido, evidencia-se que a aprovação de novas legislações pelo Estado tem resultado na mercantilização da saúde, conseqüentemente, a precarização dos serviços, de modo que a população é obrigada a procurar por planos privados, onde a maioria dos usuários não vão ter suas necessidades atendidas e ficaram totalmente desassistidos.

Cabe ainda considerar que os espaços destinados ao controle social, concretizados pelos conselhos e conferências de saúde, deveriam ser fortalecidos pela sociedade, no entanto, o que vem ocorrendo, é que as contrarreformas vêm sendo instituídas sem as devida discussões, de forma arbitrária, ou, até mesmo, com o aval dos próprios conselhos.

2.2 A disputa do projeto privatista e a mercantilização da saúde no contexto da contrarreforma do Estado

Como se sabe, o Estado brasileiro tem as suas bases estremeçadas principalmente a partir da Ditadura Militar, período que assombrou e representou a extrema burguesia, direcionando-se, cada vez mais, contra os direitos humanos e sociais. Diante desse tempo histórico, até os dias atuais, o país vem sofrendo essa longa e devastadora experiência do projeto privatista.

Ao término da ditadura militar, pressionada pelos movimentos sociais que clamavam por eleições diretas, o projeto de privatização que até então parecia ter

desviado o foco, voltou à cena com o Governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992), em que, a partir de 1989, o Brasil começava a vivenciar uma nova fase desse projeto e entreguismo dos aparelhos e repartições estatais.

A continuidade do entreguismo foi presenciado com Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso, Luiz Inácio Lula da Silva, Dilma Rousseff, Michel Temer e Jair Messias Bolsonaro, em que, em seus planos de governos cediam e entregavam as instituições à iniciativa privada, no marco das políticas neoliberais, em que impôs uma série de restrições ao repasse de recursos ao SUS.

Nesse sentido, destaca-se o avanço dos interesses privados sobre o SUS, desencadeando movimentos para a privatização progressiva. O SUS se estrutura e se expande no contexto em que o Estado implementa as contrarreformas para atender às necessidades do grande capital, por meio de ajustes neoliberais, alimentando o processo de financeirização do capital. Essa realidade, somada aos referidos precedentes legais na Constituição de 1988, resultou na expansão dos interesses do capital na área da saúde, no livre mercado e por dentro do SUS (CORREIA, 2022, p.76).

É necessária a compreensão de que o projeto Privatista da Saúde está apoiado no capitalismo, que difunde esse ideário, deslegitimando a importância e relevância de um Sistema Único de Saúde público, gratuito e de qualidade, principalmente para a população pobre, em troca de um sistema privado.

No contexto de disputa de interesses no capitalismo, a coalizão está arquitetada e a população, que já tanto é excluída, fica mais uma vez à mercê dos lobos e usurpadores representados pela burguesia. Todo esse traçado da Saúde no Brasil precisa ser compreendido, a partir da população usuária do serviço, pois, o sistema ultra neoliberal, do governo do Presidente Jair Bolsonaro, buscou de todas as formas entregar as repartições ou estatais do Brasil a iniciativa privada, se adequando as medidas adotadas, durante o governo de Fernando Collor.

Por outro lado, cabe destacar, que, um dos mais importantes movimentos da história do Brasil foi a Reforma Sanitária, que esteve centrado na postulação da defesa da democratização da saúde, justamente em um dos períodos mais conturbados da história, a ditadura militar. O ponto de partida, era garantir visibilidade aos usuários no acesso à um serviço de saúde de qualidade e igualitário para toda a população, mas, o que se assistia nesse período, era o alargamento das políticas neoliberais influenciadas pelos países com alto desenvolvimento, a exemplo dos

Estados Unidos.

Os movimentos sociais, os conselhos e a sociedade civil lutaram com bastante afinco contra as investidas da desastrosa gestão do governo neoliberal de Jair Messias Bolsonaro; na qual foi clara as inúmeras tentativas de usurpação do Sistema Único de Saúde (SUS), em proveito de uma nova forma de custeio e financiamento dos recursos públicos destinados à Saúde, um dos exemplos foi o decreto 10.530, de 26 de outubro de 2020, que deixou em evidência a disposição sobre a qualificação da política de fomento ao setor de atenção primária à saúde no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República, para fins de elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada (BRASÍLIA, 26 de outubro de 2020). Contudo, depois de muita pressão, sobre tal medida terrorista, o presente decreto foi revogado.

A última tentativa do Governo de Jair Messias Bolsonaro em privatizar a Saúde foi com a implementação do programa adotado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que Institui o Programa Previne Brasil, ao estabelecer o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2018).

É importante ressaltar que o novo modelo de financiamento modifica a forma como são repassados os recursos e transferidos aos municípios e passaram a ser distribuídos a partir de quatro critérios que são: captação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e incentivo financeiro com base em critério populacional. O último balanço, realizado pelo Ministério da Saúde revela que 105 milhões de brasileiros são acompanhados na Atenção Primária à Saúde, comprovando a importância de um sistema público de saúde. Sabe-se que o Brasil, apresenta condições emergentes e de desenvolvimento hiper tardio que acaba por sucumbir os serviços de assistência à população e principalmente os serviços que são referenciados pela saúde.

No centro desse debate está o projeto privatista, adequado aos trâmites da política neoliberal, que se escora na busca apoio para que a contrapartida do Estado elenque um aumento no número de serviços, através do SUS, nas grandes instituições de saúde privada. Com os desmontes realizados na Saúde Pública, subsidia uma série de privilégios ao setor privado, assim como demonstra, Santos (2016), ao afirmar que:

1 -A maior parte do gasto com saúde no Brasil é no setor privado; enquanto entre as 10 maiores economias do mundo, só na Índia o gasto privado em saúde é maior que no Brasil; 2- O orçamento do MS é menor que o faturamento das empresas de planos privados de saúde. O MS, porém, destina-se a todos os brasileiros, e os planos a um quarto da população; 3- Em 11 anos, a proporção do financiamento federal relativa ao financiamento total do SUS caiu de 58,4% para apenas 45,4%; 4- A isenção do imposto de renda para os gastos com saúde privada é enorme (equivalente a 22,5% de todo o gasto federal com saúde em 2011). Naquele ano, metade da isenção era relativa às despesas com planos de saúde; 5 -Os gastos do governo federal com assistência privada à saúde para os servidores públicos e familiares equivalem a 5% do valor total do orçamento do MS; 6- As empresas de planos privados de saúde têm forte poder econômico e financeiro e gastam bilhões de reais em publicidade; 7- Os principais fornecedores de equipamentos, medicamentos e insumos biomédicos são privados; 8 - O Brasil é o quarto maior mercado de produtos farmacêuticos de todo o mundo, e o SUS é comprador de uma grande fatia desse mercado; 9 - Os prestadores privados de serviços de saúde são responsáveis por grande parte dos leitos de internação hospitalar do SUS, e ainda há vários programas públicos de apoio financeiro a essas entidades; 10 - 66% dos equipamentos de diagnóstico e terapia encontram-se sob controle do setor privado, e 62% dos leitos hospitalares existentes no Brasil eram privados em 2013; 11 - Os gestores privados de saúde vêm sendo fortalecidos pela contratação de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) e Organizações Sociais (OS), sendo crescente sua atuação na gestão de hospitais, centros de saúde, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e unidades de saúde da família, complexificando a privatização do SUS “por dentro”, no que ainda era público, a saber, a gestão (SANTOS, 2016, p. 7).

Desse modo, todos os recursos deveriam ser pensados a partir da visão do investimento e não do gasto. Dos inúmeros ataques que o Sistema Único de Saúde sofre, cotidianamente, há a satisfação do setor privado pela desqualificação da saúde pública. Quanto mais se precariza um serviço, mais sucateado esse serviço se apresenta, mais filas de esperas se formam, mais se perde a credibilidade.

Além da concorrência desleal que enfrenta com o setor privado, desde sua criação o SUS vem sofrendo uma infinidade de ataques que claramente visam ao seu desmonte. Destacam-se o subfinanciamento com a Desvinculação das Receitas da União (DRU) em 20%, inicialmente chamado de Fundo Social de Emergência (1994), depois denominado de Fundo de Estabilidade Fiscal e, desde 2003, DRU. Atualmente, a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 143, de 2015, estabelece a desvinculação num percentual maior, ou seja, de 30% da receita para perdurar até o ano de 2023. A Emenda Constitucional Nº 29, de 2000, estabeleceu o percentual mínimo do orçamento dos estados e municípios a ser gasto em saúde, mas não alcançou os 10% pleiteados para a União, nem mesmo com mais de dois milhões de assinaturas no Projeto de Lei de iniciativa popular apresentado pelo

Movimento Saúde +10 (SANTOS, 2016, p. 8).

O projeto Privatista, dentro da ótica do capital, se consolida como alternativa para os problemas existenciais do SUS e compreende-se tais problemas, justamente, pela falta de investimento e organização na destinação dos recursos públicos. Empresas que prestam serviços de assistência integral à saúde, através das propagandas televisivas, tendem a captar mais usuários para ampliar a sua rede e fazê-las fortes, quando do contrário, poderiam ser enfáticos na luta e defesa de um SUS público, gratuito e de qualidade para todos.

A mídia hegemônica que diariamente vincula a imagem do SUS totalmente sucateado, degradado, com longas filas de espera e com estruturas horripilantes, tem contribuído para que, cada vez mais, as pessoas sejam usurpadas pelos planos de saúde.

Em um documento publicado pelo Banco Mundial, em que analisa os gastos públicos com a saúde no Brasil, entende que:

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).

Diante desses indicadores, o Banco Mundial estabeleceu algumas medidas que visem a melhoria na prestação dos serviços para além da 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. 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.

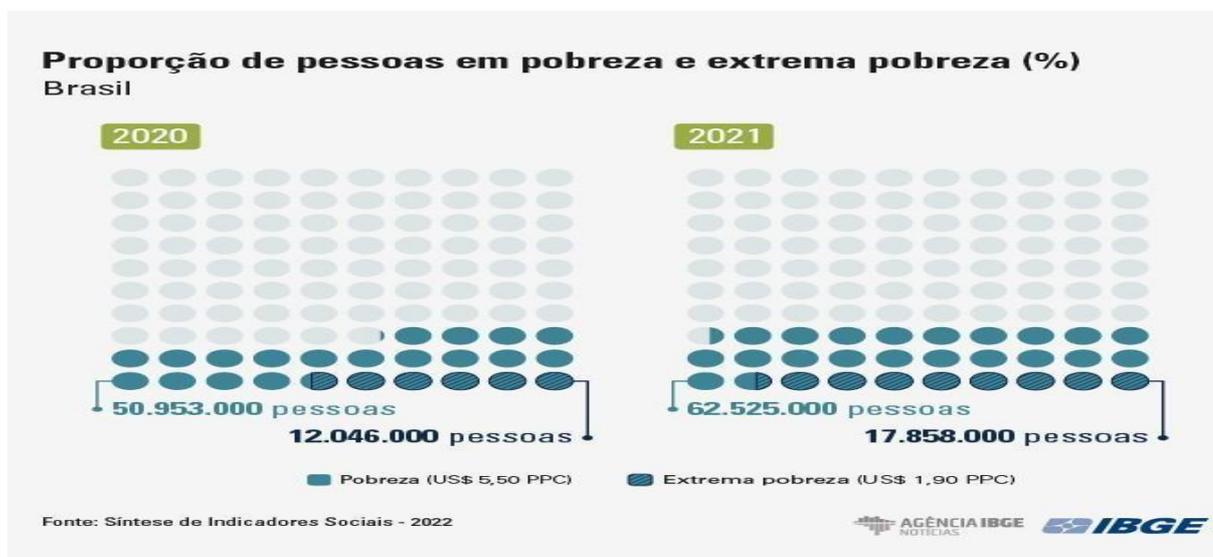
- Redução dos gastos tributários com a saúde, que segundo o BM são altamente regressivos – e não há nenhuma justificativa para que o governo pague pelo atendimento de saúde dos grupos mais ricos da população. Concorde-se que os gastos públicos no Brasil devem ser melhor aplicados, mas na direção de ampliação 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 segmentos mais pobres da população (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 118).

Vale ressaltar que, embora a visão do Banco Mundial seja também a visão do neoliberalismo e do projeto privatista, que esconde a legitimidade de do sistema público de saúde em prol do ideário liberal, em que cada indivíduo arca com as suas despesas na saúde; salienta-se a urgente necessidade em interpretar as medidas postas no documento do Banco Mundial, pois o mesmo evidencia o paradoxo entre o capital e o social.

Entretanto, do ponto de vista do capitalismo o argumento será sempre que se pode fazer mais com menos recursos. Todavia, já evidenciamos que não se consegue fazer uma saúde pública de qualidade sem o mínimo de investimento.

Se considerarmos a situação de desigualdade social no Brasil, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 65 milhões de pessoas vivem na condição de pobreza, e são essas pessoas, as que mais necessitam do SUS.

Figura 1- Proporção de pessoas em pobreza e extrema pobreza no Brasil (%) /2022

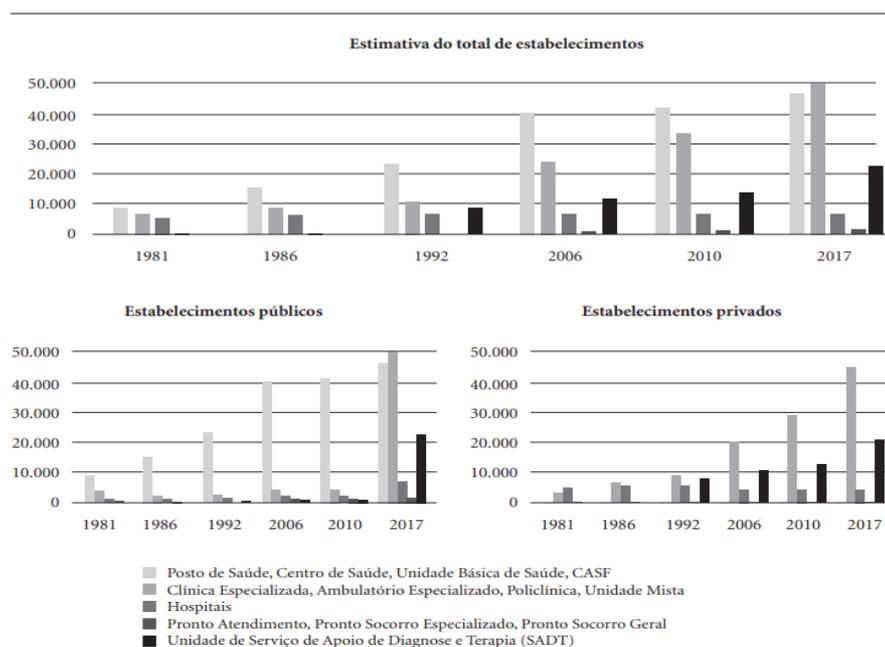


Fonte: Síntese de Indicadores Sociais, 2022.

Os dados acima evidenciam a proporção de pessoas que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza, no Brasil, denotando ser amplamente alargado o número de pessoas que vivem nessa condição. Esses indicadores, nos fazem refletir que o governo deve adotar uma postura social e comprometida com a vida das pessoas, ampliando a política pública da saúde e direcionando, suas ações, a um caminho oposto à privatização, pois, imagina-se que uma vez privatizado, aqueles que hoje ainda tem acesso aos serviços de saúde, de forma gratuita, terá que arcar com suas despesas, além de que, os princípios constitucionais que garantem um acesso integral e universal, seria rasgado. Conforme os dados referenciados somando-se, o número de pessoas que vivem em pobreza aos de extrema pobreza totalizam-se 80.383.000 de brasileiros e brasileiras que estariam vulneráveis aos “coronéis” da saúde.

Viacava, et al (2018), realizou uma série histórica, no que diz respeito à oferta dos serviços em saúde no Brasil, constatando um aumento exponencial no número de estabelecimentos em saúde, de profissionais alocados e entre outras referências. A figura abaixo exemplifica essa ampliação no SUS:

Figura 2 - Estimativa do total de Estabelecimentos Públicos e Privados



Fonte: AMS/IBGE (1981,1986,1992) e CNES/MS (2006, 2010 e 2017)

Entre os anos de 1981 e 2017 o número de estabelecimentos em Saúde no Brasil cresceu de 21.532 para 129.544; número esse que compreende a rede pública e a rede privada. Dos indicadores apresentados, compreende a Atenção Primária à Saúde, especialidades, média e alta complexidade hospitalar, como também, o número de profissionais que continuou a crescer.

Há que se considerar que, o funcionamento da maior política pública de saúde funcionaria bem se o custeio não fosse patenteado com um determinado teto, que prejudica o funcionamento, desde a atenção primária até os serviços mais complexos. 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). O discurso dominante é de ajuste fiscal permanente nos programas sociais.

Santos (2018) reflexiona que, graças a um subfinanciamento— em vigor nos últimos 30 anos —, realizado por parte do Governo Federal, ocorreram profundas distorções na política de Saúde, dos quais destaca-se:

- (1) Desconsideração da indicação constitucional do mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social(...);
- (2) Desvio indevido de ponderáveis recursos do SUS para outras prioridades de governo. Ocorreu a partir de 1997, com os recursos recém aprovados da CPMF para serem aplicados no SUS; e piorou em 1994 com o Fundo Social de Emergência que em 2000 passou para a

DRU (Desvinculação das Receitas da União), retirando 30% do OSS. Não por acaso, em 1997 foi extinto o importantíssimo Conselho Nacional de Seguridade Social por decreto presidencial. (3) Aprovação em 2000 da Emenda Constitucional 29 que vincula o financiamento do SUS à receita dos impostos somente para os Estados e Municípios; da Lei da Responsabilidade Fiscal que limita o quadro público de pessoal, com fatal penalização dos municípios; e da Lei que criou a Agência Nacional de Saúde (ANS) para desenvolvimento e regulação dos planos privados de saúde;

(4) Crescimento e sistematização de três formas de subsídios públicos federais ao mercado de planos e seguros privados de saúde nos anos 1990: (a) renúncia fiscal para as empresas dos planos privados, estendida ao mercado de fármacos; (b) cofinanciamento público de planos privados de saúde aos servidores e empregados públicos dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário; e (c) não ressarcimento pelas empresas de planos privados ao SUS – o que é obrigatório por Lei – pelos serviços públicos prestados aos seus consumidores.

(5) “Engavetamento”, em 2004, do PL-01/2003, após aprimoramentos e aprovação arduamente construídos pela militância SUS nas três comissões obrigatórias na Câmara dos Deputados durante 2003 e 2004. O PL elevava o financiamento federal para o mínimo de 10% da Receita Corrente Bruta da União, e significava acréscimo de 0,7% do PIB para o SUS, passando de 3,6 a 3,9% para 4,3 a 4,7%, com obrigação legal de aplicação em repasses equitativos para a Regionalização.

(6) “Engavetamento” em 2007 no Senado, do PL-121/2007, similar ao PL-01/2003.

(7). A partir de meados da primeira década dos anos 2000, amplo, fortemente subsidiado e facilitado financiamento público proveniente do BNDES e do BID para edificações dos hospitais privados de grande porte, conveniados com o SUS e credenciados por grandes empresas de planos e seguros privados de saúde. Assim como para a instalação de hospitais próprios dessas empresas.

(8) Veto governamental ao artigo do PL 141/2012 que dispunha sobre o mínimo de 10% da RCB para o SUS (terceiro engavetamento), mantendo os demais artigos dos PL-01/2003 que tratam dos gastos.

(9) Veto governamental ao debate aberto e à votação do Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLP-321/2013) requerido por dois milhões de assinaturas de eleitores. Esse PLIP havia sido articulado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil e mais de 100 entidades. Foi o quarto engavetamento que resgatava os PL-01/2003, 121/2007 e original 141/2012.

(10) Sem debate com o CNS, com gestores e militantes do SUS, e com a sociedade, foi aprovada em curtíssimo prazo a inclemente PEC 358/2013, hoje EC-86/2015 que dispõe sobre a aplicação de 13,2% até 15% da Receita Corrente Líquida-RCL de 2016 a 2020, que obriga a execução pelo MS das emendas parlamentares impositivas (0,65 da RCL), exclui a reavaliação constitucional quinquenal, com valores abaixo dos dispostos pela EC-29 e constitucionaliza o subfinanciamento federal do SUS.

(11) Aprovação da MP-619/2013 que estende a renúncia fiscal das contribuições sociais COFINS e PIS às empresas de planos privados de saúde.

(12) Aprovação da MP-656/2014 que estende a entrada do capital estrangeiro no mercado nacional da rede privada ambulatorial, hospitalar e laboratorial, além do apoio ao mercado de planos privados já contemplado pela Lei 9656/1998.

(13) Envio pelo Governo à Câmara dos Deputados, da PEC 87/2015 que elevou a DRU de 20% para 30%, criou a DRE

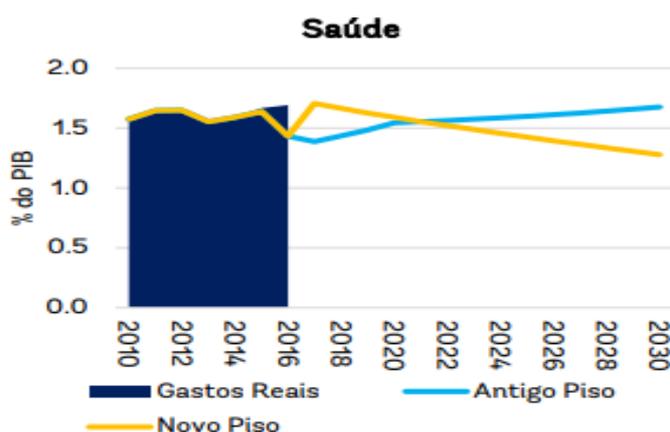
(desvinculação da receita) para os níveis estaduais e municipais (DRM) também em 30% prorrogando-a de quatro para oito anos, e preservando a base de cálculo do financiamento do SUS nas três esferas. (14) Veto presidencial ao artigo da LDO/2016, permitindo queda no orçamento do SUS de 2015 para 2016, estimada entre R\$8 e 14 bilhões.

(15) Aprovação no Congresso Nacional da EC 95/2016 que reduziu a correção anual do financiamento federal da área social, inclusive do SUS, zerando o crescimento real ao substituir o piso vinculado à evolução da receita pública pelo teto vinculado à inflação do ano anterior (SANTOS, 2018, p. 1731-1732).

Com efeito, a previsão é de que, ao longo dos 20 anos, deixarão de ser empregados R\$434 bilhões para 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).

Diante da PEC 55, a figura 3, expressa abaixo, demonstra a queda dos gastos reais até 2030 com o novo piso que estabelece um teto nas despesas públicas, especialmente na Saúde. Com efeito, o documento do Banco Mundial, evidencia o descaso do governo.

Figura 3 - Piso de gastos X despesas reais com a saúde/2017



Fonte: Banco Mundial, 2017.

Se observarmos as postulações postas pela comissão econômica para a América Latina e caribe, vemos que a mesma estipula que os países devem investir 6% do seu PIB para que tenham um financiamento satisfatório em seu sistema de saúde. Assim, postula:

Dada a natureza da crise enfrentada atualmente, é importante analisar com mais detalhe a saúde. A região está longe de alcançar

os necessários 6,0% de gasto do governo central em relação ao PIB defendido pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com saúde (OLIVEIRA, 2020, p.11).

Diante desse cenário, Souza (2021, p.199), ressalta: “o caso brasileiro, mesmo sendo uma das maiores economias do mundo, ficou atrás de países de seu continente, a exemplo do Chile e Peru”. Durante a pandemia da COVID-19, o Brasil viu o seu investimento em torno de 11,2% do Produto Interno Bruto, do contrário, os países como Chile e Peru, que apresenta um desenvolvimento econômico inferior ao Brasil, teve seu investimento em 20,6% e 19,6% respectivamente.

Reitera-se que o Sistema Único de Saúde, sofre diariamente as pressões que o Estado impõe sobre a destinação dos recursos públicos. No contexto da mercantilização, a saúde é tratada como uma mercadoria. Outro agravante é a colisão que existe com o tripé que compõe os princípios do SUS — equidade, universalidade e integralidade —, dadas as inúmeras tentativas de privatização do serviço público de saúde.

Assim, a contrarreforma do Estado, coloca mais uma vez, a população rumo ao abismo e entregue nas mãos dos grandes usurpadores e detentores do poder.

Para idem, o romantismo das privatizações é sinônimo de precarização, ainda mais em um país com estruturas emergentes como o Brasil, em que o desemprego é uma chaga e que um salário mínimo mal serve para a manutenção da vida humana. Quando se fala em SUS, há uma grande necessidade em defendê-lo dos lobos e guardiões do capitalismo que pedem, cada vez mais, a existência de governos de cunho ultra neoliberal, para a sua manutenção e ampliação dos seus projetos privatistas.

A saúde pública não pode ser uma mercadoria, logo não pode estar à venda e, apesar do capital vir com toda a sua força na tentativa usurpante, faz-se obrigatória a defesa intransigente do SUS. De modo que,

[...] O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e

a promoção da saúde (BRASIL. [s.d.], s/p).

Por fim, entendemos que os impactos que a política de privatização e mercantilização, alicerçada na contrarreforma do Estado brasileiro, ampliou e intensificou o entreguismo no Brasil.

Na seção três, a seguir, a abordagem estará voltada aos acontecimentos recentes, vivenciados pela maior tragédia sanitária da história — causada pela pandemia da COVID-19 —, e aos impactos negativos da gestão do presidente Jair Messias Bolsonaro, que ao operar no comando do Governo federal causou tal ingerência no Ministério da Saúde, durante o período de 2020, que levou o sistema de saúde à múltiplas falências, resultando em um dos maiores colapso da saúde pública.

3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL: O DESMONTE DA SAÚDE NO GOVERNO DE JAIR MESSIAS BOLSONARO

Na presente seção discutiremos a crise sanitária e a reestruturação do Sistema Único de Saúde, com a pandemia da COVID-19, no bojo da gestão do governo Jair Messias Bolsonaro.

3.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da pandemia da Covid-19

Como vimos anteriormente, a Constituição Federal Brasileira de 1988 impulsionou uma série de garantias à população brasileira, dentre elas, o acesso à uma saúde universal e plural para todos. Os marcos legais obtidos pela citada Carta Magna evidenciam a predominância da saúde como um direito de todos e dever do estado, além de elencar o tripé da seguridade social, especificando a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, como aspectos de suas diretrizes.

Ao longo dos anos, o SUS passou por uma gigante reestruturação, principalmente, no que tange às formas relacionadas às estratégias de atendimento, acompanhamento e monitoramento da população assistida. No núcleo da saúde mental, por exemplo, o entendimento é ainda amplo, pois ultrapassou-se às lobotomias para um atendimento humanizado entendendo as particularidades de cada usuário, aproximando-os e acolhendo-os nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos Serviços de Urgência e Emergência, das UPAS; nos do SAMU; na vigilância à saúde epidemiológica às endemias, dentre outros serviços que deram e garante, até os dias de hoje, uma crescente na qualidade de vida da população (SODRÉ, 2020).

No decorrer das três décadas de criação do SUS, Lima et al (2018) destaca os avanços alcançados, como a cobertura do Programa Saúde da Família (PSF), que vem contribuindo para a redução da mortalidade infantil e de doenças cardiovasculares, a ampliação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), 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.

No que tange às epidemias, vivenciou-se um cenário agravante, no final de 2019 e que até os dias de hoje aterroriza a população em todo o mundo. A COVID-19 colocou em evidência a importância do Sistema Único de Saúde, não como um paliativo e, sim, como um sistema público resolutivo que salvou a vida de milhões de brasileiros.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021), os sistemas de saúde apresentavam enormes déficits para o enfrentamento de uma emergência sanitária dessa magnitude, especialmente nos países mais pobres. É notório que as desigualdades socioeconômicas e os meios de combate e prevenção do vírus estão relacionados a distribuição desigual dos padrões epidemiológicos, uma vez que, os países ricos foram os primeiros a serem atendidos em relação as vacinas, em alguns casos, muito acima da demanda local, em comparação à oferta escassa nos países mais pobres.

Estatisticamente, no auge da pandemia, os países ricos, que representavam 15% da população mundial, detinham 45% das vacinas, enquanto os países de baixa e média renda, representando quase a metade da população mundial, tinham acesso a apenas 17% das vacinas disponíveis.' (SIMIONATTO, 2023, p.)

A doença gerou muitos condicionantes de impacto social, ambiental e habitacional. Houve um grande aumento na circulação urbana, propiciando um maior contágio da doença. De modo que,

[...] No Brasil, a pandemia da Covid-19 escancarou as desigualdades regionais no acesso à saúde e à vacinação. Segundo dados da OXFAM (2022), no final de julho de 2022 80,1% da população estava totalmente vacinada, sendo o quarto país do mundo com o maior número de doses aplicadas, atrás apenas da China, Índia e Estados Unidos. Contudo, o estado mais rico do país, São Paulo, foi o único a atingir a meta de 90% de cobertura vacinal completa estabelecida pelo Ministério da Saúde. Na região Sul, apenas 16% dos municípios chegaram a mais de 80%. As cidades com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) tiveram menores taxas de vacinação, o que ratifica a distribuição desigual dos imunizantes, decorrente da desigualdade estrutural do país, de nossa precária democracia e, conseqüentemente, do frágil acesso ao direito à saúde (SIMIONATTO, 2023, p.2).

Assim, as expressões da questão social foram evidenciadas nesse processo, uma vez que, a informalidade agravar a precarização do trabalho, as disparidades salariais, as condições de habitação e, conseqüentemente, ocorre uma expressiva

diminuição de investimentos em políticas públicas, tornando o Brasil um dos países com as piores condições de vida para sua população.

Segundo dados do IBGE (2022), a extrema pobreza bateu recorde em nosso país em dois anos de pandemia. Entre 2020 e 2021, o número de pessoas vivendo em situação de miséria teve um salto de quase 50%. No mesmo período três, em cada dez brasileiros, passaram a viver abaixo da linha de pobreza, anunciando um acréscimo de 22,7% em comparação a 2020. Já o número de pessoas em situação de extrema pobreza, lamentavelmente, subiu 48,2% no mesmo período.

O Vírus não escolhe suas vítimas, todavia, é inegável que no que diz respeito a camada social subalterna é a mais afetada. Durante a pandemia, observou-se que a taxa de mortalidade no Brasil atingiu a população mais carente. Cabe acrescentar que, historicamente, a população negra sempre ficou em segundo plano diante de toda a dominação burguesa, ao entender o indivíduo negro como uma objetificação destes e de extrema dominação. O primeiro caso da pandemia da Covid-19 no Brasil, foi de um homem que acabava de chegar de uma viagem internacional, trazendo junto à sua bagagem, o vírus que infectou inúmeras pessoas. Estamos evidenciando a cima o primeiro caso de covid confirmado a um homem rico, que estava em viagens turísticas, tendo por conhecimento a propagação que se espalhava pelo Mundo. Quando falamos verdadeiramente dos trabalhadores e trabalhadoras, a primeira morte foi de uma mulher, negra, empregada doméstica, assalariada e pobre. Aqui há um enorme descompasso na forma de contágio do vírus, sendo no segundo caso, a forma mais intensificada, pois, a empregada doméstica não foi contaminada pela doença em viagem, ela estava trabalhando e foi contaminada pelos seus patrões. Infelizmente essa relação trabalhista escassa e opressora, não permitiu que a mesma seguisse em isolamento em sua residência, como recomendava a organização mundial de saúde.

Como escreveu Harvey (2020), esta pandemia exhibe todas as características de classe, gênero e raça e suas consequências recaem incisivamente sobre as populações mais pobres e vulneráveis como: idosos, indígenas, quilombolas, trabalhadores informais, privados de liberdade, os refugiados, pessoas em situação de rua, moradores de favelas e comunidades ribeirinhas e periféricas, entre outras em situações análogas. Além disso, segundo indicações da OMS (2021), há mais pessoas brancas que negras vacinadas contra o Coronavírus no Brasil, apesar da população negra ser maior que a branca, o que demonstra o impacto direto das desigualdades e do racismo estrutural na vida de milhares de brasileiros excluídos do

direito e do acesso aos serviços.

Como se sabe, no auge da pandemia foi fortalecida a ideia de que a economia precisava ser “salva”, ou seja, a população foi exposta ao vírus, dizimando a parte mais vulnerabilizada da sociedade somente para manter os interesses burgueses intactos frente à crise estrutural do capital.

O demonstrativo quantitativo do ranking mundial mostra que o Brasil ficou em 2º lugar em maior número de mortes do mundo (312.206), perdendo apenas para os Estados Unidos. A propósito, até 2021 foram registradas

2.787.593 mortes com 127.349.248 casos de COVID-19, com muitos evoluindo para casos graves. (WHO, 2021). Além disso:

[...] Mesmo antes da pandemia, a crise econômica capitalista já havia provocado um impacto violento sobre a economia brasileira, com os seguintes aspectos: uma crise social com elevada taxa de desemprego de 12,2% em 2019, isto é, um em cada quatro trabalhadores se encontrava desempregado; um gasto público irrisório, aprisionado pela EC nº 95/2016, desde 2017; e um crescimento vertiginoso de 9,5% da dívida pública em 2019, correspondendo a 56% do PIB, tendo realizado um pagamento com juros e encargos dessa dívida de R\$ 478,0 bilhões, isto é, quase quatro vezes a mais que o valor empenhado para ações e serviços públicos em saúde (CARNUT, 2020). Desse modo, a crise capitalista é gravíssima e coloca a economia brasileira à deriva, sem um poder de comando responsável para conduzi-la. As contrarreformas do governo Bolsonaro só têm feito agravá-la e maquiá-la como sendo uma crise provocada pela covid-19. É preciso que se mobilize nos planos global, regional e nacional os meios para deter o agravamento das desigualdades socioeconômicas – e consequentemente de saúde – que virão como consequência da contração econômica, estimada em 5,3% para a América Latina, empurrando mais de 30 milhões de habitantes desta região para a pobreza 5 (MENDES, et al., 2023, p. 5).

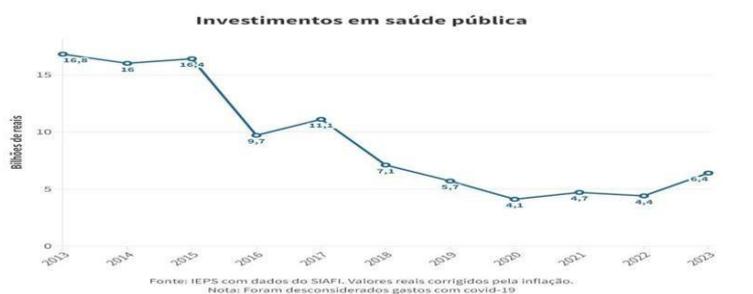
Desse modo, a crise capitalista, que já vinha sendo um problema para a economia brasileira, se agrava de maneira exponencial. Nesse cenário, a dimensão neofacista e autocrática do governo Bolsonaro pode ser identificada, entre outros fatos, quando da retirada dos direitos dos trabalhadores, a intensificação de suas jornadas de trabalho e a utilização do fundo público, prioritariamente, pela acumulação privada.

Evidencia – se ainda, em seu primeiro ano de governo, reformas neoliberais nos setores tributário, administrativo, sindical e previdenciário; sendo este o último contemplado neste período. Ademais, algumas propostas de Emendas

Constitucionais foram colocadas em discussão. Destacam-se: [...] A PEC dos Fundos Públicos (nº 187/2019), que extingue 248 fundos infraconstitucionais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios; a PEC do Pacto Federativo (nº 188/2019) que aciona o gatilho das medidas de ajuste austero nas despesas primárias do orçamento dos três níveis da federação; e a PEC nº 186/2019, a única aprovada, passando a se denominar EC nº 109/2021, que condiciona a concessão de um reduzido novo auxílio financeiro à população, durante o segundo ano da pandemia e promover ataques diretos aos direitos dos servidores públicos.(MENDES ,et al, 2023, p.7).

Segundo o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), os investimentos em saúde pública no Brasil caíram 64% e perderam R\$10 bilhões entre 2013 e 2023. Os valores minguaram de R\$16,8 bilhões, em 2013, para R\$6,4 bilhões em 2023. Os menores repasses nesse período ocorreram no governo Jair Bolsonaro (PL): R\$4,1 bilhões em 2020 e R\$4,4 bilhões no ano passado, como consta na figura abaixo:

FIGURA 4 - Investimentos em Saúde Pública



Fonte: IEPS com dados do SIAFI. Valores reais corrigidos pela inflação.
Nota: Foram desconsiderados gastos com COVID-19.

Como dito anteriormente, o orçamento destinado à saúde pública despencou drasticamente entre 2013 e 2023, considerando os gastos no combate à COVID-19

será de R\$182,6 bi, um crescimento de apenas R\$4,5bi em termos reais. Para Victor Nobre, pesquisador do IEPS e um dos autores do estudo, a estagnação do orçamento representa um dos principais problemas para o sistema de saúde brasileiro. “O orçamento precisa acompanhar as demandas de saúde da sociedade brasileira. Nos últimos 10 anos, acompanhamos um processo de envelhecimento da população e o aumento de doenças crônicas, que irão se perpetuar nos próximos anos. O orçamento da Saúde precisa crescer para lidar com esse novo cenário ou o sistema vai continuar enfrentando problemas como precarização e sobrecarga”, explica Nobre (s/p).

Para o autor em tela, o governo federal sabotou escancaradamente o combate a COVID-19 com a sua postura moralista e negacionista da ciência que dificultou a contenção da doença. Este se eximiu de suas funções negando a gravidade da situação e minimizando a importância das políticas públicas, como consta na figura abaixo.

FIGURA 5 - Orçamento destinado à saúde pública



Fonte: SIAFI. Valores reais corrigidos pelo IPCA de dez./2022. Nota: Para a construção da série histórica da "LOA saúde sem COVID", foram desconsiderados todos os Planos Orçamentários que tenham alguma associação com gastos com COVID-19.

Fonte: Sistema Integrado de Administração Financeira.

Zizek nos alerta:

A preparação para as prováveis, e já anunciadas emergências

sanitárias futuras requer a defesa da ciência, o combate ao negacionismo introjetado nas diversas camadas de classe e à mentalidade reacionária e anti democrática arraigada em nossa realidade, mas, sobretudo, tornar efetiva a presença do Estado na definição de uma agenda propositiva de políticas públicas, e não apenas na saúde, para antecipar-se aos desafios futuros e às travessias a serem realizadas, a despeito do elevado grau de incertezas e temores que nos impõe o tempo presente (ZIZEK. 2020, p.9).

De acordo com Conselho Nacional da Saúde (CNS, 2021), ao ser declarado estado de calamidade pública, em 2020 em função da pandemia, houve a suspensão da regra do teto de gastos da EC nº 95/2016. Porém, mesmo com esta suspensão, o gasto para o enfrentamento da crise sanitária foi baixo, correspondendo a apenas R\$ 39,4 bilhões (valores pagos), ou seja, 31,5% do total do orçamento do MS para 2020, assim distribuídos: 22,8% em transferências para estados/DF; 58,6% em transferências para os municípios; 14,4% em aplicação direta pelo MS; e 4,0% em transferência ao exterior (CNS, 2021). Essa investida, contra a saúde pública, já se estendia, antes da crise sanitária do coronavírus, o que se agravou ainda mais.

Nesse contexto de arrasamento da saúde pública no governo Bolsonaro, destaca-se o modelo de “financiamento” da Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS, aprovado em dezembro de 2019 e iniciado em 2020; com o intuito de transformar o sistema de saúde apenas para pessoas em situação de vulnerabilidade social extrema (aos pobres) mediante cadastro, o que abre precedentes para o desmonte da APS e o SUS, fortalecendo a apropriação do capital privado.

Assim,

[...] Em que pese o avanço da privatização dos serviços de média e alta complexidade, após a EC nº 95/2016, a conjuntura começa a provocar mudanças, exigindo do capital sua readequação. Esse impedimento constitucional de expansão da incorporação tecnológica na média e alta complexidade do sistema público fez com que o novo nicho de acumulação de capital no sistema de saúde se direcionasse, prioritariamente, para a atenção primária. Daí, é possível compreender o sentido do novo modelo de financiamento da APS no SUS estar sintonizado com a lógica do cadastramento das pessoas mais vulneráveis. Abre-se espaço para a segmentação da clientela das áreas associadas, nas quais apenas uma pequena parcela mais vulnerável é coberta e a maior parte da população é redirecionada ao mercado (IEPS, 2023, p.10.).

Outro ponto a destacar é o fato da Atenção Primária mostrar-se cada vez mais dependente de maior execução por parte de Emendas de Relator, do que por despesas discricionárias. *“Na prática, isso significa uma transferência da*

responsabilidade de priorização de gasto público do Ministério da Saúde para os parlamentares nesse conjunto de despesas”. (INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE, 2023).

Além disso, a não transparência e ingerência de informações e recursos afetam diretamente no orçamento que seria aplicado na APS, na Média e Alta Complexidade ou em outras instâncias. Isto reflete em: problemas estruturais, falta de coordenação na alocação de recursos, possível ineficiência e impacto limitado dos gastos, impossibilitando a prestação de contas governamentais. O que deslegitima a saúde como um direito universal e desconsidera a qualidade de vida da população. Assim, infringe os princípios básicos que asseguram aos brasileiros o acesso ao atendimento. Mais à frente, serão discutidas temáticas inerentes à pandemia, como a falta de EPI, falta de profissionais e os hospitais de campanha.

O panorama até então apresentado, que reflete a precária condição do SUS no enfrentamento à pandemia, em larga medida, é fruto da desastrosa política traçada pelo governo de Jair Messias Bolsonaro.

3.2 A política de desestruturação do governo Bolsonaro no enfrentamento da COVID-19

Conforme advoga Sodré (2020), em janeiro de 2020, assistiu-se, através dos veículos de comunicação, o anúncio do primeiro caso confirmado para a doença, exatamente no dia 26/02/2020. Paralelo ao primeiro caso, percebeu-se a falta de comprometimento do governo Brasileiro para o isolamento dos aeroportos e testagem dos pacientes vindos do exterior. As especulações, após a confirmação do primeiro caso, davam cena as principais manchetes de notícias nos telejornais. O duplo medo estava instaurado, pois pouco se tinha conhecimento sobre a COVID-19 e muito sabia-se que o governo federal não iria se comprometer em levar uma saúde de qualidade em pleno início da pandemia, pois, o projeto privatista já era uma realidade interna da gestão (SODRÉ, 2020).

O ponto de eminência para a contradição existente, no ano de 2020, estava posto nas discordâncias entre o Presidente da República e o Ministério da Saúde, ocasionando mais à frente, na cisão do então Ministro Luiz Henrique Mandetta. Assim, a pandemia fez com que o Ministério da Saúde adotasse um planejamento imediato para a promoção das ações voltadas para o contingenciamento da doença por todo o

território. Nesse sentido, o *SUS necessitou de reestruturação* imediata nos postos de atendimento precarizados, saindo das rotinas que já estavam acostumados, pela falta de entendimento dos governos em garantir investimentos em larga escala dentro da maior política pública de saúde do Mundo (UNA/SUS, 2021).

Diante das questões levantadas frente a ingerência do governo no enfrentamento da pandemia, coube ao presidente Jair Bolsonaro questionar todos os pontos referenciados de forma desdenhosa como: “E daí? Lamento! Quer que eu faça o quê?” Essas foram as primeiras declarações que ocasionaram grandes debates de repercussões negativas para o governo federal. Após as intensas declarações da Organização Mundial da Saúde (OMS), o governo Federal continuou se eximindo da responsabilidade, ao passar para os governadores a autonomia para que os estados realizassem as intervenções e os decretos sobre a circulação de pessoas, na justificativa de que os governadores seriam os responsáveis pela falência dos seus Estados, pois, “a economia a gente vê depois”. Essa foi uma frase que o presidente utilizou com muita ênfase em seus discursos, debochando das medidas restritivas de isolamento social e contingente populacional nas grandes cidades. Ao se ausentar, o ministério da saúde perdeu todo o controle das ações desenvolvidas pelo estado, não acompanhando a realidade vivenciada e as dificuldades enfrentadas. Os Governadores começaram a corrida contra o tempo e iniciaram a construção de hospitais de campanha - hospitais temporários com o objetivo em garantir assistência médica durante um período emergencial de saúde pública, como a pandemia da COVID-19 que foram erguidos, em sua maioria, dentro de estruturas já existentes, como estádios ou centros de convenções.

Assim,

[...] O afastamento do governo federal conferia espaço para a iniciativa privada. Isto porque os hospitais com leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) foram considerados como as principais referências para a população diante da epidemia instalada. Ou seja, a gestão da epidemia de Covid-19 está nas mãos de uma gestão indireta e terceirizada pactuada entre os estados com as organizações sociais de saúde. E, neste formato, o governo federal responsabilizou as secretarias estaduais para direcionar recursos financeiros, monitorar e fiscalizar, desempenhando um papel regulatório, ao verificar se tais OSSs cumprem a demanda agora destinada para os hospitais, as UPAs e o SAMU (SODRÉ, 2020, p. 4).

Como o ministério da Saúde se afastou da sua inteira responsabilidade,

destinando, apenas, os recursos, e não apoiando aos estados e municípios no enfrentamento da pandemia, por meio de estratégias e ações, o número de infectados aumentava entre os municípios de pequeno porte em todo o país.

Conforme Sodré (2020, p. 4), *“considerando que pessoas infectadas por Covid-19 demandam medidas que antecedem a internação e requerem ações de suporte à vida, os municípios atuaram de forma a ativar a vigilância e a atenção à saúde, tecendo o espaço de governança compartilhada do SUS”*. A atenção primária necessitou assumir um novo papel, deixando os atendimentos clínicos e de rotina do PSF, para atendimentos e testagem para COVID-19.

Como o ministério da Saúde não garantiu atenção e comprometimento devido aos Estados, houve o aumento da aquisição de leitos nos hospitais privados, confrontando os interesses gerais, sociais e comuns da população com o grande acúmulo de riqueza para o setor privado da saúde no período mais assombroso, de modo que,

[...] A transferência direta de recursos financeiros para organizações sociais ou a compra de leitos em hospitais privados foi a principal alternativa encontrada pela maior parte dos governadores em todo o país. Esses mesmos leitos passaram por um reajuste de seus custos (muito superiores) superfaturados durante a epidemia. Isto é, o repasse da responsabilidade sobre a gestão da epidemia para os governadores representou a entrega direta para a iniciativa privada local (SODRÉ, 2020, p. 4).

Sob forte pressão dos movimentos sociais, dos partidos de esquerda e da sociedade, que cobravam maior eficiência do ministério da Saúde e uma postura pró ciência que o governo deveria assumir, o Ministro da Saúde à época, Luiz Henrique Mandetta, que surgia nas mídias com o colete estampado “SUS”, comprometeu a agenda orçamentária do sistema Único de Saúde, que já seguia com um orçamento limitado, aprovado em janeiro de 2020, quando acreditava-se que a pandemia não seria tão devastadora. E o compromisso que tanto falava-se sobre a ciência e as afirmativas de tomadas de decisão, baseadas em fundamentos científicos, acabou em gerar um grande mal-estar entre o Ministro e o presidente da República, que insistia em falar que a pandemia era apenas uma gripe leve e que o seu físico atlético não iria se fragilizar a doença (SODRÉ, 2020).

Destarte,

O ministro Mandetta, coligado a este nicho de mercado, em regime

de emergência, abriu as negociações com os hospitais privados e, desta forma, os governadores iniciaram uma compra desordenada de leitos. Esses mesmos hospitais colocaram os preços mais diversos (e dispendiosos) para venderem seus serviços para as secretarias estaduais. Leitos de UTI, enfermarias, insumos, materiais médicos, equipamentos de proteção individual (EPIs) e medicamentos não passaram por regulações que caberiam ao âmbito federal, autorizando os estados a mergulharem nesse momento de crise epidêmica em um mercado de compra e venda de equipamentos e serviços completamente desregulamentados (SODRÉ, 2020, p. 5).

Diante da conturbada e interna crise que o governo enfrentava, o Ministro Mandetta, em 16 de abril de 2020, teve a sua demissão legitimada pelo Presidente Jair Bolsonaro, desligando-se do cargo de Ministro da Saúde, não conseguindo, assim, desenvolver nenhuma estratégia para ampliação dos serviços no SUS e, conseqüentemente, ampliando a margem lucrativa do capital ao conceder a maior parte dos leitos a iniciativa privada e tendo o distanciamento social como única medida adotada durante o período que esteve à frente da gestão (AGÊNCIA BRASIL, 2020).

Um dos momentos mais difíceis do acirramento nas potencialidades no âmbito federal, estadual e municipal, esteve pautada na dicotomia entre a economia e a saúde, pois, à medida em que o governo federal incentiva com falas de que a economia não podia parar para que o desemprego não aumentasse, os estados e municípios trabalhavam quase que de forma isolada na tentativa de conter o avanço da doença. Na verdade, a defesa do funcionamento integral da economia não estava centrada na preocupação do aumento do desemprego, mas sim, para que o capital continuasse a sua manutenção de forma amplamente alargada na exploração da classe trabalhadora, ainda mais com a chegada da flexibilização trabalhista. Com a pandemia, essa relação entre trabalhadores e capitalistas foi ainda mais agudizada, trazendo uma série de conseqüências para aqueles que foram obrigados a estarem em seus campos de trabalho durante o período mais assombroso do século (SOARES, 2020).

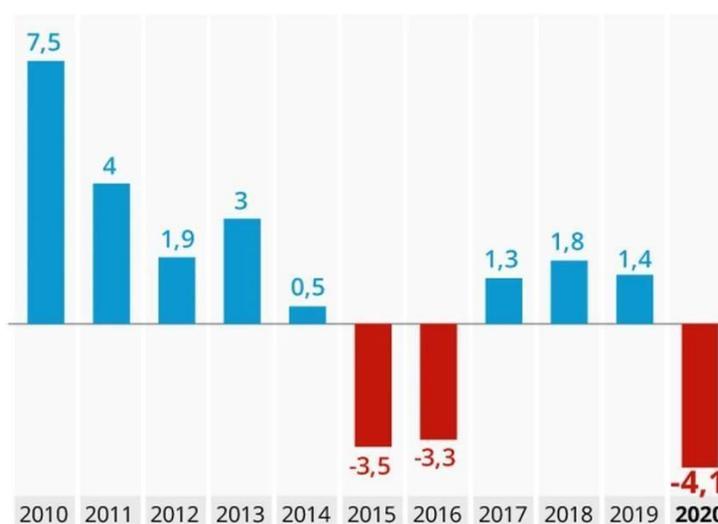
Desse modo, o negacionismo, a ingerência, a falta de diálogo com os estados e municípios, o autoritarismo, a chacota, o não cumprimento das medidas restritivas foram apenas alguns pontos que fizeram com que os Brasileiros e Brasileiras estivessem à mercê de um governo totalmente despreparado. Com a saída do ministro Mandetta e a chegada do novo Ministro da Saúde Nelson Teich, o que já estava em um cenário ruim torna-se pior.

Além do mais, como a popularidade do presidente Jair Bolsonaro continuava

caindo, desenfreadamente, a corrida para que fosse apresentado o novo ministro urgia na tentativa de conter esse crescente desgaste no governo federal. A pasta passou a contar com a liderança do médico Nelson Teich, empresário da saúde e que, sobretudo, foi um aliado da campanha presidencial . A estratégia em colocar um ministro que além de pró-governo foi um dos colaboradores de campanha era para que o diálogo do presidente não fosse colocado em choque com o do ministro e que as práticas adotadas e tomadas pelo presidente não fossem apontadas como equívocos.

Entretanto, ainda em 2020, na tentativa de trazer uma nova imagem do governo federal, o que aconteceu foi a predominância do discurso econômico, para que as ações estivessem voltadas para a recuperação da economia que em 2020 sofreu, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), o maior tomo desde 1990, encolhendo 4.1% do seu Produto Interno Bruto (PIB), como podemos observar na figura abaixo.

Figura 6 - Evolução do PIB ano a ano em %.



Fonte: FGV e IBGE, 2021.

A atuação do Ministro da Saúde Teich, seguiu com muitas dúvidas, incertezas e falta de planejamento, além disso, a forte argumentação de que o distanciamento social não era viável e que o medicamento hidroxiclороquina seria a saída para a cura da doença.

Para administrar o caos, o ministério da saúde começou a correr atrás do prejuízo e uma série de estudos foram levantadas para entender a pandemia de dentro para fora no Brasil, uma vez que o descontrole sanitário já era uma realidade e que não havia saídas imediatas a não ser continuar enviando recursos para que os estados e municípios continuassem fazendo um papel que era do governo federal. A defesa ministerial pelo aumento do isolamento social, logo foi silenciada pelo presidente, onde o único “projeto” de enfrentamento para a pandemia apresentado por Jair Bolsonaro foi a produção em larga escala de um medicamento que não tinha comprovações e evidências científicas da sua eficácia.

O presidente chegou a colocar o Laboratório Químico Farmacêutico do Exército Brasileiro (LQFEx) voltado à produção da cloroquina em larga escala, com recursos do Tesouro Nacional repassados para o Ministério da Defesa (Brasil, 2020). Cerca de R\$1,5 milhão foi repassado para que o Exército Brasileiro ampliasse 100 vezes mais sua capacidade produtiva do medicamento. No mês de junho de 2020, o LQFEx já possuía 1,85 milhão de comprimidos de hidroxiclороquina em seu estoque (SODRÉ, 2020, p. 6).

A disparidade entre assistência à saúde e a retomada econômica do Brasil estavam cada vez maiores. O governo federal investia veementemente na abertura imediata do comércio, aumentando a circulação de pessoas e sem comprovações científicas, aumentando a interação social. O que se enxerga é um ministro, apesar de um apoiador do governo, com uma visão contrária à flexibilidade das medidas de restrição e um presidente totalmente desconexo com a realidade da maioria dos brasileiros e brasileiras. O decreto 10.282 de 20 de março de 2020 elenca uma série de serviços considerados essenciais, permitindo o funcionamento de empresas, serviços, comércio e entre outros. Nesse período, a agenda econômica neoliberal continua se fortalecendo, mesmo que as pessoas estivessem vulneráveis à doença, apenas em 2022, esse decreto foi revogado (SODRÉ, 2020).

No mundo, a maioria dos países tratava com muita responsabilidade a doença e conseqüente a uma atuação precisa e ladeada à ciência, o reconhecimento e a

popularidade de alguns presidentes também aumentava. Aqui no Brasil, o que de fato estava sendo penetrado em todas regiões, eram roídos, sentimentos, falta de diálogo e um enorme distanciamento entre o ministério da saúde e os governos do estado. Um dos momentos mais marcantes foi a união de alguns governadores da região nordeste para a criação de medidas contra o avanço da COVID-19 através de um grupo denominado “consórcio nordeste”, onde os serviços eram contratados de forma pontual e não isolada, como estava sendo a atuação do ministério da saúde.

Grande parte dos técnicos do ministério da saúde logo foram demitidos, para que as determinações do presidente da república fossem garantidas e alargamente implementadas. Os cargos esvaziados foram compostos naquele momento por militares, nos mais variados campos profissionais. Antes do fechar um mês após a sua posse, o ministro Teich, pediu demissão durante um momento em que os casos e mortes cresciam exponencialmente. O medo, a incerteza e a descredibilidade na gestão cresciam na mesma proporção.

Conforme a reflexão de Sodré (2020), o presságio para a militarização do Ministério da Saúde, iniciado na gestão Teich, é ampliado com a presença dos militares na composição do corpo técnico dentro do ministério. O presidente da república necessitava de um representante que estivesse alinhado às suas ideias e à sua ideologia de governo. Por esse motivo, assumiu interinamente o general Eduardo Pazuello. Ao iniciar a gestão o loteamento de cargos foi amplamente espalhado para os militares nas mais variadas profissões, dentre eles destacaram-se: assessores de gabinete, o controle de finanças, contabilidade, controle epidemiológico, atenção especializada, a gestão do Fundo Nacional de Saúde, a direção dos serviços de monitoramento e avaliação do SUS, secretaria de planejamento, orçamento e a vigilância em saúde. O presidente da república, justificava a posse de Eduardo Pazuello e o loteamento dos cargos pelo crescente número de casos e pela grande crise interna gerada pela pandemia. Bolsonaro sempre alegava que os militares eram preparados para atuarem em momentos de crise, fortalecendo a militarização não apenas do SUS, mas também de toda a gestão (SODRÉ, 2020).

Um dos maiores desafios apresentados na pandemia não era tão somente a emergência e circulação do vírus, pois intensifica-se, também, as medidas arbitrárias adotadas pelo presidente de desvinculação do SUS como uma política pública estatal, em vista à ampliação do setor privado que participa nos cuidados em saúde da população. A falta de diálogo era uma chaga que fazia com que os estados e

municípios desenvolvessem as próprias medidas de controle no avanço da doença. Dessa forma, a pobreza, a alta circulação de pessoas, o não distanciamento e a falta de medidas individuais de segurança tornava o Brasil em um epicentro da doença na América Latina (SODRÉ, 2020).

As medidas de manutenção do capital foram estabelecidas com a chegada do programa “auxílio emergencial”, com proposta presidencial de míseros 200 reais, para os brasileiros mais necessitados. Depois de muita pressão, o congresso nacional votou pela manutenção do projeto e ampliou para 600 reais o auxílio que seria apenas para garantir o mínimo (SODRÉ, 2020).

A precarização ganhava um novo capítulo na história do Brasil: os profissionais da saúde, que foram contratados para atuarem na linha de frente da COVID-19, se depararam com uma realidade trabalhista desproporcional, em que se estabelecia às formas mais flexíveis de contratação - ideal para o fortalecimento das grandes empresas hospitalares que não teriam tantos encargos trabalhistas, pois os contratos eram temporários e também pelo fato de que a pandemia inicia-se um ano, após a aprovação da reforma trabalhista (SODRÉ, 2020). Assim,

[...] Das mãos das empresas médicas, cooperativas, entidades filantrópicas e OSSs, houve a contratação de profissionais para cuidar dos acometidos pela epidemia. Com este formato de gestão da força de trabalho para a saúde, a contratação de profissionais aconteceu majoritariamente em regime de plantões, contratos temporários e sem direitos trabalhistas fundamentais garantidos. Com a evidente precarização dos vínculos trabalhistas dos profissionais de saúde, à medida que vários trabalhadores adoeceram nos serviços, a reposição destes trabalhadores não acontecia de forma imediata como, em tese, almejava-se que iria acontecer. Os profissionais adoecidos deixavam vários serviços de saúde, ao mesmo tempo, desfalcados de força de trabalho. Esse profissional, agora doente, é o que está na linha de frente em muitos serviços – algo comum entre os trabalhadores da saúde que possuem múltiplos vínculos empregatícios e trabalham em vários serviços para complementarem suas rendas provenientes de múltiplos plantões (SODRÉ, 2020, p. 8).

A maior parte dos leitos destinados para o tratamento dos pacientes infectados com a COVID-19, que deveriam ser ampliados no SUS, teve o grande protagonismo do setor privado, onde, por meio das secretarias estaduais de saúde, os recursos estavam sendo alocados desenfreadamente, reiterando as projeções de privatização da saúde, até mesmo, em um dos piores momentos vivenciados pela sociedade.

De um lado, a busca exorbitante pelo lucro com a contratação de leitos nos

hospitais privados e, do outro, o desenfreado aumento no preço dos materiais básicos de proteção individual. Os valores que eram cobrados em máscaras, protetores de rosto, luvas, álcool 70 e outros materiais chegaram às prateleiras aterrorizando a população e como se já não bastasse as medidas governamentais que não se preocupavam com a proteção individual, imagina-se o descaso de acesso da população pobre, a esses dispositivos de proteção individual (SODRÉ, 2020).

Cabe lembrar uma imagem que chocou a população brasileira: a abertura de covas rasas para os silenciosos enterros, que ganhavam a cena.

Figura 7 - Abertura de covas coletivas para vítimas de COVID-19 em Manaus/AM



Fonte: UOL Saúde.

Outro fato agravante ocorrido em “junho de 2020, todas as informações dos óbitos por covid-19 foram apagadas da base de dados do ministério da saúde e do site do governo federal, além dos novos casos que seguiam invisíveis por uma decisão do presidente” (SODRÉ, 2020 p. 9).

Como se atesta, o projeto de genocídio em massa estava em pleno vigor. As sucessivas falhas do governo federal, iria além da reestruturação assistencial que o Sistema Único de Saúde necessitou para subsidiar atendimentos às vítimas da COVID-19. A reestruturação não aconteceu da devida forma, pois, onde o investimento na saúde pública deveria acontecer de forma ampla, não ocorreu. A lentidão orçamentária, as invertidas pelo não fortalecimento do SUS e a política de desestatização estavam presentes a todo vapor.

Destarte,

[...] Estes recursos somente foram pagos de forma mais intensa no período de julho a agosto, alcançando a cifra de R\$17,4 bilhões e passando para R\$28,4 bilhões, respectivamente. Isto sugere um descompasso com o número de casos e mortes que já haviam aumentado significativamente entre abril e junho. Portanto, nos primeiros meses da pandemia, a execução orçamentária e financeira dos valores pagos ficou registrada apenas entre R\$5,2 bilhões e R\$12,2 bilhões, o que evidencia a resistência do governo Bolsonaro em lidar com a grave crise sanitária naquele momento (CNS, 2021, p. 2).

Após esse período conturbado, o que pairava sobre o Brasil era uma distância profunda para o fim da pandemia. Após um período com um ministro interino, Pazuello foi destituído do cargo e assumiu a pasta Marcelo Queiroga que, ao liderar o ministério da saúde, deparou-se com a chegada de uma nova cepa com consequências inestimáveis. A linhagem P.1 ou variante Gama é uma das variantes do SARS-CoV-2, o vírus causador do COVID-19 e trouxe um acúmulo de casos de covid, levando mais uma vez ao colapso da saúde e a falta de equipamentos básicos para a manutenção da vida dos vitimados pela doença. No estado do Amazonas, a alta circulação de pessoas e o alto nível de contágio acelerou a propagação da COVID-19. O momento mais difícil foi quando a falta de oxigênio colocou o estado em alerta máximo, necessitando de uma intervenção federal imediata (SEIXAS, 2021).

Apesar do presidente ter dito que as forças armadas não teriam obrigação em garantir com que os oxigênios chegassem aos estados de Manaus, os militares partiram da base do Rio de Janeiro, levando um total de 362 cilindros de oxigênio para os hospitais públicos. O genocídio parecia uma prerrogativa da gestão. As medidas desastrosas no combate à pandemia não pararam. A demora para a aquisição de vacinas e um jogo terrivelmente trágico, desmobilizou o país para que a vacinação andasse aos passos de tartaruga. A política anti-vacina adotada pelos representantes do executivo, trouxe problemas estruturais para os profissionais que estavam atuando na vacinação por todo território. O medo foi uma ação instaurada nas pessoas para que não permitissem a aplicação da vacina, pois, transcrevendo a fala presidencial: “você pode virar jacaré-”. Não satisfeito com todo o movimento contrário à vacinação em massa, a demora para a aquisição e possíveis contratações ilícitas, foram apresentadas na CPI da COVID-19 (RESENDE, 2021).

Em meio a todo esse cenário, não podemos deixar de sinalizar que durante o governo do Presidente Jair Bolsonaro, acompanhou-se inúmeros ataques ao controle

social, desmobilizando e deslegitimando as pautas discutidas. Na verdade, o que aconteceu durante os quatro anos foram esvaziamentos e a predominância do silêncio dos conselhos de saúde em todo o território nacional. O império do medo, fez com que os conselheiros de saúde fossem amordaçados pela forma como o Governo Federal visualizava a sua atuação de modo que:

Desde a ruptura democrática de 2016, são evidentes os ataques que a institucionalidade democrático-participativa em nível federal vem sofrendo por parte do governo, primeiro com Temer, e mais intensamente ainda com Bolsonaro ao longo deste ano de 2019. Como vem sendo amplamente analisado pela Plataforma Democracia e Participação, diversas conferências nacionais deixaram de ser convocadas nos últimos anos, ao mesmo tempo que conselhos de políticas públicas estão sendo fechados ou então profundamente enfraquecidos, o que tem provocado enorme retrocesso no que se refere ao direito da sociedade organizada em participar ativamente dos debates e decisões sobre políticas públicas (TRINDADE E GUARESCHI, 2019, p.1)

A debilidade do controle social foi amplamente intensificada nos últimos quatro anos, pois, através de portarias, o presidente da república fez com que a participação dos movimentos sociais e comunidade nas discussões para legitimidade desses movimentos e ampliação das políticas públicas ficassem silenciadas. Quando se pensa em democracia, acredita-se que ela é estável e vedada dos ataques autoritários. Na verdade, a democracia pode entrar em vertigem a qualquer momento, ainda mais com a intensificação e fortalecimento do neoliberalismo.

Foi através do decreto 9.759, de 11 de abril de 2019 que o governo estabeleceu a extinção de inúmeros conselhos que estavam previstos na Política Nacional de Participação Social (PNPS) e pelo Sistema Nacional de Participação Social (SNPS). Dos 700 conselhos existentes, passou-se para menos de 50 com a promulgação do referido decreto. Nesse cenário, evidenciou-se o completo esvaziamento dos conselhos no Brasil e, mais ainda, o amordaçamento do controle social.

Uma das modalidades adotadas pelo governo de Jair Bolsonaro foi o negacionismo em todas as esferas. A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que tem mais de 120 anos de contribuições científicas, foi alvo de duros ataques por parte do chefe do Executivo. Uma das secretarias da gestão afirmou que a instituição era um antro de esquerdismo. A instituição sempre se preocupou em centrar-se na ciência e não concordar com o ideário determinante do momento deixou a FIOCRUZ vulnerável ao ataque bolsonarista.

Um dos momentos mais difíceis da pandemia, foi com o aumento acelerado de casos positivos e internação nas UTIs dos hospitais de centrais de atendimentos. O colapso na saúde diante da pandemia, deu-se com o acúmulo de pacientes nos corredores, aguardando por uma vaga. Além da falta de leitos, houve também ineficiência de insumos e oxigênio.

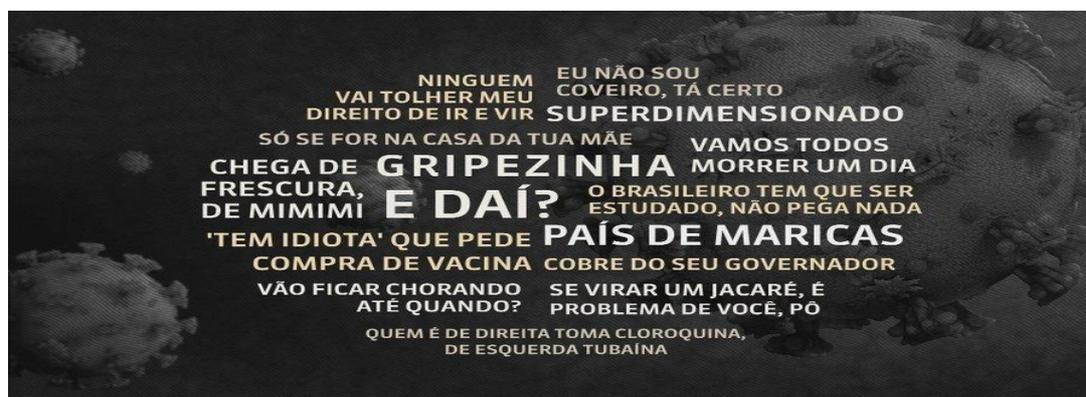
Frente ao agravamento da crise sanitária, o governo federal necessitou reestruturar o SUS, no sentido de garantir que as pessoas não morressem à espera de um leito. Por esse motivo, os leitos nos hospitais privados foram ampliados e no SUS hospitais de campanha foram erguidos para amenizar as consequências. Conforme reportagem do Grupo Globo (G1, 2021, s/p), em ao menos 16 Estados, já houve mortes de pacientes com COVID-19, ou com suspeita da doença na fila por uma vaga. A falta de insumos colocou o Brasil em alerta vermelho. Todas as falhas foram agravadas pela falta de uma política nacional séria e comprometida. Houve falta de EPIS, para os profissionais que estavam atuando na linha de frente, faltaram máscaras, leitos. Faltou um governo comprometido, faltou um presidente.

O impacto negativo das ações e a visão negacionista do governo ceifaram a vida de 705.170, conforme levantamentos realizados pelo Ministério da Saúde e a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) até o dia 24/08/2023. O SUS que deveria ser o principal meio para salvar a vida das pessoas necessitava de reestruturação para garantir o maior número de atendimentos no setor público. Todavia, o que se assistiu foi uma total invertida, obrigando os estados a realizarem estratégias próprias de enfrentamento da doença.

Reestruturar o SUS significou, para muitos estados e municípios, a suspensão dos atendimentos de rotina para transformar seus hospitais e postos de atendimentos em centrais de testagem, internamento e cuidados aos pacientes. A falta de empatia foi aplicada do começo ao fim da pandemia durante o governo de Jair Bolsonaro. Frases grosseiras, ditas pelo presidente, foram noticiadas pelas mídias no Brasil e impactaram as famílias que diariamente perdiam seus familiares (DATASUS, 2020).

A figura 8, abaixo, podemos resumir, algumas de suas falas.

Figura 8 - ‘Mimimi, gripezinha, e daí?’: Declarações de Jair Bolsonaro na pandemia/2021



Fonte: GloboNews,2021.

Mas, falou o presidente “e daí?”, se a pandemia chegou no território e matou tantas pessoas. Tratava-se de uma “gripezinha” e estava na hora de acabar com o “mimimi”. Infelizmente, a falta de responsabilidade, a privatização do SUS, o negacionismo, a ingerência e a falta de ações estratégicas de combate à COVID-19 levaram milhares de famílias a chorarem, até os dias atuais. E respondendo à pergunta do presidente: “vão ficar chorando até quando?”, imagina-se que o choro será eterno na alma daqueles que perderam seus familiares pela falha de um governo inerte, que revela os traços mais cruéis, de um projeto político neofacista, baseado em ações pseudocientíficas e negacionistas (GloboNews, 2021).

Com a derrota de Jair Bolsonaro, na última campanha eleitoral de 2022, o projeto privatista voltou à cena com toda energia, através da efervescência do neoliberalismo na gestão do Partido dos Trabalhadores. Já nos primeiros oito meses de governo, o atual Presidente, Lula (2023), que discursava em defesa do fortalecimento das políticas públicas, divulgou no Diário Oficial da União, o decreto que permite o bloqueio de 785 da saúde e educação, o que evidencia práticas contrárias às bandeiras defendidas pela esquerda e pelo próprio partido. O decreto nº 11.621, de 28 de julho de 2023, é claro ao dispor sobre a programação orçamentária e financeira, estabelecendo o cronograma de execução mensal de desembolso do Poder Executivo federal para o exercício de 2023.

Infelizmente, o projeto dominante é uma chaga que perpassa por todos os âmbitos da sociedade e, nem sempre, o governo eleito consegue dar cabo ao seu projeto, pois, a aprovação da maioria de suas propostas depende da aprovação da câmara e do senado federal.

Ao fim do presente capítulo, constatou-se que, se o posicionamento e atuação

do governo federal, tivesse seguido por um caminho mais justo, humano e solitário, as consequências em mortes e adoecimento para coronavírus, teria sido muito menor.

De acordo com Pedro Hallal, epidemiologista e pesquisador da Universidade Federal de Pelotas, quatro em cada cinco mortes pela doença no país eram evitáveis caso o governo federal tivesse adotado outra postura — apoiando o uso de máscaras, medidas de distanciamento social, campanhas de orientação e ao mesmo tempo acelerando a aquisição de vacinas. (AGÊNCIA SENADO, 2021, s/p).

Durante os anos de 2019-2022, o brasileiro vivenciou um cenário caótico com a ausência de políticas sociais eficazes, fazendo com que os brasileiros padecessem diante do caos. Historicamente, no Brasil, o SUS, que já respirava com ajuda de aparelhos - não analisando a legislação que rege a política, mas sim, do entendimento governamental que reprime recursos faz com que a saúde pública sucumba à precariedade, longas filas, demoras na realização de exames e consultas, falta de médicos, entre outros. Na verdade, o que distancia o SUS hoje e o SUS na lei é a falta de compromisso presidencial em levar adiante o projeto de fortalecimento da Saúde pública, gratuita e de qualidade.

Vale lembrar que as próprias políticas sociais foram criadas não só para amenizar as dores da população pobre, como também para o fortalecimento e manutenção do capital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A breve narrativa realizada neste trabalho, sobre a temática **Saúde pública no Brasil em tempos de pandemia**: a reestruturação do Sistema Único de Saúde no contexto da COVID-19, permite-nos fazer as seguintes considerações:

Foi neste contexto de múltiplas transformações econômicas, sociais e políticas que aconteceu, no Brasil, a promulgação da Constituição Federal de 1988, que estabelece os direitos e deveres civis da população brasileira. Este documento marca oficialmente o fim da ditadura militar e surgimento de uma “Nova República”. O Brasil entra num processo de redemocratização, a fim de recuperar sua democracia, fornecendo liberdade política e soberania à sua população para eleger seus representantes. Além do restabelecimento da democracia, a Constituição Federal de 1988 teve outras conquistas importantes, como por exemplo, a criação do Sistema Único de Saúde.

Foi garantido constitucionalmente o direito à saúde, regulamentada em 1990, fazendo frente a um período de redução dos direitos sociais. O pleito ocorreu em 19/09/1990 quando foi assinada a Lei nº 8080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nos últimos tempos a saúde brasileira tem se tornado um serviço precário e restrito às massas sociais.

Nesse apanhado, viu-se que o modelo neoliberal, que tem raízes profundas no capitalismo, apresenta um projeto de dominação e de submissão do Sistema Único de Saúde ao capital privado financeirizado, propagando, a ideia hegemônica de que o SUS é sinônimo de atraso, de filas de espera, de hospitais precarizados, de uma Atenção Primária totalmente desconexa.

Cabe considerar que, o desfinanciamento da Saúde não é uma problemática atual. Realizando um traçado, desde o período da ditadura militar, aos governos pós-ditatoriais, o que se constata é o entreguismo das instituições como uma chaga que perpassou todo esse período e marginalizou o SUS até os dias atuais. Com a criação do Sistema Único de Saúde, já nos governos pós-ditadura, a ideologia capitalista continua a exercer a sua influência nas relações sociais e econômicas, de modo que, a mercantilização da saúde é cada vez mais visível em iniciativas de privatização dos

acessos aos serviços, contribuindo para o acirramento das desigualdades sociais. Por mais que, a Constituição preveja a Saúde como um direito de todos e dever do estado, o que se assistiu, durante todo esse trajeto, foram intensos ataques à saúde pública, através do desfinanciamento, da deslegitimação e da negligência com a população brasileira.

Nos seus escritos Behring e Boschetti (2009), em uma análise interpretativa e profunda da realidade brasileira, afirma que 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. Entende-se, dessa forma, uma duplicidade de interesses por parte do capital: de um lado, promove através dos governos neoliberais uma série de retirada de recursos e falta de investimentos para a promoção das políticas públicas inclusivas, em especial à saúde e, do outro lado, a alta fonte de lucro por meio da iniciativa privada.

Os princípios que norteiam e subsidiam bases legais no SUS poderiam transformar grandes mudanças na realidade social e que causaram um grande impacto positivo nas contas governamentais. Essa realidade pode ser identificada durante a gestão de Fernando Henrique Cardoso, período marcado pelo fortalecimento da contra reforma do aparelho estatal.

Já na eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011), o mesmo apresentou-se como um governo da esperança, democrático e popular. Apesar de ser um partido de esquerda com visões opostas aos governos da ditadura militar de 1964, conforme Bravo e Menezes (2013), as bases econômicas não se alteraram, foram mantidas. Assim, 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 fiscais, a falta de democratização do acesso, a não viabilização da seguridade social e a articulação com o mercado (BRAVO; MENEZES, 2013).

Em 2016, através do impeachment da presidente Dilma, assumiu Michel Temer, com um governo que durou de 2016 a 2018, com uma proposta totalmente mesquinha e covarde. O governo foi pautado em tetos e mais tetos, reprimindo os recursos públicos - que já não estavam bons o suficiente para o cumprimento das obrigações - e piora com a chegada do congelamento da PEC 55, paralisando os gastos por 20 anos. O congelamento da PEC 55 será feito sobre um dos valores mais

baixos aplicados à saúde.

Com a pandemia da COVID-19, iniciada no Brasil, em 2020, o governo de Jair Messias Bolsonaro, não levou a sério o cuidado dos brasileiros, os deixando entregues à uma dupla pressão: à doença que se espalhava em uma velocidade rápida e o distanciamento das medidas de combate. A “avalanche” do neoliberalismo, o conservadorismo e o projeto privatista foram amplamente ampliados. A luta dos trabalhadores pelos seus direitos é legítima e necessária, porém, essa parcela da população vem sofrendo fortes investidas trabalhistas de forma intensa durante a gestão do Presidente Michel Temer e Jair Messias Bolsonaro, onde, a retirada de direitos foi uma meditada adotada durante a reforma de estado, incorporada por ambos os presidentes. Foram esses movimentos que lutaram e luta pela ampliação dos direitos trabalhistas da população, ainda mais, durante a crise sanitária que essa condição foi agravada, quando o presidente incentivou que os trabalhadores e trabalhadoras do Brasil ocupassem os centros urbanos, ocupassem seus empregos a fim de se salvar a economia.

O negacionismo foi a única estratégia adotada pelo governo, levando à propagação generalizada do vírus Sars-cov-2. Se não bastasse esses problemas, as crises internas de gestão ocasionaram, em quatro substituições de ministros pela distância de entendimento entre o presidente que seguia com uma visão pseudocientífica. Com toda a bagagem do negacionismo, o governo federal desmobilizou o programa Nacional de Imunização, ao atacar as pesquisas dirigidas à vacina em todo o território nacional. Dentro desse cenário e graças às fortes investidas do governo, o brasileiro foi cada vez mais se afastando das vacinas, colocando o Brasil em vulnerabilidade às doenças já erradicadas. Assim, o movimento nacional pela vacinação, apresenta-se como um fator decisivo para alavancar os índices de vacina, movimento altamente silenciado durante a gestão do presidente Jair Bolsonaro.

SUS, que já funcionava precariamente, necessitou se reestruturar durante esse período para que todas as pessoas acometidas pela doença tivessem todos cuidados, seguindo as orientações da Organização Mundial da Saúde. Quem vivencia na ponta dos serviços o atual modelo de desfinanciamento público na saúde, sente que a precarização é uma constante. Lutar pelo SUS, de forma intransigente, pela maior política pública de Saúde do Mundo, é uma agenda que deve ser diária.

Os trabalhadores que foram escalados para atuar na linha de frente à COVID-

19, foram resistentes à toda condição existente no Brasil, em decorrência da pandemia. Eles resistiram ao medo de saírem de suas casas sem saber se voltariam com vida para elas, resistiram às imposições governamentais e todo o negacionismo da ciência, da vacina e de todas as arbitrariedades. Resistiram aos ambientes insalubres que trabalhavam. Pessoas morrendo corredores, lotações, pessoas morrendo por falta de leito. Diante de todo o caos, medo e inseguranças, os profissionais do SUS resistiram a todo esse cenário caótico por opção de cuidar de toda a população Brasileira. As pessoas resistiram, o SUS resistiu, os profissionais resistiram e o governo foi resistente e negligente nos cuidados dos brasileiros e brasileiras.

Identifica-se que o governo ampliou, ainda mais, o desmonte da seguridade e das políticas sociais, em especial, da saúde, mediante a privatização e a focalização. Através dos serviços e empresas privadas, a partir do processo de contrarreforma que foram estimulados a oferecerem serviços fundamentais, pois a ideologia do neoliberalismo, aponta o mercado como espaço para a busca de serviços e responsabiliza o indivíduo, para que este supra suas necessidades de forma individual. O neoliberalismo fortaleceu a mínima intervenção do estado na economia e os direitos sociais, com foco na exploração da força de trabalho assalariada e no desmonte das políticas de proteção às pessoas mais vulnerabilizadas, onde o movimento da reforma sanitária vem para questionar a forma de se fazer saúde.

Desse modo, a análise preocupou-se em levar em consideração a importância do SUS do ponto de vista gerencial e financeiro dos governos, no tocante à reestruturação do SUS e a forma como os atendimentos ao público passaram de um atendimento simples para atendimento especializado em consequência da pandemia da COVID - 19. Diante do cenário catastrófico de ataque às políticas sociais de proteção e manutenção da vida, nota-se que a crise do Sistema Único de Saúde, perpassa desde o período do seu surgimento, pois, os governos tendem a negar a sua importância, ao sub financiar a saúde pública e colocá-la em vulnerabilidade e ameaças de paralisação e falência dos serviços. Portanto, o SUS, que é fruto da luta social, advindo dos movimentos sociais, fazendo valer o que está previsto no Art. 194 da Constituição Federal Brasileira, que compreende a seguridade social como: “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (BRASIL, 1998). A saúde é um direito de todos e o dever da sociedade é

defendê-lo das arbitrariedades e medidas punitivas que precarizam e dificultam o acesso aos serviços.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA SENADO. **Pesquisas apontam que 400 mil mortes poderiam ser evitadas; governistas questionam.** Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/06/24/pesquisas-apontam-que-400-mil-mortes-poderiam-ser-evitadas-governistas-questionam>. Acesso em: 18/09/2023.

BENEDITO, José da Silva. Revista Veja. **A obsessão bolsonarista com o 'antro esquerdista' da Fiocruz.** Disponível em: <https://veja.abril.com.br/coluna/maquiavel/a-obsessao-bolsonarista-com-o-antro-esquerdista-da-fiocruz>. Acesso em: 02/09/ 2023.

RUDY, Jefferson. Agência Senado. **Aprovado repasse de R\$ 2 bilhões para santas Casas e hospitais filantrópicos.** Senado Notícias (online). 2020. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/03/31/aprovado-repasse-de-r-2-bi-para-as-santas-casas-e-hospitais-filantropicos>. Acesso em: 03/08/ 2023.

ANTUNES, R.; BRAGA, R. (org.). **Infoproletários: a degradação real do trabalho virtual.** São Paulo, SP: Boitempo, 2009. Disponível em: https://boitempoeditorial.files.wordpress.com/2022/05/infoproletarios_antunes.pdf. Acesso em 24/08/2023.

FARIAS LARA LISBOA. **Estado, contrarreforma e as políticas de saúde e saúde mental no Brasil.** Brasília, DF: Universidade de Brasília (UnB). Mestranda do Programa de Pós Graduação em Política Social (PPGPS) da Universidade de Brasília (UnB), 2019. Disponível: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/22727/20192>. Acesso em: 18/09/2023.

BANCO MUNDIAL. **Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil.** Volume I. Grupo Banco Mundial, 2017. Disponível em: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/pdf/121480-REVISED-PORTUGUESE-Brazil-Public-Expenditure-Review-Overview-Portuguese-Final-revised.pdf>. Acesso em: 08/08/2023

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história.** 6 ed. São Paulo, SP. Cortez, 2009. Disponível em: <https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/politicasocialfundamentosehistorias-behringboschetti.pdf>. Acesso em 18/09/2023.

BEZERRA, Juliana. **Ditadura Militar no Brasil (1964-1985)**. Toda Matéria, [s.d.]. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/ditadura-militar-no-brasil/>. Acesso em: 24/09/2023

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência social e trabalho no capitalismo**. São Paulo. Cortez, 2016. Acesso: 08/08/2023.

Boletim n. 2/2023 **Monitoramento do Orçamento da Saúde Emendas Parlamentares**, Rio de Janeiro, RJ : (IEPS) Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, Jan, 2023 Disponível em : <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/boletim-2-monitoramento-orcam-ento-saude-ieps.pdf>. Acesso em: 09/08/23.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 06/01/2023.

OMS. (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO). **Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. Covid-19: make it the last pandemic**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: Disponível em: <https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/>. Acesso em: 10/08/2023.

BRASIL. **Decreto nº 10.282. Dispõe sobre serviços públicos e atividades essenciais**. Brasília, DF: Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência, Março, 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/d10282.htm. Acesso em: 09/08/2023.

BRASIL. **Decreto nº 11.621, de 28 de Julho de 2023. Dispõe sobre a programação orçamentária e financeira, estabelece o cronograma de execução mensal de desembolso do Poder Executivo federal para o exercício de 2023**. Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência, Brasília, DF, 2023. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11621.htm. Acesso em: 15/08/2023.

BRASIL. **Decreto nº 10.53. Dispõe sobre a qualificação da política de fomento ao setor de atenção primária à saúde no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República, para fins de elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada**. Brasília, DF; out, 2020. Disponível em : https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10530.ht. Acesso em: 18/01/2023.

BRASIL. **Emenda constitucional nº 95**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Dez, 2016. Disponível em : https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm#:~:text=Fica%20institu%C3%ADdo%20o%20Novo%20Regime,Ato%20das

%20Disposi%C3%A7%C3%B5es%20Constitucionais%20Transit%C3%B3rias.%22&text=V%20%2D%20da%20Defensoria%20P%C3%Ablica%20da%20Uni%C3%A3o. Acesso em: 18/01/2023.

BRASIL. Lei 8080 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.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 18/01/2023

BRASIL. **Lei nº LEI Nº 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000. Dispõe da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm. Acesso em 18/01/2023

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde.** Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm#:~:text=A%20presente%20Norma%20Operacional%20B%C3%A1sica,da%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20Federal\)%2C%20com%20a](https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm#:~:text=A%20presente%20Norma%20Operacional%20B%C3%A1sica,da%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20Federal)%2C%20com%20a). Acesso em 18/01/2023.

Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).** Brasília. 2023. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 16/08/2023.

BRASIL, **Ministério da Saúde.** Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8997> Acesso em: 06/01/2023.

BRASIL. **Portaria nº 2979 de 12 de Novembro de 2019.** Brasília, 2019. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 08/08/2023.

BRAVO;MENEZES.**Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade.**Rio de Janeiro, RJ,2011.Disponível em:https://www.adufrj.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Revista_cadernos_de_Saude_PAGINA.pdf.Acesso em: 18/09/2023.

CARNUT, L. **Neofascismo como objeto de estudo: contribuições e caminhos para elucidar este fenômeno.** Semina, Londrina, v. 41, n. 1, p. 81-108, 2020. DOI: 10.5433/1679-0383.2020v41n1p81. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/38188/27486>. Acesso: 25/08/2023.

CASSIN. Márcia Pereira da Silva. **Dependência e ultraneoliberalismo: as políticas sociais no Brasil pós-golpe de 2016.** Temporalis, Brasília,DF, Jan/Jun 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/37772/25300>.Acesso:08/08/2023. Acesso em: 10/08/2023.

CHAUÍ, Marilena. **Brasil: mito fundador e sociedade autoritária**. São Paulo, SP: Fundação Perseu Abramo, 2000.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **A ofensiva do capital e a necessária defesa da Saúde Pública Estatal**. Temporalis, Brasília (DF), jan./jun 2022, Disponível em:
<https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/38472/25302>. Acesso: 25/08/2023.

COSTA, Flávio. Rebello, Aiuri. **Após boom em enterros**, Manaus abre covas coletivas para vítimas de covid-19. UOL SAÚDE. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/04/21/apos-boom-em-enterros-manaus-abre-covas-coletivas-para-vitimas-de-covid-19.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 09/08/2023.

CPI PANDEMIA - **Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia**. Atividade Legislativa - Senado Federal. 2021. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/comissoes/comissao?codcol=2441>>. Acesso em: 02/09/2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Boletim Cofin 2020/12/31 (dados até 31/12/2020)**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_1231_Tab1-4_Graf1_ate_20_RB-FF-CO.pdf>. Acesso em: 10/08/2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Os efeitos da PEC 55 na saúde**. Disponível em:
<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/11/161107-Os-efeitos-da-PE-C-55-na-Saude_SenadoCDH_CNS_final.pdf>. Acesso em: 10/08/2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em: 18/09/2023

DALTRO, Helena Pontual. **Agência Senado**, Brasília DF. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/glossario-legislativo/emendas-a-orcamento>. Acesso em: 11/08/23.

MATHIAS, Maíra. **Decreto do governo Bolsonaro ameaça extinguir conselhos de saúde**. Fiocruz. (s/d). Disponível em:
<https://www.epsvv.fiocruz.br/podcast/decreto-do-governo-bolsonaro-ameaca-extinguir-conselhos-de-saude>. Acesso em: 02/09/2023.

DERENGOWSKI, Maria da Graça. **Nota introdutória sobre estrutura de mercado, concentração e mercados relevantes In: Regulação e Saúde**, vol 3: documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde, 2004. Disponível

em:[https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3333/2/PPE_v42_n03_Merca dos.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3333/2/PPE_v42_n03_Merca%20dos.pdf). Acesso :18/09/2023.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **A ofensiva do capital e a necessária defesa da Saúde Pública Estatal**. Temporalis, Brasília (DF), jan./jun 2022, Disponível em:
<https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/38472/25302>. Acesso: 25/08/2023.

COSTA, Flávio. Rebello, Aiuri. **Após boom em enterros**, Manaus abre covas coletivas para vítimas de covid-19. UOL SAÚDE. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/04/21/apos-boom-em-enterros-manaus-abre-covas-coletivas-para-vitimas-de-covid-19.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 09/08/2023.

CPI PANDEMIA - **Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia**. Atividade Legislativa - Senado Federal. 2021. Disponível em:<<https://legis.senado.leg.br/comissoes/comissao?codcol=2441>>. Acesso em: 02/09/2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Boletim Cofin 2020/12/31 (dados até 31/12/2020)**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_1231_Tab1-4_Graf1_ate_20_RB-FF-CO.pdf>. Acesso em: 10/08/2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Os efeitos da PEC 55 na 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: 18/09/2023

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília, DF, 1996. Disponível em:<https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em: 18/09/2023

DALTRO, Helena Pontual. **Agência Senado**, Brasília DF. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/glossario-legislativo/emendas-ao-orcamento>. Acesso em: 11/08/23.

MATHIAS, Maíra. **Decreto do governo Bolsonaro ameaça extinguir conselhos de saúde**. Fiocruz. (s/d). Disponível em:
<https://www.epsvj.fiocruz.br/podcast/decreto-do-governo-bolsonaro-ameaca-extinguir-conselhos-de-saude>. Acesso em: 02/09/2023.

DERENGOWSKI, Maria da Graça. **Nota introdutória sobre estrutura de mercado, concentração e mercados relevantes In: Regulação e Saúde**, vol 3: documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro, RJ :Ministério da Saúde, 2004. Disponível

em:[https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3333/2/PPE_v42_n03_Merca dos.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3333/2/PPE_v42_n03_Merca%20dos.pdf). Acesso :18/09/2023.

FERNANDES, Samuel. **SUS tem fila com mais de 1 milhão de cirurgias eletivas paradas no país**. Folha de São Paulo [online], São Paulo, 06 jun. 2023. Saúde. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2023/06/sus-tem-fila-com-mais-de-1-milhao-de-cirurgias-eletivas-paradas-no-pais.shtml>. Acesso em: 03/08/2023.

FIOCRUZ. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>. Acesso em 18/01/2023

FLORENTINO E OLIVEIRA, Lúcia Regina Souto, Maria Helena Barros. **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal**. Rio de Janeiro, RJ: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde do Rio de Janeiro, 2016. Disponível: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345313018>. Acesso em: 25/08/2023.

GOHN, M. G. (2003). **Movimentos sociais na atualidade: manifestações e categorias analíticas**. In M. G. Gohn (Org), **Movimentos sociais no início do século XXI: antigos e novos atores sociais** (pp. 20-36). Petrópolis, RJ: Vozes. Acesso em: 04/09/2023.

GUITARRARA, Paloma. **"Toyotismo"**. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/geografia/toyotismo-acumulacao-flexivel.htm>. Acesso em 23/08/2023.

HARVEY, D. **La política anticapitalista en la época del COVID-19. Observatório de la crisis**, 2020. Disponível em <http://www.relats.org/documentos/FTLecturas.Harvey.abril.pdf> Acesso em: 18/09/2023.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Assistência Médico-Sanitária**. Rio de Janeiro: IBGE; 1981, 1986, 1990 e 1992. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8R6QRyHLFb4S7FXh8CDd5kf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16/08/2023.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. Rio de Janeiro: IBGE; 1981, 1986, 1998, 2003, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8R6QRyHLFb4S7FXh8CDd5kf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16/08/2023.

Investimento em saúde pública cai 64% em 11 anos no Brasil, .2023. Disponível em :

<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2023/05/29/investimento-em-saude-cai-no-brasil-orcamento-ministerio-da-saude.htm>. Acesso: 08/08/23.

JUNIOR, Nadir Lara. **A ideologia do capitalismo nos movimentos sociais brasileiros: os “nós-do-governo”**. São Paulo, SP: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/9dFV3HtcX8LL5FRfP6KT4nm/?format=html#ModalTutors>. Acesso em: 04/09/2023.

LAVOR, de Adriano. **Amazônia sem respirar: Falta de oxigênio causa mortes e revela colapso em Manaus**. Rio de Janeiro, RJ RADIS: FIOCRUZ, 2021. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/reportagem/amazonia-sem-respirar/>. Acesso: 10/08/2023.

MACEDO, Dalsiza Claudia Coutinho; SANTOS, Rosemeire dos. **Política de saúde no Brasil pós constituição federal de 1988: reflexões sobre a trajetória do SUS**. Palmas, Tocantins: Revista Humanidades e Inovação, v.6, n.17, 2019. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/1644>. Acesso em: 10/08/2023.

MACHADO E SANTANA. **A privatização da Saúde e a contrarreforma do Estado: o processo de desmonte dos direitos sociais**. Londrina Paraná, 2017. Disponível em: <https://www.congressoservicosocialuel.com.br/anais/2017/assets/134367.pdf>. Acesso em: 18/09/2023.

SOUZA, Maria Inês; 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. Acesso: 08/08/2023.

Maior sistema público de saúde do mundo, o SUS completa 31 anos. UNASUS, 2021. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos#:~:text=SUS%20%C3%A9%20o%20%C3%BAnico%20sistema,de%20190%20milh%C3%B5es%20de%20pessoas>. Acesso em: 20/08/2023.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; MELO Mariana. **Continuum de desmontes da saúde pública na crise do covid-19: o neofascismo de Bolsonaro**. Saúde Soc. São Paulo, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4nFqGgLG5wL5wHGjtJfntNS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12/08/2023.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **A política de saúde no governo Lula.** Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Ciência Política, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZJ3pn4hRCRDMCVhSV9fvnqL/#Modalutors>. Acesso em: 04/09/2023.

“**Mimimi, gripezinha, e daí?**”: veja declarações de Jair Bolsonaro na pandemia. Globo. 2021. Disponível em: https://g1.globo.com/globonews/estudio-i/video/mimimi-gripezinha-e-dai-veja-de-claracoes-de-jair-bolsonaro-na-pandemia9340581.ghtml#utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_campaign=gnews&utm_content=post. Acesso em: 12/08/2023

Mortes na fila por um leito de UTI, falta de insumos e funerárias sem férias: os sinais do colapso na saúde brasileira. Globo, 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/03/20/mortes-na-fila-por-um-leito-de-uti-falta-de-insumos-e-funerarias-sem-ferias-os-sinais-do-colapso-na-saude-brasileira.ghtml>. Acesso em: 02/09/2023.

NOGUEIRA Roberto Passos. **As Agências Reguladoras da Saúde e os Direitos Sociais.** Brasília, DF: Ipea, ago, 2002. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/politicas_sociais/ensaio1_Roberto5.pdf. Acesso em 18/09/2023.

NORONHA, José Carvalho; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. In: **Ciência. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Jan, 2001. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200013>. Acesso: 25/08/2023.

OLIVEIRA. Ana Luiza Matos de. **ENFRENTANDO A PANDEMIA NA AMÉRICA LATINA: Uma análise de vulnerabilidades após 30 anos de neoliberalismo.** Public Services International, 2020. Acesso em: 08/08/2023.

OLIVEIRA, G. L. & Silva, M. K. (2011). A face oculta(da) dos movimentos sociais: trânsito institucional e intersecção Estado-Movimento: uma análise do movimento de Economia Solidária no Rio Grande do Sul. **Revista Sociologias**, 13(28), 86-124. Acesso em: 04/09/2023

OLIVEIRA, Rodrigo Ferreira. A contrarreforma do Estado no Brasil: uma análise crítica. **Revista Urutágua** - acadêmica multidisciplinar - DCS/UEM. nº 24 - maio/junho/agosto de 2021. Acesso em: 08/08/2023.

Orçamento da Saúde cresceu apenas 2,5% em 10 anos, revela pesquisa do IEPS e Umame. (IEPS) Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. 2023. Disponível em: <https://ieps.org.br/orcamento-da-saude-cresceu-apenas-25-em-10-anos-revela-pesquisa-do-ieps-e-umame/>. Acesso em: 10/08/23.

PAINEL CORONAVÍRUS. **CORONAVÍRUS BRASIL**, 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 25/08/2023.

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

PAIM, Jairnilson Silva. **Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira**. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf>. Acesso: 08/08/2023.

PORTARIA Nº 545, DE 20 DE MAIO DE 1993. Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília, DF, 1993. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 18/09/2023.

PRAZERES, M. **A agenda política autoritária de controle social do Governo Bolsonaro e as ameaças à democracia**. Disponível em: <https://www.democraciaeparticipacao.com.br/index.php/mais/opiniaio/301-a-age-nda-politica-autoritaria-de-controle-social-do-governo-bolsonaro-e-as-ameacas-a-democracia>. Acesso em: 02/09/2023.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo**. Acesso em: 08/08/2023.

IBGE. PIB cai 4,1% em 2020 e fecha o ano em R\$7,4 trilhões. Agência IBGE notícias. 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/30165-pib-cai-4-1-em-2020-e-fecha-o-ano-em-r-7-4-trilhoes>. Acesso em: 08/08/2023.

BELANDI, Caio. **Pobreza tem aumento recorde e atinge 62,5 milhões de pessoas**. Maior nível desde 2012. Agenda de notícias IBGE. 2012. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/35687-em-2021-pobreza-tem-aumento-recorde-e-atinge-62-5-milhoes-de-pessoas-maior-nivel-desde-2012>. Acesso em: 18/01/2023.

Revista Praia Vermelha: Estudos de política e teoria social. Rio de Janeiro, RJ: Universidade Federal (UFRJ) do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Escola de Serviço Social, Coordenação de Pós-Graduação, 2023. Disponível: <https://revistas.ufrj.br/index.php/praiavermelha>. Acesso: 18/09/2023.

RESENDE, Rodrigo. **Relatório acusa governo federal de atraso na compra de vacinas e de negociações ilícitas no caso Covaxin**. Rádio Senado. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2021/10/22/relatorio-acusa-governo-federal-de-atraso-na-compra-de-vacinas-e-de-negociacoes-ilicitas-no-caso-covaxin>. Acesso em: 10/08/2023.

SALETE, Maria Dalla Vecchia Ghisleni. **FLEXIBILIZAÇÃO DO DIREITO DO TRABALHO**. Lajeado/RS. 2006. Disponível em: https://www.univates.br/media/graduacao/direito/FLEXIBILIZACAO_DO_DIREITO_DO_TRABALHO.pdf. Acesso em: 11/08/2023

TRINDADE, Thiago. GUARESCHI, Carla. **A agenda política autoritária de controle social do Governo Bolsonaro e as ameaças à democracia**. Democracia & Participação, p. 1-3, dezembro, 2019. Disponível em: file:///C:/Users/Sec.%20Sa%C3%BAde/Downloads/A_agenda_politica_autoritaria_de_control.pdf. Acesso em: 02/09/2023.

SANTOS, Isabela Soares. A solução para o SUS não é um Brazilcare. RECIIS - Revista **Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde**. 2016. Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1191/pdf1191>>. Acesso em: 20/01/2023.

SANTOS, IS., SANTOS, MAB., and BORGES, DCL. **Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro**: realidade e futuro do SUS. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. pp. 73-131. ISBN 978-85-8110-018-0. Available from SciELO Books. Acesso em: 25/08/2023.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **SUS 30 anos**: o início, a caminhada e o rumo. Ciência coletiva [online]. 2018a, vol.23, n.6, p.1729-1736. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1729.pdf>. Acesso em: 25/08/2023.

SANTOS, Viviane Medeiros dos. A privatização da saúde pública brasileira: a utilização do fundo público para o setor filantrópico/privado. In.: **VI Jornada Internacional de Políticas Públicas**: o desenvolvimento da crise capitalista e a atualização das lutas contra a exploração, a dominação e a humilhação. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, Maranhão. 20-23 agosto, 2013. Acesso em: 25/08/2023.

SILVA, Daniel Neves. "Governo Lula (2003-2011)"; **Brasil Escola**. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/historiab/governo-luis-inacio-lula-da-silva.htm>. Acesso em 01/09/2023.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino. OLIVEIRA, Maria Helena Barros. **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira**: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ng8xP69Fyq4XmWjGBxVBgLB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23/08/2023

SOUZA, Diego de Oliveira. O Estado Neoliberal Face à COVID-19: o financiamento

de políticas Sociais. **Temporalis**, Brasília (DF), 2021, n.41, p.190 - 204.

SEIXAS, Marlúcia. **Covid-19: maior circulação do vírus impulsionou picos de casos e P.1 no Amazonas**. Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-maior-circulacao-do-virus-impulsionou-p-icos-de-casos-e-p1-no-amazonas>. Acesso em: 24/08/2023.

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: 10/08/2023.

Saúde perdeu R\$ 20 milhões em 2019 por causa da EC95/2016. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilh-oes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>. Acesso em: 11/08/23.

SOARES. Raquel Cavalcante. **A contrarreforma e a política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. Recife, 2020. p. 40 - 78, abril 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9499> . Acesso em: 18/01/2023.

SODRÉ, Francis. **Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/YtCRHxTywqWm4SChBHvqPBB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 08/08/2023.

SOUZA, D. O. O ESTADO NEOLIBERAL FACE À COVID -19: O FINANCIAMENTO DE POLÍTICAS SOCIAIS. **Temporais**, Brasília (DF), ano 21,41, p.190 -204, jan./jun. 2021. Acesso em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/34716/23573>.

Sundfeld, C. A. **Serviços Públicos e Regulação Estatal, Introdução às Agências Reguladoras In: Direito Administrativo Econômico**. São Paulo: Malheiros Editores, 2000.

SIMIONATTO, Ivete. **Crise Sanitária, Territórios e Pobreza**. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Serviço Social. 2023. Disponível em: <file:///C:/Users/alici/OneDrive/Documents/Crise%20Sanit%C3%A1ria,%20Territ%C3%B3rios%20e%20Pobreza.pdf>. Acesso em: 09/08/23. Acesso: 08/08/2023.

Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Política, Gestão e Saúde, São Paulo, SP, Brasil. 2023. **Continuum de desmontes da saúde pública na crise do covid-19: o neofascismo de Bolsonaro**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4nFqGgLQ5wL5wHGjtJfntNS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08/08/23.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vacinômetro COVID-19** - Estabelecimento de Saúde. Ministério da Saúde.2023. Disponível em:https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINA_C19_CNES_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINA_C19_CNES_RESIDENCIA.html. Acesso em: 10/08/23.

VIACAVAL, F. et al. SUS: **oferta, acesso e utilização de serviços nos últimos 30 anos. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018. Disponível em:<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/sus-oferta-acesso-e-utilizacao-de-servicos-de-saude-nos-ultimos-30-anos/16702?id=16702>. Acesso em: 18/09/2023.

ZIZEK, S. **Pandemia: Covid-19 e a reinvenção do comunismo**. São Paulo: Boitempo, 2020.

TRINDADE, Thiago. GUARESCHI, Carla. **A agenda política autoritária de controle social do Governo Bolsonaro e as ameaças à democracia**. Democracia & Participação, p. 1-3, dezembro, 2019. Disponível em: file:///C:/Users/Sec.%20Sa%C3%BAde/Downloads/A_agenda_politica_autoritaria_de_control.pdf. Acesso em: 02/09/2023.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The financial crisis and global health: report of a high-level consultation**. Geneva: WHO, 2009.