



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Bruna Veiga de Moraes

O Sistema Único de Saúde: estudo das movimentações de Propostas de Emendas
Constitucionais entre 2016-2018

Florianópolis

2024

Bruna Veiga de Moraes

**O Sistema Único de Saúde: estudo das movimentações de Propostas de Emendas
Constitucionais entre 2016-2018**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Regina Krüger

Florianópolis

2024

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC. Dados inseridos pelo próprio autor.

Veiga de Moraes, Bruna

O Sistema Único de Saúde : estudo das movimentações de Propostas de Emendas Constitucionais entre 2016-2018 / Bruna Veiga de Moraes ; orientadora, Tânia Regina Krüger, 2024.

210 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Câmara dos Deputados. 4. Propostas de Emendas Constitucionais. 5. Política de Saúde. I. Krüger, Tânia Regina. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. III. Título.

Bruna Veiga de Moraes

**O Sistema Único de Saúde: estudo das movimentações de Propostas de Emendas
Constitucionais entre 2016-2018**

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 09 de setembro de 2022, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Douglas Francisco Kovaleski, Dr.
Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Keli Regina Dal Prá, Dra.
Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Insira neste espaço a
assinatura digital

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Insira neste espaço a
assinatura digital

Profa. Tânia Regina Krüger, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 2024.

Este trabalho é dedicado àqueles/aquelas que reivindicam
o SUS como patrimônio inalienável do povo brasileiro.

AGRADECIMENTOS

Frente às intensas dificuldades enfrentadas para a conclusão desta dissertação, durante seu estendido intervalo de tempo, encontramos profundas possibilidades de resistência, temperança, sabedoria, acolhimento e suporte. Agradeço imensamente às pessoas que oportunamente mostraram essas possibilidades. Algumas dessas pessoas serão citadas por representarem o percurso da elaboração e conclusão deste trabalho, que, na verdade, marca o encerramento de uma longa jornada como estudante da UFSC.

A Professora Tânia Regina Krüger, que, na graduação em Serviço Social, nas lutas em defesa do SUS e na Residência Multiprofissional, instigou reflexões e compromissos que carrego comigo para a minha vida profissional e pessoal. Agradeço imensamente pela paciência e pela oportunidade de aprender ainda mais contigo durante a jornada desse mestrado, mesmo quando eu não acreditava ser possível. Obrigada por tudo isso e pelo incentivo a não desistir dos nossos projetos.

Meus sinceros agradecimentos ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e ao Departamento de Serviço Social da UFSC, em especial aos professores Beatriz Paiva, Keli Regina Dal Prá, Maria Teresa dos Santos, Ricardo Lara, Simone Sobral e Vânia Manfroi. Sou eternamente grata pelo quanto contribuíram para a minha formação profissional e pessoal. Agradeço ao servidor Samuel Salézio dos Santos pelo apoio nas situações difíceis e pelas boas piadas para a necessária descontração.

Agradeço ao Professor Douglas Kovalski, que trouxe contribuições de grande valor para a nossa dissertação, juntamente com as fundamentais reflexões da Professora Vania Manfroi na banca de qualificação, e com o imprescindível acúmulo da Professora Keli Regina Dal Prá na banca de defesa.

Meu grande agradecimento aos meus familiares, em especial aos meus pais e ao meu irmão. Obrigada por respeitarem cada fase dessa trajetória e por movimentarem seus apoios para que eu seguisse nos meus planos. Agradeço cada incentivo que me possibilitou seguir em frente.

Sou "um sujeito de sorte" por poder cantarolar esse trecho da conhecida música de Belchior e lembrar das amigadas que pude contar até aqui. Obrigada por me acompanharem nessa caminhada, meus amigos Caetano, Carol, Gio, Helen, Ingrid, Jonaz, Laura, Luiza, Nala e Nana.

Durante o meu exercício profissional enquanto assistente social no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), tive a satisfação de encontrar pessoas comprometidas com a qualidade dos serviços prestados à população usuária. Esse encontro me possibilitou aprendizados e amizades que motivaram a seguir em frente pessoalmente e profissionalmente. Carrego vocês no coração, Daielen, Juliane, Magda, Pedro, Raphael e Roana.

Agradeço aos meus camaradas, que auxiliaram a compor a minha formação política, pessoal e teórica, lapidando a minha visão de. Em especial, agradeço às/aos militantes da área da saúde, que mesmo seguindo em caminhos não tão próximos hoje, as suas lutas e movimentos me motivaram a estudar o SUS muito antes desta dissertação ser um projeto.

Nosso agradecimento especial à Capes, que através da bolsa de mestrado viabilizou este trabalho.

Por fim, nada disso seria possível sem a Universidade Pública. Agradecemos à todas e todos que defendem a qualidade do ensino superior, a sua gratuidade e para que essa instituição possa atender aos interesses do povo brasileiro. Vocês são imprescindíveis.

RESUMO

A presente dissertação de mestrado tem por objetivo analisar as propostas de emendas constitucionais (PECs) para o Sistema Único de Saúde (SUS) que originadas na Câmara dos Deputados Federais e que tramitaram entre 12 maio de 2016 a 31 dezembro de 2018. Este período é demarcado desde o afastamento de Dilma Rousseff do cargo da Presidência da República, em virtude do andamento do processo de *impeachment* nas Casas Legislativas, ocasião em que Michel Temer assume ao cargo, até o encerramento do mandato eleitoral. A partir da análise marxista do capitalismo dependente do Estado brasileiro, identifica-se que o momento conjuntural é de aprofundamento da agenda conservadora, antipopular, de ruptura com o pacto social selado com a Constituição Federal de 1988 e aprofundamento do modelo médico-privatista em prol dos interesses da autocracia burguesa. Para a análise das movimentações para a área da saúde na Câmara dos Deputados no período, foram selecionadas 24 PECs, apresentadas e discutidas em quatro principais eixos: a valorização da carreira dos profissionais do SUS; concepção de saúde e ordenamento do SUS; emendas parlamentares individuais no orçamento do SUS; recursos e financiamento do SUS. Como resultado do estudo, considerando o perfil heterogêneo das 24 PECs e de suas justificativas, não observamos ampla e sustentada defesa do SUS que está expresso nos artigos constitucionais e nas leis de regulamentação. Pelo contrário, são propostas de cunho pontual, que desconhecem as determinações da saúde e da doença, desconhecem os princípios do SUS, revelam um caráter corporativo das relações trabalhistas e se vinculam a um capital clientelista eleitoral pelo vasto território do país.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Câmara dos Deputados. Propostas de Emendas Constitucionais (PECs). Política de Saúde.

ABSTRACT

This master's thesis aims to analyze the proposals for amendments to the Constitution (PECs) for the Unified Health System (SUS) that have arisen in the Federal Chamber of Deputies and have been processed between May 12, 2016 and December 31, 2018. This period is framed from the removal of Dilma Rousseff from the office of President of the Republic, due to the impeachment trial in the Legislative Houses, when Michel Temer took office, until the end of the electoral term. From the Marxist analysis based on the dependent capitalism of the Brazilian State, it is observed that the current moment is the deepening of the conservative, anti-popular agenda, the rupture with the social pact sealed with the 1988 Federal Constitution, and the intensification of the medical-privatist model in favor of the interests of the bourgeois autocracy. For the purpose of analyzing the health policy moves in the Chamber of Deputies in the period, 24 PECs were selected, presented and discussed in four main axes: SUS professionals' career development; understanding of health and ordering of the SUS; single parliamentary amendments in the SUS national budget; SUS funds and financing. As a result of the study, considering the diverse nature of the 24 PECs and their motivations, we did not notice a broad and well-supported defense of the SUS as expressed in the constitutional texts and in the regulatory laws. On the contrary, they are proposals of occasional nature, which do not acknowledge the determining factors of health and disease, are ignorant of the principles of the SUS, reveal a corporative character of labor rights relations, and are linked to a clientelistic electoral capital throughout the vast territory of the country.

Keywords: Unified Health System. Chamber of Deputies. Proposals for Constitutional Amendments (PECs). Health Policy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Disposição das PECs conforme suas características	116
---	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Quantidade de propostas legislativas que tramitaram no Câmara dos Deputados no período de 12 de maio de 2016 a 31 de dezembro de 2018.....	111
Quadro 2- Disposição das PECs conforme suas propostas de alterações no texto constitucional.....	113
Quadro 3- PECs sobre a valorização da carreira dos profissionais do SUS	118
Quadro 4 Resumo dos requerimentos para inclusão da PEC 22/2011 na Ordem do Dia na Câmara de Deputados do Brasil	127
Quadro 5- PECs sobre a concepção de saúde e ordenamento do SUS	133
Quadro 6- PECs sobre emendas parlamentares individuais no orçamento do SUS	144
Quadro 7- Síntese das PECs 352/2017, 364/2917, 369/2017 e 403/2018.....	146
Quadro 8- PECs sobre recursos e financiamento do SUS	150
Quadro 9- Solicitações de audiência pública na Câmara de Deputados referente à PEC 1/2015	166
Quadro 10- Quadro geral das PECs utilizadas na pesquisa	202

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAHUE- Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
ABRAMGE- Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ABRASCO- Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABS- Atenção Básica em Saúde
ACE- Agente de Combate às Endemias
ACS- Agente Comunitário de Saúde
ADCT- Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADI- Ações Diretas de Inconstitucionalidade
ALCA- Área de livre Comércio das Américas
ANAHP- Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS- Agência Nacional Suplementar de Saúde
ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS- Atenção Primária em Saúde
ATFP- Aqui tem Farmácia Popular
BM- Banco Mundial
BNDES- Banco Nacional do Desenvolvimento
CAPS- Centros de Atenção Psicossocial
CCJC- Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania
CCP- Coordenação de Comissões Permanentes
CD- Câmara dos Deputados
CEBES- Centro de Estudos Brasileiros em Saúde
CF- Constituição Federal
CIT- Comissão Intergestora Tripartite
CLSS- Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido
CLT- Consolidação das Leis Trabalhistas
CMB- Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
CN- Congresso Nacional
CNC- Confederação Nacional do Comércio
CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNM- Confederação Nacional de Municípios
CNS- Conselho Nacional de Saúde

CNSa- Confederação Nacional da Saúde, Hospitais e Estabelecimentos e Serviços
COFINS- Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONACS- Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde
CONASEMS- Conselhos Nacionais dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS- Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONTAG- Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e
Agricultoras Familiares
CRAS- Centros de Referência de Assistência Social
CREAS- Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS)
CUS- Cobertura Universal de Saúde
DCD- Diário da Câmara dos Deputados
DEM- Partido Democratas
DIAP- Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar
DRG - Grupo de Diagnósticos Relacionados
DRU- Desvinculação das Receitas da União
EBSERH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC- Emenda Constitucional
EPL- Estudantes Pela Liberdade
ESF- Estratégia Saúde da Família
EUA- Estados Unidos da América
FBH- Federação Brasileira de Hospitais
FBI - Federal Bureau of Investigation
FEDPs- Fundação Estatal de Direito Privado
FENAESS- Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde
FENASCE- Federação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de
Combate às Endemia
FGTS- Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FGV- Fundação Getúlio Vargas
FHC- Fernando Henrique Cardoso
FIESP- Federação das Indústrias do Estado de São Paulo
FMI- Fundo Monetário Internacional
FNCPS- Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde
FPM- Fundo de Participação dos Municípios

HUs- Hospitais Universitários
IBOPE - Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
ICMS- Imposto Sobre Circulação de Mercadorias
ICOS- Instituto Coalizão Saúde Brasil
IFES- Instituições Federais de Ensino Superior
IHS-*Institute of Human Studies*
IPCA- Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IR- Imposto de Renda
LRF- Lei de Responsabilidade Fiscal
MBL- Movimento Brasil Livre
MDB- Movimento Democrático Brasileiro
MP- Medida Provisória
MPL- Movimento Passe Livre
MPOG- Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.
MPs- Medidas Provisórias
MPV- Medida Provisória
MRS- Movimento da Reforma Sanitária
NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OGU- Orçamento Geral União
OMC- Organização Mundial do Comércio
OMS- Organização Mundial de Saúde
OSCIPs- Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSs- Organizações Sociais
PAC- Programa de Aceleração do Crescimento
PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBF- Programa Bolsa Família
PCdoB- Partido Comunista do Brasil
PDT: Partido Democrático Trabalhista
PEC- Proposta de Emenda Constitucional
PECs- Propostas de Emendas Constitucionais
PET: Programa de Educação pelo Trabalho
PFL- Partido da Frente Liberal
PPFB- Programa Farmácia Popular do Brasil

PHB- Partido Humanista da Solidariedade
PIB- Produto Interno Bruto
PIS- Programa Integração Social
PMDB- Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMN: Partido da Mobilização Nacional
PNAB- Política Nacional de Atenção Básica
PNH- Política Nacional de Humanização
PNSM - Política Nacional de Saúde Mental
PP- Partido Progressistas
PPPs- Parcerias Público-Privadas
PRB- Partido Republicanos do Brasil
PROS- Partido Republicano da Ordem Social
PSB- Partido Socialista Brasileiro
PSD- Partido Social Democrático
PSDB- Partido da Social Democracia Brasileira-
PSF- Programa Saúde da Família
PSOL- Partido Socialismo e Liberdade
PT- Partido dos Trabalhadores
PTB- Partido Trabalhista Brasileiro
PTdoB- Partido Trabalhista do Brasil
RAS- Rede de Atenção à Saúde
RCL- Receita Corrente Líquida
RGPS- Regime Geral da Previdência Social
RJU- Regime Jurídico Único
SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SF- Senado Federal
SGTES- Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde
STF- Supremo Tribunal Federal
SUAS- Sistema Único de Assistência Social
SUS- Sistema Único de Saúde
TCU- Tribunal de Contas da União
UHC- Universal Health Coverage
UNASUS- Universidade Aberta do SUS

UNIDAS- União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde

UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo

URSS- União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

SUMÁRIO

Introdução	15
1. O SUS nos anos 2000: fundamentos, realizações e resistências	24
1.1 Fundamentos do SUS enquanto política social.....	24
1.2 Tendências ideopolíticas do SUS a partir dos anos 2000	45
1.3. O SUS no processo de impeachment da presidenta Dilma e entrada do governo Temer	76
2. Perspectivas e tendências ideopolíticas para o SUS na Câmara dos Deputados no governo Michel Temer	109
2.1. Caracterização das Propostas das Emendas Constitucionais em relação ao SUS que tramitaram no Congresso Nacional (2016-2018).....	110
2.2 Valorização da carreira dos profissionais do SUS	117
2.3 Concepção de saúde e ordenamento do SUS	132
2.4. Emendas parlamentares individuais no orçamento do SUS.....	144
2.5 Recursos e financiamento do SUS	150
3 Considerações finais	179
Referências	184
APÊNDICE A – Quadro geral das PECs utilizadas na pesquisa	202

Introdução

A “saúde em primeiro lugar” é uma frase comumente propagada em diálogos do nosso cotidiano. Essa evocação é relembrada em períodos de eleição, quando a população brasileira apresenta a saúde como a primeira preocupação, tal como retrata a pesquisa realizada pelo Ibope em 2016 e 2020. Em menção à pesquisa, o Portal G1 refere que em 2016 a saúde apareceu como principal problema para os eleitores, variando de 32% a 62% entre as pessoas entrevistadas nas capitais brasileiras. Já em 2020, em contexto de pandemia¹ ocasionada pela COVID-19², a variação subiu entre 43% e 77% (VASCONCELLOS; G1; 2020).

No Brasil, a capacidade dos governantes e das esferas de poder de viabilizar meios para o enfrentamento da crise sanitária fora diariamente questionada diante de milhares de vidas brasileiras perdidas, em contraste a outros países que seguiram recomendações científicas e políticas para redução da propagação do vírus. O limiar dessa discussão trouxe, inevitavelmente, mais uma vez o Sistema Único de Saúde (SUS) aos holofotes da sociedade brasileira.

Dentre os êxitos e adversidades para a implementação desse sistema universal de saúde em um país continental, de capitalismo dependente, é possível afirmar que o SUS corresponde a um dos mais importantes patrimônios do povo brasileiro. Não é à toa que o SUS também tem sido protagonista de objetos de pesquisa e estudos científicos desde a sua fundação.

Em 2017, ao iniciarmos esta proposta de pesquisa, não se vislumbrava a possibilidade de que, em 2020, a humanidade seria assolada por uma pandemia tal como vivenciamos com a Covid-19. Nessa realidade, de pandemia e de aprofundamento da crise estrutural do capital, que nos desafiamos a desenvolver e a finalizar essa pesquisa, apresentando-a neste texto dissertativo.

Nossa aproximação com a temática iniciou na graduação em Serviço Social (2009 a 2014) como integrante do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde-

¹ Pandemia é a disseminação mundial de uma nova doença. O termo passa a ser usado quando uma epidemia, surto que afeta uma região, se espalha por diferentes continentes com transmissão sustentada de pessoa para pessoa.

² A COVID-19, doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, vulgo novo coronavírus, apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves. A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a pandemia de COVID-19 em março de 2020.

Urgência e Emergência (2014). Concomitantemente à construção do Centro Acadêmico Livre de Serviço Social (CALISS) e Diretório Central dos Estudantes (DCE), construímos os Centros Acadêmicos da Saúde (CASA) (2012 a 2014), Fórum Catarinense em Defesa do SUS e Contra as Privatizações e a Comitê Estudantil em Defesa do HU 100% Público- EBSEH aqui não passará (2013 a 2015). Através da Coordenação Nacional da Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO) passamos a construir a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (2013).

Posteriormente, como assistente social residente do Programa de Residência em Saúde da Família da UFSC (2015-2017), simultânea à continuidade de participação no Fórum Catarinense em Defesa do SUS e Contra as Privatizações e Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, buscamos aprofundar aos debates sobre o SUS. Nesse período, a conjuntura nacional encontrava-se em grande efervescência política, em pese que, desde a formulação da Constituição Federal de 1988, ficam mais explícitos os projetos em disputa para o SUS, quanto aos fundamentos, modelos de gestão e financiamento da política de saúde.

A presente dissertação, portanto, é fruto da indagação da apresentação dos projetos em disputa para o SUS na Câmara dos Deputados Federais, por meio das Propostas de Emenda Constitucional (PECs), no contexto de avanço das contrarreformas a partir do processo de *impeachment* da Presidente Dilma Rousseff. Questionamos como esses projetos se manifestam em proposições na esfera Legislativa, em que as forças conservadoras buscam reduzir os avanços sociais sob a justificativa da crise econômica e política do Brasil. Intentamos essa discussão a partir da observação das contradições inerentes ao processo da reformulação da Constituição Federal (CF) dado em 1988 enquanto aparato jurídico-político dentro do Estado brasileiro, cravejado na formação sócio-histórica brasileira do capitalismo dependente.

A Câmara dos Deputados (CD) se estabelece na estrutura do Estado autocrático burguês, compondo uma das casas do Poder Legislativo, em conjunto com o Senado Federal (SF). No endereço eletrônico da Câmara ela se intitula como “representante do povo brasileiro”. Suas principais funções estão na discussão e votação de propostas referentes às áreas econômicas e sociais, bem como fiscalizar os Poderes da União no emprego dos recursos arrecadados com o pagamento de tributos da população. (BRASIL, 2022)

Nosso objetivo central é analisar as movimentações das Propostas de Emendas Constitucionais (PECs) sobre o SUS que tramitaram na Câmara dos Deputados no período em que Michel Temer assumiu o cargo da Presidência da República Federativa do Brasil, desde o processo de *impeachment* da ex-presidenta Dilma Rousseff até o final do seu mandato, compreendido o período de maio de 2016 a dezembro de 2018.

Delineamos como objetivos específicos:

- Contextualizar as tendências ideopolíticas no processo de implementação do SUS no Estado brasileiro, caracterizando as principais disputas ocorridas na política de saúde a partir dos anos 2000;

- Mapear as proposições de alterações estruturais do SUS através das emendas constitucionais que foram propostas e tramitaram na Câmara dos Deputados no governo Temer;

- Analisar as tendências ideopolíticas para o SUS apresentadas nos projetos no CN no período de maio de 2016 até dezembro de 2018 com base na literatura da área.

O SUS corresponde a um dos mais complexos sistemas universais de acesso a serviços de saúde do mundo. Ele foi gestado diante de um processo em que o Brasil ansiava por uma democracia ampliada, enquanto esvaia-se um modelo de governo autoritário e restritivo. As mobilizações populares do Movimento da Reforma Sanitária (MRS), iniciadas ao final dos anos 1970 e impulsionadas pelo período de redemocratização do Brasil no final do período da Ditadura Militar Empresarial, resultaram na expressiva demarcação da saúde na CF de 1988, posicionando a política de saúde **como dever do Estado e direito de toda a população**.

A Carta Magna foi carimbada com significativas diferenças para o âmbito da seguridade social, principalmente por caracterizar o Estado como responsável pela garantia de direitos, trazendo avanços nas condições de vida do povo brasileiro. A principal legislação do Brasil, redigida na Assembleia Constituinte de 1987 e 1988, insinuou consigo, além dos progressos na concepção no âmbito de seguridade social, aspectos de ampliação e perspectiva de aberturas políticas e segurança das instituições democráticas no Brasil. Em outros termos, a expectativa em torno do “Estado Democrático de Direito”, no período da Nova República, tomava forma jurídico-política na CF. Como parte da seguridade social, a política de saúde passa a

ser concebida dentro do SUS em caráter universal, integral, de igualdade da assistência à saúde, tendo garantida a preservação da autonomia das pessoas, a gratuidade e a participação social.

Foram promulgadas no governo Collor as leis federais 8.080/1990 e 8.142/1990, que regulamentam o SUS e, assim, uma série de medidas que impactaram seu desenvolvimento foram tomadas pelo Poder Executivo. O cenário social, político e econômico global, marcado pela ascensão do neoliberalismo, caracteriza-se no Brasil em uma onda de desmonte dos ganhos sociais pós-1988. Os anos de implementação da nova política de saúde para o Brasil foram de contradição, como não poderiam deixar de ser diante do desenvolvimento capitalista brasileiro. Ao mesmo passo em que cresceu o complexo e amplo SUS público, gratuito, ofertado pelo Estado, se fortaleceu o setor médico assistencial privatista. Os avanços sociais tiveram sua regulamentação adiada, desfinanciados, sucateados, inviabilizados por ações técnicos-políticas, desconcentrados e não descentralizados desde suas origens e formulações nos anos 1990 no CN e nos governos conseguintes de Fernando Collor (1990-1992), Itamar Franco (1992 e 1995) e Fernando Henrique Cardoso (1995-2003).

Com a entrada do Partido dos Trabalhadores (PT) nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011) e Dilma Rousseff (2011-2016), há uma generalizada expectativa no espectro das políticas sociais. Este recente período, caracterizado por efervescentes mudanças sociais, por complexidades políticas e por contradições governamentais, torna necessária a sua análise, a fim de entendermos o caminho traçado para o SUS nesse tempo histórico e vislumbrarmos as possíveis direções para sua estruturação em momento futuro. Assim, a partir do referencial teórico delineado, apresentamos uma revisão bibliográfica sobre o SUS no Brasil com o intuito de contextualizar e discutir os projetos em disputa para o SUS na proximidade de mais de três décadas de sua promulgação na CF.

Em 2016, nos deparamos com a “PEC do teto dos gastos públicos”, a PEC 241 na Câmara de Deputados, PEC 55 no Senado Federal e transformada em norma jurídica na Emenda Constitucional (EC) 95/2016 (BRASIL, 2016a). Abordada pelos movimentos sociais e intelectuais críticos como “PEC do fim do mundo”, ela foi assim chamada por instituir um Novo Regime Fiscal, constituindo um regime de austeridade sem precedentes. Neste regime está previsto o congelamento dos recursos públicos do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social por 20 anos, o que atinge diretamente

diversos serviços públicos essenciais, em especial os de saúde e de educação. A partir de 2018, as despesas primárias que constituem gastos como o pagamento de pessoal, encargos sociais, pessoal terceirizado, material permanente, aquisição de novos equipamentos, aquisição de imóveis, construções, material de consumo, limpezas, despesas com água, luz, dentre outros, só poderão ser reajustadas pela inflação do ano anterior, tendo como referência o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

A EC 95/2016, que em seu tempo de debate foi apresentada e compreendida pelos movimentos populares como um dos ataques mais sérios à estrutura do SUS, tramitou nas casas do Poder Legislativo, mas não se limitou nessa esfera enquanto proposição. Tal emenda, assim como uma série de outras propostas, circulava pelo Poder Legislativo num período em que as casas legislativas e o Supremo Tribunal Federal (STF) articulavam o processo de *impeachment* contra a presidenta Dilma, reeleita em 2014. No mesmo período, tramitavam propostas conhecidas como as contrarreformas trabalhista e previdenciária. Assim, a tríade Executiva, Legislativa e Judiciária passa por turbulências e concomitantemente entram em voga uma série de medidas anti-povo que tramitam nas diversas esferas institucionais do Estado. Assim, além de a CF de 1988, estabelecida no chamado período de redemocratização do Brasil, não ter sido materializada ao longo dos seus trinta e poucos anos, ela foi constantemente contrarreformada.

O afastamento, inicialmente provisório, de Dilma Rousseff do Poder Executivo devido ao processo de *impeachment* ocorreu no dia 12 de maio de 2016. No mesmo dia em que o presidente interino Michel Temer assumiu a Presidência da República, já havia uma proposição de reformulação de 22 ministros para seu projeto político administrativo, dentre esses, Ricardo Barros, que assumiu como Ministro da Saúde (BOITEMPO, 2019). Entretanto, esse é apenas um episódio do chamado - por uma significativa parcela da população brasileira, jornalistas, pesquisadores, cientistas, artistas e analistas do mundo inteiro - Golpe (AMARAL, 2016; ANTUNES, 2018; BOITO, 2017; BRAGA, 2016; BRAZ, 2017; MASCARO 2018; MIGUEL, 2016; SINGER, 2016). Esse golpe tampouco se restringe ao ano de 2016, mas este foi um ano de intensas movimentações entre as esferas principais dos três poderes do Estado brasileiro, os quais acabaram representando ativamente os interesses das classes dominantes em terras brasileiras.

Este período foi de aprofundamento das forças conservadoras no CN e nas bases da sociedade civil, que elevou a outro nível as preocupações dos movimentos progressistas em relação aos avanços sociais conquistados até então. De acordo Paim (2018), a direita perdeu o pudor e, sem qualquer moderação na linguagem, revelou sua predominância política, econômica e ideológica de cunho fascista. O complexo econômico da saúde e as forças políticas privatistas não passaram ao largo desse processo, por certo, fizeram parte dele. Faz-se necessário o entendimento do SUS enquanto política social no processo de formação do capitalismo dependente brasileiro, tendo em vista seu significado em termos de avanços sem precedentes ao povo brasileiro mas que, ao mesmo tempo, se constitui fortalecendo os da autocracia burguesa.

Demarcamos o referido período histórico como marco temporal desta pesquisa por compreendermos ser importante mirarmos na maneira em que o SUS foi conduzido neste tempo de quebra do pacto social constituído na CF de 1988, com a ocorrência de um golpe que repercute na esfera Legislativa e do *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff. Foi nesse contexto que, em nome de soluções da tal crise político-econômica, assim como a EC95, vieram à tona propostas de soluções como o documento Agenda Brasil, do atual partido Movimento Democrático Brasileiro (MDB), apresentado por Renan Calheiros (AGÊNCIA SENADO, 2015), e reiterado no documento “Uma Ponte para o Futuro” (FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES, 2015). O documento pautava, dentre outras propostas anticonstitucionais, o copagamento do SUS, ou seja, propostas como a cobrança de consulta, exames e outros procedimentos realizados no SUS de acordo com a faixa de renda da população usuária dos serviços (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Em seus primeiros pronunciamentos, quando empossado no cargo, o então Ministro da Saúde Ricardo Barros, declarou a necessidade de revisar o tamanho do SUS em razão da impossibilidade de sustentação dos direitos determinados na Constituição. Dessa forma, o ministro propôs algo como “planos acessíveis de saúde” (SANTOS, 2016). Ainda que a proposta de cobrança dos serviços do SUS tenha sido rechaçada naquele momento, não significa que a direita política tenha abandonado o seu conjunto de intenções. Assim, a análise dos projetos que tramitaram no CN nesse período, mesmo que rejeitados ou não desenvolvidos à sua época, podem revelar as futuras articulações a serem ressuscitadas pelos autores, quando estes considerarem viável a sua aprovação.

Além dos documentos do MDB, foi publicizado o relatório Um Ajuste Justo (BM, 2017) que também discorre sobre diagnósticos e soluções para o setor da saúde pública. Em sintonia com o documento do Banco Mundial, 2017, foi publicado o documento Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde (ICOS 2017).

O que colocamos em questão aqui é o nexos das proposições de emendas constitucionais para o SUS nesse contexto político-econômico, a partir da seleção e análise de documentos que apresentavam saídas para a crise. Além da EC 95/2016, podemos mencionar as seguintes contrarreformas para o SUS ocorridas no recorte temporal pesquisa: nova PNAB (BRASIL, 2017a), o novo modelo de financiamento para o SUS (BRASIL, 2017b), a redução do Programa Farmácia Popular (BRASIL, 2017c), a alteração das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) (BRASIL, 2016b; BRASIL, 2017d), a priorização das Instituições de Educação Superior para cursos de graduação a distância, sem prever um tratamento diferenciado para a área da saúde (BRASIL, 2017e) e a liberação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) do uso do agressivo agrotóxico Benzoato de Emamectina (ANVISA, 2017).

Assim para responder nosso objetivo e problematização apresentada, a presente dissertação está estruturada em dois capítulos. No primeiro os elementos teóricos fundamentais que compõem a presente pesquisa, na discussão da categoria Estado e o entendimento da política social e as particularidades do desenvolvimento capitalista dependente brasileiro. Em sequência, abordamos a trajetória do SUS na conjuntura dos anos 2000, atravessada pela crise estrutural do capital. Por fim, ainda na primeira seção, chegamos aos aspectos conjunturais do Golpe de 2016, a interface entre o poder Executivo, Legislativo e Judiciário, os principais setores da classe dominante nesse processo e suas expressões para a política de saúde brasileira.

A partir do referenciado arcabouço teórico, com contribuições de autores da tradição marxista sobre a realidade brasileira e de pesquisadores sobre o SUS identificados no campo da teoria social crítica, nos guiamos para o processo analítico documental das principais manifestações do CN para o SUS desde a entrada do presidente Michel Temer, no dia 12 de maio de 2016, até o final do seu mandato no Executivo. Este conteúdo e o percurso metodológico que nos levou até as PECs serão retratadas na segunda seção. Nesse momento do texto, apresentaremos as

proposições emendas constitucionais para a política de saúde que tramitaram no referido intervalo de tempo.

Aqui cabe situar que nossa principal fonte da pesquisa documental foi realizada pelo endereço eletrônico da Câmara de Deputados <<http://www.camara.leg.br/buscaProposicoesWeb/pesquisaAvancada>>, que hospeda o banco de dados do Congresso Nacional. Em nossa busca inicial, identificamos 69 PECs³ que tramitaram no referido período no CN com os termos “saúde”, “SUS” e “Sistema Único de Saúde” na sua indexação, inteiro teor e ementas. A partir da leitura de todas essas proposições, nos deparamos com PECs que não necessariamente correspondem ao objetivo central da pesquisa, cujo enfoque discorre nas propostas que influem diretamente na estrutura do SUS. Com isso, tendo como base nosso referencial teórico e finalidade de pesquisa, delimitamos 24 propostas de emendas constitucionais (Apêndice 1).

Após realizada a delimitação das 24PECs, analisamos seus conteúdos e movimentações no período abrangente da pesquisa. Para apresentar suas principais características, avaliamos os assuntos preponderantes nessas proposições e as dividimos em quatro blocos: valorização da carreira dos profissionais do SUS, concepção de saúde e ordenamento do SUS, emendas parlamentares individuais no orçamento do SUS, recursos e financiamento do SUS. Tais elementos textuais são seguidos da nossa discussão analítica das tendências ideopolíticas para o SUS no cenário pós-golpe.

É inconteste, partindo do nosso campo analítico, que desde o início e desenrolar dessa pesquisa, o SUS e demais políticas sociais atravessam um momento de intensas contrarreformas, principalmente tendo como ponto de partida a CF de 88. Nosso intento, com o propósito desta dissertação, ainda com seus limites de abrangência, trata de contribuir com a qualificação do debate acadêmico e político

³ A busca das proposições foi estabelecida pelo mecanismo de pesquisa avançada, através do endereço eletrônico <<http://www.camara.leg.br/buscaProposicoesWeb/pesquisaAvancada>>. As 69 PECs mencionadas podem ser localizadas na seleção dos seguintes itens:

- 1- Em “Identificação” selecionamos as opções “PEC”;
- 2- No campo “Situação”, item “Em tramitação”, selecionamos por “Todas”;
- 3- No campo “Assunto”, item “Qualquer uma destas palavras”, inserimos os termos “SUS, Saúde, “Sistema Único de Saúde””;
- 4- Ainda no campo “Assunto”, item “Onde procurar?”, selecionamos as opções “Ementa”, “Indexação e Inteiro teor”;
- 5- No campo “Tramitação”, item “No órgão”, selecionamos “Plenário”;
- 6- Também no campo “Tramitação”, item período: 12/05/2016 a 31/12/2018.

acerca do SUS, formulado e desenvolvido na estrutura do Estado brasileiro sob a égide do capitalismo dependente no referido tempo histórico. É com essa perspectiva que consideramos importante publicizar os breves achados no percurso dessa pesquisa e contribuir com os esforços coletivos de reflexão e necessidade, em suas diversas possibilidades de trincheira e defesa da radicalidade do Movimento da Reforma Sanitária no tempo presente.

Assim para dar concretude aos objetivos desta dissertação o trabalho apresenta-se estruturado em dois capítulos. No primeiro, intitulado “O SUS nos anos 2000: fundamentos, realizações e resistências”, são abordadas as correlações entre o Estado e SUS como política social no contexto de capitalismo dependente brasileiro, os aspectos estruturais do SUS diante das implicações conjunturais dos anos 2000 e como a política de saúde atravessou o período do governo Temer desde a saída da presidenta Dilma. Estes tópicos estão desenvolvidos em três subitens nomeados, respectivamente, em: fundamentos do SUS enquanto política social; tendências ideopolíticas do SUS a partir dos anos 2000; e o SUS no processo de impeachment da presidenta Dilma e entrada do governo Temer.

No segundo capítulo estão apresentadas, como seu título anuncia, as “Perspectivas e tendências ideopolíticas para o SUS na Câmara dos Deputados no governo Michel Temer”, o qual está subdividido em cinco partes. No primeiro subitem estão expressas as principais características das PECs destacadas na pesquisa e o caminho metodológico para identificá-las. Em seguida, as PECs para o SUS são desenvolvidas em quatro subitens, conforme seus aspectos preponderantes: valorização da carreira dos profissionais; concepção de saúde e ordenamento; emendas parlamentares individuais no orçamento e recursos e financiamento. Ao final desses subitens, são discutidos os conteúdos das referidas PECs, assim como os apontamentos relevantes para as tendências ideopolíticas para o SUS apresentadas na Câmara de Deputados no período de 12 de maio de 2016 a 31 de dezembro de 2018.

1. O SUS nos anos 2000: fundamentos, realizações e resistências

Ao mesmo tempo em que o Sistema Único de Saúde (SUS) é construído como uma grande conquista e é um marco de proteção social no âmbito da saúde para o povo brasileiro, ele comporta diversas contradições que se expressam em todos os seus tentáculos, seja no atendimento direto à população, seja na própria formulação e gestão dos serviços. Para desvendar as contradições da implementação e dos projetos em disputa do SUS é necessário resgatar os aspectos constituintes da política social no Estado burguês, tendo especial atenção para/com as particularidades do capitalismo dependente do Brasil.

Neste capítulo vamos apresentar, inicialmente, os fundamentos que compreendemos nexos entre o Estado, o capitalismo dependente, a democracia e o SUS como política social no contexto brasileiro sob preceitos marxistas, base teórica referencial da nossa pesquisa. No segundo item, daremos sequência aos aspectos estruturais do SUS diante das implicações conjunturais dos anos 2000, perpassando pelas tendências ideopolíticas para o SUS identificadas nesse período. Por fim, vamos adentrar como a política de saúde atravessou o período de saída da presidenta Dilma e como foi a sua entrada no período do governo Temer.

1.1. Fundamentos do SUS enquanto política social

As categorias Estado, democracia e política social se associam ao seu tempo histórico e a um processo de conflito de dominação de classes. Os próximos parágrafos buscam trazer contribuições da tradição marxista, resgatando aspectos históricos para posteriormente adentrarmos na particularidade brasileira.

Em seus primeiros diálogos com Hegel, Marx (2010) apresentava preocupações em compreender a categoria Estado. Ainda que não tenha se dedicado propriamente ao desenvolvimento teórico da mesma, Marx pretendia escrever um livro sobre a categoria, mas não logrou alcançar esse objetivo. O autor coloca que no pensamento de Hegel, o Estado⁴ cumpre a função de universalidade de interesses da sociedade civil (sociedade burguesa), considerando-a como um espaço de interesses

⁴ Além da Crítica da filosofia do direito de Hegel, Marx desenvolve sobre Estado nos textos: As lutas de classe na França de 1845 a 1850 (2012), O 18 de Brumário de Luís Bonaparte (2011).

particulares e egoístas. Assim, o Estado determina a sociedade civil. Marx identificou que o Estado é a expressão dos interesses da classe dominante, sendo determinado pelos conflitos intrínsecos ao modo de produção da ordem vigente, não garantindo a suposta universalidade advinda da sociedade. Ou seja, diferentemente de Hegel, Marx aponta que é a sociedade civil, crivada por interesses de classes, que constitui o Estado.

No Manifesto do Partido Comunista, Marx e Engels (2011) entendiam o Estado como o comitê administrativo dos assuntos da classe burguesa. Os continuadores da tradição marxista desenvolveram e trouxeram aprofundamentos sobre o conceito em outras obras que consolidam essa concepção de Estado. Lenin (2010, p.27) resgatou e aprofundou a concepção em seus estudos, como vemos no parágrafo abaixo:

O Estado é o resultado do antagonismo, produto da manifestação do antagonismo inconciliável das classes. O Estado aparece onde e na medida em que os antagonismos de classes não podem objetivamente ser conciliados. E reciprocamente, a existência do Estado prova que as contradições de classes são inconciliáveis. [...] Para Marx, o Estado não poderia surgir nem subsistir se a conciliação das classes fosse possível. [...] Para Marx, o Estado é um órgão de dominação de classe, um órgão de submissão de uma classe por outra; é a criação de uma “ordem” que legalize e consolide essa submissão, amortecendo a colisão das classes.

Aqui, Lenin coloca a existência do Estado como resultado dialético à existência do conflito inconciliável de classes. A discussão dos autores em relação ao Estado burguês está, assim, calcada no surgimento da sociedade moderna, na qual a burguesia se consolidou como nova classe dominante após a Revolução Burguesa na Europa Ocidental. A burguesia, como nova classe social que emergiu das ruínas da sociedade feudal, cumpriu um papel revolucionário para a derrocada da ordem feudalista. Sua perspectiva teórica e ideológica⁵ era umbilicalmente vinculada a Economia Política clássica, fortemente influenciada pelo jusnaturalismo e pela teoria política liberal, que concebia o Estado absolutista e as instituições do Antigo Regime como inimigos estratégicos (NETTO; BRAZ, 2012).

O projeto defendido pela burguesia em seu período revolucionário pautava-se no horizonte da emancipação política, com o emblemático lema “liberdade, igualdade

⁵O positivismo também é parte desse momento histórico. Löwy (2003, p. 20) examina em sua obra *As Aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen* que essa corrente de pensamento “surge como uma utopia crítico-revolucionária da burguesia antiabsolutista” no final do século XVIII e início do século XIX e passa a ser no decorrer do século XIX até a atualidade “uma ideologia conservadora identificada com a ordem (industrial/burguesa)”.

e fraternidade”. No período do capitalismo concorrencial, o Estado liberal passa a vigorar buscando garantir o direito à propriedade privada e aos direitos individuais no âmbito jurídico-formal, forjando o conceito de cidadania.

A cidadania é a possibilidade do reconhecimento de uma ampla igualdade jurídico-formal dos indivíduos pelo Estado. Para transformar essa possibilidade em realidade, a mobilização de segmentos representativos desses indivíduos se faria necessária e a sua prática política calcaria o caminho para novos ordenamentos políticos democráticos (NETTO, 1990).

A estrutura desses novos ordenamentos democráticos vincula-se às instituições modernas: o Estado se desprende da Igreja, pelo princípio da laicidade. Assim, desenvolvem-se os três poderes: legislativo, executivo e judiciário e surge a república moderna. Junto a esses poderes, emerge o conceito de nação, demarcada por um Estado próprio em um determinado território. Daí também se desenvolve a perspectiva de cidadania fundamentada na “faculdade individual de dispor-se de si mesmo” (*ibidem*, 1990). Todavia, de forma restrita e distante de uma efetiva igualdade e libertação dos povos. Nas palavras de Netto e Braz (p. 31, 2012):

o regime burguês emancipou os homens das relações de dependência pessoal, vigentes na feudalidade; mas a liberdade política, ela mesma essencial, esbarrou sempre num limite absoluto, que é próprio do regime burguês: nele, a igualdade **jurídica (todos são iguais perante a lei)** nunca pode se traduzir em igualdade **econômico-social** - e , sem esta, emancipação **humana** é impossível.

Ainda que a burguesia almejasse a liberdade e igualdade individual a nível jurídico, a desigualdade econômico-social inerente ao sistema emergente impossibilitou a concretização desse desejo de forma ampla. As promessas da classe burguesa foram, assim, incompatibilizadas pelo próprio regime instaurado. Porém, o êxito da Revolução Burguesa levou a burguesia a um novo lugar na história. As outras classes e camadas sociais que estiveram com a burguesia no rompimento da sociedade feudal passaram a ser objeto de dominação e exploração. Juntamente com a nova ordem social, surgiu uma outra classe, denominada proletariado.

As revoluções de 1848 na França evidenciaram a consolidação de um sistema composto por duas principais classes de interesses antagônicos: a burguesia e o proletariado. A burguesia abandonou suas intenções revolucionárias, assumindo o conflito direto com o proletariado, que passou a reconhecer-se autonomamente. Segundo Marx e Engels (2011, p.47) “as armas de que se serviu a burguesia para abater o feudalismo voltam-se agora contra a própria burguesia”, indicando um

processo de demarcação da burguesia em defesa de seus interesses de manutenção da ordem. A necessidade colocada pela ordem burguesa era a de consolidação do seu projeto de dominação em seus aspectos amplos, principalmente no âmbito político e ideológico, o que estabilizar-se-ia através do Estado (HOBBSAWM, 1997)⁶.

Contudo, todo esse cenário não se restringe ao âmbito político. Destacam-se, também, mudanças econômicas e tecnológicas desse tempo e sua crise posterior. Hobsbawn (1997) utiliza-se da metáfora “drama do progresso” como um termo-chave referente às mudanças da época, consolidadas pela construção de estradas de ferro, pelo surgimento das grandes cidades nos Estados Unidos da América e pela ocorrência de grandes fluxos migratórios neste país e no continente europeu⁷.

A etapa monopolista do capitalismo, que surge nas transformações do século XIX, é marcada no início do século XX, concretizando três fenômenos: “o proletariado constituído como **classe para si**, a burguesia operando **estrategicamente como agente social conservador** e o **peso específico** das classes e camadas intermediárias” (NETTO, 2011, p. 54, grifos originais). Esta etapa resulta em profundas mudanças no Estado, juntamente com as reformulações das políticas sociais. Há uma diferenciação na ação do Estado monopolista, que o distingue do Estado do capitalismo concorrencial: este passa a atuar incisivamente como instrumento de organização da economia. Segundo Netto (*ibidem*, p.20, grifos originais), “a constituição da organização monopólica obedeceu à urgência de viabilizar um objetivo primário: **o acréscimo dos lucros capitalistas através do controle dos mercados**”.

A era dos monopólios inaugura consigo, juntamente com o seu grau de complexidade do desenvolvimento do capital, a fase imperialista. Lenin (2012, p. 124)

⁶ “As revoluções de 1848 deixaram claro que a classe média, o liberalismo, a democracia política, o nacionalismo e mesmo as classes trabalhadoras eram, daquele momento em diante, presenças permanentes no panorama político. A derrota das revoluções poderia tirá-los temporariamente do cenário, mas quando reaparecessem determinariam as ações mesmo dos estadistas que tinham menos simpatias por eles.” (HOBBSAWM, 1997, p. 50).

⁷ “Maciço, iluminado, seguro de si, satisfeito, mas acima de tudo inevitável. Quase nenhum dos homens de poder e influência, em todos os acontecimentos no mundo ocidental desejou pôr-lhe um freio [no desenvolvimento econômico e tecnológico]. Apenas alguns pensadores e talvez um maior número de críticos intuitivos previram que esse avanço inevitável iria produzir um mundo bem diferente daquele para o qual parecia levar: talvez exatamente seu oposto. Nenhum deles- nem mesmo Marx, que havia imaginado uma revolução social em 1848 e para uma década depois- esperava um retrocesso imediato. Em meados de 1860, mesmo suas expectativas eram para longo prazo.” (*ibidem*, 1997, p.23)

afirma que essa fase tem cinco traços elementares, que se associam diretamente com a formação dos monopólios:

1) a concentração da produção e do capital alcançou um grau tão elevado de desenvolvimento que criou os monopólios, os quais desempenham um papel decisivo na vida econômica; 2) a fusão do capital bancário com o capital industrial e a criação, baseada nesse “capital financeiro”, da oligarquia financeira; 3) a exportação de mercadorias, adquire uma importância particularmente grande; 4) a formação de associações internacionais monopolistas de capitalistas, que partilham o mundo entre si; 5) conclusão da partilha territorial do mundo entre as potências capitalistas mais importantes.

A fase imperialista é calcada no alto desenvolvimento do monopólio do capital, traduzido em capital industrial e financeiro. O imperialismo consiste na acumulação capitalista em escala global, no processo de disputa e de dominação dos países com desenvolvimento do capitalismo mais avançado sob os países mais atrasados. Na partilhado mundo, o Brasil, que já está em zona periférica, passa a importar o capital dos países centrais. Esse processo é explicado por Lenin (*ibidem*, p. 94):

Enquanto o capitalismo for capitalismo, o excedente de capital não é consagrado à elevação do nível de vida das massas do país, pois isso significaria a diminuição dos lucros dos capitalistas, mas o aumento desses lucros através da exportação de capitais para o estrangeiro, para os países atrasados. Nestes, o lucro é em geral elevado, pois os capitais estão escassos, o preço da terra e os salários, relativamente baixos, e as matérias-primas, baratas. A possibilidade da exportação de capitais é determinada pelo fato de uma série de países atrasados já terem sido incorporados na circulação do capitalismo mundial; de terem sido aí construídas as principais ferrovias ou estarem em vias de construção; de estarem asseguradas as condições elementares para o desenvolvimento da indústria etc. A necessidade da exportação de capitais se deve ao fato de o capitalismo “ter amadurecido excessivamente” em alguns países, e o capital (dado o insuficiente desenvolvimento da agricultura e a miséria das massas) carecer de campo para sua colocação “lucrativa”.

O excedente de capital, revertido na exportação do capital para o estrangeiro, foi essencial para a manutenção do capitalismo nesta fase. O entendimento da dominação imperialista inaugurada no capitalismo monopolista, destacada no alto desenvolvimento do capital mundial, é fundamental para compreender a constituição do capitalismo brasileiro e o seu lugar diante da internacionalização do capital.

Os monopólios se fortalecem com o avanço dos cartéis, no qual as grandes empresas e indústrias “estabelecem entre si acordos desde as condições de venda, os prazos de pagamento, etc. Repartem os mercados de venda. Fixam a quantidade de produtos a fabricar. Estabelecem os preços. Distribuem os lucros entre as

diferentes empresas” (*ibidem*, p.44). A própria concorrência⁸ que se dava no capitalismo gera os monopólios, os cartéis e os trustes.

Segundo Lenin (*ibidem*, p. 47), ocorre uma grande socialização da produção e “socializa-se também, em particular, o processo das invenções e dos aperfeiçoamentos técnicos”. Porém, essa socialização da produção continua sendo privada, uma vez que os meios sociais de produção permanecem pertencendo a uma reduzida parcela da população.

É na garantia do desenvolvimento desses monopólios que o Estado passa a atuar incisivamente na economia, transferindo recursos sociais e públicos. Porém, a relação orgânica entre as instituições privadas e estatais vai mais além, como argumenta Netto (2011, p.27):

Quer pelas contradições de fundo do ordenamento capitalista da economia, quer pelas contradições intermonopolistas e entre os monopólios e o conjunto da sociedade, o Estado - como instância da política econômica do monopólio- é obrigado não só a assegurar continuamente a reprodução e a manutenção da força de trabalho, ocupada e excedente, mas é compelido (e o faz mediante os sistemas de previdência e segurança social, principalmente) a regular a sua pertinência a níveis determinados de consumo e sua disponibilidade para a ocupação sazonal, bem como a instrumentalizar mecanismos gerais que garantam a sua mobilização e alocação em função das necessidades e projetos do monopólio.

Ao mesmo tempo em que o Estado é necessário para a manutenção dos interesses econômicos da classe dominante, ele exerce o papel de obscurecer as contradições entre as classes, garantindo a dominação política e ideológica. Para seguir sendo o “comitê executivo” da classe dominante, tal como afirmavam Marx e Engels, o Estado precisa garantir sua legitimidade política, assumindo **características democráticas**. Dessa forma, o Estado é, por vezes, “permeável a demandas das classes subalternas, que podem fazer incidir nele seus interesses e suas reivindicações” (*ibidem*, p. 29).

Em perspectiva semelhante, Pereira (2013, p. 39) afirma que é nesse cerne contraditório que o Estado social opera. Assim, a partir do surgimento do Estado capitalista moderno, intervencionista, que desenvolve “condições para acumulação e

⁸ De acordo com Lenin (2012, p. 48), no período dos monopólios, “mantém-se o quadro geral da livre concorrência formalmente reconhecida, e o jugo de uns quantos monopólios sobre o resto da população torna-se mais pesado, mais sensível e insuportável”.

obtenção de consensos”, tem-se a institucionalização de “conflitos associados à produção e ao aumento da desigualdade social”.

De acordo com Borón (2010, p.85) o “capitalismo democrático” tem como matriz ideológica o liberalismo, que tem como fundamento em sua

tradição intelectual cuja preocupação jamais foi a de propor uma ordem democrática, mas sim (como demonstrado amplamente por Macpherson e Therbon, entre outros, já há muitos anos) a de resguardar a independência e autonomia do indivíduo – e, por extensão, de qualquer ator privado- diante do Estado e de manter este dentro dos limites chamado ‘Estado mínimo’. Fiel a tais pressupostos, a assimilação da demanda democrática pelo liberalismo deu lugar a um híbrido altamente instável, a “democracia liberal”, ao mesmo tempo que consagrava, como sujeito único da nova ordem, a figura imaginária do cidadão.

Nesse sentido, quando José Paulo Netto discute os aspectos de disputas democráticas dentro da ordem do capital, ele coloca também a contradição intrínseca a esse modo de produção e reprodução de suas relações sociais:

A história dos ordenamentos políticos que se articulam e alcançam vigência nestas formações econômico-sociais é a história das várias modalidades através das quais as frações mais ativas (nem sempre as historicamente mais avançadas) das classes e grupos dominantes conseguiram e conseguem introduzir mecanismos (frequentemente de caráter mediador) na dinâmica social que, sem resolver a ineliminável contradição assinalada, interferem nos seus desdobramentos e consequências, de forma a que ela, repondo-se sempre em outros níveis e dos outros moldes, permaneça atuante sem conduzir ao colapso o sistema como um todo. É a história, em suma, de como a reprodução das relações sociais que, nas formações econômicos-sociais capitalistas, sustentam o estatuto privado da propriedade dos meios de produção, tem conseguido neutralizar o potencial conteúdo negativo (para o sistema, bem entendido) da socialização da vida humana que o desenvolvimento das forças produtivas compulsoriamente provocou. (NETTO, 1990, p. 75)

A classe trabalhadora, como sujeito autônomo e organizado em seus partidos e sindicatos, tenciona a partir de suas necessidades, que partem das questões mais imediatas da vida cotidiana, podendo chegar à ameaça da ordem capitalista. A classe burguesa, por sua vez, utiliza-se de estratégias para manutenção da ordem exercendo seu controle, seja por coibição ou por conciliação. Dentre essas estratégias podemos mencionar o controle das instituições burocráticas, forças armadas, dos meios sociais de comunicação, política social, dentre outros. A política social emerge como um instrumento estatal para viabilizar a reprodução da vida social. como pontua Netto (2011,p. 29):

Através da política social, o Estado burguês no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da “questão social” de forma a atender a demandas da ordem monopólica conformando, pela adesão que recebe

de categorias e setores cujas demandas incorporam sistemas de consenso variáveis, mas operantes.

Ainda que haja ações na história do capitalismo que visem lidar com as expressões da questão social, é no estágio monopolista que a política social surge como uma política pública, em que o Estado age sistemática e estrategicamente nas contradições intrínsecas na relação entre capital e trabalho. Mesmo que a política social seja tida, de forma mais restrita ou abrangente, como fundamental para a reprodução da estrutura das forças econômicas na ordem capitalista moderna, ela opera também na esfera política, na superestrutura.

Nos anos 1883 na Alemanha, Otto Von Bismark capitaneou a proposta de proteção social em torno do sistema de seguros sociais, semelhante à lógica de seguros privados onde o benefício é condicionado a uma contribuição direta. Na Inglaterra, durante a Segunda Guerra Mundial, é lançado o Plano Beveridge, o qual “assume a função intervencionista e planificadora, instituindo políticas sociais e criando instituições responsáveis para a prestação de serviços sociais a todos os cidadãos” (BRAVO, 2013). Estes dois modelos de políticas sociais permearam as concepções de seguridade social que foram instituídas nos países da Europa central e influenciaram os demais países, inclusive o Brasil (BOSCHETTI; SALVADOR, 2009).

Entretanto, ambos os modelos de políticas sociais, obviamente, não se articularam por si só, desvinculados da luta de classes. Esses modelos estavam inseridos no estágio dos monopólios, juntamente com os demais fenômenos que se agudizaram nesse período:

As lutas que [...] a classe operária pôde conduzir compeliram as frações burguesas mais dinâmicas e/ou sistema estatal a serviço da burguesia (ou envolvido em projetos de desenvolvimento capitalista) a significativas concessões- precisamente aquelas que sinalizam uma inflexão na estratégia da dominação burguesa e que são compatíveis com o emergente ordenamento monopolista. Trata-se, aqui, das conquistas proletárias que aparecem como os primeiros esboços da política social pública [...]. É exatamente porque, ao ingressar a sociedade burguesa na idade do monopólio, o projeto político-social do proletariado euro-ocidental se encontra nitidamente perfilado: é um projeto anticapitalista, referenciado por uma prospecção socialista e uma prática sindical classista.(NETTO, 2011, p. 59, grifos originais).

As lutas da classe operária organizada confrontaram com as frações burguesas, que se viram obrigadas a procurar respostas além de medidas que

ampliassem a “participação cívico-política” da classe trabalhadora nos âmbitos das instituições do Estado burguês. O contexto da consolidação das políticas sociais no capitalismo monopolista é também de ascensão das lutas populares por suas necessidades de reprodução social dentro dos Estados capitalistas, juntamente à ameaça ideológica da potência econômica e política do socialismo real, a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS).

De acordo com Behring (2009), em resposta à primeira grande crise capitalista enfrentada em 1929/1933, a burguesia recorreu à revolução keynesiana⁹. Essa consistia, em suma, em um conjunto de medidas anticrise ou anticíclicas com a intensa intervenção do Estado na regulação das relações sociais e econômicas. A política keynesiana-fordista propunha, dentre suas medidas e através da Política de Estado de Bem-Estar Social, o pleno emprego por meio da intervenção estatal e considerava o sistema de serviços sociais um instrumento de implementação da política.

Após a Segunda Guerra Mundial, diante da forte intervenção do Estado, as políticas sociais passaram por intensa expansão. Contudo, na análise de Behring e Boschetti (2009), o *Welfare State* - ou o Estado de Bem-Estar Social - não pode ser interpretado somente como a instituição e ampliação de políticas sociais de forma mecânica nos países capitalistas. Cada Estado configurou-se de uma forma específica, associado às necessidades de reprodução do capitalismo e à correlação de forças das lutas de classes próprias e particulares de cada país.

Em perspectiva semelhante, Pereira (2011, p. 204) aponta que o Estado assumiu “ações institucionalizadas para prover rendas básicas, ou mínimas” e atendeu “requerimentos sociais que os cidadãos não abrem mão, inclusive no Terceiro Mundo”. Contudo, esses requerimentos sociais não significam uma mera reedição da concepção clássica de *Welfare State*, mas de acordo com a autora, impõem ao Estado “funções sociais históricas de gestão e distribuição direta ou indireta de benefícios e serviços”.

O que está colocado, em suma, é a constituição de uma estrutura complexa que afeta diretamente a ordenação do Estado na ordem capitalista. Ainda que não de

⁹ John Maynard Keynes publicou em 1936 o clássico “Teoria geral do emprego, do juro e da moeda” após estudos para compreender e propor uma saída para a crise de 1929 (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

forma homogênea e efetiva, o Estado passou a assumir aspectos basilares na reprodução social da ordem entre conflitos da contradição capital e trabalho.

Após percorrermos os fundamentos da política social no Estado na égide do capitalismo monopolista, partimos para a análise mais recente desses aspectos no diálogo com a particularidade da realidade brasileira. As interpretações sobre o desenvolvimento capitalista no Brasil são diversas e se encontram em disputas e conflitos. Nos próximos parágrafos pretendemos dissertar a respeito da relação entre Estado e SUS no capitalismo dependente brasileiro.

Segundo Octavio Ianni (2000), em momentos críticos ou de rupturas no cenário nacional, é comum estar em voga análises e leituras sobre o desenvolvimento histórico do Brasil. O autor identifica o foco de algumas interpretações sobre este processo e as coloca em campos de polarização da cultura política brasileira, os quais não necessariamente se anulam. Ianni afirma que a noção do “Estado como demiurgo da sociedade” é concebida pela grande força do Estado a serviço do interesse do povo, e pode ser entendido como autoritário e de cunho fascista, ou como garantidor de direitos na institucionalização da relação entre capital e trabalho, na qual a sociedade civil é subordinada diretamente a ele. Outra concepção, que dialoga com a primeira, reside na ideia de “sociedade patriarcal”, que enfatiza as relações sociais, aspectos psicossociais e socioculturais em detrimento das discussões que tangem a economia e a política.

Ianni (*ibidem*) também apresenta outras duas teses que polarizam a análise sobre a formação sócio-histórica brasileira. A primeira seria a de “formação do capitalismo nacional”, que coloca como urgente a necessidade de industrialização para superar os problemas da economia primária exportadora. Essa tese, que teve força nos anos 1930-1964, contou com a composição do bloco de poder industrial-agrário, da burguesia industrial em expansão e com o apoio de organizações políticas de esquerda. Por fim, o autor identifica a tese da “formação do capitalismo transnacional” sob a direção do Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BM) e da Organização Mundial do Comércio (OMC), que defende a associação com o capital internacional e se sustenta com a perspectiva liberal de desestatização da economia e privatizações em diversos setores estratégicos. De acordo com Ianni (*ibidem*, p. 104) esta tese, nessa perspectiva histórica “de larga duração [...] tem

anteriores no colonialismo e no imperialismo, entrando em novo ciclo com o globalismo”.

Concordamos com Ianni (*ibidem*) quando este remete à importância de compreender essas perspectivas que balizaram o desenvolvimento histórico do país e por vezes ainda estão vivas no pensamento da realidade brasileira. A compreensão do desenvolvimento do capitalismo dependente e associado no Brasil dialoga com essa linha e nos fornece uma capacidade analítica importante diante do método materialista histórico-dialético da particularidade do capitalismo que o Brasil, enquanto parte da América Latina, se constituiu, trazendo reflexões próprias da constituição do Estado.

A Revolução Burguesa clássica que aconteceu nos países centrais não ocorreu no Brasil. Tampouco ocorreu aqui algo semelhante à “Via prussiana”, que Lenin (1985) apresenta como um tipo específico de revolução nacional que ocorreu em países europeus como expressão do atraso no espectro das revoluções burguesas. Aqui passamos ao largo desses processos, as oligarquias agrárias gradualmente fecharam acordos e comungaram de interesses com a burguesia industrial, ao ponto de que não apenas os interesses políticos imediatos se alinhassem, mas as relações de produção agrária se aburguesassem, contribuindo para a exploração industrial e urbana¹⁰.

Esse processo não permitiu o desenvolvimento de um projeto nacional que avançasse nas conquistas democráticas, como ocorreu nos países de capitalismo central. Por não ter rompido com as oligarquias internacionais, o resultado da nossa formação social e política não é meramente falta de vontade das oligarquias nacionais, mas sim parte de uma base econômica e material e de uma inserção dos capitalismos periféricos no cenário do capitalismo global:

A monopolização rearranja inteiramente a divisão internacional capitalista do trabalho, dando curso a renovadas políticas neocolonialistas- o capitalismo monopolista conduz ao ápice a contradição elementar entre a socialização da produção e a apropriação privada: internacionalizada a produção, grupos de monopólios controlam-na por cima de povos e Estados. (NETTO, 2011, p. 24)

¹⁰ Complementarmente o leitor pode buscar conhecer a análise de José Chasin. Segundo Chasin (2000) o Brasil viveu um período de transição para capitalismo pela via colonial e não uma modalidade de revolução burguesa. Para o autor um dos complexos categóricos da via colonial que se objetiva no capitalismo brasileiro é a ausência de processos revolucionários para a entificação do que Marx denominou capitalismo verdadeiro, a burguesia se vincula entre o acabamento da transição à autocracia. A burguesia brasileira abandona definitivamente qualquer intenção de autonomia assumindo plenamente sua condição subordinada.

O que se demonstrou nos países centrais nas Revoluções dos Povos e nos limites da democracia burguesa toma outras proporções e outro grau de contradição na ordem dos monopólios aos países periféricos. No Brasil, segundo o sociólogo Florestan Fernandes (1987, p. 139), a burguesia nacional constitui-se na colaboração dessa condição que, de maneira “associada, dependente e pró-imperialista”, se coloca hegemonicamente como

[...] agente da dominação imperialista, do papel ativo desempenhado pelo Estado (nas mãos dessa burguesia associada), no desenvolvimento econômico, na propensão em tratar classes oprimidas em geral, e o seu setor operário, em particular, como “inimigo da ordem”- travando deliberadamente, assim, o seu desenvolvimento de classe, reprimindo as manifestações de autonomia do movimento operário e convertendo a luta de classes em “questão de polícia” (*ibidem*, p. 139).

Na década de 1930 nos deparamos com um período importante para a constituição da República brasileira, que expressa a reafirmação da forma particular de desenvolvimento do capitalismo encontrada no Brasil. De acordo com Nogueira (1998, p.21-22), buscou-se viabilizar um novo sistema de poder, fundado no compromisso de industrialização acelerada por parte das elites e marcado pela “modernização das estruturas do Estado e na incorporação subordinada das massas urbanas emergentes”, sem rupturas claras com as relações sociais legadas do passado. O autor também retoma os precedentes da República Velha que, nascida através de um golpe militar, assumia o compromisso de ordenar o sistema jurídico-político baseado na federação.

Florestan Fernandes (2005) explica que o fim do Império e o início da República contêm somente o embrião da passagem da “era senhorial” para a “sociedade burguesa”. O que ocorre é que a burguesia que surgira se sobrepôs e justapôs às oligarquias já existentes. Não houve nenhuma das “revoluções democráticas”, sequer podemos identificar uma “reforma agrária” brasileira nesse processo. No Brasil, de acordo Fernandes (*ibidem*, p. 243),

[...] a dominação burguesa se associava a procedimentos autocráticos, herdados do passado ou improvisados no presente, e era quase neutra para a formação e a difusão de procedimentos democráticos alternativos, que deveriam ser instituídos (na verdade, eles tinham existência legal ou formal, mas eram socialmente inoperantes).

Foram preservados o mandonismo, o coronelismo, o autoritarismo e o clientelismo típicos da oligarquia agrária colonial, agora modernizado pela razão

capitalista industrial. Porém, o bloco de poder que condensou os interesses oligárquicos e burgueses só foi possível pela intervenção direta e sistemática do poder imperialista do capital internacional, que desde sempre neutralizou qualquer possibilidade de sentimento de emancipação nacional, cooptando a elite brasileira e reprimindo os trabalhadores. Dessa forma, desde o seu início, a burguesia se apropriou do Estado para exercer seu poder político, ou seja, “a nossa burguesia converge para o Estado e faz sua unificação no plano político, antes de converter a dominação socioeconômica no que Weber entendia como “poder político indireto” (*ibidem*, p. 240).

As principais características desse processo de transição são explicitadas na obra de Florestan Fernandes (1987, p. 346) da seguinte forma:

Dissociação pragmática entre capitalismo e democracia; a extrema concentração da riqueza; a drenagem para o exterior de significativa parcela do excedente econômico nacional; a persistência de formas pré-capitalistas de trabalho e a depressão do valor do trabalho assalariado.

Nesse aspecto, a debilidade das instituições brasileiras vista da ótica ideológica das elites brasileiras, que sempre foram calcadas de mandonismo nos processos de decisão, restringiu a democracia em nosso país.

Entre a ruína final e o enrijecimento, essas burguesias [sob o capitalismo dependente e subdesenvolvido] não têm muita escolha propriamente política (isto é, “racional”, “inteligente” e “deliberada”). O **idealismo burguês** precisa ser posto de lado, com seus compromissos mais ou menos fortes com qualquer reformismo autêntico, com qualquer liberalismo radical, com qualquer nacionalismo democrático-burguês mais ou menos congruente. A dominação burguesa revela-se à história, então, sob seus traços irreduzíveis e essenciais, que explicam as “virtudes” e os “defeitos” e as “realizações históricas” da burguesia. A sua inflexibilidade e a sua decisão para empregar a violência institucionalizada na defesa de **interesses materiais privados**, de fins **políticos particularistas**; e sua coragem de identificar-se com formas autocráticas de autodefesa e de autoprivilegiamento. O “nacionalismo burguês” enceta assim um último giro, fundindo a república parlamentar com o fascismo. (FERNANDES, 2005, p. 345, grifos originais)

Esse entendimento é basilar na conformação sócio-histórica nacional brasileira, pois também imprime particularidades na consolidação do Estado e das políticas sociais. Na mesma medida em que a burguesia nacional é atrelada organicamente ao capital internacional, ela se coloca de forma diametralmente oposta aos interesses das classes subalternas. Os antagonismos próprios do capitalismo ficam acentuados diante do imperialismo na égide do capitalismo dependente, que economicamente está condicionado aos países centrais. Além do mais, o cerceamento da já restrita

democracia é também característica forte da “burguesia nacional” para garantir seu lucro e dominação imperialista, tal como ocorreu na Ditadura Empresarial Militar iniciada pelo Golpe de 1964.

Nessa relação, os países dependentes ficam subordinados a importarem tecnologias e exportarem produtos primários, basicamente gêneros agrícolas e matérias-primas. Nessa perspectiva, Ruy Mauro Marini (2000) afirma que há perda de valor pela periferia, isto é, enquanto há uma apropriação de valor por parte dos capitalismos centrais, os países dependentes ficam submetidos ao processo que o autor denomina de superexploração.

Leandro Konder (1996, p. 60) apresenta esse momento histórico como uma adaptação necessária dos detentores do poder “para evitar os riscos de um processo democratizador mais profundo”. O autor coloca que significativa parcela da população brasileira apresentava elevada insatisfação diante das promessas demagógicas da ditadura que proclamavam por índices de crescimento, mas que pouco se efetivaram em garantias reais. Para fins de garantir a legitimidade política, as forças conservadoras organizaram-se para uma mudança “lenta, segura e gradual”.

O início dos anos 1980 é caracterizado pelo agravamento da crise econômica, o que levou o Brasil recorrer ao Fundo Monetário Internacional (FMI). Ao mesmo tempo, foi um momento de rearticulação do movimento operário, ainda que inicialmente nos marcos estreitos do regime empresarial-militar. O movimento operário e sindical se rearticulava no Brasil, protagonizando no ABC paulista, grandes greves nos anos de 1978, 1979 e 1980, sendo o operariado metalúrgico o centro das principais ações coletivas de massa nos confrontos da luta de classes nesse período (ANTUNES, 2011; BRAVO, 2011).

Em 1983 iniciou a movimentação popular que reivindicava por eleições diretas com o movimento conhecido como “Diretas Já”. Ainda que não tenha obtido um resultado imediato, os anos seguintes foram de mudanças políticas importantes. Em 1984 foi realizada a última eleição indireta no país, em que o Congresso elegeu como presidente o senador Tancredo Neves, candidato da oposição. Devido a seu falecimento antes de assumir o cargo, o seu vice, José Sarney, assumiu o cargo e, em resposta às diversas pressões políticas, convocou a Assembleia Constituinte (KONDER, 1996).

Portanto, ao mesmo tempo em que a classe dominante encontrava-se limitada no regime ditatorial, a classe trabalhadora reivindicava por seu espaço de decisão política. Assim, alguns processos de disputas foram aceitáveis no marco legal da Constituição. Os movimentos sociais foram fundamentais para avanços atingíveis na ordem do dia para a classe trabalhadora, mas se depararam com seus próprios limites táticos e, por vezes, com limites estratégicos carentes de uma análise profunda do processo vigente. Florestan Fernandes (1985, p.33) alertava:

Cabe-nos impedir que o passado se prolongue e se reproduza no presente e faça do futuro uma reprodução ampliada (e renovada) do passado, ou seja, cabe-nos extinguir uma forma de barbárie que deveria ter desaparecido com a escravidão ou com a Primeira República. Esse é o busílis do raciocínio político que não se confunde com a “conciliação nacional”.

O autor explica que não se trata de uma continuidade linear. Há, de fato, um processo de diferenciação e de democratização das instituições. No entanto, a estrutura política se condensa nos limites da dependência do Estado autocrático burguês. Parece-nos óbvio concordar com Fernandes (2000, p. 60) pelo viés marxista de que “uma sociedade capitalista semi democrática é melhor que uma sociedade capitalista sem democracia alguma”. Sobretudo, a reflexão trazida pelo autor está imbricada nas disputas intrínsecas aos processos políticos diante da correlação da luta de classes no Brasil, que torna a tarefa de garantias sociais, mesmo que na estrutura das instituições burguesas, muito mais caras que as levantadas pela classe trabalhadora no desenvolvimento do capitalismo monopolista nos países centrais.

Nesse sentido, Mascaro (2018, p.63) demarca que “todas as conquistas e as múltiplas variantes políticas dentro dos Estados contemporâneos são modalidades possíveis de sociabilização capitalista. Ditaduras e democracias, continuidades legais e golpes, exploração contratual e espoliação, em todos esses termos há dinâmica do capital”. No Estado burguês, que é burguês pela sua forma, cabe a dinâmica da luta de classes, mas, sobretudo a manutenção do poder hegemônico. No capitalismo dependente, com base nas formulações de Florestan Fernandes, essas disputas são muito mais estreitas para as pautas e necessidades do povo.

No Brasil, a classe burguesa não teve condições e interesse em levar a cabo uma revolução burguesa nacional, inclusive seu tempo já passou. As revoluções na roda da história, tal como Engels e Marx (2011) mostram no Manifesto do Partido Comunista, só poderão ser concretizadas pela classe dominada, a classe

trabalhadora. As transformações advindas pela classe burguesa e que trazem mudanças na ordem social tendem a significar em contrarrevoluções ou contrarreformas.

Esse entendimento está colocado por Florestan Fernandes (2000) que afirma que, no caso do Brasil, as tarefas revolucionárias a serem cumpridas pelo povo brasileiro¹¹ perpassam em efetivar as revoluções de dentro da ordem, de garantir as reformas democráticas e nacionais que não foram efetivadas pela burguesia e levar a cabo a radicalização democrática e das garantias sociais, que devem se articular com a revolução de derrocada da ordem burguesa. Portanto, para defender os avanços democráticos diante da autocracia burguesa, deve ser estratégico à classe trabalhadora extrapolar o imediato que corresponde às necessidades básicas para reprodução da sua existência. Esse percurso se articula de forma dialética, entre tática e estratégia imbricada na luta de classes.

A classe trabalhadora ao vislumbrar a sua emancipação, necessita garantir avanços democráticos e melhores condições para reprodução de sua vida. Essas garantias são limitadas no capitalismo dependente e associado. Portanto, é fundamental que as lutas pela emancipação política e melhores condições de vida estejam vinculadas à estratégia da emancipação econômica. A política de saúde é um componente importante para a reprodução da vida social, ao mesmo tempo em que atravessa a estrutura política e econômica da ordem societária em que está inserida. Com isso, vamos abordar nos próximos parágrafos o SUS como uma política social

A histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi uma das grandes referências políticas do Movimento Reforma Sanitária (MRS)¹², seu discurso,

¹¹ “Em suma, *quem faz a revolução* é a grande massa proletária e *quem lhe dá sentido* é a grande massa proletária. Não se trata de uma categoria social como “Povo”- mas da parte proletária do Povo e daqueles que, não sendo proletários, identificam-se politicamente com o proletariado na destruição das formas burguesas de propriedade na destruição das formas burguesas de propriedade e de apropriação social” (FERNANDES, 2000, grifos originais, p. 70)

¹² Na ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Sérgio Arouca, uma das grandes referências políticas do Movimento Reforma Sanitária (MRS), apresentou uma palestra intitulada “Democracia é Saúde”. Para ilustrar ao leitor o conteúdo do debate, destacamos o seguinte trecho proferido pelo intelectual: “Infelizmente, o Brasil, nos últimos anos, conseguiu romper com uma das leis mais consolidadas da história da civilização; a de que quando cresce a riqueza de um País melhora o nível do povo. No auge do seu chamado “milagre econômico” quando este País conseguiu aumentar sua riqueza, conseguiu também aumentar o índice de mortalidade das suas crianças, o número de pessoas que passam fome, a miséria da grande maioria da população e o número de marginalizados. Enfim, aumentou a riqueza e diminuiu o tamanho do nosso povo”. (AROUCA, 1987, p.37)

ele expressa a posição política que o Movimento da Reforma Sanitária acumulara até ali, ou seja, que as melhorias de condições de saúde do povo brasileiro deveriam estar associadas ao projeto de redemocratização do Brasil.

Enquanto boa parte dos países de capitalismo central estava com o conhecido Estado de Bem-Estar Social desenvolvido, no Brasil estávamos vivendo as consequências de um período de intenso crescimento da Medicina Previdenciária. Como bem ilustrado por Bravo (2011, p. 61), houve “a criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos”.

O crescimento da articulação em torno do projeto da Reforma Sanitária, que ocorreu no final dos anos 1970 e nos anos 1980, andava na contramão dos projetos dos governos militares. No entanto, a abertura democrática nos meados dos anos 1980 foi permitindo experiências importantes na área da saúde que balizaram o MRS.

Os acúmulos desse movimento sintetizavam no que Arouca (1987, p. 41) expressa como uma necessidade de democratização do país, mas também uma concepção importante de saúde em seu conceito ampliado, explicando-a não somente como a ausência de doença, alinhado com as concepções difundidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Ele coloca que “[...] sabemos que a saúde é determinada, antes de tudo, pela economia, pela política, pela sociedade, e temos, como grande responsabilidade, a construção desse projeto”. Aqui, entendemos que Sérgio Arouca trata da determinação social do processo saúde-doença e dialoga com as raízes das contradições da sociedade brasileira, expressa a respeito da fundamentação teórica do MRS, que se caracteriza pela influência da teoria marxista e por outras vertentes, como o modelo do Estado de Bem-Estar Social Beveridgiano.

O MRS se constituiu com suas próprias disputas teórico, política e estratégias internas. As principais referências de modelo de saúde pautavam-se no Movimento da Reforma Sanitária Italiana, mas também havia um campo que tinha como referência o modelo do Estado de Bem-Estar Social Beveridgiano¹³. Seu auge político-organizativo foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, sendo aprovadas proposições posteriormente disputadas na constituinte, culminando em artigos na Constituição Federal (CF) de 1988. Diante da maturação de debates sobre as

¹³ Percebemos nas obras de Escorel (1999), Neto (2003) e Paim (2009).

questões de saúde, com a concepção da determinação social do processo saúde-doença em um cenário de efervescência política do país, as lutas políticas, organizativas e institucionais para a construção do SUS podem ser associadas a um salto democrático na política brasileira que impactam até os dias atuais.

Tal processo não ocorreu por forças políticas homogêneas, tampouco se tratou de um projeto unívoco. As variações tiveram representações em entidades que manifestavam posicionamentos mais progressistas¹⁴ (ESCOREL, 1999) e em entidades que representavam interesses privados na saúde (BRAGA, 2018). Estas ascenderam no aparato estatal ditatorial e garantiram cadeiras nas comissões da Assembleia Nacional Constituinte, demarcando a premissa **livre à iniciativa privada** na área da saúde.

No entendimento de Soares (2010), o MRS conseguiu traçar saltos qualitativos na concepção de saúde, forjando uma nova racionalidade para a política de saúde brasileira. Ao mesmo tempo, o projeto para o SUS não era hegemônico, uma vez que aglutinava diversos grupos em torno de bandeiras de luta comum. De acordo com a autora, (*ibidem*, p. 39)

[...] sua fundamentação [MRS] original provém do preventismo, com posterior influência da teoria social crítica (razão dialética) e do estruturalismo. Algumas aproximações com a teoria crítica se deram de forma enviesada, com forte influência da racionalidade formal abstrata e do próprio estruturalismo.

No ímpeto do período de “redemocratização” do país, o SUS apresentava uma grande promessa em sua essência por prever uma estrutura de participação na esfera de decisão da política, conhecida como controle social. Porém, o que encontramos são estruturas de poderes ainda concentradas. Os poderes Executivo e Legislativo exercem grande poder de decisão, secundarizando os espaços de participação popular. Ribas, Pires e Luiz (2015, p.96) avaliam que nos anos 1990 até avançam em práticas descentralizadas dos canais de participação social, mas eles se cristalizam na lógica da “democracia institucionalizada” que mantém as relações de poder.

¹⁴ Segundo Escorel (1999), os grupos que construíram inicialmente o MRS eram: a) bases universitárias- departamentos de medicina preventiva e social, escolas de saúde pública, programas de pós-graduação em Saúde Comunitária, Programa de Estudos Sócio- Econômicos em Saúde (PESES), entre outros; b) movimento estudantil da área da saúde; c) Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); d) movimento médico - Movimento dos Médicos Residentes e Movimento de Renovação Médica (REME); e) os projetos institucionais, por exemplo o Projeto Montes Claros e do Programa de Interiorização da Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS).

André Dantas (2014, p. 136) chama atenção à discussão mais geral de projetos de disputa sobre a participação social e a preocupação da perda do horizonte das efetivas transformações: “a perspectiva da revolução (estratégica) parece, no processo da luta de classes, ter sido diluída em seu potencial na prática democrática e participativa contemporânea (táticas), isoladas, apequenadas e praticamente inócuas”. Embora o autor (*ibidem*) esteja tratando os movimentos sociais de forma mais geral, identificamos que isso pode ser observado também nas lutas do MRS. A luta incessante pela democracia no início do MRS, vinculada às transformações estruturais da sociedade brasileira no pós Ditadura Militar, perde o horizonte estratégico nas décadas seguintes.

Esse percurso no MRS, segundo Alcides Miranda (2017), vai gerar, dentre outros aspectos, uma dinâmica de “encurralamento do SUS”. Isso como resultante da própria falta de perspectiva estratégica do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que reciclou a “preponderância e a hegemonia de tendência neoliberal”, dentre a disputa econômica, política e ideológica da década de 1990 (MIRANDA, 2017, p. 387).

Efetivamente, se prevaleceu na Constituição de 1988, além da saúde estatal, a complementar e a suplementar. A complementaridade, fora justificada para suprir a prestação de serviços de saúde quando o Estado não provinha de condições próprias para tal. Assim sendo, *a priori*, as entidades filantrópicas (preferencialmente) e privadas foram permitidas no interior do SUS nesses casos, em caráter de excepcionalidade. Nestes casos, as atividades de saúde viabilizadas diretamente pelo Estado ou através de parceria com a rede filantrópica ou privada, o regime jurídico aplicado é o público do SUS, com seus princípios e regras. Enquanto a saúde suplementar, que sua finalidade está baseada em atividade econômica, na venda de serviço de saúde, engloba o regime jurídico privado, submetendo-se às regras do livre mercado.

Além da ampliação da saúde suplementar verificada na década de 1990 com os incentivos à proliferação dos planos de saúde, verificou-se a tentativa de inversão do sentido da complementaridade previsto na Constituição para o Sistema Único de Saúde. A iniciativa privada, que era complementar à rede estatal, torna-se progressivamente predominante no interior do SUS e a assistência estatal passa a ser complementar à iniciativa privada. (GOMES, 2015, p. 28)

Ainda assim, não é demais afirmar que o marco do SUS trouxe avanços mais do que significativos para a população brasileira, bem como sintetizam os autores:

Entre 1990 e 2015, houve reduções significativas das taxas de mortalidade por doenças transmissíveis e por causas evitáveis, da morbimortalidade materno-infantil e da desnutrição infantil. **A expectativa de vida da população, por sua vez, aumentou, passando de 68,4 anos, em 1990, para 75,2 anos, em 2016. As taxas de mortalidade geral padronizadas por idade caíram em 34%.** A redução da mortalidade de crianças foi impulsionada pelo Bolsa Família e pela Estratégia Saúde da Família. Houve progressos acentuados no Norte e Nordeste, que não eliminaram mas reduziram desigualdades regionais. (PAIM *et al.*, 2019, grifos nossos)

O percurso contraditório do SUS enquanto política de saúde no Estado brasileiro vincula-se, como não pode deixar de ser, às expectativas e projetos que permearam a correlação política e econômica no Brasil no seu período de consolidação. De acordo com Soares (2010, p.39):

O que se verificou após a Constituição de 1988 foi que nem o projeto de radicalização democrática como meio estratégico para o socialismo, nem a proposta político emancipatória, teve condições históricas de se concretizar em toda sua radicalidade mesmo sob os limites do capital. Apesar da crise econômica e do exponencial endividamento externo brasileiro, a transição do regime autocrático para a democracia se deu conforme as particularidades históricas da formação social do nosso Estado: pelo alto, sem a participação direta das massas populares, de forma gradual e sem rupturas efetivas com as classes ou segmentos de classes hegemônicos no período ditatorial.

Portanto, ainda que o MRS tenha experimentado uma grande articulação enquanto movimento social em torno da área da saúde e junto ao movimento para abertura política do Brasil, tudo indica que houve uma limitação às instituições democráticas dentro do Estado de capitalismo dependente. Mesmo frente a essas determinações estruturais, isso não quer dizer que o MRS não devesse buscar as conquistas dentro dessa ordem, ou como Florestan Fernandes coloca, buscar **revoluções de dentro da ordem**. E tal condição, dentro do capitalismo dependente, pode causar, além dos limites, o custo da ameaça constante de contrarreformas.

No Brasil, diante do seu papel na divisão internacional do trabalho e das características internas próprias do seu desenvolvimento, essa manifestação disparou nos processos de reestruturação produtiva, financeirização da economia, livre circulação dos capitais, privatizações e flexibilizações das leis trabalhistas. Ou seja, o país adapta-se aos novos ditames do capital internacional ao mesmo tempo em que se propõe à abertura política e a inéditas garantias ampliadas de direitos sociais (ANTUNES, 2018).

Em perspectiva semelhante à de Antunes, Boito Jr. (2005) discorre sobre três elementos que o constituem o modelo que chama de capitalismo neoliberal: desmonte dos direitos trabalhistas e sociais conquistados pelos trabalhadores, política de privatização, abertura comercial e desregulamentação financeira. O interesse no desmonte dos direitos trabalhistas e sociais engloba toda a burguesia brasileira e internacional, assegurando uma unidade política entre esses setores. A subcontratação e desregulamentação do mercado de trabalho propiciam uma redução de custos à burguesia. Já a retirada de direitos propicia a mercantilização dos serviços como saúde, educação e previdência.

Nas políticas sociais, os impactos da crise global podem ser analisados em diversos aspectos e adentram nos anos 1990 no Brasil de forma nefasta aos ganhos sociais demarcados no anúncio da Constituição de 1988. As cartilhas de organismos multilaterais como BM e FMI, condicionaram uma série de medidas e ajustes encampadas pelos representantes da classe dominante, impondo “reformas estruturais” ao Estado, configurando verdadeiras contrarreformas (BEHRING, 2008).

Ao analisar as referidas proposições, Rizzotto (2005) afirma que as diretrizes do BM visam promover reformas ao setor de saúde, subsidiando programas e projetos através de financiamento e empréstimos. Para a década de 1990, as propostas da instituição para o setor da Saúde no Brasil pautavam-se no discurso do combate à pobreza e indicando os problemas da desigualdade social, e ao mesmo tempo, os documentos apontavam para o investimento do setor privado.

Observamos que o papel institucional do BM para o SUS estrutura-se no desenvolvimento do capital privado, enquanto, concomitantemente, propõe-se a ser regulador dos Estados, inferindo nas políticas sociais:

Para o Banco Mundial, o setor saúde configura-se como importante área estratégica para suas operações de crédito. Além de favorecer a expansão do complexo médico-industrial e a drenagem de recursos do fundo público, suas recomendações dirigem-se, nessa perspectiva, à redução das ações das políticas de saúde ao enfrentamento à pobreza. (LAZARINI *et al.*, 2021)

As políticas sociais, organizadas em disputas, conflitos ou concessões de classes, encontram-se no século XX em outro nível de complexidade e de contradições. O SUS está alicerçado nesse contexto, nesse tempo histórico, em que na particularidade brasileira imprime características próprias. No próximo item pretendemos abordar sobre a ressonância desse processo em solos brasileiros a partir dos anos 2000.

1.2 Tendências ideopolíticas do SUS a partir dos anos 2000

As reviravoltas na conjuntura do Brasil, obviamente, não flutuam alheias à estrutura do modo de produção capitalista. Porém, essa afirmação por si só não é o suficiente para explicar os fenômenos das lutas de classes que implicam nas diversas esferas da realidade. Na própria cena acadêmica e militante marxista não há consenso nas interpretações dos movimentos da realidade brasileira ocorrida nos últimos anos. Igualmente, sabemos que não há neutralidade nessas leituras. Dessa forma, neste item, buscamos dialogar com as interpretações que se propõe a compreender esse período com base na revisão bibliográfica que mais se aproxima da perspectiva da qual nos fundamentamos para o desenvolvimento desta pesquisa. Por fim, tratamos de focar nos elementos que atravessaram o SUS nos anos 2000 e suas principais três tendências: **modelo médico-privatista, modelo da reforma sanitária radical e da reforma sanitária flexibilizada.**

É inevitável falar que as eleições presidenciais de 2002 trouxeram um ar de mudança significativo para o cenário nacional. Ou, além disso, nutriram um período de expectativas por parte dos movimentos populares e das classes trabalhadoras em avanços sociais e desenvolvimento econômico com a entrada do Partido dos Trabalhadores (PT) no governo Federal, quando Luiz Inácio Lula da Silva venceu o pleito. Ressalta-se que o referido partido foi criado no contexto de 1980, “de contestação à ditadura militar e emergência das lutas sociais que encontrou na retomada da luta sindical e operária um ponto de fusão de classe. Dessa forma, o PT surge enquanto partido que propõe organizar politicamente os trabalhadores urbanos e rurais” (MENEZES, 2014, p.8).

A chegada do PT ao poder executivo federal repercutiu também como um alerta, devido aos dilemas sociais, políticos e econômicos sinalizados nos idos anos 1990. Nesse sentido, não mobilizou apenas os movimentos populares e o conjunto da classe trabalhadora, mas também buscou diálogo com frações da burguesia, em busca de um novo contrato social que buscasse garantir segurança ao mercado financeiro, já publicizado na Carta ao Povo Brasileiro¹⁵.

¹⁵ Publicada no período pré-eleitoral em 22 junho de 2002. Disponível em: <<http://csbh.fpabramo.org.br/uploads/cartaaopovobrasileiro.pdf>>. Acesso em 20 de out. de 2019.

De acordo com Almeida (2012) as avaliações mais recorrentes sobre o percurso entre o governo Lula e o governo do presidente do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), Fernando Henrique Cardoso (FHC), estão polarizadas em dois posicionamentos. Um deles sustenta que Lula, além de dar continuidade às medidas do mandato dos seus antecessores, as aprofundou. Outro posicionamento pauta-se pelo argumento de que o governo petista rompeu com a política implementada pelo tucanato.

Antunes (2018) analisa que em 2002, face à desertificação do neoliberalismo, o governo Lula atuou de forma a preservar as garantias exigidas pelo capital financeiro, superávit primário, estrutura latifundiária e privatizações. De acordo com o autor, dentre as linhas mais distintas ao governo anterior estava na ampliação do programa Fome Zero, que foi transformado no Programa Bolsa Família (PBF). Almeida (2012, p.701) argumenta em perspectiva semelhante ao sociólogo:

O Estado se encarregava de implementar políticas sociais (algumas delas de forte caráter compensatório), ao mesmo tempo em que estimulava as atividades do grande capital e, em diversos casos, do médio, inclusive – e esta é uma importante diferença em relação ao governo FHC – na atividade produtiva. Em ambas as frentes, o resultado foi o aumento do emprego e da renda dos setores mais pauperizados, ao mesmo tempo em que, no bojo de um extraordinário processo de acumulação do capital em tempos de crise nos centros hegemônicos do capitalismo, o apoio aberto ou discreto do conjunto da quase totalidade das frações burguesas ao governo Lula ampliou-se, especialmente a partir de 2006.

No aspecto dos programas sociais, as autoras Castilho, Lemos e Gomes (2017) colocam que a implementação dos equipamentos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), a partir de 2005, responsabilizaram o Estado a executar os serviços dado Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Contudo, afirmam que as tendências hegemônicas, para os programas sociais nos governos PT, em geral, seguiram “à agudização das expressões da ‘questão social’ e dão continuidade às ações assistencialistas, pulverizadas, fragmentadas e focalizadas, numa explícita perspectiva de ‘políticas pobres para pobres’”.

Nota-se que essas medidas não estão dissociadas das ações no espectro econômico que priorizaram, principalmente, a resolução da crise cambial de 1999, estimulando a exportação para obtenção de saldos crescentes na balança comercial que prioritariamente fortaleciam a hegemonia do capitalismo neoliberal. A abertura comercial e a desregulamentação financeira atenderam aos interesses do capital

financeiro, nacional e internacional, prejudicando a própria indústria interna, que passou a “pagar muito mais caro pelo capital que toma emprestado para investimentos e sofreu a redução da parte da receita do Estado destinada à infraestrutura e ao fomento da produção” (BOITO JR, 2005, p. 60).

Ao analisar os dados do IPCA, Amaral (2017, p.4) afirma que nos governos do PT, de 2003 a 2015, os indicadores cresceram em percentuais bem mais elevados do que no governo de FHC (1995-2002): 73,4% para o PIB e 89,9% para a arrecadação de impostos pela União. Enquanto no governo FHC, a economia brasileira passou quase estagnada, “o produto interno bruto (PIB) e a arrecadação de impostos pela União cresceram pouco descontando-se a inflação do período, 26,9 e 39,3%, respectivamente”. O autor atribui à possibilidade dos avanços no âmbito das políticas públicas no governo PT a esse significativo desenvolvimento da economia.

A política de privatização no período do governo Lula se manteve em alta. Aumentou o patrimônio e lucro do capital privado “em detrimento do médio capital e ferindo os interesses da burguesia nacional de Estado” (BOITO JR. 2005, p.57). O autor coloca que Lula manteve os contratos que asseguravam alta lucratividade aos novos monopólios privados, fortalecidos dentro da lógica das Parcerias Público-Privadas (PPPs).

Para Almeida (2012, p.700), o período do governo Lula pode ser denominado como neonacional-desenvolvimentista, em razão da manutenção da “hegemonia do grande capital, em especial de seus segmentos mais ligados à atividade especulativa”, mas também como da “intensa a participação direta das frações burguesas, inclusive via representação parlamentar, na definição da política de Estado”. De acordo com o autor, o capital imperialista permaneceu de forma ativa e fortalecido nesse período, principalmente através do incentivo ao desenvolvimento industrial do mercado interno ao mesmo tempo em que abriu as possibilidades de relações econômicas de repercussão internacional. A estratégia do neonacional-desenvolvimentismo fundamenta-se na conhecida ideia de “campeões nacionais”. Isto é, a política de juros altos para atrair receita para o Estado ao mesmo tempo que o Estado injeta na economia privada via Banco Nacional do Desenvolvimento (BNDES) e na economia mista. Em algum grau pode ter sido uma estratégia legítima, contudo mostrou-se insuficiente no conjunto de ações do governo PT, que em última instância fortaleceu o mercado privado.

Sampaio Junior (2012) é enfático em sua análise acerca do neodesenvolvimentismo como expressão teórica sustentada pela “terceira via”, que se propõe a se distanciar dos ônus da política neoliberal e do desenvolvimento desenfreado do capitalismo, se sustentando com seus ganhos. Nesse aspecto, o autor (2012, p.679) sintetiza esse movimento no governo do PT:

Além de seu papel nas lutas intestinas da burocracia que comanda a política econômica, o “neodesenvolvimentismo” cumpre uma dupla função como arma ideológica dos grupos políticos entrincheirados nas estruturas do Estado: diferencia o governo Lula do governo FHC, lançando sobre este último a pecha de “neoliberal” e a reforça o mito do crescimento como solução para os problemas do país, iludindo as massas.

É interessante observar que quando se trata do movimento de intensificar as privatizações através parcerias públicos-privadas, o governo Lula tratou de incentivar a participação ativa dos trabalhadores, buscando integrar uma parcela dos trabalhadores nas adaptações do projeto do capital em curso, tal como fez com os fundos privados de pensão (ANTUNES, 2018). Concomitantemente, o governo Lula repercutira:

[...] realizou uma nova contra-reforma da Previdência [...], aprovou uma nova Lei de Falência que, a partir de um certo montante, obriga a empresa em processo falimentar a priorizar o pagamento das dívidas bancárias em detrimento do pagamento dos débitos com trabalhadores, apresentou um projeto de reforma universitária que consagra o sistema superior privado e lhe concede novas vantagens financeiras e legais e depositou no Congresso Nacional um projeto de reforma trabalhista e sindical que, ao mesmo tempo, mantém a estrutura sindical corporativa de Estado e flexibiliza o direito do trabalho.(BOITO JR., 2005, p. 56)

Nesse aspecto, Toledo (2008, p.119) coaduna com a perspectiva de que a direção hegemônica do PT submeteu à mesma lógica da política econômica dos presidentes Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso. Ao compasso, colocou como problemática quatro pontos: “a) Lula e desqualificação da esquerda, b) cenas eleitorais e alianças com a direita, c) a bandeira desfigurada e e) os limites da democratização” (TOLEDO, 2008).

Almeida (2012, p.695) sinaliza que as forças sociais foram heterogêneas para o ex-presidente Lula, que “contou com o progressivo apoio de um extraordinário leque de forças sociais- desde o semiproletariado à grande burguesia bancária, de agronegociatas a movimentos de sem-terra”.

Toledo (2008) problematiza o primeiro ponto da forma como o discurso do ex-presidente em se distinguir entre esquerda e direita não são profícuos para o desenvolvimento da política brasileira, como se o “novo centro” representasse

maturidade e capacidade de discernimento. Em relação às “cenas eleitoras e alianças com a direita”, o autor demonstra que ao longo dos seus governos Lula não titubeou ao articular com Paulo Maluf e Delfim Neto¹⁶, por exemplo, em detrimento com os economistas críticos do PT. A priorização do “eleitoralismo”, tanto nas alianças eleitorais quanto no *modus operandi* de construir campanhas, representaram o oposto do que a base do PT defendeu historicamente como bandeiras de lutas: “incondicional e generalizada defesa das greves, as lutas pela reforma agrária, pelo não-pagamento da dívida externa, pelo rompimento com o FMI, combate à ALCA [Área de livre Comércio das Américas], a defesa da ética na política, etc” (TOLEDO, 2008, p. 126).

Quando Toledo (*ibidem*) aborda a “bandeira desfigurada”, em nome da chamada “governabilidade”, está pontuando que o governo Lula e PT se submeteram às práticas tradicionais na política brasileira que possibilitaram a contra reforma da previdência e uma série de medidas provisórias. No que refere aos “limites da democratização”, o autor recorda do combate da esquerda brasileira e dos liberais progressistas contra a ditadura militar e a importância dos esforços posteriores em memória da história de resistência à democracia. Nesse aspecto, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos do governo Lula registrou um marco importante no livro Direito à Memória à Verdade. Contudo, não garantiu a punição dos protagonistas militares nos aparelhos de repressão da Ditadura Militar.

Toledo (*ibidem*, p. 122) afirma que não há possibilidade de enquadrar esse período em que Lula esteve na Presidência da República como propriamente de direita, até porque que, contraditoriamente, contou com “oposição nucleada em torno do PSDB e dos Democratas” constantemente. Já a base social do PT, reconhecida dentro do campo da esquerda, não expandiu sua capacidade de mobilização popular.

Braga (2016, p.57-58) refere que o “lulismo” garantiu uma “hegemonia precária”. O autor caracteriza o “consentimento passivo” por parte do “subproletariado semirural”, que passou a acessar ao programa Bolsa Família, do “preariado urbano”, que se beneficiou dos aumentos reais do salário mínimo acima da inflação e do “proletariado sindicalmente organizado”, alcançando negociações coletivas favoráveis às suas reivindicações. Além disso, o lulismo conseguiu “consentimento ativo” através

¹⁶ Paulo Maluf e Delfim Neto aqui caracterizados como quadros políticos tradicionais, com evidentes posicionamentos conservadores e convicções ideológicas de direita que estão há mais de quarenta anos em cena. (TOLEDO, 2008)

do aparelho do Estado, atraindo “lideranças dos movimentos sociais setores médios intelectualizados”. Nessa mesma linha, o governo PT nomeou lideranças sindicalistas a funções importantes para o alto escalão do Poder Executivo e assessoria parlamentares.

No final do segundo mandato do governo Lula, com a aprovação da Lei 12.546/2011, a qual a presidenta Dilma Rousseff (PT) encampou em seu governo, foi iniciado o processo de desoneração da folha de pagamento dos setores da economia. Isto é, de acordo com Marques e Mendes (2013, p. 138) “a eliminação da atual contribuição previdenciária dos empregadores (20% sobre a massa salarial) e sua substituição por uma nova contribuição sobre a receita bruta das empresas (descontando as receitas de exportação) com duas alíquotas: de 1 ou 2%”. Nesse caso, a medida impactou diretamente o Regime Geral da Previdência Social (RGPS) na justificativa que a liberação da contribuição patronal possibilitaria a abertura de mais vagas de empregos no mercado formal, haja vista que as empresas teriam menos encargos tributários.

Observa-se também no início do seu mandato, a presidenta Dilma dedicou uma significativa parte do orçamento da união à dívida pública e aprovou a lei de Desvinculação das Receitas da União (DRU). Este projeto permitiu a retirada de “20% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social para, entre outras finalidades, pagar juros da dívida ao rentistas e manter o superávit primário, renovando sua vigência até 2015” (MENEZES, 2015, p. 15). Tais medidas geraram impactos negativos aos Programas de Habitação, assim como Saúde, Educação, entre outros. Salienta-se aqui, conforme elucidado por Castilho, Lemos e Gomes (2017, p.457) que:

Um dos fatores prejudiciais no entendimento do orçamento da Seguridade Social, em um cenário de “crise” capitalista e de austeridade fiscal, é o artifício e a falácia do superávit primário, e não o déficit previdenciário, vigente desde o acordo realizado em 1999 com o Fundo Monetário Internacional (FMI).

A condição desse cenário foi agravada pela crise econômica elucidada por Amaral (2017, p. 104): em “2014 e 2015 já mostram uma inflexão no crescimento do PIB e na arrecadação de impostos pela União”. O autor atribuiu esse declínio da economia como decisivo para o *impeachment* de Dilma Rousseff, munindo as forças de oposição ao governo PT. Na mesma vertente, Duriguetto e Demier (2017, p. 14) referem que a crise econômica “impulsionou a derruição do projeto de concertação social petista levado a cabo nos últimos 15 anos”. A crise mobilizou as diversas

frações do capital a encabeçarem um conjunto de contrarreformas e ajuste fiscal para recuperarem suas taxas de lucro e crescimento econômico.

As contradições do lulismo, conforme assinala Braga (2016, p.58-59), foram se acumulando durante o período de expansão econômica, “em 2014, cerca de 97,5% do emprego criado” remuneravam o valor de 1,5 salário mínimo, sendo que na década anterior esse valor abarcava 94% dos trabalhadores assalariados formais. Ao mesmo compasso, o aumento da oferta de vagas em “universidades privadas e de baixa qualidade” aumentou a concorrência por empregos que pagam mais do que 1,5 salário mínimo.

Concordamos com o que Antunes (2018, livro eletrônico) sintetiza sobre a linha de atuação sobre o Poder Executivo nesse período:

Os grandes capitais lucraram como poucas vezes na história recente do país, sendo que parcelas da base mais empobrecida e pauperizada da pirâmide social brasileira puderam ascender pequenos degraus, que são por certo hiperdimensionados pelos seus apologistas e contestados pela direita com seu intrínseco e ineliminável traço de insensibilidade social, herança de seu passado colonial quase “prussiano”, muito escravista, fortemente senhorial e excludente. A política de preservação do salário mínimo, ainda que abusivamente baixo, muito aquém do que a Constituição brasileira determina, também permitiu que o segundo governo Lula superasse a profunda crise que quase avassalou seu primeiro mandato.

Já o primeiro mandato de Dilma Rousseff foi marcado por turbulências nas ruas, em junho e julho de 2013 ocorreram uma série de mobilizações pelo Brasil afora, as conhecidas Jornadas de Junho. Em seu auge, as manifestações contaram com a participação de mais 2 milhões de pessoas pelo Brasil afora (ANTUNES, 2018). Segundo Braga (2013), ao citar uma pesquisa do Ibope realizada com manifestantes que participaram das mobilizações de junho 2013, suas principais insatisfações eram com a saúde (78%), transporte público (77%), segurança pública (55%) e educação (52%).

Inicialmente, as manifestações indicaram o fim de um período de letargia, em que o povo brasileiro levantava-se diante seus descontentamentos. Antunes (2018) pontua quatro principais causalidades para compreender o que denomina como rebeliões de junho de 2013. Uma das causalidades dessas movimentações é o reflexo do “desenvolvimento capitalista financeirizado e mundializado”, aprofundado desde a década de 1990 no Brasil, que tem por consequência um “profundo mal-estar social”. Outra causalidade sinalizada pelo autor é o fato de as manifestações eclodirem no

momento em que o Brasil sediava Copa das Confederações, que evidenciou as contradições dos grandes estádios envolvidos por uma massiva população pobre e negra que não podiam assistir aos jogos e foram expulsos das atividades comerciais em razão do comércio oficial da Copa ditados pelos interesses da Fifa e transnacionais.

Antunes (*ibidem*) também atribuiu como elemento analítico importante das Jornadas de Junho às manifestações de massa no cenário internacional que ocorreram desde 2008 e ocuparam espaços públicos em diversos países, dentre eles o *Occupy Wall Street*, nos Estados Unidos, os Indignados na Espanha, os jovens no Chile, etc. Recorda das recém ocorridas rebeliões no canteiro de obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), dos operários que trabalhavam nas construções civis em torno da Copa, hidrelétrica e Rondônia, que encontraram um espaço comum em junho de 2013.

De acordo com Singer (2013), as movimentações de junho de 2013 podem ser divididas em três fases. No primeiro momento as convocações foram contra o aumento das tarifas dos transportes públicos, convocadas pelo Movimento Passe Livre (MPL) e pela juventude militante em torno da pauta política do transporte coletivo. Posteriormente, as ruas passaram a ser ocupadas por diversas bandeiras, o grande chamado “Vem pra rua” tomou força nas redes sociais e grande mídia, que como tática paralisavam grandes vias públicas até o confronto com a polícia. Ao crescente das manifestações na rua intensificou a repressão policial, usando da sua força de forma desmedida, tornando as ruas um verdadeiro campo de batalha. As repercussões dessas ações foram propagadas pelas redes sociais e também passaram a ser veiculadas pela grande mídia, gerando, de acordo com Singer (2013, p. 25) o segundo momento:

Inicia-se, então, a segunda etapa do movimento, com as manifestações de 17, 18, 19 e 20 de junho, quando alcança o auge. Agora outras frações da sociedade entram espontaneamente em cena, multiplicando por mil a potência dos protestos, mas simultaneamente tornando vagas as suas demandas. De milhares, as contas de gente na rua passam a centenas de milhares. Na segunda, 17, quando o MPL chama a quarta jornada, que juntou em São Paulo 75 mil pessoas ela é replicada nas maiores capitais do país da maneira espontânea. Surge quase um cartaz por manifestante, o que leva a uma profusão de dizeres e pautas: “Copa do Mundo eu abro mão, quero dinheiro pra saúde e educação”, “Queremos hospitais padrão Fifa”, “O gigante acordou”, “Ia ixcreveraugu legal, maixfautôedukssão”, “Não é mole, não. Tem dinheiro pra estádio e cadê a educação”, “Era um país muito engraçado, não tinha escola, só tinha estádio”, “Todos contra a corrupção”, “Fora Dilma! Fora Cabral! pt = Pilantragem e traição”, “Fora Alckmin”, “Zé Dirceu, pode esperar, tua hora vai chegar”, foram algumas

das inúmeras frases vistas nas cartolinas. Diversos outros temas também compareceram, como a atuação do deputado Feliciano (PSC-SP) na Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, a Proposta de Emenda Constitucional, vetando a possibilidade de o ministério público fazer investigações independentes, o voto distrital e o repúdio aos partidos. Um pouco daquele “que se vayan todos” argentinos de 2001 apareceu no ambiente. A depredação de edifícios públicos (Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro, Congresso Nacional, Itamaraty) pareceu ser expressão de um clima de repúdio aos políticos em conjunto.

Nesta etapa, de acordo com o autor, a esquerda perde a principal direção das manifestações, mas ainda é difícil afirmar que a direita já não estava infiltrada nas manifestações desde seus primórdios. De toda a forma, é nesse momento que explicitamente as ruas passaram a serem ocupadas por grupos heterogêneos e hegemonicamente as jornadas passam a ter um caráter amorfo de projeto político, sendo que as repressões pelos aparelhos dominantes foram arrefecidas. A terceira etapa ocorre com o início da Copa das Confederações e ocorrem de forma mais fragmentada pelo país, mas dessa vez,

Na terceira e última etapa, que vai do dia 21 até o final do mês, o movimento se fragmenta em mobilizações parciais com objetivos específicos (redução de pedágios, derrubada da pec 37, protesto contra o Programa Mais Médicos, etc.) . Por exemplo, em São Paulo, uma passeata contra o Projeto de Emenda Constitucional 37 reuniu cerca de 30 mil pessoas no sábado, 22. Na mesma tarde, em Belo Horizonte, perto de 70 mil pessoas protestaram contra os gastos para a Copa diante do jogo entre Japão e México. Ainda sob o impulso da força liberada na segunda fase, mas já separadas por inclinações diferentes, as manifestações começam a se dividir, como um rio que se abrisse em múltiplos braços no descenso da montanha. (*ibidem*, p.26)

Antunes (2018) aponta que o movimento tornou-se “pluri-ideológico”, a direita que não havia marcado presença nas primeiras manifestações passou a integrar e a disputar ativamente as movimentações. De acordo com Demier (2014), a burguesia foi tomando a direção das movimentações por meio dos aparelhos midiáticos adotando a pauta anticorrupção, da ideologia sem partido e na divisão entre grupos “pacíficos” e “vândalos”. As bandeiras que conclamavam o fim da corrupção a atribuindo como uma prática do governo PT ou em caráter abstrato, que por vezes fomentavam como algo do ente público e estatal, sem profundidade e amadurecimento político.

Mais tarde Queiroz (2018, p.147) analisa que muitos movimentos sociais de direita e extrema direita passam a se organizar a partir desse momento:

como o MBL, o Vem pra Rua, Revoltados Online, entre outros – que surgem a partir dos acontecimentos de junho de 2013, disputarão as ruas

com os partidos políticos e movimentos sociais de esquerda, nos anos seguintes, e se apresentarão como importante elemento na crise política, especialmente, compor a frente de luta do campo neoliberal ortodoxo e (de forma consciente ou não) conseguir mascarar os verdadeiros interesses por trás de suas bandeiras “morais” e “apartidárias” – “contra a corrupção”; “pelo fim da impunidade”; “contra o assistencialismo do Estado”; “sem partido” –, que envolvem o direcionamento político e econômico do país para atender a interesses da frente ortodoxa neoliberal – que vai desde a redução do orçamento público até a privatização de setores estratégicos da economia para atender aos anseios do capital internacional.

É inegável que o fato de que milhões de pessoas irem às ruas, com bandeiras mais democráticas, conservadoras, reacionárias ou sem bandeiras definidas, trazendo à tona suas insatisfações diante da realidade que se encontravam é um acontecimento que repercutiu na necessidade de um olhar cauteloso sobre a conjuntura brasileira. Em nossa análise, o que ocorreu em 2013 não está de forma alguma deslocado do processo de formação sócio-histórica brasileira e com as inerentes contradições que mencionamos aqui das últimas décadas. É emblemático no que trata das debilidades da classe trabalhadora, da esquerda, do campo popular no desenvolvimento dos seus aspectos teóricos, estratégicos, programáticos e organizativos. A classe dominante, por sua vez, busca aprimorar seus mecanismos de defesa da ordem, reforçando um permanente estado policial e de políticas manipulatórias e coercitivas.

A presidenta Dilma respondeu às reivindicações em cinco “pactos”:

Pacto pela responsabilidade fiscal para garantir a estabilidade da economia e o controle da inflação; pacto pela reforma política, que inclui um plebiscito sobre o tema e a caracterização da corrupção como crime hediondo; pacto pela saúde, com a criação de novas vagas para médicos, a contratação de profissionais estrangeiros, mais vagas para estudantes de medicina e a aceleração dos investimentos em obras de mobilidade urbana, mais desonerações e a criação do Conselho Nacional do Transporte Público para fiscalizar os gastos no setor; pacto pela educação pública (MENEZES, 2014, p.16)

Em 2014, destacaram-se outras mobilizações, mas dessa vez se mostraram com pautas mais definidas, principalmente contrárias com “os gastos com a Copa do Mundo em detrimento dos gastos com a educação, saúde, transporte, habitação, reforma agrária geraram também grandes mobilizações, que foram fortemente reprimidas” (DURIGUETTO e DEMIER, 2017, p.16).

Nesse cenário de turbulência política, econômica e social houve as eleições presidenciais de 2014, nas quais Dilma Rousseff alcançou sua reeleição tendo como vice o Michel Temer (MDB). As urnas mostraram um resultado acirrado no segundo

turno entre o PT e o candidato do PSDB, Aécio Neves, representando naquele momento a direita tradicional, reunindo os setores pró-imperialistas e saudosistas da ditadura militar. O conteúdo anti-povo, contra os avanços populares nas políticas sociais, na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), a favor da privatização, inclusive do Banco Central, expressou a ofensiva agressiva do grande capital. Ainda que o PSDB e seus aliados tenham sido derrotados nas urnas, foi notória a ampliação massiva desses ideários nas diversas camadas da população brasileira, inclusive entre a juventude.

A polarização acentuada nas eleições de 2014 seguiu nos períodos seguintes. A conjuntura passou a ficar mais desfavorável para a estratégia adotada nos anos anteriores pelo PT, que dentre suas medidas

[...] reduziu conquistas trabalhistas, como seguro-desemprego; aumentou os juros bancários; indicou um ministério de perfil conservador e começou a urdir um programa de “ajuste fiscal” profundamente recessivo. Desse modo, o segundo governo Dilma, ao implementar o que sua campanha dizia que a oposição conservadora faria, começou a ampliar ainda mais o desmoronamento de sua base social e política, que acabou jogando o seu governo em uma crise que não se via no Brasil desde a era Collor. (ANTUNES, 2018, livro eletrônico)

A composição ministerial do segundo mandato expressou mais uma guinada do PT ao conservadorismo, principalmente na escolha do economista, representante dos bancos privados, Joaquim Levy para o cargo de Ministro da Fazenda, porta-voz de uma política de ajuste fiscal, voltada ao intenso contingenciamento de gastos. O cargo de Ministra da Agricultura foi para a representante dos ruralistas, Kátia Abreu.

Ao mesmo tempo, a presidenta Dilma Rousseff fora constantemente atacada em seu segundo mandato, ficando praticamente inviabilizado por grupos externos e internos. A direita mais conservadora estava ainda mais agressiva e a direita com quem o PT havia se aliado passara a compor ativamente a oposição. Enquanto sua base social fora abalada entre a classe trabalhadora, principalmente nos sindicatos e movimentos sociais. Somam-se os escândalos de corrupção, adensando um elemento explosivo na desestabilização da ampla aliança partidária, que outrora sustentava os governos Lula e Dilma (ANTUNES, 2018). Nesse sentido, Mascaro (2018, p.27) sinaliza que é mais importante refletir acerca da qualidade política dos limites do petismo:

[...] revelam-se tanto insuficiências quanto contradições da forma política estatal, capitalista, quando de sua administração pelas mãos de governos

não imediatamente burgueses ou divergentes de sua manifestação imediatamente assentada. O governo da forma política estatal contrastante com os interesses, a ideologia e mesmo as idiossincrasias e os caprichos das frações burguesas brasileiras e das frações internacionais às quais aquelas se coadunam é, quase sempre, destruído mediante tensionamento capitalista de crises estruturais.

Os aspectos que culminaram no processo de *impeachment* do governo Dilma e entrada do seu vice Michel Temer serão desenvolvidos no próximo item. Cabe aqui ressaltar que o Brasil chegou ao século XXI com novas expressões que incrementaram o modo de produção e a reprodução do capitalismo dependente no Brasil. As disputas em torno dos projetos para a política de saúde, obviamente, são parte dessas expressões da luta de classes. Vejamos como tais questões se expressam no SUS.

Com a eleição do PT nas eleições de 2002, as expectativas para a retomada ativa das bandeiras da Reforma Sanitária foram altas. Nos anos 90, ainda que o SUS tenha se desenvolvido, o Estado estava sob influência direta da política de ajuste neoliberal, que fortaleceu o modelo médico-privatista. Porém, o que se observa no governo Lula é que “em algumas proposições, procura fortalecer o primeiro projeto e, em outras, mantém o segundo projeto, quando as ações enfatizam a focalização e o desfinanciamento” (BRAVO, 2009, p.102).

Segundo Machado, Baptista e Nogueira (2011), o governo PT demarcou continuidades e mudanças por parte das prioridades na agenda federal para a política de saúde nos anos 2003 a 2008. As autoras identificam quatro políticas prioritárias para o SUS nesse período: o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), Programa Brasil Sorridente, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Programa Farmácia Popular. Além dessas medidas, Bravo e Menezes (2011), destacam como também significativas a quebra de patente de medicamentos antirretrovirais e o posicionamento do Ministro da Saúde José Gomes Temporão de propiciar o debate sobre a legalização do aborto, tratando como uma questão de saúde pública.

O Programa Brasil Sorridente foi considerado pioneiro na área de política de saúde bucal, tanto em intenção de abrangência, quanto em perspectiva de expandir a atenção aos cuidados odontológicos de forma universalizada. O programa repercutiu em ampliação de 234% de equipes de saúde bucal entre 2002 e 2006 equipes de saúde bucal, que em 2002 eram 4.260 (quatro mil, duzentos e sessenta), são 14.244 (quatorze mil, duzentas e quarenta e quatro) em 2006. Além disso, foram

desenvolvidos 135 (cento e trinta e cinco) laboratórios regionais de próteses dentárias (FREITAS, 2007).

Por sua vez, o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB)¹⁷ foi instituído pelo Decreto nº 5.090/2004, que regulamentou a Lei nº 10.858/2004, e legitimou-se pela necessidade de ações para a promoção da universalidade do acesso aos medicamentos. Em consequência, diminuiu os gastos dessa natureza no orçamento familiar, assim como possibilitou a disponibilidade a “baixo custo para os cidadãos assistidos pela rede privada” (ALENCAR *et al.*, 2018, p. 162). A estratégia foi intitulada Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP) e gerou controvérsias na lógica de que o Estado “estimularia o mercado farmacêutico em vez de reforçar as farmácias do SUS, alvo de constantes queixas pela indisponibilidade de medicamentos” (*ibidem*, p. 162).

Em 2005, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou um incremento à proposta do PFPB, que consistia em viabilizar uma rede pública composta por farmácias que “atuariam como efetivos serviços de saúde, atendendo a população de forma diferenciada e qualificada, criando uma nova cultura de medicamento como bem de saúde e se contrapondo a lógica da farmácia privada como um mero comércio e o medicamento, uma mercadoria” (BATISTA JÚNIOR, 2015, p. 22). Na proposição do CNS, as farmácias não fariam parte diretamente do SUS, mas seriam públicas, sob responsabilidade de alguma instituição governamental e a população usuária atendida arcaria com o valor de 10% do medicamento. Porém, a proposta não foi efetivada pelo governo, que privilegiou conveniar estabelecimentos privados. Conforme Batista Júnior (*ibidem*) foram mais de 30.000 (trinta mil) farmácias beneficiadas que recebem 90% do valor do medicamento tabelado pelo mercado, sem contrapartida, e ainda sem garantir uma assistência farmacêutica qualificada e de forma desintegrada ao SUS.

Na prática, segundo os autores Alencar *et al.* (2018) e Batista Júnior (2015), o PFPB corroborou com a estratégia de expansão do consumo, favorecendo o desenvolvimento econômico, assim como demais políticas sociais do governo PT. Alencar *et al.* (*ibidem*, p. 165) referem que “em 2011, foram comercializadas 80,5 bilhões de doses de medicamentos no mercado varejista. Em 2012, observou-se crescimento de 11,8%, somando 90 bilhões de doses”. Nos estudos sobre o impacto

¹⁷ Outro marco regulatório a respeito do direito universal sobre o acesso universal à medicamentos para o SUS foi a criação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), em 1998 (ALENCAR *et al.*, 2018).

econômico sobre os gastos públicos, “os custos podem ser maiores para o Estado no modelo segmentado, em que drogarias atuam na disponibilização de medicamentos e são ressarcidas pelo governo, tanto pelo produto quanto pelo serviço” (*ibidem*, p. 166). Em contraponto, de acordo com os autores, o PFPB impulsionou o desenvolvimento e comercialização de medicamentos genéricos.

Para Menicucci (2011, p.524), a gestão do SUS no período em que Lula assumiu a presidência, pode ser definida como “um misto de continuidade e mudança”. Em destaque, o desenvolvimento da ESF como estratégia do para a atenção primária em saúde (APS), uma das bandeiras da Reforma Sanitária. Anteriormente à denominação de ESF, chamava-se Programa de Saúde da Família (PSF)¹⁸. Sua principal proposta configura-se em um caráter preventivo às demandas de saúde, nas concepções de integração entre a comunidade e profissionais de saúde, sendo os(as) ACS fundamentais nessa interlocução, assim como o desenvolvimento nos espaços de controle social.

Cabe aqui contextualizarmos a APS enquanto concepção de saúde. De acordo com Mendes, Carnut e Guerra (2018), pode-se dizer a partir dos anos 1960 surgiu uma vertente crítica ao modelo biomédico e hospitalar de atenção à saúde, que pautasse na determinação social e econômica do processo saúde-doença. Posteriormente, em 1978, a Declaração de Alma Ata cunhou o termo atenção primária em saúde, em conferência internacional promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (Unicef) na URSS. O relatório da conferência ratificou a concepção de saúde como um direito humano fundamental, assim como o estado de saúde não se configura como apenas a ausência de doenças, mas um estado de completo bem estar físico, mental e social. A definição dos cuidados primários em saúde ficou estabelecida como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares. (ALMA-ATA, 1978, p. 1-2)

¹⁸ Criada em 1994 pelo governo federal presidido por Itamar Franco.

A Declaração de Alma Ata foi uma importante referência para formulação do SUS, condensando os acúmulos trazidos área da saúde em âmbito internacional. Mendes, Carnut e Guerra (2018), contudo, sustentam que o documento apresenta controvérsias, advindas do próprio momento de criação do conceito. As contradições podem ser notadas na inobservância à necessidade de definir algo que contemplasse a realidade de diferentes países, com formações sócio-históricas e distintas inserções na divisão social do trabalho. Outro problema, está na concepção da família e das comunidades como eixo central do conceito, ofuscando o debate de classe e do mundo do trabalho. Na análise dos autores, o conceito “processo saúde-doença”, no aspecto mais radical da análise marxista, que compreende a saúde como parte da reprodução da vida social atrelado ao sistema de produção da riqueza, fora adaptado à determinantes de saúde, em uma concepção fragmentada, com influência da medicina social francesa. Também se identifica outra interferência na concepção dos cuidados primários em saúde, que afetou principalmente os países da América Latina, a corrente funcionalista, cuja perspectiva se orienta na “prevenção de doenças” de forma focalizada, divergindo do conceito ampliado de prevenção à saúde.

Ocorreu que no Brasil se institucionalizou a concepção de atenção primária em saúde transmutada, esvaziada da radicalidade de sua formulação originária, que percebia a sociabilidade capitalista como produtora de doenças¹⁹ (*ibidem*). Oficialmente, o BM apresentou as diretrizes dessa mutação em torno da concepção de atenção primária em saúde nos anos 1990, baseado no argumento de que o modelo médico hegemônico não atingia os mais pobres. Dessa forma, era necessário inverter o modelo para que as “necessidades básicas” desta parcela da população fossem atendidas, utilizando como estratégias de prevenção, através de programas focalizados (RIZZOTTO, 2005). Foi assim que a APS chegou ao Brasil, com suas diversas mutações, dentre elas com a alcunha de Atenção Básica em Saúde (ABS), carregando consigo problemáticas, tal como sintetizadas por Mendes, Carnut e Guerra (2018, p. 229-230):

¹⁹ Cabe mencionar que houve resistências de extrema relevância ao conceito de atenção primária em saúde na América Latina, dentre os intelectuais podemos citar Garcia, Laurell e Breilh. No Brasil contamos com, dentre outros, Arouca e Donnangelo (MENDES, CARNUT e GUERRA, 2018). Intelectuais que contribuíram e contribuem com formulações importantes para o MRS.

- a) Apresenta-se como um 'catálogo de serviços' a serem oferecidos (alguns cuidados primários de saúde e outros);
- b) Baseia-se na inter-relação entre os conceitos 'restritos' de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças;
- c) Tem como finalidade ser de AP (em termos de seus princípios fundamentais;
- d) Configura-se por meio de diferentes experiências pioneiras no Brasil (agentes sanitários e profissionais de nível superior);
- e) Baseia-se em baixa incorporação tecnológica do tipo dura e alta incorporação tecnológica leve.

Este foi o enquadramento da idealização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Brasil em 1993 e regulamentado em 1994, com a prerrogativa de ACS serem sujeitos importantes para a organização do serviço básico de saúde nos municípios brasileiros, considerando as necessidades locais, com a autonomia da gestão local para o processo seletivo, capacitação e avaliação do programa. A partir de 1996, o PSF passou a ser “um instrumento de (re)organização ou (re)estruturação do SUS, porque se deseja que este sirva como exemplo de um novo tipo de assistência distinto do modelo dominante” (VIANA; DAL POZ, 2005, p. 234).

Nos governos PT, desenvolveu-se como prioridade o Programa de Saúde da Família (PSF), que se tornou ESF, sendo o eixo central da ABS no Brasil. Nos anos de “2007 e 2008 foram criadas 2.500 novas equipes de saúde da família” (MENICUCCI, 2011, p. 527). Factualmente manteve-se a denominação de ABS, contudo, durante a presidência de Lula e sua sucessora Dilma, pode-se notar um aprimoramento da estrutura do SUS no que toca à atenção primária. De acordo Souza et al (2019), o desenvolvimento da atenção básica permitiu a redução das internações que em 2011 eram de 120 por 10.000 habitantes a 66 no ano de 2016.

Por outro lado, o “conceito de AB nos Governos PT foi enxugado com o conceito de Redes (destituindo-se, desta vez, a ideia de ‘sistema’ de saúde integrado por níveis de atenção) incluído na Portaria do MS nº 2.488/2011 que recortou as ações por ‘linhas de cuidado’” (MENDES, CARNUT E GUERRA, 2018, p. 230). Na avaliação dos autores, essa conceituação foi um revés para o SUS, ao passo que também perdeu-se mais uma oportunidade de definir e admitir a AB como AP, considerando o percurso histórico desses termos.

Juntamente com a ESF, criaram-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com a finalidade de ampliar as ações ofertadas, esses núcleos podiam ser compostos por profissionais de diferentes áreas da saúde, como assistentes sociais,

farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, professores de educação física, terapeutas ocupacionais, médicos de outras especialidades (como por exemplo pediatras, psiquiatras, ginecologistas), dentre outros (MENICUCCI, 2011). A criação do NASF configurou em um pertinente avanço quando incorpora profissionais de saúde de diversas áreas de formação para atender à integralidade em saúde, porém camuflou “o debate acerca do financiamento necessário para que a rede se estabelecesse materialmente complexos reguladores que garantam comunicabilidade entre serviços, não apenas depositando no sujeito a iniciativa de construção de seus itinerários terapêuticos” (MENDES, CARNUT E GUERRA, 2018, p. 230). Em perspectiva semelhante, Paim e Reis (2018, p.104) avaliam que a criação do NASF influenciou na flexibilização de normas “em relação à organização e gestão do trabalho, especialmente no que diz respeito ao profissional médico”.

No primeiro mandato do presidente Lula, foram criadas na estrutura do Ministério da Saúde a Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde (SGTES), objetivando elaborar política sobre recursos humanos para o SUS. Foram concebidas, também, a Secretaria de Atenção à Saúde, com finalidade de integrar as ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar, e a Secretaria de Gestão Participativa, com a proposta de fortalecimento do controle social.

Machado e Ximenes Neto (2018) sinalizam que a partir de 2003 até 2015 existiram avanços importantes no que tange a responsabilidade do SUS na coordenação de dispositivos de formação e capacitação de profissionais qualificados para atuarem na política de saúde no Brasil. Os autores compreendem que a criação da SGTES resultou no desenvolvimento das seguintes ações:

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; AprenderSUS; Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS); Pró-Saúde; PET Saúde; Telessaúde; UNASUS; Reativação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; Programa de Desprecarização do Trabalho no SUS, Câmara de Regulação do Trabalho, Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde. (*ibidem*, p. 1978)

Ainda, em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), que tem como proposta incentivar “trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários”. Seus conceitos basilares são “acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos

usuários” (KRUGER, 2014, p.223). Tal como a publicação e a tentativa de implementação da PNH, acabou se desenvolvendo de forma fragmentada dentro do SUS, como se a questão dos Recursos Humanos limitasse na relação trabalhadores da saúde e usuários do serviço.

Também em 2003 foram implementados os SAMU, cuja proposta estratégica geral consiste na melhoria do acesso e qualidade dos atendimentos às urgências e emergências médicas no Brasil. O governo federal ficou responsável pela implementação, regulamentação, financiamento das unidades, incluindo a aquisição de ambulâncias e com uma parcela da manutenção dos serviços. Cada estabelecimento do SAMU é constituído “por uma central de regulação médica, uma equipe de profissionais e um conjunto de ambulâncias, de suporte básico ou intensivo, que podem ter abrangência municipal ou regional” (MACHADO, BAPTISTA E NOGUEIRA, 2011, p. 525). Os autores (*ibidem*) mostram que em 2009 a abrangência desse serviço correspondia aproximadamente a 1.200 (mil e duzentos) municípios, abarcando cerca de 100 milhões de pessoas.

No que se trata da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), foi promulgada um ano anterior à entrada do presidente Lula. A Lei Federal nº 10.216/2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). A referida lei significou um importante avanço para o MRS e da reforma psiquiátrica antimanicomial, configurando em uma rede de serviços de “caráter extra-hospitalar, inseridos na comunidade e programados para ampliar práticas e projetos de cuidado com forte relação intra e intersetorial” (OLIVEIRA NUNES, De *et al.*, 2019, p. 4492). Mas foi a partir de 2006, com a dedicação de recursos financeiros para a execução desses serviços que se pôde observar os ganhos quantitativos e qualitativos:

Com a mudança no perfil do financiamento, verificou-se uma curva de crescimento no número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da ordem de 1.722%, passando de 148 em 1998 para 2.549 unidades em 2017. O Programa De Volta para Casa, que regulamentou o auxílio-reabilitação psicossocial atualmente na faixa de R\$ 412,00 mensais para egressos de longas inter- nações, também teve aumento significativo: em 2003, eram 206 beneficiados, e em 2014 foram 4.349, um crescimento de 2.111%. O número de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) cresceu 200% em três anos, saindo de 289 unidades habilitadas em 2014 para 578 em 2017 (*ibidem*)

No movimento contraditório dessa implementação, o conjunto das ações previstas foram inacabadas, distribuídas de forma desigual pelo território brasileiro e com distintos níveis de implementações. Enquanto que, com os grupos

corporativistas, com a presença da psiquiatria, a ênfase do modelo biomédico buscou fazer-se presente nessa disputa e garantindo seu espaço (*ibidem*).

Em 2007, o então Ministério da Saúde, José Gomes Temporão (2008-2011), divulgou o Programa Mais Saúde: Direito de Todos ou Programa de Aceleração do Crescimento da Saúde (PAC da Saúde). Conforme Bravo e Menezes (2011, p.20), o Programa Mais Saúde tem como parâmetro quatro pilares estratégicos:

[1] Promoção e Atenção- Envolve ações de saúde para toda família, desde a gestão até a terceira idade;

[2] Gestão, Trabalho e Controle Social- qualifica os profissionais e gestores, forma e recursos humanos para o Sistema Único de Saúde e garante instrumentos para o controle social e fiscalização dos recursos. Neste item, a proposta central é a criação da Fundação Estatal de Direito Privado.

[3]Ampliação do Acesso com Qualidade- reestrutura a rede, cria novos serviços, amplia e integra a cobertura no SUS.

[4] Desenvolvimento e Inovação em Saúde: trata a saúde como um importante setor de desenvolvimento nacional na produção, renda e emprego.

Como um elemento de relevância do PAC da Saúde, em janeiro de 2007 foi publicada a Portaria MS n ° 204/2007, com a finalidade de regulamentar o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle (BRASIL, 2007). De acordo com Mendes, Carnut e Guerra (2018, p. 231) esse modelo de financiamento “significou um pequeno avanço em relação ao passado das diversas ‘caixinhas’, porém sua forma de definição – seis blocos- não foi marcada por uma lógica de alocação de recursos de forma equitativa”, além do mais não estavam em consonância com as necessidades de saúde. Os seis blocos foram divididos da seguinte forma, não permitindo a transferência de recursos financeiros entre um e outro: Blocos da Atenção Básica, Bloco da Média e Alta Complexidade, Bloco da Vigilância em Saúde, Bloco da Assistência Farmacêutica, Bloco de Gestão e Bloco de Investimento (MENDES, CARNUT e GUERRA 2018, p. 231).

Em relação às Conferências de Saúde, analisa-se que passaram por um processo de banalização e suas deliberações desrespeitadas pelo Poder Executivo. A 13ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 2007, só foi garantida por determinação do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Nesta Conferência os movimentos sociais se posicionaram de forma contrária ao modelo de gestão da Fundação Estatal de Direito Privado (FEDPs). Por outro lado, houve o avanço massivo

da aprovação da legislação desse projeto pelos estados federativos e em 2009 foi reapresentada no Congresso Nacional (BRAVO e MENEZES, 2011).

As ações de implementação do SUS foram caracterizadas nos anos 2000 como “neodesenvolvimentista”. Isso pode ser observado em algumas ações como na criação da PNH, do Pacto pela Saúde, das FEDPs e também no CNS quando em 2011 elegeu o ministro da saúde Alexandre Padilha como presidente do conselho a fim de assegurar a sua participação nas reuniões do espaço. Em seguida, a nova presidência do CNS foi ocupada pela representação dos usuários, que ocupava a vaga pela Confederação Nacional dos Trabalhadores Rural Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG) e estava alinhada aos interesses governistas coadunando com as políticas de flexibilização do SUS (KRÜGER, 2014).

Sobre as FEDPs, cabe nos dedicarmos a compreender seu surgimento e significado para o SUS. Em realidade, o processo de desenvolvimento dessas fundações se estabeleceu quase em continuidade da conhecida EC nº 19/98, conhecida como emenda da contrarreforma do Estado brasileiro do governo Fernando Henrique Cardoso. Segundo Granemann (2011) e Bravo e Menezes (2011), a gravidade da aprovação desse projeto se expressa nas seguintes maneiras: mudança da forma de contratação de trabalhadores, passando a ser por CLT; na subordinação do salário via Contrato de Gestão a depender de cada Fundação; no plano de carreira e emprego fragmentado também em cada Fundação e isenção dessas Fundações na contribuição do fundo público.

O projeto das FEDPs está imbricado no PAC da Saúde e seu conteúdo caminha de forma contrária aos preceitos do SUS almejado pelo Movimento da Reforma Sanitária, transferindo para a esfera privada o que é de interesse público. Para além disso, o projeto vincula-se ao programa do capital internacional para a redução da responsabilização do Estado sobre as políticas sociais, como referido no documento do BM para o SUS, mas que suas bases também estão contidas no “Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado”, ou seja, na “contra-reforma” do Estado de Bresser Pereira/FHC (SILVA, LIMA e TEIXEIRA, 2015).

Em 2007, o BM divulgou um “documento inédito com avaliações e propostas para “aumentar a qualidade da gestão e racionalizar o gasto público” do SUS. Posteriormente, tomou-se conhecimento que o “relatório do Banco Mundial foi feito a pedido do Ministério da Saúde coordenado pelo especialista-líder em saúde do Bird no Brasil, Gerard La Forgia” (GRANEMANN, 2011, p. 51). O referido documento foi

intitulado “Brasil: governança no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro-fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão de recursos (2007)”.

O relatório emitido pelo BM se baliza em argumentar que os desafios de consolidação do SUS estão em sua organização e funcionamento. Colocam-se como problemas as “normas onerosas, as exigências burocráticas de habilitação dos municípios, a pouca capacidade de gestão da maioria dos municípios [...], a inadequação da política de recursos humanos e de sua gestão, devido à rigidez da legislação, a interferência frequente da política no planejamento [...], entre outros” (SOARES, 2013, p.100). Enfatiza-se com isso, a necessidade de autonomia por parte das unidades de saúde, imprimindo um “teor de desresponsabilização do Ministério da Saúde na execução direta dos serviços da saúde [...], através dos contratos de gestão” (CORREIA, 2011, p.44).

É importante assinalar que o BM é agente impulsionador dos interesses da classe dominantes, suas influências e idealizações, portanto, não ocorrem de forma dissociada dos interesses da pequena fração detentora dos meios sociais de produção na divisão internacional do trabalho. Assim como tem seus agenciadores internos no cenário brasileiro. Nesse sentido, suas expressões no Brasil são bem sintetizadas por Lazarini *et al.* (2021, p. 11)

No Brasil não acontece de maneira unilateral, mas é resultado de uma rede de poder que envolve muitos atores, desde instituições internacionais que ditam as regras do mercado, até pequenas organizações não governamentais que disputam licitações para gerenciar as mais diversas instâncias do serviço público. Para esse bloco de poder, é inaceitável a concepção do direito à saúde como está descrito na constituição brasileira. De modo contrário, enxergam a saúde como um grande negócio, capaz de abrir diferentes mercados e mobilizar vultosos negócios.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) também está alinhada na mesma perspectiva que o Banco Mundial desde 2005 defendendo a

racionalização da atuação pública na política de saúde, apresenta proposta de cobertura universal de saúde via setor privado. Além disso, aponta para a construção de um modelo de proteção social em saúde de matriz liberal, comandada pelo mercado através de planos privados, de modo que caberia ao Estado ações reduzidas voltadas para populações socioeconomicamente mais empobrecidas. (SANTOS, MATIAS e SILVA, 2017, p. 6)

Dentre os comungadores da política do BM no Brasil, que obviamente atuam para defender seus próprios interesses locais, encontra-se a Confederação Nacional

da Saúde, Hospitais e Estabelecimentos e Serviços (CNSa), oficializada em 2001. Embora tenha sido criada recentemente em caráter de confederação própria, a raiz desse sindicalismo patronal na saúde surgiu em meados dos anos 1980 como Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (Fenaess), que atuava como parte integrante da Confederação Nacional do Comércio (CNC)²⁰. Quando assumiu sua personalidade autônoma, a CNSa passou a ser um expressivo movimento de articulação e organização política empresarial das políticas público-privadas na área da saúde. Em 2010, a confederação aglutinava mais de noventa sindicatos patronais de saúde e oito federações, cabe mencionar a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB)²¹, Federação Brasileira de Hospitais (FBH)²², Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue) e União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas) e Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) (BRAGA, 2018).

Ao analisar, em sua pesquisa sobre a CNSa, as Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) movidas no Supremo Tribunal Federal (STF) pela entidade, Braga (2018) constata que a atuação da CNSa é prioritariamente visando o lucro na área da saúde. A entidade argumenta que suas principais dificuldades estão no repasse de recursos do SUS, e que, portanto, em razão dos valores defasados, não podem ceder às reivindicações dos trabalhadores.

Todas essas ações judiciais movidas pela CNSa, envolvendo reivindicações trabalhistas por redução de jornada de trabalho, adicional de insalubridade, adicional noturno, adicional de periculosidade, entre outras, evidenciam seu papel econômico-corporativo de defesa dos interesses patronais na área da saúde. Os impactos operacionais e financeiros que a redução da jornada de trabalho trará para os empresários da área são o argumento central da defesa. (BRAGA, 2018, p.94)

A autora também apresenta que em 2011^a entidade realizou, juntamente com demais empresários da área da saúde o 16º ClasSaúde. O evento contou, dentre os seus participantes, com o ministro da Saúde, presidente da Agência Nacional Suplementar de Saúde (ANS)²³, consultores de organismos internacionais e nacionais

²⁰ Salieta-se que essa entidade formou um bloco juntamente com a FBH, ABRAMGE e Fenaess na Assembleia Nacional Constituinte para atuar em defasados interesses privados. (BRAGA, 2018)

²¹ Fundada em 1963 para atuar em prol das instituições filantrópicas. (*ibidem*)

²² Fundada em 1966 para atuar em prol das instituições privadas lucrativas na saúde. (*ibidem*)

²³ Na ocasião o presidente da ANS, Maurício Cechin.

de grande porte, como o BM²⁴, *National Institute for Health and Clinical Excellence* (Nice), a Fundação Getúlio Vargas (FGV) e a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Entre essas participações, salienta-se o pronunciamento do ministro da Saúde Alexandre Padilha:

[...] a importância de aproveitar as oportunidades criadas pelo SUS, desde a Constituição Federal de 1988, de ampliação do acesso público e gratuito à saúde, **compreendendo as oportunidades que traz ao setor privado e aos mercados que se abrem com essa ampliação**. O então ministro da Saúde sinalizou a prioridade governamental de **incentivo à indústria de equipamentos médico-hospitalares do país, ainda que estabelecendo parcerias com empresas estrangeiras**, e afirmou que esse grande sistema nacional de saúde, aliado à excelência e à qualidade do sistema suplementar, poderia garantir o desenvolvimento nacional, ampliando o acesso (*ibidem*, p. 114, grifos nossos).

Observa-se que o então ministro da Saúde atrela a ampliação dos serviços de saúde pública como uma “oportunidade” ao setor privado, toma o sistema suplementar de saúde como referência e remete o desenvolvimento da indústria nacional com parceria com empresas estrangeiras. No mesmo evento, a participação do representante do BM também enfatizou a agenda das parcerias “público-privadas”, além de reforçar a lógica gerencialista para o SUS e reconhecer que nesse horizonte estratégico para foram aprovados no Brasil o Programa Mais Saúde, de 2007 e o Pacto Pela Saúde, em 2006 (*ibidem*).

Cabe mencionar que o BM publicou outros documentos para o SUS: “Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: Fortalecendo a Qualidade dos Investimentos Públicos e da Gestão de Recursos”, em 2007²⁵ “Documento de avaliação da proposta de empréstimo para o projeto de modernização de Hospitais Universitários Federais”, em 2011; “Documento de avaliação do projeto sobre a proposta de empréstimo, no montante de 150 milhões de dólares, para a República Federativa do Brasil para o projeto de modernização dos hospitais universitários”,

²⁴ Naquele momento representado pelo economista sênior do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID/BM), André Médiçi.

²⁵ BANCO MUNDIAL. Brasil: Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão de recursos. Relatório nº 36601-BR. Documento do Banco Mundial, 2007. Disponível em: <<http://200-98-146-54.clouduoil.com.br/bitstream/123456789/1302/1/Brasil%20Governan%C3%A7a%20no%20sistema%20%C3%BAnico%20de%20sa%C3%BAde%28SUS%29%20do%20Brasil.pdf>> Acesso em: 16 dezembro 2021

também em 2011, e “20 anos da Reforma do Sistema de Saúde do Brasil: uma avaliação do sistema único de saúde”, em 2013 (SANTOS, MATIAS e SILVA, 2017).

Dentre as medidas implementadas nos parâmetros das contrarreformas para a SUS nos deparamos com os *novos modelos de gestão* (SOARES, 2010; CORREIA, 2011; SANTOS, MATIAS, SILVA, 2017). Além das FEDPs, nos anos 2000 houve o crescimento das Organizações Sociais (OSs), pela lei federal nº 9.637 de 1998 e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), criada pela lei federal nº 9.790 em 1999. Em 2011, soma-se a esses modelos a lei federal nº 12.550, que criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

A lei das OSs objetiva legitimar organizações sociais como pessoas jurídicas sem fins lucrativos, que têm como finalidade atividades dirigidas “ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde” (BRASIL, 1998). Na realidade, o que ocorre é a possibilidade dessas organizações sociais, empresas diga-se de passagem, receberem recursos públicos para prestarem as atividades mencionadas contratando trabalhadores sem concurso público, adquirir materiais e insumos sem licitação e sem prestar contas aos órgãos de controle da administração pública (CORREIA, 2011).

Já a lei das OSCIPs, amplia a possibilidade dessas “parcerias” entre o público e privado. É caracterizada pela regulamentação de “pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos que tenham sido constituídas e se encontrem em funcionamento regular há, no mínimo, 3 (três) anos, desde que os respectivos objetivos sociais e normas estatutárias atendam aos requisitos instituídos por esta Lei” (BRASIL, 1999).

Ou seja, a lei das OSCIPs oficializa a prestação de serviços públicos, que estão colocados como direitos constitucionais que devem ser garantidos pelo Estado, para as Organizações Não-Governamentais (ONGs), cooperativas e associações da sociedade civil e também amplia o leque desses serviços. Nota-se que tanto a lei das OSs quanto a lei das OSCIPs foram criadas ao final dos anos 1990, ainda por FHC. Mas que nos anos 2000, além de desenvolverem-se sem restrições pelo governo PT, embasaram as aprovações das FEDPs e posteriormente da EBSERH. Também se observa que todos esses modelos de gestão estão em confluência com os projetos do BM para o serviço público brasileiro, em especial para a política de saúde.

Os Hospitais Universitários (HUs) também entraram nos ditames encampados pelo BM. Ao apagar das luzes do segundo mandato do governo Lula foi criada a

Medida Provisória (MP) nº520/2020, que passou a ser a Lei Federal nº 1.749/2011 (BRASIL, 2011a), já no governo Dilma, cujo conteúdo deu origem à EBSERH. A EBSERH foi concebida como uma empresa pública de direito privado, com patrimônio próprio e capital da União. Sua proposta constituiu em transferir a administração dos 46 (quarenta e seis) Hospitais Universitários (HUs), até então são geridos pelas Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), à essa empresa. Essa mudança compromete a relação desses hospitais com ensino, pesquisa e extensão, a autonomia universitária, com o regime de contratação dos profissionais dos hospitais, que deixam de ser pelo Regime Jurídico Único (RJU) e passam a ser por CLT e abre brechas sobre as ofertas dos serviços, ficando a critério dos interesses da empresa. A principal justificativa para a implementação da EBSERH pelo Brasil e a submissão às IFES a aderirem ao novo modelo de gestão embasou-se em uma crise que os HUs estavam vivenciando há mais de uma década. De acordo com Krüger, Sobieranski e Moraes (2020, p. 153)

[...] essa inadaptação foi construída num processo de desfinanciamento e sucateamento por quase 20 anos e culminou numa crise, que para sua solução o governo federal criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Tal solução se contrapõe as conquistas democrático-populares brasileiras no âmbito da saúde e da educação dos anos de 1980, no qual os HUs possuem relevante papel de formar profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, nota-se que os novos modelos privados de gestão confrontam diretamente o SUS constitucional, principalmente no caráter de excepcionalidade e complementaridade da participação da iniciativa privada no SUS. Os desafios estruturais para a consolidação do SUS se acentuaram, observa-se isso no subfinanciamento para o setor público, que permanece como um problema crônico (MIRANDA, 2017). Nesse aspecto, Bravo (2009, p.104) apresenta posicionamento parecido como “desfinanciamento” e falta de vontade política para a viabilização dos preceitos estabelecidos na CF de 1988. Na lógica dos chamados “novos modelos de gestão”, percebemos também a caracterização do subfinanciamento do SUS. Essas supostas soluções para a política de saúde expressam em seu conteúdo que os problemas de consolidação do SUS são tratados, em aparência, como problemas de gestão. Mas que, na verdade, tratam-se de questões alicerçadas em dilemas crônicos de projeto e estrutura para uma política de saúde que esteja orientada a sanar as

necessidades da população brasileira, na estrutura da sociabilidade do capitalismo dependente.

Lazarini et al. (2021) demonstra que a capilarização de recursos do BM foi ampliada expressivamente durante o governo PT, principalmente a partir do segundo mandato do governo Lula. A partir de 2008 até o final do governo Dilma, o montante chegou a 8 (oito) bilhões de dólares. Além disso, a agenda do organismo mantém a obrigatoriedade do pagamento da dívida externa, redução do déficit fiscal e focalização das políticas sociais para pobreza extrema.

A disposição desses recursos influenciou no controle e pressão direta do organismo para disseminar seus ideais para a política de saúde brasileira, submetendo a uma “compreensão reduzida e focalizada do direito à saúde” [...] “ou seja: por meio dos contratos firmados, o banco consegue impor aos entes contratantes sua premissa liberal que compreende a saúde como mercadoria, e não como direito de cidadania” (LAZARINI et al., 2021, p. 6).

Entre os anos de 2002 e 2014 “a soma dos recursos federais destinados à área de saúde/SUS teve um incremento de quase 200%” (BATISTA JÚNIOR, 2014, p.20). O autor apresenta o dado quando problematiza que não se trata somente da insuficiência de recurso destinado à política de saúde, mas que envolve o dilema estrutural do SUS, aprofundado pelos governos petistas, com o avanço das privatizações e subsídios para o setor privado. A fragilização da rede pública do SUS também é parte desse fenômeno.

Para uma ideia geral desse subfinanciamento, se o art. 55 das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal fosse aplicado, 30% dos recursos da Seguridade Social deveriam ser destinados à saúde, mas isso nunca foi feito. Em 2015, o Orçamento da Seguridade Social foi de R\$ 694,5 bilhões, sendo que se 30% fossem destinados à saúde, considerando os gastos do governo federal, corresponderiam a R\$ 208,4 bilhões, mas a dotação foi a metade disso. (MENDES, CARNUT e GUERRA, 2018, p. 225)

O SUS público e estatal nunca foi prioridade para os representantes da classe dominante, justamente porque seu projeto é outro. Como vimos anteriormente, tal condição para o SUS está alicerçada no contexto de crise estrutural do capital, que dentre suas nuances, enseja nos projetos das classes dominantes a recuperação das taxas de lucros em detrimento dos direitos sociais, que se agrava com outras nuances nos anos 2000.

Conforme os autores SOUZA et al. (2019, p. 2786), o processo de financeirização impacta também no comércio dos planos privados de previdência e saúde principalmente pela investida de empresas financeirizadas no setor juntamente

com “a ampliação dos subsídios fiscais dados aos compradores desses planos”. Na mesma vertente, o economista Áquilas Mendes (2014, p. 1184):

Com a fase atual do capitalismo contemporâneo, sob a dominância financeira, os interesses do capital portador de juros intensificam-se nas disputas pelos recursos do fundo público brasileiro, forçando de modo específico o incremento das despesas com juros da dívida pública no orçamento federal. Nessas circunstâncias, em geral, o capital portador de juros, por meio de suas formas assumidas, utiliza o fundo público sob a apropriação de parte da receita pública, remunerando os títulos públicos emitidos pelo governo federal e negociados no sistema financeiro brasileiro.

A respeito disso, pode-se observar que o governo Dilma teve uma relação direta com setor privatista através do financiamento da campanha pelos planos privados desde a sua eleição em 2010 e em sua reeleição em 2014. Nesse aspecto, Andreazzi (2014, p.58) aponta que existiram pelo menos três grandes empresas atuantes no mercado de planos privados de saúde, controladas com a participação do capital estrangeiro, que foram doadoras das campanhas presidenciais de Dilma Rousseff e “faziam seu lobby por mais recursos públicos através da redução de impostos e subsídios e expansão do mercado”.

Outra observação importante em relação ao financiamento à política de saúde no governo Dilma, foi a promulgação da lei complementar 141/2012. De acordo com Krüger (2014, p. 224)

A proposta que estipulava investimento de 10% das receitas correntes brutas da União para a área foi derrubada, mesmo tendo sido reafirmada pela 14ª Conferência Nacional de Saúde em dezembro de 2011. Segundo o artigo 5º, a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior. Devendo os estados aplicarem 12% da sua receita e os municípios 15%.

A Lei 141/2012 representou mais uma derrota para o SUS à medida que permaneceu com percentuais mínimos do orçamento para a saúde dos estados e municípios, seguindo na lógica do subfinanciamento. Contudo, ainda que com controvérsias, a lei “determina que as transferências devem ser repassadas pela União para os estados e municípios levando em consideração critérios de rateio, conforme as necessidades em saúde, balizadas nas condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas e espaciais” (MENDES, CARNUT e GUERRA, 2018, p. 233). Na avaliação dos autores, nesse aspecto, houve um avanço no debate

da equidade para o rateio da alocação de recursos, porém a os critérios e metodologia desse rateio não foram definidos pelos gestores do SUS.

Em relação às especificidades da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), no segundo mandato do governo Dilma, nos findos dos anos de 2015, houve a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho (à época do PMDB) para o cargo de coordenador- geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde. Cruz, Gonçalves e Delgado (2020, p. 3) denotam que esta nomeação pode ter sido o embrião das mudanças que seriam implementadas posteriormente em relação à PNSM, apontando um retorno do modelo manicomial, uma vez que o empossado carrega o seguinte currículo:

foi diretor técnico da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, RJ – instituição que, durante os anos 2000, havia passado por uma intervenção do MS com indicação de que fosse posteriormente fechada, devido à constatação de gravíssimas irregularidades em auditoria especializada do MS, ratificadas pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, em 2006.

Mesmo com as medidas dos governos PT representando avanços programáticos para o SUS, estes se impuseram de forma segmentada, fragmentada e desarticulada da prioridade da consolidação política de saúde tal como os preceitos do Movimento da Reforma Sanitária.

Paim e Reis (2016, p.106) consideram que na segunda metade do governo Dilma os principais ataques ao SUS foram protagonizados pelo Congresso Nacional, com certa conivência do poder Executivo:

- 1) a abertura do setor saúde ao capital estrangeiro;
- 2) o orçamento impositivo (PEC 358/2013);
- 3) a PEC 451/2014 propondo planos de saúde privados para todos os trabalhadores, exceto os empregados domésticos;
- 4) a tentativa de anistia para as multas das operadoras de planos de saúde, por meio da Medida Provisória – MP nº 627;
- 5) o rebaixamento do financiamento da seguridade social;
- 6) os cortes no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) resultando no fechamento de farmácias da modalidade rede própria;
- 7) a proposta de perdão de R\$ 2 bilhões para empresas de planos de saúde, entre outros.

Mas que ainda assim, segundo os autores, o governo de Dilma estava desenvolvendo ações na área da saúde que deveriam ser ressaltadas:

- 1) Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade no Sistema Prisional;
- 2) Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista;

- 3) Programa Mais Médicos;
 - 4) Normas para a redução do número de cesarianas e incentivo ao parto normal
 - 5) Programa Nacional de Segurança do Paciente;
 - 6) Política Nacional de Atenção Hospitalar;
 - 7) Criação do Sistema de Negociação Permanente do SUS;
 - 8) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança;
 - 9) Política de Educação Permanente em Saúde;
 - 10) Redefinida a Política Nacional de Promoção da Saúde;
 - 11) Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com doenças raras.
- (*ibidem*, p. 106-107)

Observa-se, mais uma vez, que as medidas propostas para o SUS, contraditoriamente com seu caráter focalista e privatizante, respondia às importantes necessidades sociais de saúde há muito reivindicadas. O SUS, como uma política social inserida no capitalismo dependente brasileiro, é um campo de tensões entre capital e trabalho.

É importante lembrar que o MRS surgiu como uma resposta da classe trabalhadora ao modelo privatista, o qual já tinha significativa expressão e que recentemente cresceu ainda mais à luz das contrarreformas das agendas federais (BRAVO, 2013). Paim (2009) define como uma das bases da saúde privada alicerçadas na lógica da medicina liberal, medicina empresarial e medicina filantrópica. Percebemos que esse setor fortaleceu sua base organizativa nos anos 2000 e acionaram suas forças, juntamente com seus representantes na esfera estatal, em prol de seu projeto para o SUS (BRAGA, 2018). Nos 2000 percebemos que, além das disputas entre os modelos privatistas e do MRS no seu sentido radical, entra no cenário da política de saúde um modelo em defesa da *reforma sanitária flexibilizada*” (BRAVO, 2009; CORREIA, 2009; SOARES, 2013; KRÜGER, 2014).

As autoras demarcam uma outra tendência teórico-política do SUS, para além do modelo privatista e do MRS, chamada de *reforma sanitária flexibilizada*. Nas palavras de Krüger (2014, p.225), esse movimento caracteriza-se da seguinte forma:

a perspectiva revisionista que parece, de alguma forma, fazer a conciliação entre os dois projetos. Esta terceira perspectiva nasceu de vários argumentos: o ideário crítico não dá conta de analisar a estrutura/conjuntura contemporânea; as várias entidades e sujeitos políticos que construíram e defenderam o SUS e suas bandeiras envelheceram; os interesses pessoais e corporativos nas mesas de negociações e nos cargos do Ministério da Saúde, juntamente com as pressões financeiro-eleitorais por parte do setor privado da saúde e das elites nacionais, os acordos com bancos Internacionais e a própria Organização Mundial da Saúde agiram para que o sistema público se limite a atenção primária.

Essa perspectiva revisionista é explicitada por Soares (2010) como *racionalidade técnica* que fundamentou as contrarreformas para o SUS anos 2000. Portanto, a defesa das contrarreformas para a política de saúde brasileira ganhou peso com antigas lideranças políticas do MRS, que passaram a defender a agenda privatista de forma reeditada.

[...] é defendido pelas lideranças que diante dos limites da política econômica defendem a flexibilização da reforma sanitária, mas nomeiam esse processo como reatualização, modernização ou mesmo como continuidade desta. Este projeto, na verdade, termina favorecer a ampliação dos espaços do projeto privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois projetos compõem uma mesma unidade dialética e se imbricam mutuamente numa mesma racionalidade, que, dessa vez, avança mais rapidamente na disputa hegemônica. (SOARES, 2013, p. 99)

Quando Braga (2016) comenta que o PT levou ao alto escalão, intelectuais e lideranças políticas, isso ocorreu também na área da saúde. De acordo com Bravo (2009), dentre as primeiras medidas do governo Lula foi ocupar os cargos do Ministério da Saúde com intelectuais que defendiam a concepção da Reforma Sanitária, o que havia sido abandonada pelos governos anteriores, mas que posteriormente vão reeditar os princípios do MRS. Nesse aspecto, Soares (2010, p.59) evidencia que

Na contrarreforma da política de saúde, os intelectuais tornam-se fundamentais, ao que contribuirão decisivamente para a refuncionalização dos princípios originais do sistema e, com isso, possibilitarem uma menor resistência às mudanças e uma melhor adesão a elas.

Nesse sentido, a racionalidade hegemônica hoje no SUS agrega elementos do projeto da reforma sanitária, mas rompe com a sua tradição essencialmente progressista, com a sua radicalidade mesmo dentro da ordem do capital. E é precisamente aí que está o núcleo de sua força: ao transformar, ao recuperar desse ideário alguns elementos retirando-lhes radicalidade.

De acordo com Bravo e Menezes (2011), fica evidente que algumas entidades propulsoras do MRS, como o Centro de Estudos Brasileiros em Saúde (CEBES), passaram redirecionar seus debates buscando atualizar a agenda da Reforma Sanitária brasileira, modificando também o referencial teórico da década de 1980. Naquele período, a entidade hegemonicamente pautava-se por referenciais teóricos marxistas, mas, principalmente a partir de 2008, percebe-se que o CEBES deu ênfase para estudos de múltiplas vertentes teóricas, priorizando o ecletismo e focando na

teoria social crítica defensora da social-democracia. A vinculação da reforma sanitária com um projeto societário igualitário, imbricado com a necessária socialização dos meios de produção como base da determinação social do processo saúde-doença, fora abandonada pelo CEBES, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e demais entidades importantes para o MRS nos anos de 1980. Em seu lugar, as entidades passaram a defender os determinantes sociais de saúde, mencionando-as de forma desarticulada e fragmentada da estrutura social capitalista.

É evidente, portanto, que os sujeitos políticos vinculados ideologicamente ao PT limitaram o projeto do SUS dentro do seu Governo no limite do estado autocrático burguês dependente. Notamos que, por mais que o SUS da CF tenha sua radicalidade democrática, é um projeto liberal social para um capitalismo que “aceita” conviver com referências democráticas populares – e vem conciliando, desde a constituinte, a relação entre o público e o privado. O PT, ainda eu com grande vinculação às lutas da classe trabalhadora e com seu projeto popular, se estabeleceu como um partido da ordem, não se propondo encampar um processo revolucionário e de enfrentamento concreto aos pilares no capitalismo dependente e associado.

Neste aspecto, cabe refletir se o projeto “SUS possível” é produto do PT ou resultante da pressão política, ideológica e econômica do imperialismo no capitalismo dependente brasileiro, no presente tempo histórico, de agravamento da crise estrutural do capital. Pode ser que as duas questões não estejam dissociadas, tampouco propomos a investigá-las e muito menos esgotá-las aqui. A reflexão faz-se necessária, pois à luz das divergências desses projetos para o SUS, elas desenvolveram-se no capitalismo dependente e seus aspectos ideológicos e políticos. Em nossa perspectiva, não se dissocia a luta de classes da estrutura do modo de produção e do seu tempo histórico. Se o SUS, conforme os preceitos do MRS na sua proposição mais radicalizada de projeto de sociedade emancipatório, só será efetivado em conjunto com a revolução socialista no Brasil, é uma grande incógnita até onde ele pode se desenvolver dentro da ordem capitalista dependente, ainda em contexto de crise estrutural do capital.

Na década de 2010 foi endossada a resistência na perspectiva emancipatória da reforma sanitária. Em defesa de um SUS completamente público, com acesso universal, gratuito, de qualidade, com efetivo controle social e sob gestão estatal, foi

criada a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS)²⁶. O movimento foi criado por grupos de esquerda, somando diversas entidades, organizações políticas, entidades sindicais e estudantis, assim como fóruns de saúde regionais. A FNCPS caracteriza-se com referências marxistas, na compreensão da determinação social do processo saúde-doença, na perspectiva da emancipação humana, possível através da revolução socialista. As suas principais pautas são contra os novos modelos privatizantes de gestão; modelo assistencial que possibilite o acesso universal com serviços de qualidade, com enfoque na atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade; política de valorização dos trabalhadores da saúde e efetivação do controle social, com participação popular. (BRAVO; MENEZES, 2011; CORREIA, 2011)

Compreendemos, portanto, que o SUS faz parte de um campo de disputa constante de projetos distintos que denominamos tendências teórico-políticas. Nos primeiros quinze anos dos anos 2000 o campo ideológico, teórico e político para a política de saúde podem ser resumidos a essas três tendências: **modelo médico-privatista, modelo da reforma sanitária radical e da reforma sanitária flexibilizada**. Contudo, a partir de 2016 o projeto privatista, que já era presente na política de saúde brasileira desde antes do SUS, se escancara com mais força quando se articulam as forças conservadoras para o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff (PAIM, 2018). Tais aspectos serão abordados no próximo item.

1.3. O SUS no processo de impeachment da presidenta Dilma e entrada do governo Temer

A impulsão do *impeachment* da presidenta Dilma, legitimamente eleita em 2014, é intrínseca à complexa movimentação das instituições do Estado autocrático

²⁶ “Inicialmente este movimento foi denominada “Frente Nacional Contra as OSs e pela procedência da ADI 1.923/98” como resultado da articulação dos Fóruns de Saúde já existentes nos estados de Alagoas, Paraná, Rio de Janeiro, São Paulo e do município de Londrina. Inicialmente a bandeira era em torno da procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), contrária à Lei 9.637/98 que criou as OSs. Foi criado um abaixo assinado online e elaborado um documento intitulado “Contra Fatos não há Argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”, que demonstra através de fatos concretos dos locais que já implementaram as OSs como modelo de gestão de serviços públicos. Entidades, sindicatos e movimentos sociais de âmbito nacional foram aderindo à luta e foi-se identificando a necessidade de sair da defensiva tática, da pauta específica das OSs, visto que outros ataques já estavam sendo anunciados como as Fundações Estatais de Direito Privado, 36 OSCIP’s e EBSERH, bem como pautar um horizonte e defender uma perspectiva de SUS diferente do caminho que estava tomando.” (MORAES, 2017, p.35)

brasileiro, intimamente ligadas às instituições que representam o empresariado e demais frações da classe dominante. Tal episódio associa-se aos fundamentos da formação sócio-histórico brasileira e das principais características que atravessam até hoje na realidade brasileira, se atualizando com os avanços do capital: o mandonismo, o coronelismo, o autoritarismo e clientelismo. Neste subcapítulo abordamos essas questões, as principais movimentações da classe dominante para a política brasileira e seus impactos no SUS desde que o vice-presidente Michel Temer assumiu a vaga da presidência interinamente, em 12 de maio de 2016, até o final do seu mandato em dezembro de 2018, após a consolidação do *impeachment*.

Inicialmente é importante elucidar que a agenda conservadora que se movimenta para o *impeachment* de 2016 no Brasil é integrada às pautas econômicas e políticas do imperialismo diante da crise, estando os Estados Unidos como principal orientador, para os países da América Latina, de capitalismo dependente e associado à burguesia internacional. A imposição das diretrizes imperialistas para o Brasil pauta-se na importância econômica do Brasil, por sua localização estratégica e influência nas negociações no subcontinente. A agenda do grande capital também passa por reduzir os custos do trabalho e aumentar a sua produtividade, através de incrementos tecnológicos para baratear a reprodução social da força de trabalho (mais- valia relativa) e por meio da flexibilização das leis trabalhistas (mais- valia absoluta). Outra intenção da agenda imperialista é na promoção de um retrocesso cultural e ideológico no país, fomentando uma cruzada conservadora e reacionária contra os avanços sociais. Por fim, a agenda impõe a readequação das políticas sociais a um programa neoliberal mais radical por meio da austeridade fiscal (BRAZ, 2017).

Se as contradições dos dois mandatos do governo Lula causaram antagonismos entre os campos políticos, no governo de Dilma Rousseff extrapolaram. Dentre uns dissensos na avaliação do processo de saída da Presidenta Dilma é a partir de que momento a conjuntura brasileira propiciou condições favoráveis para a deposição da presidenta.

Para vários autores o marco inicial simbólico da deposição de Rousseff foi das manifestações de 2013, passando pelos combates da eleição de 2014, pelos embates que culminaram no *impeachment* de Rousseff em 2016, pela perseguição a Lula e certa demonização do PT (AMARAL, 2016; ANTUNES, 2018; BOITO JR., 2016; DEMIER, 2018; MASCARO, 2018).

Boito Jr. (2016, p. 28) afirma que desde o início de 2013, com a queda do crescimento econômico do país, o capital internacional e a fração da burguesia vinculada a ele passaram a “lutar contra as medidas de radicalização do neodesenvolvimentismo tomadas pela presidenta Dilma- redução inusitada na taxa básica de juros, novas medidas protecionistas e depreciação cambial, entre outras”. As frações da classe dominante que anteriormente comungaram e se beneficiaram da estratégia do PT voltaram suas forças mais à direita. O autor identifica esse processo como “ofensiva neoliberal restauradora”, que perpassa por três principais acontecimentos:

Primeiro, o ingresso da alta classe média como força social ativa e militante no processo político, por intermédio das grandes manifestações de rua.

Segundo, fato que embaralhou a divisão de campos que perdurou na política brasileira até 2014, a gradativa deserção da grande burguesia interna da frente neodesenvolvimentista. Ao longo do ano de 2015, diversas associações empresariais que apoiavam o PT foram, segundo levantamento que estamos realizando, passando para o campo neoliberal ortodoxo. O caso mais importante e notório é o da Fiesp, que após apoiar os sucessivos governos do PT, tornou-se a vanguarda do golpe institucional no meio empresarial.

Terceiro, o recuo passivo do governo Dilma diante da ofensiva restauradora. A frente neodesenvolvimentista entrou em crise, e com ela, o governo que a representava. (*ibidem*, p.29)

É importante ponderar sobre a presença incomum da alta classe média no processo político através das grandes manifestações de rua. Como tratamos no item anterior desta dissertação, mais do que pela classe média, as ruas foram ocupadas por grupos muito heterogêneos de classes. Foi a reaparição escancarada da direita radical e sua disputa política ativa daqueles grupos, com suas pautas conservadoras que trouxe à tona um cenário mais preocupante para a esquerda e progressistas.

Entre os grupos que passaram a disputar as Jornadas de Junho de 2013, destacaram-se lideranças que condenavam os protagonistas das principais pautas iniciais pela redução da tarifa de ônibus e pela defesa dos direitos sociais, tal como o Movimento Passe Livre (MPL) e *blackblocs*. Esses grupos nomeados como Vem pra Rua (ligado à juventude do PSDB), Revoltados Online (grupo que conclamava a volta da Ditadura Militar), Movimento Brasil Livre (MBL), Estudantes Pela Liberdade (EPL) se posicionavam de forma conservadora, em nome do liberalismo em 2013 e articulavam, em conjunto com outras forças, as eleições de 2014 e posteriormente o processo de *impeachment* da presidenta Dilma em 2015 (AMARAL, 2016). A Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp) também protagonizou

mobilizações públicas contra Dilma Rousseff em defesa das pautas conhecidas como neoliberais (MASCARO, 2018).

Não surpreende que juntamente esses grupos estava também a Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp), já mencionada nesta dissertação quando tratamos do evento 16º ClasSaúde, realizado em 2011, articulado pelo setor empresarial da saúde e que contou naquele momento com a participação do governo PT. Em 2014, a Anahp editou o documento Livro Branco da Anahp com a expressa intenção de influenciar os programas das candidaturas daquele ano, seguindo os vestígios das manifestações de junho de 2013. O documento chegou às mãos do candidato Aécio Neves (PSDB) e Eduardo Campos (PSB) antes mesmo de tornar-se público em cerimônia realizada posteriormente na sede da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP) (MATHIAS, 2016).

Esses setores chegaram fortalecidos nas eleições de 2014 e erradicaram seus posicionamentos nas camadas da população brasileira, articulando chamados de rua *pró-impeachment*. Como discorremos no subcapítulo anterior, as eleições presidenciais de 2014 foram acirradas no segundo turno, ficando entre Dilma Rousseff (PT) e Aécio Neves (PSDB), sendo que este partido chegou a solicitar auditoria dos votos e posteriormente, buscando fortalecer seu campo dentro do CN.

Nesse aspecto, Antunes (2018) discorre que em 2015 já podia ser observado que a insatisfação do empresariado ao governo de Dilma converteu-se em oposição política ao governo. O descontentamento ocorreu mesmo com a nomeação do Ministro da Fazenda Joaquim Levy, que já implementava a estratégia de ajuste fiscal e a política de recessão, mas que na prática resultou no aumento dos juros para o setor da indústria. No fim, os empresários se depararam com a redução de seus lucros e com o PIB diminuindo.

Enquanto isso, o governo PT encontrava-se em situação de xeque, imobilizado e sem o apoio da ampla maioria do CN, não conseguindo mover outras peças e sem aprovar suas proposições, e os grupos conservadores ligados diretamente ao empresariado nacional e internacional movendo suas peças para criar condições para o xeque-mate. Contudo, a partida já havia sido fraudada antes mesmo de se anunciar a posição de xeque, enquanto o tabuleiro estava altamente instável pela crise estrutural que também assolava o Brasil.

A oposição ao PT foi para as ruas no ano de 2015 em atos convocados principalmente pelos grupos MBL, liderado por Kim Kataguiri, Vem pra Rua e Revoltados Online. De acordo com Amaral (2016, p. 50) a investigação da agência Pública comprovou que o MBL foi criado “por uma rede de fundações de direita sediada nos Estados Unidos, a Atlas Network, da qual fazem parte onze organizações ligadas aos irmãos Koch, como a *Charles G. Koch Charitable Foundation*, o *Institute of Human Studies* (IHS) e o Cato Institute”. A autora afirma que em 2012 dez integrantes do Brasil passaram a fazer parte da *Students for Liberty*, da qual a Atlas é mentora. O presidente da Atlas, Alejandro Chafuen, chegou a visitar o Brasil nas manifestações de 2015 e na ocasião comemorou o sucesso da organização no país. Posteriormente, tornou-se público que os materiais das manifestações pró-*impeachment*, caravanas e lanches foram financiados pelo MBL, mas também pelos partidos PMDB, PSDB, DEM e Solidariedade (*ibidem*).

No que se tratada da bandeira anticorrupção, ela foi politizada por parte da direita mais conservadora, com intenso apoio midiático. As divulgações da Operação Lava Jato, e memória do escândalo do Mensalão, contribuíram para o campo da direita ficar mais fortalecido, virando- se principalmente contra o PT. Mas que também atingiram demais partidos que estavam aliados ao partido no poder Executivo, como o Partido Progressista (PP) e o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e empresariado(MORAES e QUADROS, 2016).

A Operação Lava Jato, iniciada em março de 2014 como uma força-tarefa que incluiu *a priori* delegados, agentes da Polícia Federal e membros do Ministério Público Federal, incidiu sobre a corrupção política na Petrobras. A Operação, em seu todo, contou e ainda conta com diversas “fases”. O símbolo principal da Operação, que inclusive fora amplamente anunciada pelos seus protagonistas, implicava no cerceamento a de “quem eles acreditavam ser o “chefe” de todo o “esquema criminoso” - Luiz Inácio Lula da Silva” (BELLO, CAPELA e KELLER, 2021, p. 1660).

Mascaro (2018) recorda que membros da Operação Lava Jato enalteciam sua proximidade com agentes e órgãos públicos dos Estados Unidos da América (EUA), como com o *Federal Bureau of Investigation*(FBI). De acordo com o autor, tal questão é sintoma da dinâmica do capitalismo transnacional, que acentuou, a partir dos anos 1970, a relação entre empresas, especuladores e Estados nacionais. O direito brasileiro sofre umbilicalmente com esse fenômeno através do aprendizado jurídico estrangeiro, estabelecimento de bases comuns de informações, operações policiais e

judiciais internacionais, moldagem de institutos de direitos nacionais que são favoráveis à movimentação do capital internacional e por aparelhos ideológicos da ordem.

Casos como o da Operação Lava Jato alteram a projeção do impacto decisório de alguns juízes, membros do Ministério Público e policiais federais. Trata-se de uma mudança de grau do poder do mundo jurídico: antes decidia a vida dos desgraçados de sempre de uma sociedade exploratória e dominadora, no caso, pobres, negros, periféricos, aqueles sem acesso às articulações sociais com os dominantes, no caso, pobres, negros, periféricos, aqueles sem acesso às articulações sociais com os dominantes; agora, decide também contra membros selecionados e indesejados do mundo político e contra empresas nacionais e estatais contrárias a uma dinâmica geral do interesse de frações do capital que dá as bases a partir das quais determinam sua prática e seu horizonte de mundo. (*ibidem*, p. 56)

Como não pode deixar de ser, o ordenamento jurídico brasileiro e suas instituições sempre operaram dentro das contradições da luta de classes, desigualmente mais favoráveis à classe dominante, de forma racista, machista e opressora ao povo trabalhador. O processo histórico da constituição do capitalismo dependente nos traz exemplos até anteriores à Ditadura Militar. O que Mascaró (*ibidem*) destaca é que no período pós-fordista, os aparatos jurídicos estabeleciam o abandono dos resquícios aristocráticos absolutistas, com alta erudição, com a manutenção do conservadorismo e blindados aos pleitos progressistas. Dentro dos acordos da CF de 1988, os aparatos jurídicos foram se pavimentando de tal forma a constituir um perfil jurídico com altos rendimentos salariais, corporativo, seletivo e bastante tecnicista. As preocupações passam a ser pela eficiência e parametrização neoliberais, em benefício da segurança jurídica do modo de produção capitalista.

Os conteúdos publicados a partir de junho de 2019 pela agência de notícias *The Intercept Brasil*, conhecido como Vaza Jato, nos ilustra bem a arbitrariedade dos grupos dominantes em seus instrumentos estatais. No conjunto dessas reportagens, que compõem uma série de reportagens sobre a Lava Jato, são expostas mensagens de aplicativos vazadas, envolvendo os principais protagonistas da Operação, em destaque o Juiz Sérgio Moro e o procurador Deltan Dallagnol. Em suma, o conteúdo da Vaza Jato revelou a arbitrariedade do Juiz Sérgio Moro e seu papel ativo na condenação que levou o ex-presidente Lula à prisão em 2018, tornando-o inelegível

naquele ano²⁷. Também demonstrou como os protagonistas da Lava Jato pretendiam derrubar, principalmente o PT, assim corroborando com a saída de Dilma Rousseff do poder Executivo.

Conforme Bello, Capela e Keller (2021, p. 1660) “a perseguição a Lula foi o principal tópico por mais de um ano no Brasil e, o que é relevante, influenciou diretamente no *impeachment* de Dilma Rousseff em 2016 e na eleição de Jair Bolsonaro em 2018”. Referente à deposição da presidenta, os autores elencam que uma das ações da Operação ocorreu, como intenso apoio midiático:

No dia 16 de março de 2016, o **então juiz Sergio Moro deu ao maior conglomerado de mídia empresarial do Brasil, as Organizações Globo, acesso ao teor de áudios sigilosos de interceptações em linhas telefônicas do Palácio do Planalto (inclusive do gabinete da Presidência da República) e de centenas de clientes do escritório de advocacia dos patronos de Lula.** Em um diálogo entre a então Presidenta Dilma Rousseff e o ex- presidente Lula, ela o ofereceu um cargo em seu governo. **Dilma já estava submetida ao processo de impeachment, em parte devido aos escândalos da Operação Lava Jato, que já incluíam Lula.** Para angariar apoio e ajudar o próprio Lula, Dilma o convidou a se tornar seu Ministro-Chefe da Casa Civil, cargo cujos ocupantes somente podem ser processados e julgados perante o Supremo Tribunal Federal. Esta prerrogativa inerente ao cargo foi um dos elementos questionados pela narrativa da Operação Lava Jato. Esta invocava a lógica de que todas as pessoas deveriam ser julgadas igualmente, pelos mesmos tribunais, porque “privilégios”, como essas imunidades, tendem a beneficiar os poderosos. (*ibidem*, p. 1661, grifos nossos)

Como mencionamos, os escândalos de corrupção culminaram como um elemento que desestabilizou ainda mais a ampla aliança partidária, dos governos Lula e Dilma, especialmente com o MDB que formava seus vices. A Operação Lava Jato foi corroendo as bases de sustentação do PT no poder Executivo, esvaindo seu apoio nas Casas Legislativas, até alcançar os votos que afastaram Dilma Rousseff do presidencialismo. O então presidente da Câmara de Deputados, Eduardo Cunha (MDB-RJ), de cariz altamente conservadora, vinculado a grupos religiosos neopentecostais se beneficiaram com a Operação, mesmo sendo delatado. De acordo com Antunes (2018), o deputado passou de coadjuvante a protagonista no encurralamento do governo PT, assumindo abertamente um papel de oposição.

Formalmente a presidenta Dilma Rousseff foi acusada sobre o crime de responsabilidade fiscal, popularmente chamada de “pedaladas fiscais”. A acusação

²⁷ “Na mesma semana da prisão do ex-presidente, a recém- criada Federação Brasileira de Planos de Saúde (FEBRAPLAN) divulgue a organização do 1º Fórum Brasil, sob o lema: participe do fórum que iniciará a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde” (SOARES, 2018, p. 29).

de responsabilidade fiscal partiu do relatório de análise do Tribunal de Contas da União (TCU). O órgão “identificou que o governo, ao não fazer o repasse de dinheiro referente a programas sociais aos bancos, acabou tomando dinheiro emprestado, ferindo assim a Lei de Responsabilidade Fiscal [...]” (VIEIRA, 2017). Em realidade, é notório que o *impeachment* só se concretizou com a série de elementos combinados e articulados para que tivesse êxito.

Portanto, corroboramos que a denominação atribuída a esse processo é golpe (AMARAL, 2016; ANTUNES, 2018; BOITO, 2017; BRAGA, 2016; BRAZ, 2017; MASCARO 2018; MIGUEL, 2016; SINGER, 2016). Ainda que os autores tratem de formas distintas as nuances do conjunto de elementos que concretizaram o *impeachment* de Dilma Rousseff em 2016, a convergência, mesmo com as críticas ao PT, é de que esse período foi marcado pelo rompimento de um acordo democrático para que as forças conservadoras pudessem avançar ainda mais.

De acordo com Braga (2016) o que ocorreu foi um golpe palaciano, cujos acontecimentos no CN são apenas as faces mais aparentes de uma crise enraizada nas estruturas sociais de um país que se encontrava há dois anos em recessão econômica. Diante do agravamento da crise internacional, os grupos empresariais brasileiros e os bancos privados passaram a exigir do Executivo um aprofundamento da estratégia de austeridade.

Na avaliação de Miguel (2016), o processo de *impeachment* e a interinidade de Michel Temer colocou à prova a principal questão colocada pelas forças conservadoras: o avanço da agenda do retrocesso com a

[...] entrega do patrimônio público, avanço do fundamentalismo, retirada dos direitos trabalhistas, criminalização do pensamento crítico, recuo da legislação ambiental, arbitrariedade escancarada da força policial, cortes nas políticas sociais, tributação regressiva.

O Superior Tribunal Federal, suposto guardião da Constituição, permanece inerte; na verdade, são volumosas as evidências de que muitos de seus integrantes foram partícipes da trama para afastar a presidente. (*ibidem*, 2016, p. 36).

Braz (2017) caracteriza esses acontecimentos como um “golpe democrático”, não clássico, que contou com o auxílio dos poderes Legislativo e Judiciário ocorrido no interior do funcionamento da ordem burguesa:

Especialistas e organismos de diversas tendências (como o secretário-geral da OEA) afirmaram com alguma sinceridade que se as “instituições da democracia brasileira” estivessem funcionando, não teríamos o *impeachment*. Ao contrário: exatamente porque elas funcionaram é que

foi possível depor um governo eleito, porque não interessava mais que ele continuasse. (*ibidem*, p. 89-90)

Esses dois autores (MIGUEL, 2016; BRAZ, 2017) discorrem sobre os limites da democracia no ordenamento da sociedade capitalista. Isto é, a democracia não é um conceito abstrato que paira sobre a sociedade, ela está em disputa concretamente na sociedade de classes. Os aparelhos institucionais do Estado, dominados pela classe hegemônica, atuam quando necessário para esses interesses, inclusive para conter qualquer força progressista que esteja emperrando o avanço dos seus projetos.

Na avaliação de Braz (2017, p. 87-88):

Dilma, mesmo tendo feito um governo (como fizeram os governos petistas desde 2003) *predominantemente* voltado para os interesses do grande capital e de seus sócios brasileiros e, a partir de 2015, tendo adotado um programa de governo muito semelhante ao que foi apresentado (e derrotado) pelo candidato do PSDB em 2014, foi arrancada da presidência da República porque foi considerada incapaz de permanecer à frente dos interesses capitalistas que tanto serviu. Estes agora precisavam de um governo *genuinamente* burguês, capaz de não ceder o mínimo aos trabalhadores, de lhes retirar o pouco que conquistaram e de servir inteiramente, sem concessões, ao grande capital. O pacto de classes já não mais prestava.

Já Mascaro (2018, p.93) analisa que o Golpe de 2016 não é apenas político ou jurídico, assim como o de 1964 não foi apenas um golpe militar, mas ambos são golpes da classe burguesa, “que realinha frações dos capitais nacional e internacional para a acumulação numa situação específica de crise do capitalismo mundial e brasileiro”. O autor pondera que em 2016 o golpe não se deu forma extrema por não se tratar de uma recuperação de um poder que burguesia perdeu, mas que necessitou realinhar suas forças diante da crise “pós-fordista e neoliberal” para a retomada da acumulação desejada, que o PT não havia mais condições de entregar.

Segundo Antunes (2018), a crise enfrentada no país é de “alta densidade” social, política, institucional e econômica. De acordo com o autor, o descontentamento diante da conjuntura perpassa por todas as frações de classes, mesmo que de forma antagônica. O quadro de desemprego se agravou, conseguinte ao rebaixamento salarial. A base partidária de apoio ao governo PT foi rachada, enquanto o poder Legislativo entrara em eclosão com o poder Executivo, com rebatimentos do Judiciário.

Em maio de 2015, o MBL protocolou um pedido de *impeachment* de Dilma na Câmara dos Deputados, já bastante próximo do presidente da Câmara, Eduardo

Cunha. Em setembro de 2015 a Câmara acatou o pedido. Em 2015 e 2016 as ruas foram ocupadas por manifestações pró e contra *impeachment*, bem como com exaustivos debates com argumentos políticos, jurídicos, econômicos e sociais realizados por diversas representações da sociedade civil a favor e contra a governabilidade da presidenta (BECKER *et al*, 2016).

Em março de 2016 o PMDB rompeu oficialmente com o governo e no final do mesmo mês a comissão do *impeachment* na Câmara deu início aos seus trabalhos. Posteriormente foram protocolados pedidos de *impeachment* de Michel Temer, que foram rejeitados por Eduardo Cunha. Em 17 de abril, a Câmara Federal aprovou a abertura do processo de deposição da presidenta Dilma por 367 a 137 votos. Em 25 de abril, o Senado instaurou a Comissão Especial do *impeachment*. No dia 6 de maio, a Comissão Especial do Senado aprovou o parecer do relator que se colocou favorável a dar continuidade ao processo contra a presidenta. Em 12 de maio, o Senado decidiu pela abertura do processo de *impeachment* e afastamento provisório de Dilma Rousseff da presidência, momento em que Michel Temer assumiu o cargo interinamente. Já no mês de julho, a presidência da Câmara de Deputados passou pela renúncia de Eduardo Cunha, no dia 7 de julho, e eleição de Rodrigo Maia (DEM-RJ), em 14 de julho. Por fim, no dia 31 de agosto de 2016 o Senado votou pelo *impeachment* de Dilma, em sessão presidida pelo presidente do Supremo, o ministro Ricardo Lewandowski (BECKER *et al.*, 2016; BOITEMPO, 2019).

Concomitantemente, as pautas econômicas permeavam pelo ajuste fiscal mais rigoroso para a retomada das taxas de lucro. Acentua-se uma série de medidas antinacionais conduzidas pelo governo Temer, como

abertura do pré-sal para o capital estrangeiro, o desmonte e privatização de ativos da Petrobras, assim como o enfraquecimento do Banco Nacional de Desenvolvimento Social (BNDES) enquanto banco de fomento do desenvolvimento nacional, o que contribui para a desnacionalização da economia e aprofunda a hegemonia do capital financeiro. (COSTA, MÉLLO e NOGUEIRA, 2018, p. 1102)

Junto à isso, foram publicizados documentos por parte da direita tradicional como proposições para a superação da crise instaurada no cenário político, econômico e social no Brasil. Esse materiais foram intitulados como Agenda Brasil (AGÊNCIA SENADO, 2015), Uma Ponte para o Futuro (FUNDAÇÃO ULLYSSES

GUIMARÃES; PMDB, 2015), Travessia Social (FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES; PMDB, 2016) e Um Ajuste Justo (BM, 2017).

A Agenda Brasil foi um documento apresentado em agosto de 2015 pelo MDB, através do Senador alagoano Renan Calheiros (AGÊNCIA SENADO, 2015). Importante ressaltar que o senador é autor de outro documento homônimo publicado em 2006 em que sintetizou seus posicionamentos políticos do seu mandato naquele período. O material de 2015 propõe medidas legislativas para o CN e está dividido em três partes: “melhoria do ambiente de negócios e infraestrutura”, “equilíbrio fiscal” e “proteção social” (*ibidem*).

Em suma, no primeiro eixo o documento propõe a “blindagem” das legislações de contratos para proteção das parcerias públicos-privadas; para atrair investimentos propõe: aprimoramento do marco regulatório para concessões para a área de logística e investimentos, desenvolvimento de um marco jurídico para o setor de mineração, revisar o licenciamento das zonas costeiras, áreas protegidas, cidades históricas, revisar os marcos jurídicos de áreas indígenas. Também consta a necessidade do desenvolvimento do setor de turismo, realização de megaeventos e “a simplificação de licenciamento para construção de equipamentos e infraestrutura turística em cidades históricas, orla marítima e unidades de conservação”.

Para o “equilíbrio fiscal” constam propostas de reformulação da Lei de Licitações; implementação de uma Instituição Fiscal Independente; venda de terrenos, edificações e ativos imobiliários militares e da União; aprovação da Lei de Responsabilidades das Estatais; aprovação da PEC, “que impede o governo Federal de criar programas que gerem despesas para Estados e Municípios e DF, sem a indicação das respectivas fontes de financiamento”; regulamentação do Conselho de Gestor Fiscal, conforme previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal; reforma do PIS/COFINS e ICMS; “medidas para repatriação de ativos financeiros do exterior, com a criação de sistema de proteção aos aderentes ao modelo”; revisão da resolução do Senado “que regula o imposto sobre heranças, sobretudo quanto ao teto da alíquota, levando-se em conta as experiências internacionais (convergir com média mundial 25%)”; permitir maior flexibilidade com o gasto público a partir do favorecimento maior da desvinculação da receita orçamentária; redefinição da idade mínima para aposentadoria; reajuste dos servidores públicos dos três poderes. Por fim, para o eixo de “proteção social”, propõe “condicionar as alterações na legislação de desoneração da folha e o acesso a crédito subvencionado a metas de geração e preservação de

empregos”; “aperfeiçoar o marco jurídico e o modelo de financiamento da saúde”; “*avaliar possibilidade de cobrança diferenciada de procedimentos do SUS por faixa de renda*”; evitar a judicialização da saúde por procedimentos que ainda não foram homologados pelo SUS; “compatibilizar os marcos jurídicos da educação às necessidades do desenvolvimento econômico e da redução das desigualdades” e; “compatibilizar a política de renúncia de receitas, no orçamento público, à obtenção de resultados positivos no enfrentamento das desigualdades regionais e na geração de emprego e renda.” (*ibidem*, grifos nossos).

Posteriormente, a Agenda Brasil de 2015 foi reiterada em outubro do mesmo ano no documento Uma Ponte para o Futuro, também difundido pelo PMDB e Fundação Ulysses Guimarães (2015). O prólogo do material indica a análise de uma crise fiscal e econômica e propõe um conjunto de medidas para o enfrentamento da situação a ser conjunto da sociedade brasileira, mas principalmente endereçado ao CN. O texto apresenta uma análise da queda da taxa de crescimento do PIB desde 2014 e sua tendência à estagnação, apontando que essa queda influi no “mal-estar social e de conflitos políticos profundos” (*ibidem*, p.3). Segue argumentando que o Estado deve ser funcional para garantir o desenvolvimento econômico, tratando dos déficits e endividamento do Estado brasileiro como um agravante para a recuperação do crescimento econômico do país. Como solução, o texto apresenta um programa que deve garantir, em detrimento do financiamento público das políticas públicas, o pagamento dos juros e amortizações da dívida pública; desvinculações das receitas da União, em especial dos gastos com o SUS e educação pública; e contrarreforma da Previdência Social.

Em 2016, o PMDB e a Fundação Ulysses Guimarães publicaram o documento intitulado como Travessia Social: Uma Ponte Para o Futuro, que reitera o programa de Uma Ponte para o Futuro e aprofunda suas linhas estratégicas.

De uma forma geral, tem como propostas: conter a inflação e realizar o ajuste fiscal, o que exigirá cortes nos gastos sociais; a retomada do crescimento, que possibilitará a inserção das pessoas no mercado de trabalho; transferir para o setor privado tudo o que for possível; focalização das ações nos 40% mais pobres da população pobre. Destaca como papel do Estado qualificar as pessoas para que tenham mais competitividade no mercado de trabalho. No que se refere à Educação, é ressaltada a ênfase na formação técnica. Com relação à Saúde e ao SUS, coloca como questões importantes: a ênfase no gerencialismo, considerando como problema do SUS a má gestão; a necessidade de focalização na parcela que não pode pagar planos privados de saúde; e o estímulo ao aumento

de cobertura dos planos privados.” (BRAVO, PELAEZ e PINHEIRO, 2018, p. 13)

Em novembro de 2017, o BM publicou o documento “Um Ajuste Justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil”, compreendido em um relatório de 204 (duzentas e quatro) contestações sobre a realidade brasileira, subsumido em nove capítulos. O documento ilustra sobre o desafio fiscal enfrentado pelo país, analisando as tendências de receitas e despesas, com projeções sobre a dívida pública e sobre o novo Teto de Gastos, do Novo Ajuste Fiscal. Também examina e propõe o aprofundamento de ajustes fiscais nas áreas específicas da previdência; massa salarial do funcionalismo público; estratégias para as aquisições públicas; previdência social; assistência social; saúde; educação; e setor privado (BM, 2017).

Conforme Mendes e Carnut (2020, p. 194) o referido relatório aponta “o problema da sustentabilidade fiscal no Brasil”, recomendando que a política do governo deva voltar-se para a redução do déficit primário, que permitira a “redução do déficit primário (que, por sua vez, permitiria a redução das taxas de juros, dos pagamentos de juros e do déficit nominal)” (BM, 2017, p. 22).

Os documentos supracitados, têm a premissa basilar da necessidade de superação da crise que o país enfrenta, uma série de medidas que implicavam em contrarreformas no Estado brasileiro para a recuperação da taxa de crescimento econômico. Os documentos colocam como fundamental o Estado agir em prol das pautas econômicas, privilegiando as privatizações, o pagamento dos juros e amortização da dívida pública e na desoneração do setor privado em prol do “equilíbrio” financeiro.

Em consonância com a elaboração e publicização dos referidos documentos, a PEC 241/2016, proposta pelo então presidente interino Michel Temer, tramitou no CN até ser promulgada em dezembro de 2016, tornando a EC 95/2016 (BRASIL, 2016a). Conhecida popularmente como “PEC do Fim do mundo” ou como a “PEC do Teto de Gastos”, a EC 95/2016 instituiu um Novo Regime Fiscal, que limitou os gastos públicos por vinte anos. Este regime implicou no congelamento dos investimentos públicos nas políticas públicas como saúde e educação, na medida em que revogou a vinculação das despesas com esses setores da receita líquida da União. Ou seja, em termos de reais, os investimentos públicos em saúde e educação passaram a ter os mesmos valores de 2017, desconsiderando as demandas sociais decorrentes do crescimento da população brasileira. A EC 95/2016 congelou os reajustes salariais de funcionários

públicos e a necessidade de realização de concursos públicos (AMARAL, 2017). Em outras palavras,

A Emenda Constitucional n. 95/2016 é a face mais vil da demolição dos direitos sociais e, entre os quais, está o direito à saúde. Ela congela o gasto público primário em 20 anos, medida sem precedente em nenhum país do capitalismo ocidental, o que revela a face das medidas golpistas da extrema-direita. Estas estão em associação com os interesses fascizantes de extermínio da classe trabalhadora com as propostas de contrarreformas aprovadas: a trabalhista, a previdenciária e a administrativa, sem contar os reiterados ataques ao direito à educação, especialmente à educação superior pública. (MENDES E CARNUT, 2020, p. 177)

Os movimentos sociais e as lutas da classe trabalhadora foram massivas pelo Brasil, mas lamentavelmente não impediram o avanço da classe dominante nessa pauta.

Abordados os elementos conjunturais desse momento histórico, fica perceptível que a deposição de Dilma Rousseff e entrada do governo Temer representou o aceleração da agenda conservadora para o país. O Golpe que eclodiu no afastamento do PT do Poder Executivo fundamentava-se na prioridade da classe dominante em recuperar com urgência suas taxas de acumulação.

A EC 95/2016 foi uma grande expressão de um ataque direto à CF de 1988 no contexto do golpe. A EC do Novo Regime Fiscal, em conjunto com demais medidas antipopulares, como a contrarreforma da previdência e trabalhista, foi fortemente ressaltada nos documentos que mencionamos acima e defendidas pelo Poder Executivo e Legislativo. Vejamos como os reflexos da agenda conservadora se propagaram no SUS.

Em uma perceptível articulação prévia em que Michel Temer assumiu a Presidência da República interinamente, indicou no mesmo dia vinte e dois novos ministros, gerando uma grande mudança dentre os mandantes do Poder Executivo, incluindo a nomeação do Ministro da Saúde Ricardo Barros. O novo Ministro da Saúde ocupava o cargo de deputado federal, proveniente do estado do Paraná, do partido Progressistas (PP) e antes mesmo de assumir a função, ainda que não fosse da área, já demonstrava suas intenções com o modelo privatista na saúde.

O compromisso explícito do governo nessa fase da contrarreforma da saúde é com as grandes corporações econômicas privadas da saúde, anunciado desde antes da nomeação do Ministro:

- o então deputado federal Ricardo Barros reuniu-se com a elite médica paulista no Hospital Sírio Libanês, a fim de ter seu nome legitimado por esse grupo;

- ademais, o próprio ministro não tinha qualquer experiência com a gestão da política de saúde [...] (SOARES, 2018, p. 26-27)

Logo quando empossado, o ministro pronunciou sobre a necessidade de rever o SUS, que como o sistema público de saúde foi concebido na CF de 1988 é insustentável financeiramente para o país e defendeu a proposta de Planos de Saúde Populares (BRAVO, PELAZ e PINHEIRO, 2018; SOARES, 2018).

A nomeação de Ricardo Barros e seu plano de ação para o cargo de Ministro da Saúde representou a cúpula articuladora do *impeachment*, alinhada com o capital nacional e internacional, para o setor da saúde no Brasil, repercutindo em uma estratégica de profundas contrarreformas para o SUS. Em verdade, o novo ministro cumpriu a função de ser porta-voz dos privatistas. A aprovação da EC 95/2016 trouxe uma vitória importante para os setores conservadores, que naquele contexto, compunha um dos pontos importantes da sua agenda para o SUS.

Os documentos Agenda Brasil (AGÊNCIA SENADO, 2015), Travessia Social: uma ponte para o futuro (FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES; PMDB, 2016) e Um Ajuste Justo (BM, 2017) apresentaram especificidades para o setor da saúde. Além deles, em 2017 foi publicado o documento Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde (INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE, 2017).

A proposta de cobrança do SUS ou de planos populares de saúde não foi só de Ricardo Barros, ela coaduna com a estratégia histórica do capital internacional dos organismos internacionais, retomada em um momento oportuno para a burguesia nacional. Chegou a ser instituído um grupo de trabalho para discutir o projeto de Plano de Saúde Acessível, pela Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016 (BRASIL, 2016c). Com peso importante dos movimentos sociais em defesa do SUS²⁸, a proposta foi coibida. Aliás, é importante tratarmos dos aspectos que circundaram essa proposta. Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018, p. 14), ao analisarem o percurso da discussão do

²⁸ Dentre as movimentações contrárias, podemos mencionar as seguintes: “O Conselho Nacional de Saúde, em 10 de março de 2017, apresentou uma Moção de Repúdio à proposta, enfatizando que a mesma subverte o papel do Estado e representa grave retrocesso, apresentando muitas restrições de cobertura, o que fere o princípio da integralidade da assistência; destaca também a diminuição da competência regulatória da ANS. A Associação dos Servidores e demais Trabalhadores da ANS (ASSE- TANS), em assembleia realizada em 05 de setembro de 2017, aprova um posicionamento contrário aos Planos de Saúde Acessíveis, destacando que suas características limitam as coberturas garantidas pela Lei 9.656 (BRASIL, 1998) e sua regulamentação, contrariando o princípio da integralidade da atenção em cada segmento hoje existente; considera que fatores acima de 30% são considerados restritores severos ao acesso aos serviços, pois a proposta enfatiza que o copagamento para acesso aos mesmos está previsto em 50%. Ressalta também que os serviços oferecidos serão parcelados, de baixa qualidade e jogando para o sistema público os procedimentos de alto custo”. (BRAVO, PELAEZ e PINHEIRO, 2018, p. 15)

Plano de Saúde Acessível, identificaram que o motivo do Ministério da Saúde atuar em defesa desse projeto foi em razão da “redução de cerca de 1,5 milhões de pessoas que deixaram de fazer usos de planos privados de saúde em 2016, devido à recessão econômica e à elevada taxa de desemprego”. Isto é, nas palavras de Santos e Vieira (2018, p. 2311), “se de um lado mingua-se o financiamento público, de outro, buscam-se soluções para aumentar a parcela privada no gasto com saúde”.

De acordo com Santos (2016), a ideia de cobrança por procedimentos e consultas ratifica a proposta de planos acessíveis de saúde no Brasil, que não estão desvinculados do esforço da Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 2005, com base na política de austeridade em resposta à crise econômica mundial e em “emplacar a proposta de *Universal Health Coverage* - UHC (Cobertura Universal de Saúde - CUS) para todos países do mundo” (SANTOS, 2016, p. 6). Com esses planos, ditos populares, a colaboração da população usuária se daria pela compra de serviços de saúde em clínicas ou pela aquisição de planos. Ainda que a proposta tenha sido rechaçada naquele momento, não significa que a direita política abandonou o seu conjunto de intenções. De acordo com Soares (2018, p. 27-28)

este posicionamento reverberado pelo Ministério da Saúde, repercute na “a ideia de que todos devem colaborar diante do colapso do financiamento do sistema [...] evidenciando que o conteúdo de negação do direito e reprodução da ideia de inviabilidade do SUS, vem se colocando na ordem do dia pelos setores privados. Assim, de fato, a destruição da concepção do direito público à saúde chega ao seu ápice.

O documento “Travessia Social: uma ponte para o futuro”, no tópico “O desafio da saúde” reconhece a importância do avanço para do SUS em seu caráter universal para atendimento da população brasileira, principalmente para os mais pobres. Coloca como necessário o avanço do SUS e para isso propõe oito premissas táticas: 1) prevenção de fatores de risco; 2) desenvolvimento de prontuário em um sistema eletrônico unificado através da criação de um Cartão de Saúde pessoal e intransferível para cada usuário do SUS; 3) aprimoramento da gestão financeira e obtenção de margem fiscal para ampliar os recursos do sistema de saúde; 4) uma política de remuneração associada ao desempenho e à qualidade do serviço prestado para provedores e unidades de saúde, sejam públicas ou privadas; 5) geração de um modelo assistencial que garante ao paciente a continuidade do acesso a todos os níveis da rede, otimizando os recursos de saúde em cada região; 6) universalização do Programa de Saúde da Família, “estruturando-o como ‘porta de entrada’ do

sistema”; 7) garantia de “acesso rápido e oportuno para urgências e emergências, através de redes de atendimento especializadas”; 8) e, por fim, trata da importância de “identificar oportunidades de colaboração com o setor privado, para desenvolver parcerias público-privadas com compartilhamento de riscos operacionais e financeiros, para estimular aumentos de produtividade e ganhos de eficiência.” (FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES; PMDB, 2016, p.13-14)

Observa-se que o referido documento endossa o que o setor privatista tradicional já vem defendendo na saúde há muito tempo, alia a importância do SUS ao discurso de profissionalização da gestão em todo o sistema, ao aperfeiçoamento de repasse de recursos, que inclui o desenvolvimento das parcerias público-privadas. De acordo com Bravo, Pelaz e Pinheiro (2018, p. 13, “a ênfase no gerencialismo, considerando como problema do SUS a má gestão; a necessidade de focalização na parcela que não pode pagar planos privados de saúde; e o estímulo ao aumento de cobertura dos planos privados.”

O relatório do BM publicado em 2017 “Um Ajuste Justo”, aborda uma série de aspectos do sistema de saúde brasileiro no capítulo intitulado “Saúde: Alternativas para Oferecer Mais e Melhores Serviços”, subdividindo-o em três itens: “níveis de despesas do setor de saúde”, “eficiência e incidência das despesas com saúde” e “reformas do setor de saúde para aumentar a eficiência, a equidade e a economia fiscal”. Neste último item o documento trata de proposições de reformas para o sistema de saúde em razão da tendência de aumento da demanda de serviços de saúde e à “escala ineficiente de prestação de serviços”, que sustenta nos primeiros eixos, principalmente no setor hospitalar (BM, 2017, p. 109 -119).

Ao analisar os gastos de saúde do país em relação ao PIB, o documento do BM apresenta o diagnóstico que compara as despesas do Brasil com os de outros países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), afirmando que o Brasil gasta de forma semelhante, mas a maior parte de tais gastos ocorrem no setor privado.

O gasto total com saúde no Brasil (9,2% do PIB) é comparável com a média dos países membros da OCDE (8,9%) e maior do que a média dos seus parceiros estruturais e regionais (5,8% e 7,4%, respectivamente) [...]. Nas duas últimas décadas, o gasto com saúde como parte do PIB aumentou em 1,8 pontos percentuais no Brasil, enquanto que, entre os países da OCDE, o aumento da média foi de 2,3%. Diferentemente da maioria dos seus parceiros econômicos, mais da metade dos gastos totais com saúde no Brasil são financiados privadamente (individualmente e planos de saúde privados). A despesa pública com saúde como parte da despesa total com saúde (48,2%) é significativamente mais baixa do que

a média entre os países da OCDE (73,4%) e do que os seus parceiros de renda média, está acima apenas da média entre os países do BRICS (46,5%). (*ibidem*, p. 110)

O BM (2017) também argumenta em seu diagnóstico que o Brasil tem aumentado seus gastos tributários para o setor de saúde, em relação ao PIB 0,5%, para subsidiar seguros privados de saúde. Isso ocorre através da possibilidade de indivíduos deduzirem suas despesas com saúde como gastos tributáveis e também através de pessoas jurídicas ofertarem tratamentos de saúde para seus trabalhadores. Além do mais, o governo isenta impostos e contribuições dos hospitais filantrópicos e da indústria farmacêutica.

[...] 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. (*ibidem*, p. 118)

Gastos tributários representam 30.5% dos gastos federais em saúde concentrados em descontos no IRPF (R\$9.6 bilhões ano) e hospitais filantrópicos (R\$7.4 bilhões ano). (*ibidem*, p. 119)

Em vista disso, o BM propõe para o sistema de saúde brasileiro a redução dos gastos tributários em saúde, argumentando que estes custos são altamente regressivos, beneficiando a população mais rica.

Seguindo o relatório do BM (*ibidem*, p.111), foram apontadas “ineficiências significativas nas despesas com saúde no Brasil em comparação ao desempenho de outros países”. Nesta perspectiva, consta do documento a afirmativa, com base em estudos na metodologia Análise Envoltória de Dados (*Data Envelope Analysis*, DEA) que “com o mesmo volume de recursos, o país deveria ser capaz de melhorar em 9 pontos percentuais seus resultados de saúde [...]. Da mesma maneira, o Brasil poderia ter prestado o mesmo nível de serviços usando 34% menos recursos.” (*ibidem*). Conforme tratamos anteriormente nesta dissertação, não é a primeira vez que o BM apresenta esse tipo de análise para o Brasil, o documento de 2017 segue nessa perspectiva ao afirmar que há significativas ineficiências em relação aos gastos e desempenhos no âmbito dos municípios.

Se o Brasil equiparasse a eficiência de todos os municípios aos mais eficientes, o país poderia economizar aproximadamente R\$ 22 bilhões, ou

0,3% do PIB, no seu Sistema Único de Saúde (SUS) sem nenhum prejuízo ao nível dos serviços prestados, nem aos resultados de saúde. A eficiência média dos serviços primários de saúde é estimada em 63% (ou seja, uma ineficiência de 37%), ao passo que, para os serviços de saúde secundária e terciária ("atendimento hospitalar"), a eficiência média é muito baixa: 29% (ou seja, uma ineficiência de 71%). *Isso significa que há escopo para melhorar consideravelmente a prestação de serviços utilizando o mesmo nível de recursos.* Por outra perspectiva, esses resultados indicam que seria possível reduzir os gastos em 23% na saúde primária mantendo os mesmos níveis de resultados (o que implicaria um potencial de economia de R\$ 9,3 bilhões), e em 34% nos serviços hospitalares (o que geraria uma economia potencial de R\$ 12,7 bilhões). (*ibidem*, p.112, grifos nossos)

Em sequência, o BM apresenta diversas análises sobre produtividade e desempenho nos atendimentos em saúde nos setores primário, secundário e terciário nos municípios brasileiros, buscando considerar as particularidades regionais. Refere que em relação ao setor primário, a maioria dos municípios denota relativa eficiência no uso de recursos, indicando alta produtividade e avalia que poderia haver maior benefício com ampliação de recursos para aprimorar seu desempenho, principalmente nas regiões mais pobres. Já no que abrange aos atendimentos de maior complexidade, o desempenho é baixo na maior parte dos municípios, variando de acordo com o porte das cidades e das unidades hospitalares. Mas que, com base nas regiões que dedicam um maior recurso per capita com saúde primária, os atendimentos são os menos eficientes. Dessa forma o BM reitera que o problema principal é de gestão e conclui que o aumento de recursos teria pouca probabilidade de um melhor resultado no desempenho desses atendimentos: "sendo mais eficiente, o Brasil poderia oferecer mais serviços de saúde com os mesmos recursos" (*ibidem*, p. 114).

Nesse aspecto, uma das propostas apresentadas pelo BM trata em ampliar a prestação de serviços a nível primário de saúde sem a ampliação de gastos.

Por exemplo, em nível de atendimento primário, o número de consultas realizadas por não médicos poderia aumentar aproximadamente 98%, em média, se todos os municípios estivessem na fronteira de eficiência. Em termos regionais, o aumento seria ainda maior: 110% na região Sudeste, 130% na região Centro-Oeste, e 133% na região Sul. Os procedimentos realizados por médicos de atendimento primário poderiam aumentar em 64%. As regiões Centro-Oeste e Sul apresentam os maiores potenciais de aumento, com 73% e 76%, respectivamente. Esses resultados mostram a necessidade de se melhorar a performance da força de trabalho do setor de saúde no nível de atenção primária. (*ibidem*, p.114, grifos nossos)

Na mesma perspectiva, o BM sustenta a tese de eficiência na ampliação da prestação de serviços hospitalares com a manutenção das mesmas despesas:

Em nível nacional, os serviços ambulatoriais e hospitalares poderiam crescer em 140% e 79%, respectivamente, por meio da maximização da eficiência [...] Em todas as regiões, o potencial para aumentar os procedimentos ambulatoriais é superior a 100%, com o maior potencial nas regiões Centro-Oeste (169%) e Sul (168%). As mesmas regiões apresentam o mais alto potencial para o aumento dos procedimentos hospitalares: 85% na região Centro-Oeste, e 83% na região Sul [...].(ibidem, p.115)

Posteriormente, nas proposições de reformas para a saúde pública brasileira, inclui para serviços:

Racionalização da rede de prestação de serviços, especialmente a rede hospitalar, para atingir um melhor equilíbrio entre acesso e escala (eficiência). Mais especificamente, *isso exigiria a redução do número de hospitais de pequeno porte*(a maioria dos hospitais brasileiros tem menos de 50 leitos, e por volta de 80% têm menos de 100 leitos [...]. *Além disso, seria preciso adotar modelos de gestão mais eficientes. Estudos apontam para ganhos de eficiência alcançados por modelo de gestão hospitalar baseados em Organizações Sociais.* Esses estudos apontam para uma redução do gasto médio por leito, aumento das taxas de ocupação hospitalar, e expansão do acesso aos serviços de saúde. (ibidem, p. 118, grifos nossos)

Atrelada à necessária ampliação dos serviços aos níveis de atenção, inclui-se no relatório a importância do aprimoramento da coordenação dos serviços através da integração dos níveis de atenção, incluindo a integração entre o público e o privado. Estima-se que a devida integração com sistemas de referência e contra-referência significará em ganhos para todo o sistema de saúde.

Melhora da coordenação do sistema por meio da integração de serviços diagnósticos, especializados e hospitalares, bem como os sistemas de referência e contra-referência. Reforçar e expandir a cobertura da atenção primária, com o estabelecimento da atenção primária como porta de entrada ao sistema (gatekeeping). Isso reduziria o número de hospitalizações (em aproximadamente 30%) e reduziria gastos – nos estimamos em R\$1,2 bilhões os gastos com internações por causas sensíveis a atenção primária apenas para doenças cardiovasculares. Além disso, é preciso melhorar a integração entre os sistemas público e privado de forma a evitar a duplicidade de esforços, a competição pelos limitados recursos humanos, a escalada dos custos e o aumento das desigualdades. (ibidem, p. 119)

Outra questão apresentada pelo BM é em relação à remuneração de profissionais médicos, que mesmo com um salário relativamente bom, não recebem incentivos para aumento de sua produtividade. Nesta perspectiva, a remuneração calculada pelo número de consultas médicas por profissional é muito inferior aos demais países da OCDE, mesmo com um déficit desses profissionais no Brasil. O relatório indica que o pagamento por produtividade pode trazer ganhos significativos para a eficiência e qualidade dos atendimentos. Ao mesmo tempo, o BM indica a

possibilidade de ajuste de protocolos clínicos, como já ocorre em outros países, para que na atenção primária profissionais de enfermagem possam realizar consultas e prescrições de medicamentos e exames em unidades de atendimento primário, tornando assim alguns procedimentos menos onerosos. O BM também recomenda a redução dos gastos com a prescrição de medicamentos, argumentando que o Brasil tem gasto elevado comparado a outros países. Tal dilema atravessa a alta carga tributária sobre os produtos farmacêuticos e na sua distribuição, bem como a crescente judicialização do acesso a tratamentos e medicamentos de saúde (*ibidem*).

No que refere aos pagamentos dos prestadores de serviços de saúde, o BM recomenda uma reforma que reflita melhor os custos dos serviços, baseado nos resultados de saúde. Para tanto, apresenta o sistema de pagamento por Grupo de Diagnósticos Relacionados (ou *Diagnostic-RelatedGroup*, DRG), que segundo o órgão “tem resultado em ganhos de eficiência e controle de custos em outros países” (*ibidem*, p.119).

O documento concentra-se em estratégias econômicas em nome de um equilíbrio fiscal para a área da saúde. Suas propostas estão em torno de uma melhor gerência para que o sistema seja mais eficiente. Quando remete aos aspectos da complexidade do amplo território brasileiro, refere sobre a produtividade dos equipamentos e serviços, sem pautar necessariamente nos aspectos sociais que envolvem a promoção e assistência à saúde da população brasileira. Nesse sentido, Krüger e Oliveira (2019, p. 182) analisam que

[...] o documento silencia completamente quanto aos consideráveis serviços do SUS, de corrente das políticas de prevenção de doenças e agravos, de promoção e de assistência e de cuidados básicos, com a criação da Estratégia Saúde da Família, entre os serviços que são amplamente reconhecidos pela Opas. A política neoliberal para implementar sua programática lança mão de diagnósticos unilaterais e de uma retórica que tem legitimidade em si mesmo.

Conforme percebem as autoras, o documento não possui qualquer menção que reconheça a saúde como direito fundamental e que é dever do poder público provê-la. Tampouco consta a importância da participação da sociedade nos debates sobre o SUS.

[...] gestão, o financiamento, as relações de trabalho e o atendimento dos usuários são mercadorias ou meramente produtos envolvidos em um processo racionalizador para garantir eficácia, eficiência e agilidade. Desapareceu, nessa proposta, qualquer vinculação da organização do sistema às necessidades de saúde, às desigualdades territoriais e do acesso, bem como aos fundamentos democráticos que estruturam o sistema brasileiro. (*ibidem*)

Ou seja, a concepção de direito à saúde é subsumida ao controle econômico no sistema de saúde, sendo o Estado importante para isso, adentrando como mediador e suporte na interface entre público-privado, e não para garantir as necessidades de saúde da população. Isto é, na perspectiva das históricas lutas popular da Reforma Sanitária, a lógica está invertida. Agora, quanto a abordagem basilar de um organismo fundamental na atual sociedade capitalista, tal como o BM, não se trata de nenhuma grande novidade. Por sua vez, qualifica, instrumentaliza e subsidia a atuação para essa política pública para o Brasil, tal como pode ser observada na sua repercussão prática entres as disputas nas correlações de forças conjunturais.

Também publicizado em 2017, apresentamos o documento Coalizão Saúde Brasil: Proposta para o Sistema de Saúde Brasileiro, elaborado por um composto grupo²⁹ que se autoneomeia como parte da “cadeia produtiva da saúde”, reuniu e sistematizou uma série de reflexões e proposições para a área da saúde, argumentando a insatisfação da população brasileira em relação a saúde e evidências das deficiências no setor (INSTITUTO COALIZÃO BRASIL, 2017, p.4). Cabe lembrar que não é a primeira vez que esse grupo aparece nas recentes articulações para a política de saúde, conforme já tratamos no subcapítulo anterior, as entidades empresariais do setor saúde, fortaleceram-se nos anos 2000 e não mediram esforços para influir na política brasileira, incluindo o próprio Golpe de 2016.

Consta no relatório “Coalizão Saúde”, a defesa de uma agenda prioritária para “reestruturação, modernização e eficiência na saúde” (*ibidem*, p.6). O relatório refere que o grupo empresarial prima pelo bom funcionamento e desenvolvimento do SUS, entendendo que o setor privado é um importante parceiro. Ampara a importância do Ministério da Saúde ser fortalecido para consolidar a sua estrutura institucional com programas de Estado que não estejam sujeitos às mudanças de cada governo. Demarca que a saúde no Brasil corresponde a 9,2% do PIB e engloba indústrias,

²⁹ Quando o documento veio a público esse grupo foi composto pelos seguintes grupos empresariais: Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP); Confederação Nacional de Saúde (CNS); Albert Einstein- Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Federação Brasileira de Hospitais (FBH); Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde); Fundação Faculdade de Medicina; Grupo Fleury; Sindusfarma; CBEXs; Hospital Sírio- Libanês; Unimed Brasil; CMB- Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos; Sindicato da Indústria de Artigos e Equipamentos Odontológicos Médicos e Hospitalares do Estado de São Paulo (SINAEMO).

universidades e diversas unidades de saúde, dentre outros, representando também uma importância econômica para o país. Coloca que é necessário dar condições para ações de livre mercado para um “reequilíbrio financeiro [...] com as necessidades do cidadão como ponto de partida, deve atender a saúde pública e a suplementar”. Com isso, defende os fortalecimentos das PPPs e revisão do modelo de financiamento por parte do governo federal (*ibidem*, p. 4).

Como agenda prioritária, o documento trata de quatro principais pontos que perpassam por: 1) melhoria de acesso da população à saúde, visando a integração da promoção de saúde, atendimento ambulatorial e o hospitalar; 2) fortalecimento e ampliação das PPP's, assegurando juridicamente esses contratos e incentivo às OSs e entidades privadas para desenvolvimento de tecnologias; 3) estímulo à novas tecnologias com eficiência, voltadas para assistência, gestão e ensino em saúde; e 4) promover carreiras de estado na saúde e desenvolvimento de corpo trabalhador técnico capaz de conduzir reformas na área da saúde (*ibidem*, p.7).

A agenda prioritária do documento Coalizão Saúde é detalhada em ações específicas no desenrolar do relatório nos demais subitens compostos pelos seguintes títulos: ética e conduta empresarial; inovação; integração público-privada; judicialização da saúde; promoção da saúde; racionalização da regulação; sustentabilidade financeira do setor; parceria com o corpo técnico-assistencial (INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE, 2017). Em síntese, percebe-se que o documento tem como enfoque a redução de custos por parte do Estado, ao compasso que visa a otimização dos seus gastos voltados para o seu papel regulador e de garantias mínimas para a atenção de saúde. Para tanto, a lógica gerencialista, com medidores de eficiência e PPPs devem ser priorizadas. Com isso, o Estado pode permitir o desenvolvimento do setor privado para a área, atrelando essa premissa à garantia de qualidade de saúde.

Ainda que com algumas linhas destoantes, produzidos por sujeitos distintos, não é surpresa a proximidade de propósitos dos documentos Agenda Brasil (AGÊNCIA SENADO, 2015), Travessia Social: uma ponte para o futuro (FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES; PARTIDO DO MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO, 2016), Um Ajuste Justo (BANCO MUNDIAL, 2017) e Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde (INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE). Esses serviram de importantes referências para que a classe dominante disputasse sua hegemonia, mais fortalecida no pós-golpe, na área da saúde.

Percebemos no subcapítulo anterior da presente dissertação que não foi apenas em 2017 que o BM ditou as regras para o funcionamento do SUS, que atravessavam também a atenção primária em saúde, disputando ativamente o caráter dos serviços focalizados e subfinanciados. O que ocorre a partir da conjuntura de 2016 é um intenso desfinanciamento e a disputa pelo que resta do público, aprofundada pelo projeto dos setores privatistas nacionais e internacionais.

Isto é, no governo Temer acentuam-se as contrarreformas e o setor privado passa a ter sua representação direta na figura do ministro de Ricardo Barros. Segundo Soares (2018) e Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), Ricardo Barros mantinha contato constante com entidades privadas da saúde, principalmente àquelas do grupo Coalizão Saúde, estas atuando na orientação da gestão da política.

Reiteramos, a EC 95/2016 foi crucial para os setores da burguesia nacional e internacional, trazendo prejuízos sólidos para a população que acessa diretamente as políticas públicas, principalmente de saúde e educação. Para além da gravidade da EC 95 em si, os documentos trazem princípios e perspectivas para toda a área da saúde que foram concretizadas, de forma ou de outra, durante o governo Temer. De acordo com Mendes e Carnut (2020), os serviços de média e alta complexidade, isto é, da atenção secundária e terciária, composto por serviços especializados e hospitalares, estiveram presentes como nicho econômico privado em potencial para os sistemas de saúde da América Latina desde sua estrutura, ficando a atenção primária sob responsabilidade do Estado. No Brasil, percebemos que ao longo dos últimos anos, o avanço das privatizações e das chamadas PPP's no que restou público dentre os equipamentos de média e alta complexidade, mas também chegou na atenção primária em alguns grandes centros, como nas capitais do Rio de Janeiro e São Paulo. Contudo, os autores tratam que a EC 95/2016 mudou a conjuntura para a saúde, *pari passu* em que a atenção primária passa a ser um novo foco para os privatistas, com apoio do governo Temer e, posteriormente, no de Bolsonaro. O que na verdade já se apresentava no documento do BM, Um Ajuste Justo.

o novo nicho de acumulação de capital em larga escala no sistema de saúde se dá, nesta conjuntura, prioritariamente na atenção primária em todo o país. Por isso, ter adiante desta empreitada um governo federal que leve a cabo este projeto, requer, para além das lógicas formais da democracia burguesa, medidas de dominação política fascizantes diante da resistência que o capital encontrará. (MENDES e CARNUT, 2020, p.193, grifos nossos)

Nesse contexto foi revisada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da pactuação ocorrida em reunião institucional da CIT (Comissão Intergestora Tripartite, composta por Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselhos Nacionais dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), realizada em 31 de agosto de 2017. Em 21 de setembro de 2017 foi publicada a Portaria MS nº 2.436/2017, que aprovou a chamada nova PNAB³⁰, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do SUS (BRASIL, 2017a).

A portaria MS nº 2.436/2017 ratificou os princípios fundamentais do SUS, da CF/1988 e da Lei 8080/1990: universalidade, equidade e integralidade. Como diretrizes reforçou sobre: regionalização e hierarquização, territorialização e participação da comunidade. E adensou: população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado e ordenação da rede. Posteriormente define, em capítulo único, as responsabilidades e repasses financeiros para a atenção básica em saúde para todas as esferas do governo. Em anexo especifica a respeito dos elementos contidos na nova normativa, trazendo novas perspectivas para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS para a APS.

Embora contenha a diretriz da participação comunidade, a nova PNAB não passou por debate junto à população e sequer passou pelo CNS e demais esferas de controle social. Apenas após tensões do movimento sanitário, foi realizada uma restrita “consulta pública por meio eletrônico sobre as já definidas alterações da PNAB” (COSTA, MELLO e NOGUEIRA, 2018, p. 1101). Percebe-se que o desrespeito às esferas de controle social aprofunda no governo Temer, ao menos no que se trata do SUS. Nesse aspecto, avalia Soares (2018, p.27) que concomitante ao desprezo da participação popular, durante o governo do PMDB houve “uma supervalorização dos espaços e grupos formados por representantes e consultores do capital privado da saúde, os denominados especialistas. Esquece-se, no entanto, de informar que são especialistas em saúde privada e mercantilização do direito à saúde”.

³⁰Conforme apresentamos no capítulo anterior, o conceito de atenção primária em saúde foi oficialmente defendido nesse termos em conferência internacional promovida pela (OMS), sendo demarcado na Declaração de Alma Ata de 1978. Trata-se do primeiro contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde de seu país quando necessitam de atenção e cuidados essenciais de saúde e que, de acordo com a situação, são encaminhados para demais serviços (ALMA- ATA, 1978).

A nova PNAB apresenta outras gravidades que configuram em verdadeiras contrarreformas para o SUS. A ainda que indique em seu conteúdo que a ESF seguirá sendo prioritária para expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica, a nova PNAB rompeu com a sua centralidade, não garantindo equipes multiprofissionais com a presença de ACS, e normatizou formas de financiamento que instituem diferentes arranjos assistenciais. Nesta perspectiva, trouxe um retrocesso no que compete o trabalho multiprofissional, integralizado e referenciado no território na coordenação do cuidado e atenção à saúde, fundamento crucial para nortear a APS. Ademais, quando especifica a diferenças de ações e serviços essenciais e ampliados a serem executados na APS, possibilita a interpretação de restrições ao acesso à assistência em saúde na atenção básica, limitando a oferta do mínimo, configurando-se em caráter focalista e restritivo para as populações mais vulneráveis. Neste sentido, aprovou-se também a redução da carga horária das equipes para a possibilidade de 10 horas, o que antes tinham 40 horas (BRAVO, PELAEZ e PINHEIRO, 2018).

Constatamos que a EC 95/2016 e a Nova PNAB configuram como contrarreformas para o SUS, as quais foram impulsionadas pelo poder Executivo durante o período 2018. Para além delas, vamos discorrer a seguir sobre as seguintes medidas antipopulares para a política de saúde: novo modelo de financiamento para o SUS (BRASIL, 2017b), a redução do Programa Farmácia Popular (BRASIL, 2017c); a alteração das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) (BRASIL, 2017d); a priorização das Instituições de Educação Superior para cursos de graduação a distância, sem prever um tratamento diferenciado para a área da saúde (2017e) e a liberação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) do uso do agressivo agrotóxico Benzoato de Emamectina (ANVISA, 2017). Dentre as proposições que foram defendidas sem êxito pelo Ministério da Saúde durante o governo Temer no referido período podemos citar: os planos acessíveis de saúde e a revisão da Lei Federal 9656/1998 (BRASIL, 1998b), a qual dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde.

Aprovada após a pactuação ocorrida em reunião institucional da CIT, foi publicada a Portaria MS nº 3992/2017, que dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS (BRASIL, 2017b). Sobre a portaria, Mendes, Carnut e Guerra (2018, p. 231) apresentam em sua análise que o novo modelo avançou no que tange à reivindicação

histórica³¹ dos gestores municipais do SUS por permitir uma flexibilização dos recursos financeiros entre os blocos de financiamento: “esses gestores podem passar a realmente exercer seu poder em saúde, na medida em que dispõem de apenas duas modalidades de repasses de recursos financeiros, custeio e investimento, assegurando a utilização dos recursos de forma agregada”. Na avaliação dos autores, o MS continua como principal definidor da política de saúde para todo o Brasil, assim como mantém a fragmentação no planejamento e execução da atenção primária no SUS. Sendo um dos principais problemas da referida portaria é em razão de não ter sido viabilizada a desvinculação orçamentária.

Isso significa dizer que o município ainda deve orçar seus gastos de forma específica em relação aos grupos e ações definidas pelo MS. Trata-se por exemplo, de Grupo: Atenção Básica, Ação: Piso da Atenção Básica [PAB] em Saúde e Ação Detalhada: PAB Variável, ou PAB fixo, ou ACS, ou Custeio de Atenção à Saúde Bucal, etc. Assim, se o gestor municipal não organizar seus itens de gasto na AB dessa forma transferida, terá problemas de comprovação dos recursos aplicados para efeito de prestação de contas com o MS. (*ibidem*, p. 231-232)

A Portaria MS nº 3.992/2017 também significou outra mudança significativa do sistema de financiamento outorgado no Pacto pela Saúde em 2007, em razão da diminuição para apenas dois blocos- ou áreas- de financiamento do SUS, enquanto anteriormente eram seis. Os blocos ficaram entre um de custeio, o qual concentra a quase totalidade dos recursos federais, e outro de investimento. Na perspectiva de Krüger (2019, p.199), tal medida comprometeu “nas esferas infranacionais a manutenção e a ampliação dos serviços e dando mais liberdade à gestão para atender as conveniências políticas locais”.

O Programa Farmácia Popular do Brasil, por sua vez, foi atacado por meio da Portaria do MS nº 1.630/2017, também previamente deliberado em reunião da CIT, que desabilitou municípios e estado da manutenção de unidades do programa. Tal medida fechou 400 (quatrocentas) lojas da rede própria, com a justificativa de cortes orçamentários (JORNAL DA USP, 2020). É importante salientar que já em 2015, o PFPB passou por um revés com os cortes orçamentários no governo Dilma, “que passou a assegurar gratuidade apenas dos medicamentos vinculados ao Saúde Não Tem Preço, asma, hipertensão e diabetes” (ALENCAR *et al.*, 2018, p. 166). Em 2016,

³¹ Desde que o SUS foi criado e com as promulgações das leis 8080/1990 e 8142/1990, os estados e municípios reivindicam por repasse de recursos de forma automática e global. (MENDES, CARNUT e GUERRA, 2018)

com a revisão do controle, o credenciamento de farmácias privadas deixou de ser automático. Já em 2017 o que ocorreu, com a justificativa sobre o elevado custo administrativo³², foi a realocação dos “recursos, anteriormente destinados à rede própria do PFPB, para a aquisição de medicamentos pelos estados e municípios na rede SUS, resultando no aumento do valor repassado pelo MS aos estados e municípios” (*ibidem*, p. 167).

Em 2018, atualizaram-se as controvérsias entre o governo Federal e o mercado farmacêutico vinculado à ATFP, em razão dos novos critérios de acesso à medicamentos, redução dos valores repassados às farmácias credenciadas e com a vigência da Portaria MS nº 739/2018, que atualizou os preços dos medicamentos com redução média de 38% do preço pago aos varejistas (BRASIL, 2018a; ALENCAR *et al.*, 2018). Os grupos empresariais do setor ficaram contrariados com as medidas e se manifestaram com a bandeira de que tais fatos estavam inviabilizando o ATFP.

Nesse contexto, outra contrarreforma para o âmbito da saúde decorreu da publicação da Anvisa em 2017, que liberou o uso do agressivo agrotóxico Benzoato de Emamectina no Brasil, proibido em 2010 por neurotoxicidade e suspeita de causar malformações fetais. Os embates em torno do uso de agrotóxicos no Brasil são históricos entre os movimentos sociais³³ contra os interesses latifundiários e demais setores da classe dominante. Em 2013, o mesmo agrotóxico foi liberado apenas para um tipo específico de agente natural considerado nocivo, a determinação da Anvisa de 2017 ampliou a permissividade de seu uso (FIOCRUZ, 2018).

Em relação à PSNM, dentre os diversos documentos normativos³⁴, destacam-se a publicação das Portarias MS nº 1.482/2016 (BRASIL, 2016b) e 3.588/2017

³² Registram-se importantes movimentos de resistência à Portaria do MS nº 1.630/2017, aqui salientamos a do presidente do CNS, que “criticou o fechamento da rede própria do PFPB, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e o argumento utilizado pelo ministro da saúde, de que o custo administrativo dessa modalidade era pouco custo-efetivo e que o acesso aos medicamentos não seria afetado. Para o presidente do CNS, a extinção da rede própria e a redução da lista de medicamentos no ATFP dificultarão o acesso, gerando prejuízos à população” (ALENCAR *et al.*, 2018, p. 167).

³³ Um dos expressivos articuladores da pauta dos agrotóxicos é o Movimento dos Trabalhadores sem Terra (MST), que na ocasião manifestou contundentemente seu posicionamento contrário à MEDIDA DA Anvisa que ampliou o uso de Benzoato de Emamectina: Disponível em: <https://mst.org.br/2017/11/09/anvisa-apunhala-sociedade-e-aprova-agrotoxico-perigoso-na-surdina/>

³⁴ Em virtude dos limites desta pesquisa não trataremos de todos aqui. Os autores Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) sistematizaram os documentos e apresentam suas análises aprofundadas a respeito dos textos normativos para a PSNM entre 2016 e 2019.

(BRASIL, 2017d). As referidas medidas não passaram por debate junto à população³⁵. A Portaria MS nº 1.482/2016 incluiu as comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), possibilitando o repasse de verbas da saúde para o financiamento dessas entidades (BRASIL, 2016b). A Portaria MS nº 3.588/2017 implementou mudanças na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da criação do CAPSad IV (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV), ampliação da capacidade das Residências Terapêuticas e das enfermarias de leitos de saúde mental em hospitais, assim como o aumento recursos hospitalares (CRUZ, GONÇALVES E DELGADO, 2020).

De acordo com os autores (*ibidem*, p.2), essas portarias e os demais documentos para a PNSM repercutem em uma “contrarreforma psiquiátrica”, cujo teor tem “grande ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e numa abordagem proibicionista e punitivista das questões advindas do uso de álcool e outras drogas”. Enquanto a criação do CAPSad IV “desvirtua a lógica de cuidado dos demais CAPSs ao se apresentar como um serviço capaz de prestar ‘assistência a urgências e emergências’, em detrimento da atenção à crise pautada no vínculo terapêutico, como até então” (*ibidem*, p. 7).

Com essa perspectiva, foi publicado o Edital nº 1/18 pela Secretaria Nacional de Drogas/Ministério da Justiça/MS/ Ministério do Trabalho e Ministério do Desenvolvimento Social em 25 de abril de 2018, que permite o cadastramento de comunidades terapêuticas aptas a receberem financiamento da União (BRASIL, 2018).

As despesas decorrentes da contratação correrão à conta dos recursos consignados no Orçamento Geral da União e do Fundo Nacional Antidrogas. [...] Os valores são vultosos e preveem a prestação contínua dos serviços e o valor pago a cada ação de “acolhimento”, mas o edital não traz o montante dos recursos disponibilizados e executados nestas ações. Este edital [...] celebrou novos contratos com 216 comunidades terapêuticas. Ao todo, o custo do governo federal com o tratamento de dependentes químicos passa a ser de R\$ 153,7 milhões por ano, para 10.883 vagas em 496 entidades. Tal iniciativa se articula com a criação dos CAPSad IV, cuja proposta é de atuação em locais de baixa renda de uso de crack em grandes centros urbanos, que serviriam de porta de entrada para

³⁵ “O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial repudia tais propostas por compreender que representa retrocesso na implantação da rede de atenção psicossocial territorializada, de base comunitária e construída com participação dos movimentos sociais da luta antimanicomial e do controle social, conforme consta na Nota de Repúdio contra o desmonte da Política de Saúde Mental, de 11 de dezembro 2017. A Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) também apresenta posição contrária, por entender que a nova política traz de volta a perspectiva manicomial e secundariza o investimento em serviços de base territorial e comunitária” (BRAVO, PELAZ E PINHEIRO, 2018, p. 16)

tais comunidades terapêuticas. (CRUZ, GONÇALVES E DELGADO, 2020, p. 9)

Surpreende o montante destinado às comunidades terapêuticas no período em que o governo Federal de Temer insistentemente recorre em seus pronunciamentos sobre a falta de recurso público para dar seguimento às políticas sociais. O investimento volta-se, mais uma vez para o setor privado, no horizonte diametralmente oposto aos históricos avanços das formulações do movimento antimanicomial e democrática, bem como do Movimento da Reforma Sanitária (MRS).

Outra medida implementada pelo governo Temer, cujo conteúdo levantou preocupação em relação à formação de profissionais para o SUS, foi o Decreto nº 9.057/2017, que permite o credenciamento de Instituições de Educação Superior para cursos de graduação a distância, sem diferenciação para os cursos da área da saúde (BRASIL, 2017e). Nesse sentido, é importante termos em vista que os cursos na modalidade EaD (Ensino à Distância) foram se alastrando pelo Brasil nas últimas décadas:

Com a liberalização do ensino superior e sua expansão na iniciativa privada, cursos como Enfermagem, Educação Física, Biomedicina, Ciências Biológicas, Nutrição e Serviço Social, passaram a ser ofertados na modalidade EaD. (MACHADO e XIMENES NETO, 2018, p. 1974)

O decreto abriu mais brechas para o desenvolvimento dos cursos EaD deixando a formação em saúde à mercê dos grupos empresariais da educação, afastando a responsabilidade do SUS sobre o ordenamento da formação em saúde. Além do mais, o formato EaD implica em profundas deformações de conteúdo, dificultando a apropriação de bases teóricas sólidas, bem como não propiciar o devido desenvolvimento de habilidades técnicas no processo de ensino-aprendizagem, deixando graves lacunas na formação dos estudantes dessa modalidade (*ibidem*).

Além dessas medidas contrarreformistas, é necessário mencionar que ainda em 2017 tramitou no CN, a partir de uma proposta do poder Executivo, o texto de alterações na Lei dos Planos de Saúde. A proposição ameaçou a revogação da Lei 9.656/1998 a fim de beneficiar as operadoras dos planos de saúde, por conseguinte onerar os usuários assegurados. Dentre seu conteúdo:

- Segmentação de Cobertura Assistencial, na medida em que propõe que ao contratar um plano de saúde, o usuário, família ou empresa escolheria quais procedimentos quer incluir no plano, quais doenças seriam cobertas e, com isto, pagaria menos;
- Reajuste após 60 anos de idade, o que denota a intenção de alterar o Estatuto do Idoso, que hoje proíbe reajuste após 60 anos. Na prática, a

possibilidade de aplicação de reajustes após 60 anos significará a expulsão dos idosos dos planos de saúde;
- Diminuição do valor do Ressarcimento ao SUS, o que acarreta perda de recursos pelo SUS bem como, Redução do Valor de Multas aplicadas pela ANS contra planos de saúde.” (BRAVO, PELAZ E PINHEIRO, 2018, p. 17-18)

A proposta não teve êxito naquele momento, sendo barrada com muitas críticas pela população. Mas assim como a proposta dos Planos Acessíveis de Saúde, nada está garantido diante a ofensiva do setor privatista na saúde, articulado o capital financeiro nacional e estrangeiro. Aliás, como pudemos observar ao longo desse capítulo, nenhuma vitória ou derrota das reivindicações populares é permanente na sociedade atravessada pela luta de classes. A constituição do capitalismo dependente no Brasil nos elucida sobre a frágil democracia em nossos solos. O SUS, com pouco mais de 30 anos, é um grande patrimônio do povo brasileiro, ao mesmo tempo que é um campo de batalha no tabuleiro da complexa contradição entre capital e trabalho.

Podemos observar, também, os diversos elementos que compõem essa disputa agitada pela crise estrutural do capital. O Golpe de 2016 culminou em um conjunto desses elementos no contexto brasileiro. A entrada do governo Temer repercutiu em retrocessos estruturais para o SUS, bem como sintetizam as autoras:

De fato, no governo Temer, a defesa explícita de uma reforma do SUS e de sua inviabilidade nos anuncia que a desconstrução da concepção de direito público na saúde está andando a passos largos, agora alimentada por uma cultura da crise que anuncia a quebra do Estado em decorrência dos gastos com políticas sociais consideradas de cunho populista. Sem dúvida alguma que a inviabilização e/ou profunda restrição de alternativas emancipatórias – mesmo que sob os limites da cidadania burguesa – constitui-se o esteio para o aprofundamento da espoliação de bens e direitos públicos, precisamente o direito à saúde. (SOARES, 2018, p. 29)

Esse quadro conjuntural marca um campo de disputa permanente pelo direito à saúde universal, estatal e de qualidade, acirrado a partir de 2016, com as políticas de austeridade fiscal, adotadas pelo governo de Michel Temer (2016–). As tendências de tais medidas caminham para dizimar as parcas conquistas alcançadas nesses 30 anos de Constituição, com o risco de levar o sistema público de saúde a incorrer em inevitável colapso. (KRUGER; OLIVEIRA, 2018, p.59)

Em verdade, com ínfimas contradições, o governo Temer encampou o projeto médico-privatista, apresentados como soluções para o SUS, que efetivaram em retrocessos tendo como referência a CF de 1988 e os principais avanços do MRS que tangem a política de saúde como universal, integral, pública, sob gestão do estado, de qualidade e com efetiva participação social. Como expressão da estratégia do modelo médico-privatista para o SUS analisamos os documentos apresentados pelo

MDB: Agenda Brasil (AGÊNCIA SENADO, 2015); reiterado no texto Uma Ponte para o Futuro (FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES, 2015); sequentemente desenvolvido em ações estratégicas pelo documento Travessia Social: Uma Ponte Para o Futuro (FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES; PARTIDO DO MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO, 2016). Além desses documentos, percebemos a interface das contrarreformas para o SUS vinculadas às publicações do BM do relatório Um Ajuste Justo (BANCO MUNDIAL, 2017) e dos grupos empresariais da saúde Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde (ICOS, 2017).

A interface desses documentos com as medidas encampadas pelo poder Executivo no período de 2016 a 2018 para a política de saúde brasileira torna-se evidente nas ações impressas pelo ajuste fiscal, que reduz os investimentos para as políticas sociais, resultando no desfinanciamento do SUS, afetando todas as esferas de sua estrutura. Para a manutenção da reprodução da força de trabalho, fortaleceu a concepção gerencialista e focalista nas contrarreformas da APS. Ao mesmo tempo engrenam-se os esforços para atenuar as perdas para o setor privado em saúde. Contraditoriamente, percebemos que no âmbito empresarial farmacêutico, houveram desacordos quanto às medidas que reduziram os pagamentos por parte do Estado para o financiamento de medicamentos pela ATFP. Tal fato, em conjunto com o fim do PFPB, também resultou na maior dificuldade de acesso à população à medicamentos e possível intensificação da judicialização para acesso individual ao tratamento medicamentoso pelo SUS, o que inclusive se apresenta como uma preocupação nos documentos emitidos pelo MDB, BM e Instituto Coalizão Saúde.

As contrarreformas para a PNSM, embora esta não tenha sido objeto de dedicação nos referidos documentos, passaram pelo retrocesso dos recursos financeiros para o SUS e fortaleceram o setor privatista em saúde pelas comunidades terapêuticas. Além do mais, expressam o avanço da concepção conservadora para ações e serviços assistenciais de saúde mental.

Quanto à responsabilidade estatal na formação de profissionais para atuarem no SUS, percebemos a possibilidade de avanço dos cursos EaD sem distinção para a área da saúde, incorrendo na precarização do processo ensino-aprendizagem de trabalhadores para o setor. Somam-se a esse fato, os efeitos da EC 95/2016, cuja

promulgação também afetou as IFESs, e a dissociação dessas instituições dos HUs, já ocorrida a partir do governo Dilma com a criação da EBSERH.

Percebemos que anteriormente aos anos 2000, as nuances em torno dos horizontes estratégicos do SUS circulavam, principalmente, em torno do projeto médico assistencial privatista e reforma sanitária. Nos anos 2000, evidencia-se a disputa em torno do projeto denominado como reforma sanitária flexibilizada. Já em meados do decênio de 2010, observa-se que há uma radicalização próxima ao projeto médico assistencial privatista, que se acentua no cenário de *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff. Ao que indica, o aprofundamento do projeto privatista aponta-se como uma tendência mais aterradora para o SUS, tendo como principal característica o **desfinanciamento**, como pudemos observar dentre a principal estratégia para a política de saúde no governo Temer, que por sua vez, suas consequências não se limitam ao seu mandato.

No próximo item, analisaremos o conjunto de proposições que circularam na Câmara de Deputados, isto é o que o deputados federais debatiam e tinham a intenção de propor ao SUS para o texto constitucional enquanto Michel Temer assumiu a presidência da república.

2. Perspectivas e tendências ideopolíticas para o SUS na Câmara dos Deputados no governo Michel Temer

No período do governo do presidente da República Michel Temer, através do então Ministro da Saúde, Ricardo Barros, foram decretadas e aprovadas no legislativo uma série de medidas contrarreformistas, como descrevemos anteriormente. Nesta seção, nossa pretensão abrange em compreender como a Câmara dos Deputados movimentou-se em relação ao SUS diante dessa conjuntura, com enfoque nas proposições das Emendas Constitucionais (ECs).

A legislatura do Congresso Nacional, composta nos anos de 2015 a 2019 pelos deputados federais e senadores eleitos e/ou reeleitos no ano de 2014, é denominada como 55ª Legislatura (DIAP, 2014). Estes, em sua maioria, ainda que com suas divergências internas, participaram ativamente das articulações pró *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, corroborando com a entrada de Michel Temer como chefe do poder Executivo. Esse processo, conforme delineado na seção anterior, foi denominado como Golpe. Perceptivelmente, as ações golpistas, vincularam-se à imposição de uma agenda de contrarreformas, que culminou em uma série de medidas antipopulares que serviram à classe dominante, atrelada ao capitalismo internacional. Identifica-se uma íntima disputa na política brasileira para dar conta da recuperação das taxas de lucro do sistema metabólico do capital em crise estrutural.

Ainda no capítulo que precede a este, tratamos a interface da agenda das contrarreformas para o SUS e os documentos emitidos pelo partido Movimento Democrático Brasileiro (MDB), Banco Mundial (BM) e Instituto Coalizão Saúde (ICOS). O Executivo articulou seus pares do movimento golpista para fortalecer o projeto médico-privatista para o SUS, contando com a maioria do Legislativo como aliados nessa jornada.

No presente capítulo, inicialmente discorreremos sobre o caminho percorrido para a identificação das PECs que tramitaram no poder Legislativo, no período em que Michel Temer esteve na presidência interinamente. Por conseguinte, apresentamos o quadro geral dessas proposições de emendas constitucionais, exprimindo sobre as suas principais características e reflexões desenvolvidas a partir de seus conteúdos.

2.1. Caracterização das Propostas das Emendas Constitucionais em relação ao SUS que tramitaram no Congresso Nacional (2016-2018)

As Emendas Constitucionais são normas jurídicas previstas na Constituição Federal (CF) de 1988, que podem implicar em revisão do texto constitucional original aprovado pela Assembleia Nacional Constituinte naquele ano. Os órgãos do Congresso Nacional (CN), definidos como Poder Legislativo, são compostos pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal, que podem propor e devem avaliar sobre as Propostas de Emendas Constitucionais (PECs) (BRASIL, 1988). Abarcaram a presente pesquisa, as PECs relativas ao SUS que tramitaram nas casas legislativas no período de 2016 a 2018. O motivo de elegermos as PECs ocorreu, principalmente, pelo entendimento de que implicam debates em torno da CF, enquanto o principal complexo de leis que alicerçaram o período democrático recente e que constituiu a base estruturante do SUS no estado brasileiro.

O escopo dessa pesquisa, portanto, trata-se da análise das principais PECs sobre o SUS, que tramitaram no plenário da Câmara dos Deputados Federais no período de 12 de maio de 2016 a dezembro de 2018. Significa que, não necessariamente foram originadas nesse tempo, mas que se movimentaram nas comissões e sessões naquele intervalo de tempo. Isso, porque entendemos que esse processo envolve uma expressão política, que condensa a correlação de força dos parlamentares nesse contexto. O movimento político nas casas legislativas, tanto integra a da conjuntura, como expressa os seus conflitos e disputas da sociedade brasileira. Assim sendo, focamos sob esta particularidade no período em que eclodiu o Golpe de 2016, e consigo um conjunto acentuado de contrarreformas para as políticas sociais.

A principal fonte de pesquisa documental foi o endereço eletrônico <<http://www.camara.leg.br/buscaProposicoesWeb/pesquisaAvancada>> da Câmara de Deputados, que hospeda o banco de dados da Câmara dos Deputados. Nosso objeto de pesquisa concentrou-se nas PECs propostas por parlamentares Deputados Federais, não incluindo as proposições do Poder Executivo, que já foram abordadas no capítulo anterior. Ao propormos esta investigação, tínhamos a intenção de incluir as PECs e suas tramitações oriundas do Senado Federal, contudo, não foi viável por dois motivos, por estarem armazenadas em outro sítio eletrônico e já havíamos coletado um elevado volume de material coletado no site da Câmara dos Deputados.

Inicialmente, realizamos uma busca no banco de dados da Câmara dos Deputados com as palavras-chaves “Saúde”, “SUS” e “Sistema Único de Saúde”, de forma que estejam juntas ou isoladas nas indexações, ementas ou inteiro teor dos textos dos projetos³⁶. Em nossa busca inicial, ainda sem o enfoque das PECs, foram identificadas 17 (dezessete) Medidas Provisórias, 1923 (mil e novecentos e vinte e três) projetos de lei, 68 (sessenta e oito) projetos de lei complementar e 69 (sessenta e nove) propostas de emenda à constituição, totalizando 2077 (duas mil e setenta e sete) no período de 12/05/2016 a 31/12/2018. Conforme a seguinte disposição:

Quadro 1- Quantidade de propostas legislativas que tramitaram no Câmara dos Deputados no período de 12 de maio de 2016 a 31 de dezembro de 2018.

Tipo da proposição	Quantidade
Proposta de Emenda à Constituição- PEC	69
Projeto de Lei Complementar- PLP	68
Projeto de Lei- PL	1923
Medida Provisória- MP	17
Total	2077

Fonte: Elaboração própria, a partir das informações coletadas no site da Câmara dos Deputados Federais <http://www.camara.leg.br/buscaProposicoesWeb/pesquisaAvancada> acesso em: 19 de fev. de 2019.

Nota-se o elevado número de proposições inicialmente localizadas. Em razão disso, pelos limites desta dissertação, excluímos de nossa pesquisa os Projetos de Leis e MPs, ficamos com as PECs pela sua natureza de proposição, de revisão ou inclusão no texto constitucional. Na segunda etapa da pesquisa documental, analisamos as ementas propostas para identificarmos os projetos que se vinculam a temas estruturais do SUS. Essa parte foi realizada através da leitura das ementas, que em sua maioria são auto explicativas, ou quando não, efetuamos a leitura completa do texto de apresentação das PECs.

³⁶ A busca das proposições foi estabelecida na seguinte ordem:

- 1- Em “Identificação” selecionamos as opções “PEC”, “PLP”, “PL”, “MPV”;
- 2- No campo “Situação”, item “Em tramitação”, selecionamos por “Todas”;
- 3- No campo “Assunto”, item “Qualquer uma destas palavras”, inserimos os termos “SUS, Saúde, “Sistema Único de Saúde””;
- 4- Ainda no campo “Assunto”, item “Onde procurar?”, selecionamos as opções “Ementa”, “Indexação” e “Inteiro teor”;
- 5- No campo “Tramitação”, item “No órgão”, selecionamos “Plenário”;
- 6- Também no campo “Tramitação”, item período: 12/05/2016 a 31/12/2018.

Exemplificamos a exclusão das PEC 395/2017, PEC 374/2017, PEC29/2017, PEC 273/2016, PEC 127/2015, PEC 423/214 e PEC 2017. Em suas ementas contêm aspectos que propõem questões de Segurança Pública, e não observa-se as expressões “Saúde”, “SUS” e “Sistema Único de Saúde”, mas que são brevemente mencionados nos textos de apresentação dos projetos. Nessas proposições, em suma, essas palavras chaves aparecem como tangencial, para justificar ou citar como exemplo aspectos de conceito de saúde e segurança pública e por vezes do SUS. Isso ocorreu também em PECs de outras temáticas, como a PEC 382/2017, que trata do financiamento do SUAS.

Não tratamos de ignorar a importância do conceito ampliado de saúde e da determinação social do processo saúde-doença, que necessariamente deve ser garantida como acesso à educação, moradia, transporte, assistência social, segurança pública, condições dignas de trabalho, dentre outras garantias sociais que se vinculam às demais políticas públicas ou, em perspectiva mais profunda e ampla, na emancipação humana, em uma sociedade livre de qualquer exploração e opressão. Porém, nosso objetivo central, com esta pesquisa tratou de focar nas propostas que influem diretamente na estrutura e dinâmica do SUS, contextualizado no capítulo anterior. Em razão disso, nos limites e proposta deste trabalho, utilizamos no mecanismo de busca das proposições os termos “saúde”, “SUS” e “Sistema Único de Saúde”. Posteriormente avaliamos seus conteúdos para a escolha mais delimitada das proposições.

A partir da leitura do conteúdo desses projetos, optamos por descartar 45 (quarenta e cinco) PECs por considerarmos que descaracterizam o foco da nossa pesquisa, tal como exemplificamos no parágrafo anterior. Sendo assim, ao final ficamos com 24 (vinte e quatro) propostas de emendas constitucionais. Diante da identificação das proposições legislativas, voltamos ao quadro dessas PECs, buscando perceber as confluências temáticas em relação ao seu conteúdo. Adentrarmos, posteriormente, no processo de investigação dos conteúdos e itinerários dessas PECs, que envolveu uma leitura crítica do material coletado no conjunto da pesquisa, tratando das concepções estratégicas de SUS, com base na fundamentação teórica discorrida no primeiro capítulo.

No decorrer da análise das características das PECs, optamos por apresentá-las em seu conteúdo, origem e processo de tramitação no período de 12 de maio de 2016 a 31 de dezembro de 2018. Nosso enfoque não concentra nos aspectos das

ciências jurídicas, mas principalmente no marco político e organizativo do SUS conforme texto da CF/1998, tal como tratamos no capítulo anterior. Nos chamou atenção, porém, como se distribuem as referidas PECs em relação à proposta de revisão, ou inclusão, do texto constitucional na sua localização em títulos, capítulos e seções.

Quadro 2- Disposição das PECs conforme suas propostas de alterações no texto constitucional

Título	Capítulo	Seção	PEC/ ano de proposição
III- Da Organização do Estado	VII- Da Administração Pública	I- Disposições Gerais	290/2016; 294/2016
IV- Da Organização dos Poderes	I- Do Poder Legislativo	VIII- Do Processo Legislativo	299/2016
	III- Do Poder Judiciário	I- Disposições Gerais	297/2016
VI- Da Tributação e do Orçamento	I - Do Sistema Tributário Nacional	VI- Da Repartição das Receitas Tributárias	339/2017; 454/2018
	II- Das Finanças Públicas	II- Dos Orçamentos	274/2016; 352/2017; 364/2017; 369/2017; 403/2018; 440/2018
VIII- Da Ordem Social	II- Da Seguridade Social	I- Disposições Gerais	348/2017
		II - Da Saúde	454/2009; 22/2011; 167/2012; 264/2013; 1/2015; 328/2017; 408/2018
		IV- Da Ciência, tecnologia e inovação	444/2018
Ato Das Disposições Constitucionais Transitórias			4/2015; 373/2017; 439/2018

Fonte: Elaboração própria, a partir das informações coletadas no site da Câmara dos Deputados Federais e Constituição Federal.

Como podemos observar no quadro 2, a maioria das PECs são proposições que envolvem os títulos “Da Ordem Social” e “Da Tributação e Orçamento”, respectivamente 09 (nove) e (07) sete propostas. Em seguida, contabilizam três PECs involucradas ao Ato Das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), que tratam do financiamento e orçamento para o SUS. Em cada um dos títulos “Da Organização dos Estados” e “Da Organização dos Poderes” constam duas PECs.

A maioria das PECS que envolvem diretamente o Capítulo II- Da Seguridade Social, não por coincidência, tratam da seção Da Saúde, contabilizando sete

proposições (PECs 454/2009; 22/2011; 167/2012; 264/2013;1/2015; 328/2017; 408/2018).

Sendo que as PECs 454/2009, 22/2011 e 167/2012 tratam da valorização da carreira dos profissionais do SUS, respectivamente, sobre de médicos de Estado; ACSs e ACEs; e profissionais do SAMU. Juntamente à estas PECs, incluímos a 290/2016, do Título III- Da Organização do Estado, que propõe a permissão para a acumulação remunerada de mais de dois cargos ou empregos públicos privativos de profissionais de saúde. Enquanto as 264/2013, 1/2015 e 408/2018 abarcam sobre recursos e investimentos para a saúde, nesta ordenação: sobre o custeio de medicamentos e despesas médicas hospitalares com origem em ordem judicial; valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde; e disponibilização de recursos para saúde.

No Título VIII- da Ordem Social, temos a PEC 444/2018, da Seção IV- Da Ciência, Tecnologia e Inovação, que trabalharemos juntamente com o último conjunto de PECs Da Saúde por envolver a aplicação de recursos, ainda que de forma mais ampla, por isso contida em outra seção. Por essa razão, optamos em apresentar essas PECs envoltas no capítulo Da Seguridade Social em dois blocos diferenciados: um sobre **a valorização da carreira dos profissionais do SUS** e outro sobre **recursos e financiamento do SUS**.

Ainda sobre o Capítulo II- Da Seguridade Social, temos a PEC 348/2017, a qual aborda sobre a inclusão de cuidados de longa duração na CF de 1988. Para alterações no mesmo capítulo, ainda na seção II- Da Saúde, temos a PEC 328/2017, que propõe a inclusão do saneamento básico dentre as ações de saúde. Estas não foram incluídas nos blocos anteriores pois em nossa análise tratam-se de **concepção de saúde e ordenamento do SUS**. Em conjunto com essas PECs, vamos apresentar a 299/2016, contida no Título IV- Da Organização dos Poderes, a qual propõe a inclusão dos direitos sociais nas cláusulas pétreas, e a 294/2016 que busca enfatizar o princípio da eficiência para promoção da desburocratização no âmbito da administração pública. Adensamos a esse grupo a PEC 297/2016, cujo conteúdo propõe a especialização de varas de saúde pública no âmbito dos Tribunais Regionais Federais e dos Tribunais de Justiça.

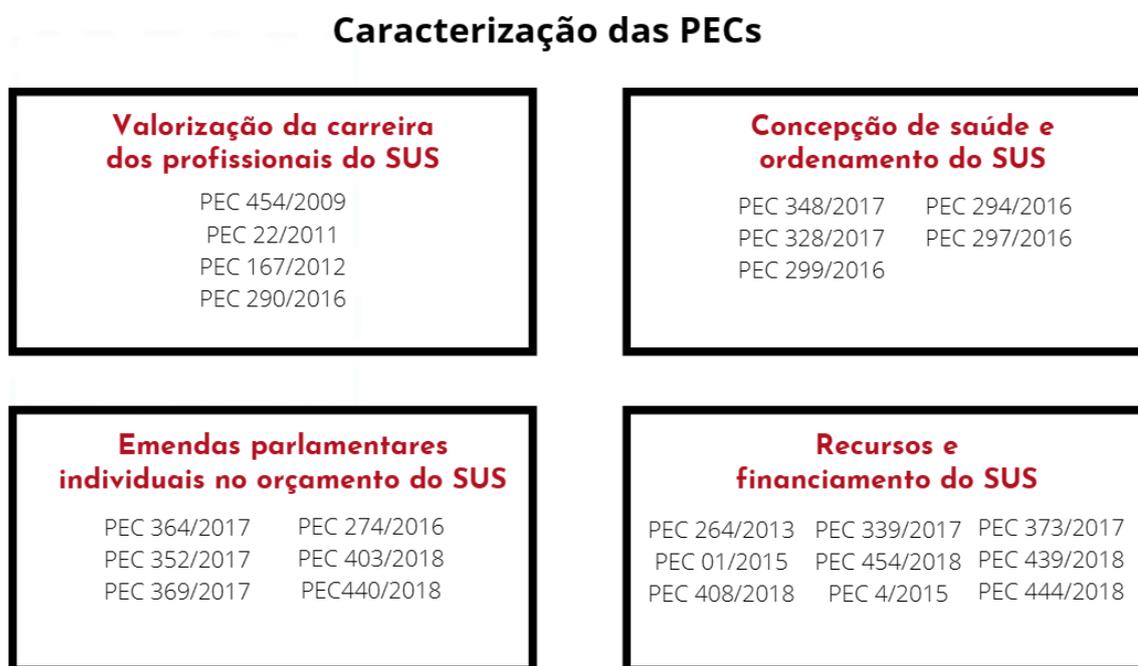
Todas as PECs que propõem alterações no Título VI - Da Tributação e do Orçamento, Capítulo II - Das Finanças Públicas, Seção II - Dos Orçamentos, referem ao nono parágrafo do artigo 166 da CF, que tratam da alocação das emendas

individuais, ou emendas parlamentares, sendo que metade do seu recurso deve ser destinado a ações e serviços públicos de saúde. As PECs 364/2017, 352/2017 e 369/2017 abordam a inclusão da área da educação nesse montante que já deve ser destinado à saúde. As PEC 274/2016 e 440/2018 também disputam por esse recurso, contudo, respectivamente, para ações e serviços de segurança pública, voltados ao atendimento e à proteção da mulher para acrescentar modalidade de emenda parlamentar ao orçamento para incremento temporário ao Fundo de Participação dos Municípios (FPM). O conjunto dessas proposições serão analisadas no item **emendas parlamentares individuais no orçamento do SUS**.

As PECs 339/2017 e 454/2018 sugerem alterações nos Título VI- Da Tributação e do Orçamento, Capítulo II - Do Sistema Tributário Nacional e Seção VI- Da Repartição das Receitas Tributárias. Ambas tratam da ampliação da destinação de recursos arrecadados em âmbito federal para o FPM. Enquanto as PECs para a ADCT, temos as 4/2015, 373/2017 e 439/2018. A PEC 4/2015 propõe a retirada escalonada da incidência da desvinculação de receita da DRU destinadas ao financiamento de políticas sociais. As PECs 373/2017 e 439/2018 propõem a supressão de itens da EC 95/2016 que interferem nas garantias sociais. Todas essas PECs serão abordadas, em conjunto com as PECS 264/2013, 1/2015 e 408/2018 no bloco sobre as proposições que tratam sobre os **recursos e financiamento do SUS**.

A figura a seguir sintetiza como as PECs foram analisadas e apresentadas, conforme a categorização indicada nos parágrafos anteriores:

Figura 1- Disposição das PECs conforme suas características



Fonte: elaboração própria, para fins de apresentação

É importante situarmos sobre os trâmites dessas proposições no Congresso Nacional. As PECs podem ser sugeridas por no mínimo um terço dos membros da Câmara dos Deputados ou do Senado Federal, pelo Presidente da República ou por mais da metade das Assembleias Legislativas de cada estado da Federação (sendo que cada uma delas deve manifestar-se, em maioria de seus membros a favor da sugestão). Não podem ser deliberadas propostas que visem violar as cláusulas pétreas da CF de 1988: a forma federativa de Estado, o voto direto, secreto, universal e periódico, a separação dos Poderes e os direitos e garantias individuais (BRASIL, 1988).

Quando uma PEC chega na Câmara de Deputados, ela começa a tramitar na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), composta por deputados que avaliam a admissibilidade da proposta. Aprovada a sua admissibilidade, a PEC passa a ser avaliada em seu mérito por uma comissão especial, criada especificamente para analisar e se julgar necessário, alterar a proposta original. O resultado do trabalho da comissão especial é um relatório. Com ele concluído, a PEC vai para deliberação no plenário. As propostas devem ser discutidas e votadas, em dois turnos, nas duas casas do Congresso. Somente serão consideradas aprovadas

as propostas que obtiverem, em ambas as casas, três quintos dos votos dos respectivos membros. É comum haver aprovação do texto principal da proposta e serem destacados os trechos divergentes para votação posterior, momento em que se pode retirar trechos ou confirmá-los, ainda são aceitas alterações no texto. Após a conclusão da votação em uma das Casas Legislativas, a PEC é enviada para a outra Casa. Se o texto for aprovado nas duas Casas sem alterações, é promulgado em forma de emenda constitucional em sessão do Congresso Nacional. No caso de haver modificação substancial, a PEC retorna obrigatoriamente para a Casa onde iniciou a tramitar (CÂMARA DE DEPUTADOS, 2021a).

Em sequência, apresentamos e discutimos em sequência as PECs sobre o SUS que tramitaram no plenário da Câmara de Deputados durante o período de 12/05/2016 a 31/12/2018, subdividas entre os seguintes eixos: a valorização da carreira dos profissionais do SUS, concepção de saúde e ordenamento do SUS, emendas parlamentares individuais no orçamento do SUS, recursos e financiamento do SUS.

2.2. Valorização da carreira dos profissionais do SUS

As Propostas de Emenda à Constituição (PECs) 454/2009, 22/2011 e 167/2012 abarcam a necessidade de inclusão no texto constitucional do reconhecimento e valorização da carreira dos profissionais do SUS, em específico, dos Médicos de Estado; Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e de Agentes de Combate às Endemias (ACEs); e profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), respectivamente. Incluímos a 290/2016, do Título III- Da Organização do Estado, que propõe a permissão para a acumulação remunerada de mais de dois cargos ou empregos públicos privativos de profissionais de saúde. Essas estão sintetizadas conforme o disposto:

Quadro 3- PECs sobre a valorização da carreira dos profissionais do SUS

PEC	Assunto
454/2009	Médicos de Estado.
22/2011	ACs e ACÉs.
167/2012	Profissionais do SAMU.
290/2016	Acumulação de mais de dois cargos ou empregos públicos privativos de profissionais de saúde.

Fonte: Elaboração própria, a partir do material coletado para esta pesquisa.

Posteriormente denominada como a PEC da Carreira Única de Médico de Estado, a **PEC 454/2009** foi apresentada pela primeira vez no Congresso Nacional (CN) no ano de 2009, em 16 de dezembro, pelos então deputados Federais Ronaldo Caiado (GO) e Eleuses Paiva (SP), ambos naquele período filiados ao extinto Partido da Frente Liberal (PFL), posteriormente passaram a compor o Partido Democratas (DEM). O conteúdo da PEC 454/2009 concerne à inclusão de uma carreira própria para profissionais médicos contratados pelo Estado. Na proposição, consta a inserção do seguinte trecho ao texto constitucional: "Art. 197-A No serviço público federal, estadual e municipal a medicina é privativa dos membros da carreira única de médico de Estado, organizada e mantida pela União [...]" (BRASIL, 2009a). Inclui-se princípios e diretrizes para a função, que deverá ser ocupada por médicos em cargos efetivos através de concurso público com prova e títulos. Deve ser regime de dedicação exclusiva, salvo para exercer o magistério. A ascensão funcional deve ser por mérito, tempo de serviço e aperfeiçoamento. A lotação e remoção devem ocorrer conforme necessidade do serviço e saúde. Além de estar no escopo da seção Da Saúde na CF, também propõe a inclusão de um artigo no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT): "Art. 96. Lei específica fixará remuneração inicial da carreira de médico de Estado em R\$15.187,00 (quinze mil e cento e oitenta e sete reais), e a reajustará anualmente, de modo a preservar seu poder aquisitivo" (*ibidem*).

Na fundamentação da PEC, é utilizado o argumento do sociólogo Régis de Castro Andrade sobre as funções do Estado Moderno que podem ser de aspectos *stricto sensu*, econômicas e sociais. Nesta última, os autores da PEC sustentam o seguinte: "a função do médico: ele atua para dar cumprimento à função social do Estado, num dos pontos essenciais para a vida do cidadão: a saúde". Consequentemente, os deputados justificam que a carreira do médico presta serviço

ao SUS é desprestigiada por " baixos salários, péssimas condições de trabalho, pouco ou nenhum estímulo à especialização do profissional, suscetibilidade aos desmandos dos governantes locais" (*ibidem*). Os proponentes apresentam dados do Ministério da Saúde sobre a tabela de honorários médicos para tratamentos cirúrgicos de artérias e veias e varizes de safena para sustentar a proposta: "R\$232,10 (duzentos e trinta e dois reais e dez centavos) e R\$308,00 (trezentos e oito reais) não são honorários que recompensem o trabalho de um médico, que lida com a vida do ser humano", valores correspondentes ao texto original de 2009. A reivindicação por melhoria dos salários dos profissionais médicos tem como meta as remunerações de juízes e promotores:

À obviedade, os subsídios de juízes e promotores são possíveis devido à autorização constitucional para que o Poder Judiciário e o Ministério Público tenham dotação orçamentária específica e, com isto, enviem, até 31 de agosto, suas propostas orçamentárias. No caso dos médicos, por estarem vinculados ao Ministério da Saúde e consequentemente ao Poder Executivo, não poderão estabelecer sua proposta orçamentária, devendo ser estabelecido um piso nacional por lei, com previsão de reajustes anuais. Por oportuno, é de bom alvitre esclarecermos que os médicos que optarem por seguir sua carreira privada, em nada serão atingidos por esta PEC (*ibidem*).

A proposta permaneceu com as mesmas características quando aprovada na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) em 2011, após a aprovação por admissibilidade pelo relator deputado Mendonça Prado (DEM-SE) (BRASIL, 2011b). Voltou ao Plenário em 2012 e 2013, sendo que neste ano foi designada a Comissão Especial - PEC 454/09 - Carreira Única de Médico de Estado, cujo presidente foi o deputado Saraiva Felipe (MG), do então Partido Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e na condição de relator o deputado Eleuses Paiva (DEM-SP). O relator apresentou um texto substitutivo à PEC, restringindo o alcance da carreira à esfera federal em razão da disponibilidade de recursos financeiros da União, indicando que os demais entes federativos constituam legislação própria em relação à matéria. Quanto à especificação da remuneração, o relator optou pela não definição de valores na EC, indicando uma lei específica para fins de regulamentação da carreira (BRASIL, 2013a).

Após a aprovação da PEC 454/09 na Comissão Especial em 2013, a proposição só retornou a ser movimentada quando os seguintes deputados requisitaram, nas respectivas datas do ano de 2015, a inclusão da pauta para votação na ordem do dia do plenário: Ezequiel Fonseca do partido Progressistas (PP)- MT, 15

de março; Henrique Mandetta (DEM-MS), 01 de outubro; Dâmina Pereira do Partido da Mobilização Nacional (PMN- MG), 06 de outubro; Flávio Nogueira do Partido Democrático Trabalhista (PDT- PI), 13 de outubro; Paulo Azi (DEM- BA), 28 de outubro; Lucio Mosquini do partido Movimento Democrático Brasileiro (PMDB -RO), 11 de novembro; Alan Rick do Partido Republicanos (PRB- AC) e Assis do Couto (PT- PR), 12 de novembro (BRASIL, 2009b).

Consta que ainda em 2015, a matéria não foi apreciada em face do encerramento das sessões realizadas naquele ano. O mesmo ocorreu em 2016, a matéria não foi apreciada em face do encerramento de cada "ordem do dia". Ou seja, apesar das repetidas tentativas de diferentes deputados em colocar a proposição em debate no plenário, quando chegou o período de maiores mudança no poder Executivo, a PEC deixou de ser colocada nas pautas do plenário para apreciação na Câmara dos Deputados³⁷.

A **PEC 167/2012** defende a inclusão dos profissionais do SAMU nos parágrafos 4º, 5º e 6º no art.198, que tratam dos ACSs e ACEs. Isto é, a PEC propõe que os gestores locais do SUS poderão admitir, além de ACSs e ACEs, profissionais do SAMU por meio de processo seletivo público (parágrafo 4º). A PEC também incluiu que a lei federal deverá dispor sobre o regime jurídico e regulamentação das atividades dos profissionais do SAMU. Nesse caso, não compreendemos estar explicitado se os profissionais do serviço de urgência serão integrados à lei federal que trata dos ACEs e ACEs ou se será desenvolvida outra legislação específica (parágrafo 5º). Além disso, referente ao parágrafo 6º do 198, a PEC coloca que

Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde, agentes de combate às endemias e **profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU**, poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício." (NR). (BRASIL, 2012a)

³⁷ Em 2015 a matéria foi para plenário, mas não foi apreciada, nos dias 17, 19, 24, 25 e 26 de novembro e 01, 02, 08, 09, 10 e 15 de dezembro. Ainda em 2015, em outra sessão de 02 de dezembro a matéria não foi apreciada em virtude do encerramento da ordem do dia, o mesmo ocorreu em 03 de dezembro. Em 08 de dezembro consta que a matéria não foi apreciada por falta de *quórum*. Em 2016, nas datas 10, 28, 29, 30, 31 de março, 04, 11, 13, 28 de abril. Assim como não houve apreciação da proposição nas sessões ocorridas em: 03, 16, 17, 18, 23, 24, 25 de fevereiro, 01, 02, 03, 08, 15, 16, 22, 23, 29, 30 de março, 05, 04, 07, 14, 26 de abril, 03, 04, 10, 17, 18, 31 de maio, 01, 07, 14, 28 de junho e 05, 06 e 07 de julho. Posteriormente, até o final de 2018, não houve qualquer tramitação da PEC 454/09. (BRASIL, 2009b)

O proponente enfatiza, em sua justificação, que o trabalho desenvolvido pelos profissionais do SAMU, principalmente pela sua atuação eficiente, é indispensável para o país. Assinala que a contratação desses profissionais tem ocorrido através de contratos temporários, conhecidos como Regime Especial de Direito Administrativo (REDA), por OSCIPs ou cooperativas. Com a aprovação da PEC, defende-se que os profissionais para o SAMU só poderão ser contratados diretamente pelos Estados, Distrito Federal e Municípios:

Num país de forte tradição nepotista, o concurso assegura igualdade de oportunidades para os postulantes a uma vaga no serviço público. Trata-se de modalidade de seleção democrática e aberta a todos, independentemente de características pessoais.

O SAMU, Serviço de atendimento Móvel de Urgência, é oferecido pelo governo federal brasileiro, em parceria com governos estaduais e prefeituras, com a finalidade de prover o atendimento pré-hospitalar à população. (*ibidem*)

De acordo com o autor da PEC, os diversos trabalhadores que atuam nos serviços de urgência recebem treinamentos específicos, com reciclagens contínuas, para desempenharem melhor suas funções. A alta rotatividade gera um prejuízo aos cofres públicos, além da insegurança de manutenção dos vínculos trabalhistas que esses profissionais ficam submetidos. Segundo o proponente, em 2006 a Câmara de Deputados aprovou a Emenda Constitucional (EC), que regularizou situação semelhante para os ACSs e os ACEs, fato que facilitou “consideravelmente a situação desde serviço e economizando o erário no sentido de formar novos profissionais” (*ibidem*).

A PEC 167/2012 foi inicialmente apresentada em 09 de maio de 2012 pelo deputado Fernando Torres (BA) naquele período do DEM, posteriormente passou a integrar o Partido Social Democrático (PSD). A PEC passou em dois momentos distintos pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC). Em 01 de novembro de 2012 foi designado o relator deputado Lourival Mendes (MA), no período do Partido Trabalhista do Brasil (PTdoB), que em março de 2017 passou a chamar-se Avante. Somente em 17 de julho de 2014 o relator apresentou seu voto pela admissibilidade da proposta. A PEC foi arquivada em 31 de janeiro de 2015 devido ao encerramento do período legislativo do ano anterior³⁸. Em 12 de maio de 2015 a PEC

³⁸ Conforme o art. 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, ao final da legislatura as proposições que ainda estão em tramitação serão arquivadas, podendo ser desarquivadas por

voltou para a CCJC, sendo designado como relator o deputado João Campos (GO), na época pelo Partido Social pela Democracia Brasileira (PSDB), mais tarde dos Republicanos (PRB) (BRASIL, 2012a). No dia 03 de junho de 2015 foi publicado o parecer favorável à admissibilidade da PEC (BRASIL, 2015a).

Nos anos seguintes, no que compete ao período da nossa pesquisa, a PEC 167/2012 não passou por movimentações no CN, apenas foram apresentados ao plenário dois requerimentos para a constituição de Comissão Especial, um em 23 de novembro de 2016 e outro em 29 de junho de 2017. O primeiro pelo deputado Rômulo Gouveia (PSD-PB) e o segundo pelo deputado Covatti Filho (PP-RS). Ambas solicitações não foram levadas adiante pelos trâmites da Câmara de Deputados até o final de 2018 (BRASIL, 2012a).

Quanto a **PEC 22/2011**, houve mais movimentações de cunho qualitativo no período envolvido nesta pesquisa. No início de sua proposição, a PEC sugere a inclusão dos parágrafos 7 ao 11 no art. 198 como proposta de valorização do trabalho dos ACSs e ACEs. Na categoria é chamada de “PEC da Dignidade”. No seu conteúdo refere que o vencimento do pagamento será responsabilidade da União e os demais entes federativos, que deverão se responsabilizar pelos outros custos (vantagens, incentivos, auxílios, gratificações e indenização). O vencimento não poderá ser inferior a dois salários mínimos e terão o adicional de insalubridade e aposentadoria especial. O recurso repassado pela União deverá ser consignado no Orçamento Geral União (OGU) com dotação própria e exclusiva. Também coloca que os recursos financeiros repassados pelos entes federativos não serão inclusos nos cálculos para fins de limite de despesa com pessoal (BRASIL, 2011c).

Na justificativa, o autor ressalta a importância da função exercida pelos ACSs e ACEs para o desenvolvimento do SUS, conforme suas diretrizes. Refere que os profissionais são primordiais para a atenção básica de saúde, portanto faz-se fundamental a defesa da manutenção dos seus postos de trabalho, ao compasso de uma remuneração justa conforme a importância das suas competências. O proponente reforça que o Ministério da Saúde repassa o valor de quase dois salários mínimos por agente, contudo isso não chega diretamente a esses trabalhadores.

requerimento dos autores proponentes na legislatura subsequente. Não são arquivadas as proposições “I - com pareceres favoráveis de todas as Comissões; II - já aprovadas em turno único, em primeiro ou segundo turno; III - que tenham tramitado pelo Senado, ou dele originárias; IV - de iniciativa popular; V - de iniciativa de outro Poder ou do Procurador-Geral da República (BRASIL, 2021a).

Também defende a importância da garantia de insalubridade e aposentadoria especial devido aos riscos aos quais os agentes são expostos no cotidiano de trabalho. Utiliza-se das Portarias 1761/07, 2009/09 e 3178/10 para apresentar dados sobre os repasses de recursos da União sobre cada agente e também remete à EC 51/06, que incluiu os ACSs e ACEs, a qual dispõe sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades desses profissionais.

Inicialmente apresentada em 16 de maio de 2011, a PEC 22/2011 é de autoria do deputado Valtenir Pereira (MT), naquele período em que assinou a proposição estava como integrante do Partido Socialista Brasileiro (PSB), já na legislatura em que focamos esta pesquisa o deputado estava filiado ao Partido Republicano da Ordem Social (PROS). Ainda em 2011, no mês de outubro, a proposta foi publicada como aprovada pelo Relator da CCJC, o deputado Mauro Benevides (PMDB-CE). Posteriormente, em 2011, 2012 e 2013 diferentes deputados protocolaram requerimentos para que a proposta fosse discutida no plenário e aprovada uma Comissão Temporária, ou Comissão Especial³⁹, como trâmite processual para dar seguimento à aprovação da PEC. Os requerimentos não foram apreciados naqueles anos e em 2015 a proposta foi arquivada em razão do término da legislatura. Posteriormente, na nova legislatura o deputado autor da PEC solicitou o desarquivamento da proposição, sendo seu pedido deferido pela Mesa Diretora em 12 de fevereiro de 2015. Mas somente em 01 de junho de 2017 foi constituída efetivamente⁴⁰ a Comissão Especial destinada a proferir o parecer sobre a PEC

³⁹ Em 25 de outubro de 2011 o deputado Valtenir Pereira (PSB-MT) entrou com o requerimento n. 3566/2011 solicitando a criação de uma Comissão Temporária. Em 05 de março de 2012 o deputado Luiz Couto (PT-PB) entrou com o requerimento n.4434/2012 para inclusão da PEC na Ordem do Dia. Em 09 de maio de 2012 o deputado Valtenir Pereira (PSB-MT) entrou com o requerimento n. 5204/2012 solicitando a criação de uma Comissão Temporária. Em 29 de maio de 2012 o deputado Marcos Rogério (PDT-RO) entrou com o requerimento n. 5377/2012 solicitando a constituição de uma Comissão Especial. Em 30 de maio de 2012 o deputado Romero Rodrigues (PSDB-PB) entrou com o requerimento n. 5417/2012 solicitando a constituição de uma Comissão Especial. Em 22 de agosto de 2012 o deputado Marçal Filho (PMDB-MS) entrou com o requerimento n. 5976/2012 solicitando a constituição de uma Comissão Especial. Em 24 de outubro de 2012 o mesmo deputado entrou com o requerimento n. 6220/2012 solicitando novamente a constituição de uma Comissão Especial. Em 28 de fevereiro de 2013 o deputado Valtenir Pereira (PSB-MT) entrou com o requerimento n. 6883/2013 solicitando a criação de uma Comissão Temporária. Em 13 de junho de 2013 o deputado Marçal Filho (PMDB-MS) entrou com o requerimento n. 7983/2013 solicitando a constituição de uma Comissão Especial. Em 23 de outubro de 2013 o deputado Valtenir Pereira (PROS-MT) entrou com o requerimento n. 8890/2013 solicitando a criação de uma Comissão Temporária. (BRASIL, 2011d)

⁴⁰ Cabe informar que em 13 de agosto de 2015 havia sido criada uma Comissão Especial para tratar da PEC 22/2011 pelo então presidente da Câmara Eduardo Cunha (MDB-RJ), contudo os trabalhos

22/2011, a qual iniciou seus trabalhos no dia 07 daquele mesmo mês. O relator dessa comissão foi o deputado Raimundo Gomes de Matos (PSDB-CE), que em 16 de agosto de 2017 submeteu seu parecer, sendo aprovado por unanimidade no mesmo dia (BRASIL, 2011d).

No relatório do parecer, consta que foram realizadas na Comissão Especial duas Audiências Públicas. A primeira ocorreu em 20 de junho de 2017, contou com a participação dos representantes dos seguintes órgãos e entidades: Ministério da Saúde (MS), Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPOG), Confederação Nacional de Municípios (CNM), Federação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias (FENASCE) e Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS)⁴¹. Já a segunda audiência pública, realizada no dia 27 de junho de 2017, teve a participação dos presidentes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da FENASCE e do CONACS (BRASIL, 2017f).

Essas audiências públicas apontam reflexões importantes para a discussão sobre a remuneração dos ACSs e ACEs, assim como sobre as perspectivas políticas sobre a atenção básica em saúde, que implicam também nas tendências para o SUS.

O representante do MS, que ocupava o cargo de Coordenador Substituto da Coordenação Geral de Atenção Básica pontuou que:

- A atenção básica está relacionada à redução da utilização de serviços especializados e de serviços de emergência, **gerando economia na área de saúde.**
- Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) fazem parte de uma equipe multiprofissional que é responsável pela atenção básica, a qual **já atende 72% da população brasileira, dos quais 62% são atendidos pelo Saúde da Família.**
- Dentre os serviços oferecidos pelas equipes do Saúde da Família está a busca ativa pelas necessidades dos usuários, que é atribuição básica dos ACS.
- O Ministério da Saúde vem tentando integrar as atividades dos ACS e do Agentes de Combate às Endemias (ACE), e já existe projeto de lei em tramitação com tal finalidade. (*ibidem*, p. 392, grifo nosso)

não foram desenvolvidos. Sendo criada outra comissão posteriormente em 01 de junho de 2017, conforme mencionamos no texto. (BRASIL, 2011d)

⁴¹ A saber, as representações foram compostas da seguinte forma: Fábio Fortunato Brasil de Carvalho - Coordenador Substituto da Coordenação Geral de Atenção Básica do Ministério da Saúde; Neleide Abila - Diretora do Departamento de Legislação e Provimento de Pessoas da Secretaria de Gestão de Pessoas do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão – MP; Denílson Magalhães - Consultor da CNM; Luís Claudio Celestino de Souza - Diretor Financeiro da FENASCE; Ilda Angélica Correia - presidenta da CONACS; Elane Alves - Assessora Jurídica da CONACS (BRASIL, 2017f, p.392-393).

A outra representação do governo federal, do MPOG, referiu que o órgão está buscando “contenção de despesas de pessoal, e qualquer medida que gere aumento de despesas com folha de pagamento tem tido dificuldade para ser aprovada.” Ao final comprometeu-se em levar a proposta ao conhecimento para ser avaliada (*ibidem*). Em perspectiva semelhante, o consultor da Confederação Nacional dos Municípios (CNM) colocou que

- É difícil ser favorável à proposta porque ela apresenta impactos financeiros e administrativos para os Municípios.
- Se aprovada a proposta, vai haver um distanciamento entre os profissionais que compõem as equipes do Saúde da Família, beneficiando apenas os ACS e os ACE, trazendo dificuldades para a administração municipal.
- A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) favoreceu a organização financeira e orçamentária dos Municípios, e qualquer alteração pode gerar impactos nocivos a esse controle.
- A regulamentação de uma atividade não deve ser objeto do texto constitucional, cabendo à legislação ordinária fazê-la.
- Em alguns Municípios, 80% dos recursos para a saúde já são gastos com folha de pagamento. (*ibidem*, grifo nosso)

Os representantes da FENASCE e CONACS se opuseram à essas colocações do governo: “A CNM sempre se posiciona desfavoravelmente às lutas dos ACSs e ACEs, que não são valorizados e são cada vez mais cobrados” (FENASCE) e “Os posicionamentos do Ministério do Planejamento, do Ministério da Saúde e da CNM já eram esperados, mas não vão impedir a luta dos ACSs e ACEs pela sua valorização e dignidade (CONACS)” (*ibidem*, p.393). O Diretor da FENASCE também enfatizou que “o ACS faz um trabalho diferenciado na equipe multidisciplinar do Saúde da Família” e lembrou de “um movimento de greve recente que demonstrou a insatisfação dos ACSs e ACEs” (*ibidem*, p.393).

A Assessora Jurídica da CONACS apresentou outros elementos ao debate, argumentando sobre a redução real do salário dos ACSs e ACEs nos últimos anos:

- Em 2014 o piso dos ACS e ACE era 1,4 salário mínimo, em 2015 já representava 1,28 salário mínimo e em 2016 apenas 1,15 salário mínimo. Em 2017 atingiu 1,08 salário mínimo.
- A Lei 12.994/14 foi aprovada com previsão de data-base e índice de reajuste.
- Em vários Municípios os demais servidores recebem aumento e os ACS e ACE não recebem porque o governo federal não repassa o valor de 1,4 salário mínimo, que seria o piso, desde 2014, mas apenas o valor fixo representado por 1,4 salário mínimo naquele ano, ou seja, R\$ 1.014,00.
- Após a implantação do piso salarial em 2014, houve redução na quantidade de Municípios que contrataram ACS e na implantação de ACS em geral.

- Não houve falta de recursos para o pagamento do reajuste dos ACS e ACE, mas apenas a alteração de sua destinação. (*ibidem*)

Na segunda audiência pública, o presidente do CNS acrescentou ao debate sobre o prejuízo que a Emenda Constitucional 95/2016 trouxe à saúde e a educação, congelando por 20 anos os investimentos nas áreas. Ratificou sobre a importância dos ACSs e ACEs para a atenção básica à saúde e lamentou sobre a desconstrução do “modelo previsto na Constituição de 1988 para a saúde, que saiu apenas da assistência para a atenção e prevenção”, complementando que “a atenção à saúde compreende a proteção, a promoção e a recuperação, segundo a Constituição, mas têm sido relegadas a segundo plano a proteção e a promoção da saúde”. Por fim, o presidente do CNS afirmou que o CNS se posiciona de forma favorável às demandas dos ACSs e ACEs e na capacidade de resistência à retirada de direitos dos profissionais de saúde no país (*ibidem*, p.394).

A Presidência da CONACS ressaltou o papel fundamental dos ACSs e ACEs na atenção básica e à saúde da família e “também como ponte com a administração pública” (*ibidem*). Defende que a PEC 22/2011 é importante para a garantia do piso salarial já conquistado em lei ordinária, mas que não está sendo cumprido. Dessa forma, coloca que a categoria está mobilizada para a conquista do piso salarial nacional com direito a reajuste e contam com o suporte do CNS. Além disso, argumentou que a PEC tende a fortalecer a municipalidade, permitindo a liberação de recursos para aplicação em outras finalidades.

Na mesma perspectiva, o presidente da FENASCE se colocou novamente em defesa das iniciativas que objetivam a melhoria das condições de trabalho e valorização da categoria. Impeliu a Comissão a encontrar uma possibilidade para definição do piso salarial sem violar o texto constitucional que impede a vinculação ao salário mínimo e por fim provocou o Ministério Público Federal para que acompanhe o cumprimento da revisão anual sobre a remuneração de todos os servidores públicos.

Também consta no documento que o autor da PEC 22/2011, Valtenir Pereira (PROS-MT), incluiu três emendas na proposta, que em textos diferentes objetivou “prever regras transitórias para ajustar a situação atual ao piso salarial de dois salários mínimos, proposto como regra permanente” (*ibidem*, 2017, p. 391). O relator ponderou que as propostas do autor da PEC original correriam o risco de ser questionado no Supremo Tribunal Federal (STF), por isso apresentou uma alternativa ao texto, mantendo a ideia original da PEC: (*ibidem*).

O Substitutivo que apresentamos propõe um piso salarial fixado em reais, que seria reajustado anualmente em data e segundo índices pré-determinados. Tão logo o Poder Executivo apresente uma nova lei de regulamentação da presente Emenda à Constituição, novas regras poderão ser definidas, desde que seja respeitado o piso salarial reajustado pelas regras transitórias até o momento da publicação da nova lei. (*ibidem*, p. 396-397).

O relator recomenda que as transferências de recursos, entre os entes governamentais transferidores e beneficiários, para despesas de pessoal dos ACSs e ACEs não devem ser incluídas no limite de despesas de pessoal na Lei de Responsabilidade Fiscal. Por fim, o relator agradeceu os esforços do deputado autor da PEC e demais sujeitos envolvidos no debate envolvendo a proposição, em especial ao CONACS:

A presença constante (**mas sobretudo pacífica**) desses profissionais em todas as fases de tramitação desta PEC demonstra claramente como os legítimos interesses de categorias profissionais podem ser defendidos com fervor, mas dentro da normalidade democrática, admitindo o importante papel mediador do CN e respeitando o contraditório (*ibidem*, p. 397, grifos nossos)

Assim foi aprovado o parecer da Comissão Especial sobre a PEC 22/2011 e publicado no Diário da Câmara de Deputados em 17 de agosto de 2017. Posteriormente, até o findar do ano de 2018, a PEC supradita não retornou a ser matéria em debate no plenário, mesmo com as diversas solicitações de inclusão na pauta, logo como apresentamos:

Quadro 4 Resumo dos requerimentos para inclusão da PEC 22/2011 na Ordem do Dia na Câmara de Deputados do Brasil

Data	Deputado	Partido	Estado
22/08/2017	Leonardo Monteiro	PT	MG
22/08/2017	Zé da Silva	SD	MG
23/08/2017	Marcos Rogério	DEM	RO
30/08/2017	Vicentinho	PT	SP
31/08/2017	Raimundo G. de Matos	PSDB	CE
05/09/2017	Marcelo Álvaro Antônio	PR	MG
03/10/2017	Vitor Valim	PMDB	CE
04/10/2017	Marinha Raupp	PMDB	RO
27/11/2017	João Campos	PRB	GO
06/12/2017	Lucio Mosquini	PMDB	RO
19/12/2017	Marinaldo Rosendo	PSB	PE
20/02/2018	Rômulo Gouveia	PSDB	PB

Fonte: elaboração própria conforme extraído no endereço eletrônico (BRASIL, 2011d)

Percebemos que no contrafluxo de uma sequência de pautas que não se vinculam e nem respeitam os princípios e competências do SUS, conforme arts. 6º e 7º (Lei 8.808/1990) sendo defendidas no CN, em um período de turbulência da política nacional, os ACSs e ACEs tiveram suas reivindicações ouvidas pelos deputados da Câmara. Ainda que se trate de questões que surgem de pautas econômicas e aparentemente isoladas da categoria, envolve um conjunto de trabalhadores que surgiram no desenvolvimento do SUS, na perspectiva da atenção básica em saúde. Além da inspiração para a implantação dos serviços dos ACSs e ACEs do SUS no texto *La Salud por el Pueblo*, escrito por dirigente da OMS nos anos de 1970 (NEWELL, 1975) e também na maior bandeira, *Saúde Para Todos* nos anos 2000, da Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, em 1978, realizada em Alma-Ata pela OMS (OMS, 1978), a ampla aceitação de disseminação destes trabalhadores da saúde pelo território brasileiro aconteceu também permeada pelo clientelismo político. Ainda que estes elementos possam ter sido parcialmente se dissipado nos últimos anos dada a organização dos ACSs e ACEs, o amplo leque de requerimentos para inclusão da PEC 22/2011 na Ordem do Dia na Câmara de Deputados, ao nosso ver, indica mais a expressão de vínculo político eleitoral clientelista, de fortalecimento dos interesses de grupos específicos, do que propriamente uma estratégia de fortalecimento do SUS.

Os ACS e ACE, segundo seu conjunto de atribuições dadas pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), possuem uma grande inserção comunitária e territorial e atuam como intermediário entre sistema público de saúde e população usuária. Assim, a atuação dos agentes comunitários oscila entre os polos técnicos e político, institucional e comunitário (SCHMIDT; NEVES, 2010) e dessa forma são sujeitos sociais importantes para os serviços de saúde tanto quanto para as demandas de articulação do campo político e comunitário. Neste sentido, ressaltamos os motivos da grande adesão partidária e de parlamentar que esta proposta de PEC obteve junto ao Congresso Nacional.

Tem mérito a PEC 22/2011 pelo reconhecimento profissional destes trabalhadores do SUS, no entanto, o seu processo de tramitação revela muitas raízes da nossa cultura política clientelista. Por outro lado, a análise das tramitações da PEC 22/2011, quanto nas PECs 454/2009 e 167/2012, expressa a ausência no debate de documentos importantes para a estruturação do SUS no que refere ao quadro de trabalhadores, tal como a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos- NOB-

RH/SUS (BRASIL, 2005) e o Plano de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS-PCCS-SUS (BRASIL, 2006).

A tramitação da **PEC 290/2016**, por sua vez, sofreu de escassez de conteúdo e de articulação. Foi sugerida pelo deputado Manoel Junior (PMDB-PB), em 06 de dezembro de 2016, com a proposta de permitir a acumulação remunerada de mais de dois cargos ou empregos públicos privativos de profissionais de saúde (BRASIL, 2016d). O autor sugere a revisão do texto constitucional original exposto no inciso XVI do art. 37, que aduz "é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto, quando houver compatibilidade de horários, observado em qualquer caso o disposto no inciso XI" (BRASIL, 1988). Nas exceções contidas no mesmo art. 37, inciso XI, alínea c: "de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentada" (*ibidem*). O proponente da referida PEC defende que o texto passe ser da seguinte forma: "c) a de cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas" (BRASIL, 2016d). Ou seja, que os profissionais de saúde, da rede pública e/ou privada, possam ter quantos vínculos considerarem necessário, no caso de compatibilidade de horários.

Em sua sucinta justificativa, o deputado autor da PEC 290/2016 argumenta que (BRASIL, 2016d):

a) os problemas da saúde pública são decorrentes da falta de instituições, recursos e profissionais da saúde;

b) a limitação contida no texto da CF/1998 impossibilita aos gestores do SUS a contratação de mais profissionais quando necessário e no caso de haver disponibilidade de tempo por parte dos trabalhadores;

c) no setor privado é comum os profissionais de saúde prestarem atendimentos em mais de dois consultórios de diferentes instituições;

d) o exercício dos profissionais da área ocorre por meio de plantão, ocasionando em mais disponibilidade de horários por parte desses servidores.

Ao final de sua justificativa, o autor recorre ao texto constitucional, art. 196, que exprime a saúde como "direito de todos e dever do Estado" (*ibidem*).

Em 07 de dezembro de 2016, a PEC 290/2016 passou pela Mesa Diretora do CN para conferência de assinaturas e no mesmo dia encaminhado à publicação inicial no DCN pela Coordenação de Comissões Permanentes (CCP). Na data 16 de dezembro de 2016, a CCJC acusou recebimento da proposição. Em 30 de maio de

2017, a CCJC designou o como relatou o deputado Elizeu Dionizio (MS), na época do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). O deputado relator apresentou seu parecer pela admissibilidade da PEC em 17 de agosto de 2017. Este parecer, porém, não foi apreciado naquele período, fazendo com que novamente a CCJC designasse o mesmo relator em 02 de maio de 2018, o deputado Elizeu Dionizio (MS), nesse momento integrado ao Partido Socialista Brasileiro (PSB). O parecer do relator foi apresentado no dia 16 de maio de 2018 com conteúdo idêntico ao anterior, sendo a última movimentação da PEC no período que concerne nossa pesquisa. (BRASIL, 2016f)

No que se trata do conteúdo da PEC 290/2016, observa-se que a falta de profissionais de saúde é abordada como um grande dilema da saúde pública, que por sua vez, é responsabilidade do Estado. Porém, até a presente data percebe-se que os deputados envolvidos com a proposição não abordam sequer o que efetivamente já está constatado na Lei Federal 8.080/1990, que é ação do SUS a “[...] ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1990). Na mesma lei consta também a responsabilidade com a saúde do trabalhador, bem como a qualidade dos serviços de saúde. Questões ameaçadas quando os trabalhadores da saúde são submetidos a jornadas extensas de trabalho.

O proponente da PEC também refere que a possibilidade de mais de dois vínculos está estabelecida em alguns estabelecimentos privados de saúde, mas lembremos que o art. 15 da mesma lei, discorre sobre as atribuições comuns entre os entes federativos do SUS, dentre elas: “XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública” (*ibidem*). Já no inciso XI, art. 17, da lei federal, consta que está dentre as competências da direção estadual do SUS “controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde” (*ibidem*).

Ocorre que, a PEC 290/2016 aparentemente amplia a possibilidade de vínculos empregatícios para os trabalhadores da saúde, bem como a resolução do problema da falta de profissionais. Porém, enquanto ignora os avanços legislativos em relação ao que efetivamente o SUS deveria regular e viabilizar na proteção social dos trabalhadores da saúde, a proposta coaduna com a incessante busca dos “capitalistas da saúde” para a ampliação dos seus lucros, sendo uma de suas vias através dos arrochos salariais dos “proletários da saúde”, que por sua vez, são impelidos a buscar

mais vínculos empregatícios para poder atender às suas necessidades (MORAES; MACHADO, 2018).

Nota-se que a referência às normativas (Lei 8.080/1990, NOB RH-SUS e PCCS-SUS) construídas ao longo do desenvolvimento do SUS são nulas nas quatro PECs apresentadas até o presente momento. Mesmo que se considere que o CN não seja composto por deputados especialistas sobre saúde pública e trabalho, ou sequer são eleitos com esses quesitos, são eles que supostamente com a sua estrutura parlamentar, têm possibilidades de qualificar o debate, ou até mesmo ampliá-lo, com o restante da sociedade civil. Porém, ainda que estejamos tratando de diferentes sujeitos parlamentares e que não se trata de um bloco monolítico, a tendência hegemônica aqui identificada perpassa por desconsiderar os acúmulos normativos, legislativos, teóricos e sociais sobre o SUS nos últimos anos.

Somente a PEC 22/2011 contou com audiências públicas sobre a temática dos ACSs e ACEs, o que em nossa análise contribuiu com a qualificação da discussão da proposta, ainda que com cunho majoritariamente corporativo. A representação do governo federal, através do MPOG, e o consultor da CNM colocaram os limites de ordem orçamentária e de financiamento, mas ainda de forma restrita às suas funções. O CNM ficou estrito à queixa da Lei de Responsabilidade Fiscal. Esperava-se que os representantes do governo não elaborassem crítica à EC 95/2016 na audiência pública, somente a presidência do CNS pautou os dilemas estruturais advindos da EC 95/2016. Os representantes da FENASCE e CONACS restringiram-se em demonstrar a importância do trabalho dos ACSs e ACEs e sua baixa remuneração. Já o representante do MS, com sua palavra, apresentou dados importantes da abrangência dos ACS na atenção básica do SUS, ressaltando a economia na área da saúde (DCD, 2017a).

Curiosamente, a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) começara a ser pautada oficialmente na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no mesmo ano, no mês subsequente à realização das audiências públicas das PEC 22/2011, quando publicada a resolução CIT nº21, de 27 de julho de 2017, que trata sobre a consulta pública sobre a proposta de revisão da PNAB (2017f). A versão da nova PNAB, como abordamos no capítulo anterior, não garantiu nas equipes multiprofissionais a presença de ACS, rompendo assim com um dos principais avanços da atenção

primária em saúde do SUS, contraditoriamente ao sinalizado pelo representante do MS na audiência pública da PEC 22/2011 ocorrida em junho do mesmo ano.

Somente o proponente da PEC 167/2012 pautou o problema da contratação dos profissionais dos SUS com vínculos frágeis, via o que chamamos no capítulo anterior de novos modelos de gestão. Sem dúvidas, a possibilidade de contratação de profissionais para a área da saúde sem concurso público, fora o vínculo estatal e na ausência do plano de cargos e salário único se transformou num problema crônico na consolidação do SUS. Tal como também citado na PEC 454/2009, quando propõe a carreira de médicos de estado. Nesse caso, inclusive, avaliando a remuneração dos médicos sobre procedimentos de média e alta complexidade.

A necessidade de provimento de trabalhadores para a saúde pública é anterior à própria criação do SUS. Em 1987 a Comissão Nacional da Reforma Sanitária já debatia a pauta. O Ministério da Saúde assumiu a necessidade de construir carreiras para os trabalhadores do SUS. Em 2006 foi publicado o documento Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) para os trabalhadores do SUS nas três esferas de governo, elaborado por Comissão Especial que propõe orientações gerais para a elaboração ou reestruturação dos planos com base nos princípios do SUS (BRASIL, 2006). Respeitadas as particularidades locais, as diretrizes possibilitam a isonomia na valorização dos trabalhadores, com perspectiva no desenvolvimento profissional em carreira, com garantia de qualificação. Ressalta-se que as diretrizes são resultantes do debate histórico em torno dos recursos humanos para o funcionamento e construção do SUS. As PECs que tratam da valorização da carreira dos trabalhadores do SUS silenciam este documento, sequer o referenciam.

Juntamente ao fato do silenciamento dessas diretrizes, atribuímos o caráter corporativo das reivindicações de algumas categorias de profissionais da saúde, que se expressaram nessas PECs. Ao que indica, estão distanciadas das reivindicações históricas da classe trabalhadora e do movimento sindical, como a redução da jornada de trabalho e melhores condições de trabalho.

2.3. Concepção de saúde e ordenamento do SUS

Neste item apresentaremos os conteúdos e trâmites das Propostas de Emenda à Constituição (PECs) 348/2017, 328/2017, 299/2016, 294/2016 e 297/2016, as quais

tratam, respectivamente, sobre cuidados de longa duração, inclusão do saneamento básico dentre as ações de saúde, inclusão dos direitos sociais nas cláusulas pétreas, ênfase no princípio da eficiência no âmbito da administração pública e a especialização de varas de saúde pública no âmbito dos Tribunais Regionais Federais e dos Tribunais de Justiça.

Quadro 5- PECs sobre a concepção de saúde e ordenamento do SUS

PEC	Assunto
348/2017	Cuidados de longa duração
328/2017	Inclusão do saneamento básico dentre as ações de saúde.
299/2016	Inclusão dos direitos sociais nas cláusulas pétreas
294/2019	Ênfase no princípio da eficiência
297/2016	Especialização de varas de saúde pública

Fonte: Elaboração própria, a partir do material coletado para esta pesquisa.

Essas cinco PECs, embora com bastante diferenças entre si, foram assim agrupadas pela preponderância no que compreendemos como concepção de saúde e ordenamento do SUS.

A **PEC 348/2017** de autoria da deputada Flávia Moraes do Partido Democrático Trabalhista (PDT)-GO, sugere a inclusão dos cuidados de longa duração no texto constitucional, no art. 194, da seguridade social, ao mesmo nível de importância do conhecido tripé saúde, previdência social e assistência social. Consta na PEC a inclusão da Seção V no Capítulo da Seguridade Social, que versa sobre os cuidados de longa duração, os quais "serão prestados às pessoas com perda de autonomia funcional que se encontrem em situação de dependência para o exercício de atividades da vida diária" (BRASIL, 2017h, p. 2). A proponente discorre que deverão ser organizados por um sistema público único as ações, serviços e benefícios desses cuidados:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – promoção da autonomia pessoal, independência e atenção à pessoa em situação de dependência para atividades da vida diária;
- III – participação da pessoa em situação de dependência, de sua família e de entidades representativas;
- IV – universalidade de acesso e previsão de níveis de proteção de acordo com o grau de dependência para o exercício de atividades da vida diária;
- V – adoção de critérios que preservem seu equilíbrio financeiro;
- VI – prioridade à permanência das pessoas em situação de dependência para atividades da vida diária em seu domicílio e em sua comunidade;
- VII – articulação entre as políticas de saúde, assistência social, previdência social, trabalho, educação e demais políticas envolvidas na

promoção da autonomia pessoal e no apoio às pessoas em situação de dependência para o exercício de atividades da vida diária. (*ibidem*, p. 2)

Na proposição do texto legislativo, a autora indica que será responsabilidade do “poder público dispor, nos termos da lei, sobre a regulamentação, fiscalização e controle do sistema único de cuidados de longa duração”. Sendo que “a execução das ações, benefícios e serviços ofertados pelo sistema único de cuidados de longa duração poderá ser pública ou privada [...]” (*ibidem*, p. 3). Outrossim, está garantida na PEC 348/2017 a livre iniciativa privada, atendidas as condições de “cumprimento das normas relativas aos cuidados de longa duração expedidas pelo poder público” e “autorização e avaliação de qualidade pelo poder público” (*ibidem*).

Sobre financiamento, a autora propõe a garantia de recursos financeiros integrada as demais áreas da seguridade social, respeitando a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Também indica a necessidade de critérios de transferência de repasses para os entes federativos, com contrapartida. Além dos recursos estatais, acrescenta-se a possibilidade de “ser exigida contribuição específica dos beneficiários, observada a respectiva capacidade econômica” (*ibidem*, p. 3). Por fim, consta na PEC a inclusão do seguinte art.:

Art. 251. Com o objetivo de assegurar recursos para o pagamento das ações, serviços e benefícios relativos aos cuidados de longa duração, a União constituirá fundo integrado por bens, direitos, ativos de qualquer natureza e recursos oriundos dos beneficiários e da fonte de custeio exclusiva, [...]. (*ibidem*)

Na justificação originária da PEC 348/2017, consta como principal argumento o fenômeno do envelhecimento da população mundial, ainda que mencione que os cuidados também devem ser garantidos às “pessoas com deficiência que apresentam limitações funcionais para o exercício de atividades básicas e instrumentais que possibilitem sua participação social em igualdade de condições com as demais pessoas” (*ibidem*, 76). Porém, o argumento no item da justificativa da PEC, concentra-se na transição demográfica por faixa etária, que atinge na atualidade países como Suécia e França, mas que também está por atingir os países em desenvolvimento, como o Brasil. Nesse sentido, a proponente utiliza-se de uma publicação de 2013, na revista *Ageing Societies*, autoria S. Harper, para demonstrar que a expectativa para 2050 é de que 22% da população mundial terá mais de sessenta anos (*ibidem*, p. 4). Em relação ao Brasil, a deputada proponente referencia-se nos dados do Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o qual estima para 2050 que cerca de ¼ da população brasileira terá mais de sessenta anos (*ibidem*).

De acordo com a autora da PEC, o envelhecimento da população implica em especificidades:

[...] a idade avançada traz, muitas vezes, limitações físicas e cognitivas que podem restringir sobremaneira a autonomia e a independência da pessoa, que passa a demandar apoio eventual ou contínuo para o exercício de atividades recorrentes da vida diária. Países que já vivenciam o fenômeno há mais tempo tiveram de adequar seus estados de bem-estar social para atender às consequências sociais, sanitárias, econômicas, previdenciárias e ambientais dessa nova realidade demográfica. (*ibidem*)

Com essa base de argumentação, a PEC é apresentada como uma necessária ampliação no sistema de proteção social brasileiro, exemplificando como ocorreu na Espanha e Alemanha. Por fim, a deputada autora ressalta a inserção dos cuidados de longa duração para pessoas em situação de dependência estratégica no âmbito da seguridade social como estratégica, sendo fundamental a sua articulação com demais políticas públicas.

A PEC 348/2017 tramitou pela mesa diretora em 19 de julho de 2017, onde foi realizada a conferência de assinaturas e posteriormente, em 04 de agosto de 2017 foi encaminhada à CCJC. No dia 01 de novembro de 2017 foi designado o relator deputado Félix Mendonça Júnior (PDT-BA), que no dia 05 de dezembro de 2017 apresentou parecer pela admissibilidade da PEC. O parecer foi retirado de pauta no dia 12 de dezembro de 2017 em razão da ausência do relator. A PEC voltou a tramitar somente em 11 de abril de 2018, sendo a única movimentação ocorrida naquele ano. Nessa movimentação, o deputado Marcos Rogério, do partido Democratas (DEM)-RO, apresentou voto em separado pela inadmissibilidade da proposição, argumentando que em fevereiro de 2018 o Presidente da República decretou estado de exceção devido a intervenção federal no estado do Rio de Janeiro, com isso as emendas à constituição não deveriam ser objeto de apreciação no CN (BRASIL, 2017i).

Vejamos, a avaliação de admissibilidade realizada pelo deputado Félix foi anterior à data em que o então Presidente Michel Temer decretou o período de estado de exceção, estando somente nessa situação quando o deputado Marcos Rogério

apresentou seu voto. Ainda assim, a PEC 348/2017 encerrou o ano de 2018 sem outras movimentações.

Questionamos a dispensabilidade desta PEC, pois as proposições deveriam ser no sentido de viabilizar a seguridade social, na área da saúde, assistência social e previdência social. Os próprios preceitos, fundamentos e possibilidades de ação dessas políticas sociais, conforme adscritas na Constituição Federal e leis de regulamentação indicam contemplar significativamente as importantes preocupações apresentadas pela deputada em sua proposição. Porém, mais do que isso, o debate sobre o trabalho do cuidado atravessa uma realidade sensível as condições de vida do povo brasileiro quando não provém de condições de vender a força de trabalho para atender às suas necessidades. Ademais, a questão perpassa pela divisão sexual do trabalho na reprodução do trabalho doméstico, onde historicamente o cuidado é viabilizado.

Embora refira à integração com as demais políticas públicas, não se contém elementos de consistência política e teórica da distinção de cuidados paliativos que não sejam estratégias desenvolvidas no interior do SUS, ou até mesmo na política de assistência social. Essa questão destaca-se pelo fato de que a proponente busca incluir uma nova política, em pé de igualdade com as políticas da seguridade social, que possuem históricas formulações e proposições de ações para atenção e cuidado de pessoas que demandem de cuidados paliativos.

Ocorre que, com as frequentes contrarreformas para as políticas sociais, com as restrições orçamentárias, desarticulada dos movimentos populares, a proposta soa como desconexa do contexto em que coloca. Notoriamente, a pauta não é prioritária no poder público e tampouco havia indícios de pressão popular para que fosse. A PEC 348/2017 foi esmaecida em um contexto de contrarreformas da previdência social, das legislações trabalhistas e desfinanciamento do SUS e SUAS.

A **PEC 328/2017**, proposta pelo deputado Aureo do Partido Solidariedade- RJ, sugere a inclusão da concepção de saneamento básico no mesmo patamar de importância da saúde no art. 196 da CF.

Art. 196. A saúde e o saneamento básico são direitos de todos e dever do Estado, garantidos mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para prevenção, promoção, proteção e recuperação. (NR) (BRASIL, 2017g, p.1)

Em sua propositura, a PEC preconiza que as ações e serviços públicos de saneamento básico sigam o formato do SUS e que o sistema de saneamento seja financiado com recursos do orçamento da seguridade social, dos entes federativos e outras fontes. Determina que os investimentos em saneamento básico sejam contabilizados no piso da saúde, com valores mínimos definidos por lei do que cada instância federativa deva empregar nestas ações e serviços a fim de vislumbrar “a universalização dos serviços de saneamento básico para todos os lares do Brasil” (BRASIL, 2017g, p.4).

O enfoque da justificativa dessa PEC é demonstrar a interface entre saneamento básico e prevenção à saúde. Dentre os argumentos, constam informações sobre a relação da mortalidade infantil causadas por diarreia, sendo que 4,2% é em razão da falta de saneamento básico. Também apresenta-se a causalidade da transmissão de doenças pelo mosquito *Aedes Aegypti*, agudizadas pela precariedade ou ausência de saneamento básico.

Também trata do baixo investimento em infraestrutura no Brasil, em comparação aos demais segmentos de transportes, telecomunicações e energia elétrica. Com a manutenção do ritmo de investimentos fixados naquele período, a previsão é que apenas após do ano de 2050 haverá possibilidade de alcançar a meta de toda a população urbana ter acesso a água tratada e esgoto. No conteúdo da justificativa da PEC 328/2017 constam dados da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), Organização Mundial de Saúde (OMS), CNI, Associação Brasileira das Concessionárias Privadas de Serviços Públicos de Água e Esgoto (Abcon), menciona o PAC 2007-2015, publicações da Agência Brasil e dados publicizados pelo Ministério da Saúde e IBGE.

Quanto à tramitação da PEC 328/2017 no período abarcado por esta pesquisa, foi inicialmente apresentada em 01 de junho de 2017, passou pela conferência de assinaturas e no dia seguinte encaminhada para publicação inicial. Posteriormente, em 09 de junho de 2017 retornou à mesa diretora para ser apensada à PEC 93/2015(propõe a alteração do art. 6º da Constituição, incluindo saneamento básico como direito social)⁴². Em junho de 2017 a CCJC acusou recebimento da PEC e na

⁴²A PEC 93/2015 é de autoria do deputado Raimundo Gomes de Matos - PSDB/CE, e propõe a alteração do art. 6º da Constituição Federal, incluindo saneamento básico como direito social. Esta PEC passou por tramitações durante o período envolvido em nossa análise, contudo não consta em sua

mesma data a proposição de vincular as PECS 328/2017 e 93/2015 foi encaminhada à publicação para a Coordenação de Comissões Permanentes (CCP), sujeita aprovação do plenário. Esta foi a última movimentação até o encerramento do ano de 2018 (BRASIL, 2017j).

. Ainda que tenha apresentado informações relevantes para a pauta que incide em colocar lado a lado as concepções de saneamento básico e saúde, nota-se a ausência de referências em que o tema do saneamento está presente na regulamentação do SUS, como um dos determinantes sociais da saúde e da doença. Vejamos que a Lei 8080/1990 no seu texto indica 12 (doze) vezes a expressão saneamento e que ficou ausente do texto justificativo da PEC (BRASIL, 1990). Na sequência apenas algumas desta dúzia de referências presentes no arcabouço do SUS:

Art. 3º. Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013).

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS: I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): [...] a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; [...]; V - a colaboração na proteção do meio ambiente,

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo [...] X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico.

Em nossa avaliação, o saneamento básico está reiteradamente contemplado como um determinante social das condições de saúde na legislação vigente. Sua necessidade fundamental de implementação no Brasil corresponde a questões basilares de infraestrutura. Porém, o que se destaca não é a óbvia relevância da pauta, tampouco a sua vinculação com a área da saúde, mas a ideia de adensar os gastos públicos de saneamento básico aos da política de saúde. Assim como a PEC 348/2017, a PEC 328/2017 traz uma questão de suma importância para as condições de vida do povo brasileiro, relaciona com as necessidades de saúde, mas objetiva redirecionar os recursos que atualmente estão previstos para o SUS. Isto é, se quer a

ementa e nos textos que tramitaram a relação com os termos (saúde, SUS, Sistema Único de Saúde) de nossa busca. (BRASIL, 2015c).

universalização do saneamento básico com a parcela dos recursos do SUS, que por sua vez encontra-se decrescente garantia orçamentária.

Em outra perspectiva, a **PEC 299/2016** defende a inserção dos direitos sociais nas cláusulas pétreas. A autora deputada Luiza Erundina Partido Socialismo e Liberdade (PSOL)- SP objetiva a inclusão do inciso "V- os direitos sociais declarados nesta Constituição", juntamente com I- a forma federativa de Estado, II- o voto direto, secreto, universal e periódico, III- a separação dos Poderes, IV- os direitos e garantias individuais no artigo 60 da Constituição Federal.

A explicação da autora trata que no Título II da CF consta o conjunto de direitos e garantias fundamentais, sendo que o Capítulo I abrange os direitos e deveres individuais e coletivos e o Capítulo II os direitos sociais. Nessa linha de raciocínio, a Deputada defende "que se trata de duas espécies do mesmo gênero de direitos, os quais, como se reconhece hoje unanimemente, são irrevogáveis. É, assim, juridicamente inválido suprimir direitos fundamentais por via de novas normas constitucionais ou convenções internacionais". De acordo com a justificativa, por "descuido" tal afirmativa não consta como "cláusula pétrea", tal como constam as garantias individuais. (BRASIL, 2016e, p.1-2).

Na mesma data, em 15 de dezembro de 2016, em que a deputada apresentou o texto ao plenário, a PEC 299/2016 passou pelos trâmites comuns de conferência de assinaturas e foi encaminhada à publicação inicial. Em 04 de janeiro de 2017 a PEC foi encaminhada à CCJC, sujeita à apreciação do plenário, sendo que tal procedimento foi encaminhado para publicação em 02 de fevereiro de 2017 e em 01 de maio de 2017 a CCJC acusou recebimento da PEC. A movimentação seguinte, e última até o final de 2018, foi a designação da CCJC do relator deputado Chico Alencar, também do PSOL-RJ (BRASIL, 2016f).

As denominadas cláusulas pétreas estão alocadas na Constituição Federal de 1988 no § 4º, do art. 60, sob os termos de não serem objeto de deliberação qualquer proposta que as tente abolir. Ou seja, as cláusulas pétreas são assim chamadas por estarem fixadas no texto constitucional e não podem sofrer alteração.

É interessante observar que dentre essas cláusulas não estão os direitos sociais e sua inclusão não gerou debate na Câmara dos Deputados. Outrossim, compreendendo a estrutura do Estado brasileiro e suas limitações quanto às garantias sociais, nota-se que por mais que a Constituição de 1988 significou avanços nas

políticas sociais, em especial com a seguridade social, a priorização de garantias inquestionáveis está nos aspectos da formalidade da cidadania e da consolidação das instituições estatais. No contexto de 2016, os debates na Câmara de Deputados que visam avançar na garantia de direitos sociais tendem a seguir no isolamento político.

A **PEC 294/2016**, iniciada pelo deputado Erivelton Santana, do Partido Nacional Ecológico (PEN)- BA sugere deslocar o termo "eficiência" contido no art. 37 da CF, para o segundo lugar, ficando da seguinte forma: "A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, eficiência, impessoalidade, moralidade e publicidade, priorizando o melhor interesse da sociedade [...]" (BRASIL, 2016g, p.1). Atualmente, assim como quando a proposta foi protocolada, o termo está por último, após publicidade. O autor também propôs a inclusão no referido artigo, em continuidade ao texto citado anteriormente, as seguintes palavras: "[...] desde que não comprometa a promoção dos direitos e garantias fundamentais" (*ibidem*, p.1). Por conseguinte, inclui no inciso XXI o texto em destaque:

[...]ressalvados os casos especificados na legislação e sem prejuízo da economicidade, da eficiência e da continuidade, as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta, nos termos da lei, o qual somente permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações. (*ibidem*, p.1)

O deputado justifica sua proposta com o argumento de que a alteração da ordem em que a eficiência entra na priorização da administração pública, implica na promoção dos direitos e garantias fundamentais, à medida que a desburocratização promove ganho de agilidade e, portanto, melhora qualidade do atendimento à população. Refere que com eficiência e economicidade a máquina pública "diminua intervenções ultrapassadas e desnecessárias, abrindo caminho para novos debates, discussões e uma revisão da atuação e influência do Estado no dia-a-dia do cidadão" (*ibidem*, p.2). Consta como referência na justificativa da PEC 294 o art. 3º da Constituição Federal⁴³, que trata da dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil para enfatizar os termos mencionados na PEC.

⁴³ "Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: I - construir uma sociedade livre, justa e solidária; II - garantir o desenvolvimento nacional; III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV - promover o bem de todos, sem

Inicialmente apresentada em 07 de dezembro de 2016, a referida PEC passou no dia seguinte pela mesa diretora para conferência de assinaturas e ainda em 08 de dezembro foi encaminhada à publicação inicial pela CCP. Em seguida, no dia 20 de dezembro de 2016 tramitou à CCJC, que acusou recebimento em 22 de dezembro do mesmo ano. Esta comissão designou como relator o deputado João Campos, do Partido Republicanos (PRB)-GO no dia 19 de maio de 2017. A última tramitação no período de interesse da presente dissertação ocorreu em 31 de agosto de 2017, quando o relator apresentou seu parecer de admissibilidade pela PEC 294/2016 (BRASIL, 2016h).

No documento em que o relator apresenta seu voto, o deputado João Campos seguiu os procedimentos de praxe para avaliação da admissibilidade da PEC e ao final acrescentou sua concepção favorável à proposição, defendendo que o princípio da eficiência, em conjunto com os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade, constitui em um meio importante para a exigência da qualidade dos serviços estatais. Ressalta-se que o relator recorda que tal princípio da eficiência foi acrescido na Constituição Federal em 1998 e faz referência ao doutrinador Hely Lopes Meirelles, o qual já defendia o princípio para que os agentes públicos atuassem com presteza, perfeição e rendimento funcional e não apenas na legalidade (BRASIL, 2017k).

Recordamos que a lógica da “eficiência” foi reiterada como elemento de solução para os serviços e gestão pública nos documentos Uma Ponte Para o Futuro (FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES; PMDB, 2015), Travessia Social (FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES; PMDB, 2016) Um Ajuste Justo (BM, 2017) e Coalizão Saúde Brasil (ICS, 2017).

Ao compasso, tal princípio não aparece isolado de outras significações estratégicas para o Estado. Por exemplo, no documento Uma Ponte para o Futuro (2015), aborda-se juntamente com a necessidade de transparência e responsabilidade na execução e elaboração do orçamento público. Com a mesma autoria, o documento Travessia Social (2016) o conceito de eficiência foi apresentado como uma proposta de desenvolvimento de parcerias público-privadas, com vistas à “estimular aumentos de produtividade e ganhos de eficiência.” (FUNDAÇÃO

preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.”(BRASIL, 1988)

ULLYSSES GUIMARÃES; PMDB, 2016, p. 14). Além disso, o Banco Mundial (2017) é taxativo quando propõe que o Brasil ofereça mais em seus serviços com o mesmo recurso, aprimorando sua gestão, principalmente nas regiões mais empobrecidas.

Na PEC 294/2016 o termo está atrelado à desburocratização do Estado, propondo mais agilidade e celeridade nos serviços que tangem os “direitos fundamentais”, dentre eles o de saúde. A conceituação da eficiência como centralidade de uma PEC, no contexto de sua apresentação, não insinua como algo meramente isolado, mas senão combinados ao que na aparência propõe em melhoria de gestão, tal como os documentos supracitados, que em verdade se aproximada privatização, terceirização e precarização das condições de trabalho.

Em sequência, agora adentrando na correlação entre saúde e poder judiciário, observa-se a **PEC 297/2016**. Apresentada pelo deputado Hiram Gonçalves do Partido Progressistas (PP)-RR em 14 de dezembro de 2016, a PEC propõe que os Tribunais Regionais Federais e Juízes Federais, assim como Tribunais e Juízes dos Estados e Distrito Federal e Territórios (contidos nos incisos III e VII do art. 92 da CF) promovam a "especialização de varas judiciárias para o processo e julgamento de ações que tenham por objeto o direito à saúde pública" (BRASIL, 2016i, p.1).

Na justificativa da proposição, o direito à saúde é reconhecido como direito social e fundamental, relacionado ao direito à vida. O documento refere à importância da promoção, proteção e recuperação da saúde. Ao mesmo tempo, trata do direito à saúde em vistas a "garantir prestações positivas estatais no sentido de conferir eficácia ao objeto assegurado". Diante do que o autor trata de "prerrogativa constitucional indisponível", o Estado é compelido a "criar condições objetivas que possibilitem o efetivo acesso a tal serviço", que por vezes "em razão de indisponibilidade orçamentária e outros motivos não disponibiliza medicamentos, tratamentos e diversos instrumentos que garantem integralmente o direito à saúde" (*ibidem*, p.2). Diante dessa situação, a PEC 297/2016 objetiva que "programam-se os diversos casos de judicialização da saúde, nos quais os cidadãos acionam o Poder Judiciário para efetivar o direito assegurado constitucionalmente." Dessa forma a chamada judicialização da saúde, segundo o proponente, impõe a necessidade de tomada de decisões "mais técnicas", "pautadas em evidências científicas", "para maior uniformidade jurisprudencial ao tema e um controle do Judiciário pela população de demais órgãos" (*ibidem*, p.2).

Consta na justificação da PEC 297/2016 menção à resolução nº 238/16 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que trata do conteúdo supracitado, determinou a criação de Comitês Estaduais de Saúde⁴⁴. O autor da PEC refere à resolução para argumentar que o CNJ apoia a especialização das varas de saúde pública, indicando que já existem Tribunais que a adotaram em sua organização, objetivando na redução “do número de judicialização e dar maior efetividade e celeridade nas demandas referentes ao direito à saúde” (*ibidem*, p.4).

Na mesma data da apresentação inicial da PEC 297/2016 no plenário, em 14 de dezembro de 2016, ela passou pela mesa diretora e para a CCP. Em 22 de dezembro de 2016 foi acusado recebimento da PEC pela CCJC, sendo em 25 de abril de 2017 designado pela comissão o relator deputado Juscelino Filho (DEM-MA). Este deputado apresentou seu parecer em 10 de maio de 2017, o qual foi aprovado na CCJC em 07 de junho do mesmo ano (BRASIL, 2016j). O relatório que consta o parecer do relator, apresenta conteúdos textuais comuns à esse momento da PEC, apenas avaliando e endossando o conteúdo do autor da proposta (BRASIL, 2017l). A tramitação seguinte, última no período que interessa esta pesquisa foi em 31 de agosto de 2017, através do ato do 2º vice-presidente da Câmara de Deputados, naquele momento em exercício da presidência, o deputado André Fufuca (PP-MA) (BRASIL, 2016j).

Identificamos, no item anterior, que a questão da judicialização da saúde foi objeto de discussão nos documentos Agenda Brasil (2015), Um Ajuste Justo (2017) e Coalizão Saúde Brasil (2017). O debate acadêmico em torno da judicialização da saúde também está se ampliando, principalmente a partir dos anos 2000, em observância ao aumento dos casos que chegam à via judicial para garantia do direito à saúde. Uma das linhas de argumentação, que aparenta confluir com o campo de discussão do proponente, afirma que o Judiciário passou a decidir de forma indiscriminada a favor das demandas dos usuários. Isso resultou em “gastos irracionais” para o erário, repercutiu na perda da capacidade dos entes federativos em gerenciar suas compras, em prejuízos à lógica do sistema ao induzir novos gastos e

⁴⁴“Entre suas atribuições compete auxiliar os tribunais na criação de Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS), constituído de profissionais da Saúde, para elaborar pareceres acerca da medicina baseada em evidências” (CNJ, Resolução nº 238/16, *apud* BRASIL, 2016i, p.3).

a criação de um canal de atendimento ao cidadão distinto do previsto pelas políticas públicas vigentes (BORCHIO, REZENDE, ZOCRATTO, 2021, p. 178).

Uma outra linha de discussão argumenta que, na ausência do direito não viabilizado pelas instituições responsáveis, a via judicial torna-se fundamental para a garantia deste direito, tanto de forma individual quanto coletiva. Nesses casos, citamos a sanitarista Fleury (2012), que avalia o processo de judicialização como um aumento da democracia e da inclusão social, como significativo de acesso à informação e conscientização de cidadania.

2.4. Emendas parlamentares individuais no orçamento do SUS

Em nossa pesquisa, as PECs que identificamos sobre as emendas individuais ou parlamentares são as intituladas 364/2017, 352/2017, 369/2017, PEC 274/2016, 403/2018 e 440/2018. Todas propõem alteração no Título VI - Da Tributação e do Orçamento, Capítulo II - Das Finanças Públicas, Seção II - Dos Orçamentos. Podem ser visualizadas conforme abaixo:

Quadro 6- PECs sobre emendas parlamentares individuais no orçamento do SUS

PEC	Assunto
364/2017	Emendas individuais destinadas à manutenção e desenvolvimento do ensino
352/2017	Destinação de recursos de emenda individual ao projeto de lei orçamentária para a educação
369/2017	Ações e serviços públicos de saúde ou na manutenção e desenvolvimento do ensino
403/2018	Facultar a destinação de 10% do valor de emendas parlamentares à oferta de Bolsas Estudantis Universitárias
274/2016	10% do recurso destinado a ações e serviços de segurança pública, voltados ao atendimento e proteção da mulher
440/2018	Incrementar o recurso destinado para ações e serviços públicos de saúde ao FPM.

Fonte: Elaboração própria, a partir do material coletado para esta pesquisa.

Ainda que tenham sido apresentadas por diferentes autores, de partidos políticos distintos, o conteúdo da apresentação inicial dessas PECs possuem bastante semelhança. As seis PECs propõem alteração no art. 166, §9º e 10º, que está letrado da seguinte forma na Constituição Federal de 1988:

Art. 166. Os projetos de lei relativos ao plano plurianual, às diretrizes orçamentárias, ao orçamento anual e aos créditos adicionais serão apreciados pelas duas Casas do Congresso Nacional, na forma do regimento comum.
[...]

§ 9º As emendas individuais ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas no limite de 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que a metade deste percentual será destinada a ações e serviços públicos de saúde. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

§ 10. A execução do montante destinado a ações e serviços públicos de saúde previsto no § 9º, inclusive custeio, será computada para fins do cumprimento do inciso I do § 2º do art. 198, vedada a destinação para pagamento de pessoal ou encargos sociais. (BRASIL, 1988, grifos nossos)

As emendas individuais parlamentares começaram a ter execução orçamentária e financeira obrigatória na Lei de Diretrizes Orçamentárias a partir da EC 86 de 2015, desde então denominadas de orçamento impositivo.

Observamos que todas as 6 (seis) PECs deste item encerraram a sua tramitação até o final do ano de 2018, com a sugestão de que fossem apensadas à PEC 256/2016⁴⁵. Esta proposição não entrou em nossa análise, pois em sua apresentação inicial ela não propõe que a metade do percentual das emendas individuais correspondente ao 1,2% dos projetos da lei orçamentária encaminhada pelo Poder Executivo sejam retirados da área da saúde.

As **PECs 352/2017, 364/2017, 369/2017 e 403/2018** propõem que uma parcela desses 50% dos recursos das emendas individuais, atualmente destinada às ações e serviços públicos de saúde, sejam divididos com a área da educação, em especial para o desenvolvimento do ensino, com exceção da 403/2018, a qual sugere que 10% desse montante seja para bolsas de ensino universitárias. A PEC 352/2017 é de autoria da deputada Professora Marcivania, Partido Comunista do Brasil (PCdoB)-AP, apresentada em 10 de agosto de 2017. A PEC 364/2017 foi proposta pelo deputado Juscelino Filho, Democratas (DEM)- MA, em 27 de setembro de 2017. Enquanto a PEC 369/2017 é de autoria do deputado Carlos Andrade, Partido Humanista da Solidariedade (PHS)- RR, tramitada inicialmente em 17 de outubro de 2017. Por sua vez, a PEC 403/2018, foi proposta à Câmara pelo deputado Moisés Diniz, PCdoB-AC, em 14 de março de 2018 (BRASIL, 2017m; 2017n; 2017o; 2018b). Em razão das similitudes, optamos em apresentá-las em quadro:

⁴⁵ A PEC 256/2016 foi apresentada inicialmente pelo deputado Cabo Sabino (PR-CE) em 02/08/2016

Quadro 7- Síntese das PECs 352/2017, 364/2017, 369/2017 e 403/2018

PEC	Ementa	Síntese a partir da apresentação do(a) proponente
352/2017	Dá nova redação aos parágrafos 9º e 10 do art. 166. Explicação: Trata da <u>destinação de recursos de emenda individual ao projeto de lei orçamentária para a educação.</u>	A autora argumenta que os "serviços [saúde e educação] revelam tantas limitações, afetando diretamente os segmentos mais carentes da sociedade". Defende que a modificação permitirá que os parlamentares destinem os recursos de acordo com as "necessidades e prioridades dos segmentos que representam".
364/2017	Altera a redação do §9º e inclui o parágrafo §10-A, ambos do art. 166 da Constituição Federal para incluir as emendas individuais destinadas à <u>manutenção e desenvolvimento do ensino como parte dos 50% que hoje são obrigatórios exclusivamente para ações e serviços públicos de saúde.</u>	O autor justifica que o texto constitucional deu prioridade à saúde pública, em detrimento das demais áreas, garantindo a ela 50% dos recursos alocados pelos parlamentares. Na sua avaliação, a educação também é um direito fundamental e essencial ao ser humano, por isso demanda por atenção especial na alocação de recursos. O proponente indica que a saúde e educação são as únicas áreas em que a CF impôs ao gestor público gastos anuais mínimos. Em virtude disso, sustenta que a educação também tenha tratamento diferenciado quando se trata de emendas pelos parlamentares.
369/2017	Altera o § 9º do artigo 166 da Constituição Federal para permitir a aplicação de metade do valor destinado às emendas parlamentares individuais em <u>ações e serviços públicos de saúde ou na manutenção e desenvolvimento do ensino.</u>	O autor sustenta essa PEC devido ao baixo investimento para a educação no Brasil. Utiliza-se de dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, que consta que em 2015 o Brasil ficou com a 36ª posição em relação a destinação de recurso para o ensino fundamental e ao ensino médio. Objetiva garantir maior flexibilidade ao orçamento e recursos das emendas, permitindo a sua utilização de acordo com as realidades de cada região do país maximização do bem-estar da população. Ainda coloca que não haveria prejuízo para a saúde pública, uma vez que esse recurso é complementar.
403/2018	Adiciona dispositivo na Constituição Federal para <u>facultar a destinação de 10% do valor das emendas parlamentares, à oferta de Bolsas Estudantis Universitárias.</u>	O autor propõe que 10% do valor total das emendas individuais sejam destinadas à oferta de bolsas estudantis universitárias, sendo que metade deste percentual deve ser para os cursos na área da saúde pública. Assim, o proponente defende que este recurso contabilize como despesa com ações e serviços públicos de saúde, previstas dentro dos 50% dos recursos para emendas parlamentares. O autor faz alusão ao Prouni, como um programa que possibilitou o acesso de jovens ao ensino superior e defende a necessidade de subsidiar políticas públicas que ampliem esse acesso. Coloca como ideal a universidade pública e atribui a falta de vagas pelas limitações do governo em garantir vagas por todas as regiões do país.

Fonte: elaboração própria a partir dos textos em que as PECs foram apresentadas ao Congresso Nacional (BRASIL, 2017p; 2017q; 2017r; 2018c)

As quatro PECs propõem mais flexibilidade no recurso das emendas parlamentares, destinado à saúde, propondo a possibilidade de direcionar uma

parcela desse recurso à educação. Embora as três primeiras proposições acima sugeriram a mesma alteração na Constituição Federal, elas condensam argumentos distintos. A PEC 352/2017 é mais sucinta e contém de forma mais genérica a importância da flexibilidade do recurso. Enquanto a PEC 364/2017 argumenta que não há motivos para que a área da educação seja preterida em relação à área da saúde. Já a PEC 369/2017 é fundamentada na necessidade de uma parcela do recurso das emendas serem relevantes para o desenvolvimento da área da educação no Brasil, ainda que reconheça que no final que o recurso é complementar. Por sua vez, a PEC 403/2018 coloca como uma possibilidade de acesso da população ao ensino superior. Essas PECs tramitaram em períodos próximos e foram adensadas umas às outras.

A PEC 352/2017 foi encaminhada para publicação pela CCP no mesmo dia em que foi apresentada, em 10 de agosto de 2017. No dia seguinte tramitou para conferência de assinaturas pela mesa diretora, sendo que em 17 do mesmo mês a mesa diretora sugeriu que a PEC 352/2017 fosse adensada à PEC 256/2016, sujeita à aprovação do plenário. Em 21 de agosto de 2017 a CCJC acusou recebimento da PEC. As tramitações seguintes ocorreram como sugestões da mesa diretora para que houvesse apensamento à PEC 352/2017 das PECs 364/2017, 369/2017 e 403/2018, respectivamente em 10 de outubro de 2017, 20 de outubro de 2017 e 22 de março de 2018 (BRASIL, 2017m).

Antes da sugestão da PEC 364/2017 ser apensada à 352/2017, ela tramitou em 28 de setembro de 2017 na mesa diretora para conferência de assinatura e na mesma data encaminhada para publicação para a CCP, um dia após a apresentação do deputado proponente. Como vimos, em 10 de outubro de 2017 houve a sugestão de adensamento à PEC 352/2017, sendo que no dia seguinte a CCJC acusou recebimento da proposição. Esta foi a última movimentação da PEC 364/2017 no período de abrangência dessa pesquisa foi a sugestão (BRASIL, 2017n).

No dia seguinte à apresentação da PEC 369/2017, em 18 de outubro de 2017, ela tramitou pela mesa diretora para conferência de assinaturas, sendo que no mesmo dia foi encaminhada à CCP para publicação. No dia 20 de outubro de 2017, a mesa diretora sugeriu que a PEC 369/2017 fosse apensada à 352/2017. A última tramitação no período correspondente à esta pesquisa foi em 24 de agosto de 2017, quando a CCJC acusou recebimento da proposição (BRASIL, 2017o).

Após ser apresentada pelo deputado proponente, a PEC 403/2018, passou no dia seguinte, em 15/03/2018 pela CCP quando foi publicada no DCD. O trâmite seguinte foi no dia posterior, quando passou pela conferência de assinaturas pela mesa diretora. Em 22 de março de 2018 a mesa diretora propôs que a PEC 403/2018 fosse apensada à PEC 352/2017, sujeita a apreciação do plenário. No dia seguinte a CCJC acusou recebimento da proposta e aceitou que efetivasse o adensamento (BRASIL, 2018b).

As PECs 274/2016 e 440/2018 também indicam outro direcionamento para a metade do recurso das emendas parlamentares que é destinado à área da saúde, mas com áreas diferentes. A **PEC 274/2016** sugere que 10% do recurso das emendas individuais, 1,2 % da receita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, quando repassadas no âmbito da União, dos Estados e do Distrito Federal, seja "destinado a ações e serviços de segurança pública, voltados ao atendimento e à proteção da mulher". Mantém-se o restante do 40% para ações e serviços públicos de saúde no âmbito da União, Estados e Distrito Federal e 50% para os municípios. A autora justifica sua proposição os dados alarmantes de casos de violência contra as mulheres. (BRASIL, 2016l)

A PEC 274/2016 foi inicialmente apresentada pela Deputada Gorete Pereira, Partido Liberal (PL-CE), em 09 de novembro de 2016, no dia seguinte tramitou na mesa diretora para conferência de assinaturas e encaminhada para publicação pela CCP no mesmo dia 10 de novembro. Em 14 de novembro de 2016, a mesa diretora sugeriu que a PEC 274/2016 fosse apensada à PEC 256/2016, sujeita à apreciação do plenário. A última tramitação no período correspondente à esta pesquisa foi 17 em novembro de 2016 quando a CCJC acusou recebimento da PEC. (BRASIL, 2016m)

A **PEC 440/2018** preconiza a possibilidade de destinação do recurso das emendas parlamentares, já garantidos 1,2% para ações e serviços públicos de saúde, sejam incrementados em caráter temporário ao Fundo de Participação dos Municípios. Apenas veda a condição para uso de pagamento de pessoal ou encargos sociais. O autor justifica, sucintamente, na possibilidade de permitir aos parlamentos em somar, em caráter eventual, o orçamento do Fundo Municipal Participativo, sem prejuízo de demais rubricas orçamentárias. (BRASIL, 2018d)

O processo de tramitação da PEC 440/2018 iniciou com a apresentação do deputado Reginaldo Lopes, Partido dos Trabalhadores (PT)- MG em 07 de janeiro de 2018. No dia seguinte passou pela mesa diretora para conferência de assinaturas. Em

19 de janeiro de 2018 a mesa diretora sugeriu que a PEC fosse apensada à PEC 256/2017, sujeito à apreciação do plenário. A última tramitação até o final de 2018 foi em 27 de janeiro de 2018, quando a CCJC acusou recebimento da PEC (BRASIL, 2018e).

Em estudo realizado por Vieira (2022), constam informações a serem consideradas sobre as emendas parlamentares para a saúde. Desde a aprovação do orçamento impositivo, houve um aumento expressivo entre os anos de 2015 e 2018 das despesas para as ações e serviços públicos de saúde. O aumento ocorreu em emendas de bancadas e de relator. Por análise proporcional de renda per capita, os municípios menores receberam mais recursos per capita por emenda parlamentar. Contudo, a pesquisa da autora (*ibidem*, p. 2731) revela que “parcela significativa dos recursos não pôde ter a destinação final identificada”, isso ocorre nos três níveis de atenção em saúde em razão da “forma utilizada para registro contábil das despesas que incrementam recursos”, indicado como complexo para que não tem conhecimento técnico na área de orçamento público.

O orçamento impositivo, que direciona aos deputados federais a decisão de 1,2% da previsão dos gastos para o ano subsequente, foi objeto de disputa no Congresso Nacional no período de maio de 2016 a dezembro de 2018 na parcela de 50% prevista para a saúde, quando na tentativa de incluir gastos com a educação ou até em segurança pública. Os deputados alegam as necessidades para essas áreas, num aparente discurso pré-formulado enquanto o orçamento da União para todas essas áreas é cada vez mais reduzido, como percebemos no primeiro capítulo e vamos tratar nas emendas sobre recursos e financiamento do SUS.

Esta amostra da tramitação das emendas parlamentares no período da pesquisa revela uma preocupação com o conjunto dos temas dos direitos sociais, mas por meio de ações particularizados e com justificativas que, além de passarem longe da concretude dos dilemas do povo brasileiro, não fortalecem os princípios de cada um dos direitos sociais tratado na Constituição de 1988. O debate das emendas parlamentares no cenário político é recheado de argumentos contra e a favor, que de acordo com Blume (2017), “por trás de um nome aparentemente neutro, esconde-se um poderoso mecanismo de alocação do dinheiro público – e também de capital eleitoral”. Com efeito, imediatamente o que se visualiza é a correlação imediata entre

o Poder Executivo e Poder Legislativo para manifestação às possibilidades de articulações políticas partidárias e eleitorais com o recurso público.

2.5 Recursos e financiamento do SUS

Neste eixo tratamos das PECs que abordam sobre recursos e financiamento do SUS: 264/2013, 1/2015, 408/2018, 339/2017, 454/2018, 4/2015, 373/2017, 439/2018 e 444/2018. Estas foram subdivididas em quatro blocos, com base em suas características iniciais, no intuito de melhor apresentação. As PECs 339/2017 e 454/2018 tratam da ampliação da destinação de recursos arrecadados em âmbito federal para o Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Posteriormente, apresentamos as PECs 4/2015, 373/2017 e 439/2018, que propõem alterações no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), sobre a retirada escalonada da incidência da desvinculação de receita da DRU e demais destinações ao financiamento de políticas sociais. Em seguida, abordamos as PECs 373/2017 e 439/2018, que sugerem a supressão de itens da EC 95/2016 que interferem nas garantias sociais. Por fim, temos as PECs 264/2013, 1/2015, 408/2018 e 444/2018, que abarcam sobre recursos e investimentos para a área da saúde.

O quadro a seguir resume o assunto das PECs que discorreremos adiante:

Quadro 8- PECs sobre recursos e financiamento do SUS

PEC	Assunto
339/2017	Repasse de recurso ao Fundo de Participação dos Municípios.
454/2018	Repasse de recurso ao Fundo de Participação dos Municípios.
4/2015	Retirada da incidência da DRU sobre a arrecadação das contribuições sociais destinadas seguridade social.
373/2017 e 439/2018-	Exceções para a base de cálculo do congelamento do orçamento público definido pela EC 95/2016.
1/2015	Valores aplicados pela União em ações de serviço de saúde até 18,7%. Saúde +10.
264/2013	Recurso dispensado à saúde relativo às despesas de ordem judicial.
408/2018-	Recurso para a saúde sobre a arrecadação de impostos.
444/2018	Aplicação mínima de 4% da RCL em ações de pesquisa em cada ministério.

Fonte: elaboração própria, a partir do material coletado para esta pesquisa.

A **PEC 339/2017** propõe que o repasse de recursos seja efetivado pela União ao Fundo de Participação dos Municípios a partir do primeiro decêndio do mês de março de cada ano, alterando a alínea e), inciso I, do artigo 159, que prevê o repasse

no "primeiro decêndio do mês de julho de cada ano" (BRASIL, 2017s, p.1. O proponente pauta-se na necessidade do equilíbrio fiscal federativo. Afirma que os municípios têm um papel fundamental na execução das políticas relacionadas à proteção social, entre as quais menciona saúde, a educação, o saneamento e a habitação de interesse social.

Em 29 de junho de 2017 a mesa diretora recebeu a PEC 339/2017 para conferência de assinaturas e em 05 de julho de 2017 sugeriu com sujeição à apreciação do plenário, que a mesma fosse apensada à PEC 183/2015. Sendo que em 21 de dezembro de 2017 a CCJC acusou recebimento e apensou à PEC 183/2015. A última tramitação da PEC 339/2017 no período referente a esta pesquisa ocorreu em 08 de novembro de 2018 quando, dentre outras PECS, as 183/2015 e 339/2017 foram adensadas à PEC 391/17⁴⁶, que trata também dos FMS. (BRASIL, 2021r).

A **PEC 454/2018** foi proposta pelo deputado Alfredo Kaefer, Partido Progressista (PP)-PR. Sua sugestão é de revisão no artigo 159 da Constituição Federal sobre a base de cálculo do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), impondo o repasse de "25% (vinte e cinco por cento) do produto da arrecadação das contribuições sociais sobre a receita ou faturamento e sobre o lucro previstas no art. 195, I, alíneas b e c, ao Fundo de Participação dos Municípios" (BRASIL, 2018f, p.1).

O autor afirma que há disparidade na arrecadação da União, que teve aumento significativo, e repasse aos demais entes federativos, isso se tratando das receitas da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins). De acordo com o proponente, os recursos da arrecadação referente ao Imposto de Renda (IR) e Imposto sobre Produtos (IPI) "são frequentemente utilizados para se fazer política fiscal, por meio de subsídios, o que gera renúncias de receitas que são compartilhadas, o que tem causado impactos negativos nas finanças subnacionais" (*ibidem*, p.2). A situação fiscal dos municípios encontra-se em condição delicada, somando esses elementos mencionados acima com as novas leis federais, que aumentam as obrigações e enrijecimento orçamentário das esferas municipais. O deputado proponente da PEC

⁴⁶É importante explicitar que a PEC 391/2017 tem proveniência do Senado Federal, passando por aprovação na Comissão Especial daquela Casa Legislativa. Em razão disso, nos termos regimentais, tramitou na Câmara de Deputados para Comissão Especial. O senador Raimundo Lira, naquela época do Partido Social Democrático (PSD)- PB foi autor da PEC. (BRASIL, 2021r).

454/2018 coloca que essa realidade prejudica, principalmente, "as políticas relacionadas ao sistema brasileiro de proteção social, entre as quais se incluem a saúde, a educação, o saneamento e a habitação de interesse social" (*ibidem*, p.2). Dessa forma, o deputado defende que o repasse ao Fundo de Participação dos Municípios seja com base em valor atualizado pela inflação oficial (IPCA), mesmo quando houver queda na arrecadação, pois a União possui mais condições de financiar as políticas do sistema de proteção social em situação de recessão econômica.

A PEC 454/2018 tramitou inicialmente no plenário da Câmara dos Deputados quando apresentada pelo proponente em 19 de dezembro de 2018. No dia seguinte passou por conferência de assinaturas pela mesa diretora e na data posterior à mesa propôs, sujeita à apreciação do plenário que fosse apensada à PEC 446/2018, sendo esta a última movimentação no período que nos interessa para esta pesquisa. (BRASIL, 2018g)

Referente à Desvinculação de Receitas da União (DRU), identificamos a **PEC 4/2015**, de autoria do deputado André Figueiredo do Partido Democrático Trabalhista (PDT-CE)

, que propõe a revisão do texto constitucional no trecho das ADCT. O texto inicial da PEC sugere a retirada da incidência da DRU sobre a arrecadação das contribuições sociais destinadas ao financiamento da seguridade social da seguinte forma:

Art. 76. É desvinculado de órgão, fundo ou despesa, até 31 de dezembro de 2019, vinte por cento da arrecadação da União de impostos, contribuições sociais e de intervenção no domínio econômico, já instituídos ou que vierem a ser criados até a referida data, seus adicionais e respectivos acréscimos legais.

§ 1º O disposto no caput não reduzirá a base de cálculo:

I - das transferências a Estados, Distrito Federal e Municípios, na forma dos arts. 153, § 5º, 157, inciso I, 158, incisos I e II, e 159, incisos I, alíneas "a", "b" e "d" e II, da Constituição, bem como a base de cálculo das destinações a que se refere o art. 159, inciso I, alínea "c", da Constituição; II – dos recursos para manutenção e desenvolvimento do ensino de que trata o art. 212 da Constituição.

§ 2º Excetua-se da desvinculação de que trata o caput a arrecadação da contribuição social do salário-educação a que se refere o art. 212, § 5º, da Constituição;

§ 3º Sobre a arrecadação das contribuições sociais de que tratam os incisos I, "a", "b" e "c", II e IV, do art. 195 da Constituição, independentemente da destinação dos recursos, e o inciso III do art. 195, para as parcelas de recursos destinadas legalmente ao financiamento das ações e serviços de saúde, o percentual referido no caput será de:

I - 12,5% (doze inteiros e cinco décimos por cento) no exercício de 2016; II – 5% (cinco por cento) no exercício de 2017; e III – nulo no exercício de 2018.

§ 4º - O disposto nos incisos I, II e III do § 3º aplica-se sobre a arrecadação de outras contribuições sociais que forem constituídas, cujos recursos sejam destinados integralmente ao financiamento das ações e serviços de saúde. (NR) (BRASIL, 2015d, p.1-2)

Em sua justificativa, o proponente discorre que desde a promulgação da Emenda Constitucional (EC) n.º 56, de 2007, conhecida como EC da DRU, ocorreu a desvinculação do percentual de 20% da arrecadação da União referente a impostos, contribuições sociais e de intervenção no domínio econômico de órgão, fundo ou despesa, até 31 de dezembro de 2015. Essa medida impactou em prejuízos ao financiamento de “ações e serviços públicos assistência social” (*ibidem*, p.2). De acordo com o autor da PEC 4/2015, a EC da DRU foi defendida e elogiada pelos setores conservadores como um ganho fiscal. Porém, de acordo com o deputado, os parlamentares têm se empenhado na mitigação dos seus efeitos, que são “perversos sobre as áreas sociais essenciais à população, nas áreas de educação, de saúde, de previdência e de governo [...]” (*ibidem*, p.2-3).

O deputado considera que o parlamento obteve vitórias importantes em relação à DRU, como a promulgação das vitoriosas as ECs 42/2003, 27/2000 e 59/2009. Respectivamente, essas ECs determinaram que os instrumentos da DRU não afetassem os repasses das áreas de educação e saúde. Ao menos nos estados, no Distrito Federal e nos municípios, excetuou a DRU da arrecadação da contribuição social do salário-educação e por fim houve a redução de “20% da DRU para 12,5 %, no exercício de 2009, 5%, no exercício de 2010, e totalmente já no corrente exercício de 2011” (*ibidem*, p. 3). Referenciando-se nesses exemplos, o autor da PEC 4/2015 submete a proposta com a intenção de prorrogar a vigência da DRU até 31 de dezembro de 2019, preservando integralmente o avanço das conquistas anteriores. Ao mesmo tempo, propõe a retirada DRU que se destina ao financiamento da seguridade social, que por sua vez abrange as ações e serviços de previdência, saúde e assistência social (*ibidem*).

Houve um número significativo de tramitações da PEC 4/2015 na Câmara dos Deputados durante o período de interesse dessa pesquisa, inclusive sendo a única que fora transformada em emenda constitucional, a EC 96/2016. Para compreendermos melhor esse movimento, será necessário resgatarmos os elementos essenciais de tramitação desde quando a PEC foi inicialmente apresentada, em 11 de fevereiro de 2015. Isso porque vamos perceber que se trata de uma PEC que

acompanhou o processo de governabilidade do Executivo e sua relação junto à Câmara dos Deputados, principalmente por sua pauta atravessar a questão orçamentária do governo federal. No dia seguinte à sua criação, a PEC 4/2015 passou pela conferência na mesa diretora para conferência de assinaturas e em 25 de fevereiro de 2015 foi encaminhada à CCJC, esta comissão acusou recebimento em 04 de março de 2015. Em 26 de março de 2015 a CCJC designou como relator da PEC o deputado Marcos Rogério, PDT-RO. (BRASIL, 2015e).

Em 06 de maio de 2015, o deputado relator apresentou seu parecer pela admissibilidade da PEC 4/2015, ponderando apenas um aspecto de técnica legislativa “que a ementa da proposta não esclarece adequadamente seu objeto, vício que, por certo, será sanado em momento oportuno, quando da apreciação da matéria em Comissão Especial” (BRASIL, 2015f). Em 19 de maio de 2015, a CCJC devolveu a PEC ao relator. Em 14 de julho de 2015, a mesa diretora propôs o acréscimo da PEC 87/2015, proposta pelo Poder Executivo, à PEC 4/2015, por essa razão, em 17 de julho de 2015, foi devolvida ao relator para avaliação. Novamente, em 15 de outubro de 2015, houve outra proposta de apensamento, dessa vez da PEC 112/2015, de autoria do deputado Benito Gama, Partido Trabalhista Brasileiro (PTB-BA).

O relator discorreu sobre o segundo parecer à CCJC em 22 de outubro de 2015, expondo as PECs 4/2015, 87/2015 e 112/2015. A PEC 87/2015 propôs a alteração do art. 76 da ADCT, com a finalidade de prorrogar a DRU até 31 de dezembro de 2023. Além disso, a PEC 87/2015 sugere as seguintes alterações no texto constitucional vigente à época:

- a) aumenta a porcentagem dos recursos desvinculados para 30% (trinta por cento);
- b) exclui da DRU a arrecadação relativa a impostos;
- c) relativiza a desvinculação das contribuições sociais, deixando clara a priorização do pagamento das despesas do Regime Geral da Previdência Social;
- d) exclui da DRU a arrecadação relativa a adicionais e acréscimos legais às espécies tributárias por ela abrangidas;
- e) inclui na DRU os recursos destinados aos Fundos Constitucionais de Financiamento ao Setor Produtivo das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste;
- f) inclui na DRU as receitas de taxas;
- g) inclui na DRU os recursos relativos às Compensações Financeiras pela Utilização de Recursos Hídricos e Minerais (salvo os recursos federais referentes à participação no resultado da exploração de petróleo ou gás natural, bem como as transferências desses recursos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios). (BRASIL, 2015g, p. 3-4)

A PEC 112/2015 também propõe a alteração do art. 76 da ADCT, que trata da DRU, além da modificação das emendas coletivas ao projeto de lei orçamentária⁴⁷. Quanto à DRU, a PEC 112/2015 sugere as alterações citadas acima da PEC 87/2015, com exceção do aumento da porcentagem dos recursos desvinculados de 30%, mantendo os 20%, e propõe que a prorrogação da DRU seja até 31 de dezembro de 2016 (*ibidem*).

Em seu voto, o relator se pronunciou a favor da admissibilidade das PECs 4/2015, 87/2015 e 112/2015, com a supressão do texto contido nas PECs 87/2015 e 112/2015, que trata dos Fundos Constitucionais de Financiamento ao Setor Produtivo das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. O deputado relator defende que esses Fundos são importantes para o fomento do desenvolvimento regional do país, ademais “são indispensáveis ao equilíbrio entres os entes da federação da brasileira, na medida em que promovem sua autonomia e laboram pela promoção da igualdade entre tais entidades políticas” (*ibidem*, p. 6). O relator Marcos Rogério recorreu ao jurista e cientista político Frances Michel Mouskhely para abordar a importância da descentralização e autonomia constitucional dos entes no Estado Federal. Posteriormente, argumentou que dentre os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil está a redução das desigualdades sociais e regionais, portanto a referida proposta contida nos textos das PECs 87/2015 e 112/2015 sobre Fundos fere este objetivo. (*ibidem*)

Em 27 de outubro de 2015, o segundo relatório do deputado Marcos Rogério sobre a PEC 4/2015 e apensadas foi para a pauta da reunião da CCJC. Na sessão encaminhou-se por vista conjunta aos deputados Arnaldo Faria de Sá, Partido Trabalhista Brasileiro (PTB)- SP, Elmar Nascimento, DEM- BA, Esperidião Amin, Progressistas (PP)- SC, Felipe Maia, DEM- RJ, Rodrigo Pacheco, PMDB- MG, e Wadih Damous (PT- RJ) (BRASIL, 2015e).

⁴⁷ A respeito das emendas parlamentares, a proposta sugere: a) as emendas coletivas serão aprovadas no limite mínimo de 1% (um por cento) da receita corrente líquida prevista no projeto de lei orçamentária enviado pelo Poder Executivo; b) a execução orçamentária e financeira orçamentária, a proposta torna obrigatória a execução da programação orçamentária e financeira relativa às emendas coletivas ao projeto de lei orçamentária, a exemplo do que fez a das emendas coletivas dar-se-á em montante mínimo correspondente a 1% (um por cento) da receita corrente líquida realizada no exercício anterior. a PEC nº 112/2015, permite a redução dos referidos percentuais, se constatado que a reestimativa da receita e da despesa poderá implicar o não cumprimento da meta de resultado fiscal estabelecida na Lei de Diretrizes Orçamentárias.” (BRASIL, 2015g, p. 3)

No dia 03 de novembro de 2015, os deputados Elmar Nascimento e Arnaldo Faria de Sá apresentaram seus votos em separado. O deputado Elmar Nascimento votou pela inadmissibilidade das três PECs, por entender que as proposições sugerem pelo prejuízo de direitos sociais, sendo assim, o Poder Legislativo não tem poder de deliberar a respeito de “emenda constitucional tendente a abolir direitos e garantias individuais” (BRASIL, 2015h). Por sua vez, o deputado Arnaldo Faria de Sá vota que as três PECs são admissíveis, sem inconstitucionalidade. Na mesma data, a CCJC debateu sobre a matéria, que foi suspensa em virtude do encerramento da reunião devido ao início das atividades do Plenário da Câmara dos Deputados⁴⁸.

Os debates em torno das PECs 04/2015, 87/2015 e 112/2015 seguiram na CCJC no dia seguinte, 04 de novembro de 2015. Na mesma data, a deputada Cristiane Brasil (PTB/RJ) apresentou seu voto em separado, sendo favorável à admissibilidade, alegando que não há conflito com a Carta Magna. Após uma série de debates e requerimentos, foi aprovado o parecer do relator, sendo que o resultado final foram 44 (quarenta e quatro) favoráveis, 6 (seis) votos contrários e 7 (sete) obstruções (BRASIL, 2015e).

No dia 10 de novembro de 2015, o presidente do plenário constituiu a Comissão Especial da PEC 4/2015 e as demais proposições adensadas PEC 87/2015 e 112/2015. Em 16 de novembro, foi designado o relator deputado Laudívio Carvalho (PMDB-MG). Em 15 de dezembro de 2015, o deputado Marcelo Aro, Partido Humanista da Solidariedade (PHS- MG), manifestou três requerimentos para a realização de audiências públicas sobre as PECs 4/2015 e 87/2015 (*ibidem*).

A tramitação seguinte ocorreu em 29 de março de 2016, quando o presidente da Comissão Especial, deputado Rodrigo Maia (DEM-RJ) solicitou a prorrogação do prazo, que foi deferida no dia seguinte, para mais 20 sessões, por “ad referendum” do Plenário. Em 27 de abril de 2016, o presidente da Comissão Especial, requisitou outra prorrogação de prazo, sendo novamente deferida por mais 20 sessões por “ad referendum” do Plenário em 03 de maio de 2016 pela mesa diretora (*ibidem*).

Aqui já adentrando propriamente no período de pesquisa indicado em nosso trabalho, quando Michel Temer assumiu interinamente a Presidência da República.

⁴⁸ A reunião ocorrida em 03 de novembro de 2015 na CCJC, assim como as outras sobre as PECs 04/2015, 87/2015 e 112/2015 foram atravessadas por dissensos, tentativas de adiamento da discussão, bem como tentativa de aprovação. Maiores informações podem ser encontradas na ficha de tramitação, disponível em <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=946734> (BRASIL, 2015e).

No dia 23 de maio de 2016, os deputados Ivan Valente (PSOL/SP) e Edmilson Rodrigues (PSOL/PA) apresentaram um requerimento à Comissão Especial para a convocação do Romero Jucá, que ocupava o cargo de Ministro de Estado do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPOG), para prestar esclarecimentos do conteúdo divulgado em matéria da Folha de São Paulo na mesma data. Na justificção, os deputados argumentam:

Como amplamente noticiado, o Sr. Ministro do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão do Governo Michel Temer, Romero Jucá, em áudio divulgado pelo jornal Folha de São Paulo e, posteriormente, amplamente divulgado pelos demais meios de comunicação, sugeriu em março do corrente ano ao ex-presidente da Transpetro Sérgio Machado a existência de um “pacto” para tentar deter o avanço da Operação Lava Jato. Na semana passada, várias foram as matérias divulgadas pela imprensa que afirmaram que o Ministro do Planejamento, Romero Jucá, realizou conversas para discutir as prioridades do governo em exercício de Michel Temer para conter o déficit fiscal, entre elas, a Desvinculação de Receitas da União (DRU). Considerando a estreita relação entre o Ministério do Planejamento e a Emenda Constitucional estudada e votada pela presente Comissão Especial, submetemos respeitosamente o presente Requerimento de Convocação para apreciação desta comissão, ao passo que pugnamos pela aprovação do mesmo. (BRASIL, 2016n, p. 1 e 2)

Na mesma data, o deputado relator Laudívio Carvalho apresentou seu parecer à comissão, que foi para apreciação da Comissão Especial em reunião da Comissão Especial na mesma data. Na ocasião, solicitaram vista conjunta os deputados André Figueiredo (PDT- CE), que foi o primeiro signatário da PEC 4/2015 e Benito Gama (PTB-BA), primeiro signatário da PEC 112/2015, além dos deputados Arnaldo Faria de Sá (PTB- SP), Bacelar (PTN⁴⁹-BA), Carlos Zarattini (PT-SP), Edmilson Rodrigues (PSOL-PA), Marcelo Aro (PHS-MG), Milton Monti (PR-SP), Nilson Leitão (PSDB- MT), Paulo Azi (DEM-BA), Veneziano Vital do Rêgo (PMDB-PB) e Vicentinho Júnior (PSB-TO). (BRASIL, 2015e).

O parecer do deputado Laudívio Carvalho foi apresentado em três partes, como de praxe: relatório, voto de relator e texto substitutivo às PECs analisadas. No relatório, o deputado descreveu as matérias apresentadas originalmente nas PECs 4/2014, 87/2015 e 112/2015. Em seguida descreveu sobre as audiências públicas

⁴⁹ Na época era a sigla do Partido Nacional Trabalhista, que a partir de 16 de maio de 2017 passou a ser chamado de Podemos, utilizando-se da sigla PODE. Disponível em: https://www.justicaeleitoral.jus.br/arquivos/estatuto-podemos-de-19-2-2016-aprovado-em-16-5-2017/rybena_pdf?file=https://www.justicaeleitoral.jus.br/arquivos/estatuto-podemos-de-19-2-2016-aprovado-em-16-5-2017/at_download/file. Acesso em 20 de março de 2022.

realizadas com o então Ministro da Fazenda, Joaquim Levy, no dia 24 de novembro de 2015, e outra realizada no dia 8 de dezembro de 2015, com Nelson Barbosa, que ocupava o cargo de Ministro do Planejamento, Orçamento e Gestão. Ambos, como esperado, defenderam a PEC 87/2015, proposta pelo Poder Executivo, que prorroga a DRU até 2023. Os Ministros alegaram que a DRU é necessária para o equilíbrio fiscal, segundo Joaquim Levy “face ao excessivo engessamento do orçamento provocado pela crescente participação das despesas obrigatórias e das despesas vinculadas na composição do gasto público” (BRASIL, 2016g, p.4). O Ministro Joaquim Levy afirma que a DRU é importante para a flexibilização dos gastos orçamentários, “possibilitando ampliar o montante dos recursos, inclusive, para o financiamento dos investimentos em infraestrutura (PAC)” (*ibidem*). Por fim, o Ministro da Fazenda indicou que a DRU pode ser estendida aos Estados e Municípios através de matéria no substitutivo a ser considerado pelos membros da Comissão Especial. O relator avaliou que a maioria dos deputados membros da comissão manifestou-se de forma favorável à medida fiscal. Na oportunidade, ainda, houve a sugestão que os recursos desvinculados “sejam destinados ao financiamento dos investimentos em infraestrutura, como também para que se retirasse da incidência da DRU a parcela da CIDE- Combustíveis destinada aos Estados e Municípios” (*ibidem*, p.4).

Na audiência com o MPOG, Nelson Barbosa reiterou que a DRU é fundamental para “o Governo ajustar os gastos públicos às restrições impostas pelo ajuste das contas públicas” (*ibidem*). Conforme o registro do relator, o Ministro enfatizou o dilema do alto grau de rigidez orçamentária, expresso pela combinação da “vinculação de receitas com despesas obrigatórias com pessoal e previdência e quase obrigatórias com encargos com os benefícios de prestação continuada (LOAS), além dos benefícios com o programa “bolsa família”” (*ibidem*, p. 5). Nesse aspecto, Nelson Barbosa defendeu que a DRU pode flexibilizar a aplicação de recursos no valor aproximado de R\$ 117 bilhões de reais. Após a fala do Ministro, os deputados membros da comissão proferiram em defesa da DRU com sugestões que foram consideradas no parecer do relator.

Ainda no trecho do relatório, o deputado Laudívio Carvalho apresentou as emendas oferecidas à matéria.

A primeira emenda apresenta texto idêntico ao do art. 1º da PEC nº 112, de 2004, para tornar obrigatória a execução das emendas coletivas ao projeto de lei orçamentária.

A segunda emenda obriga a União transferir 5% dos recursos desvinculados por meio da DRU às entidades beneficentes de assistência social.

A terceira emenda introduz dispositivo na Constituição para desvincular de órgão, fundo ou despesa, até 31 de dezembro de 2023, 30% da arrecadação das receitas públicas realizadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, seus adicionais e respectivos acréscimos legais, preservando as transferências a outros entes federados e as vinculações constitucionais para educação e saúde. (*ibidem*, p. 5-6).

O voto do relator foi subdividido da seguinte forma: por que prorrogar a DRU?; exame da matéria; a DRU e os Gastos Sociais; extensão da medida para os estados, distrito federal e municípios; e conclusão e voto. O primeiro item textual do voto do relator já indica sua inclinação favorável à prorrogação da DRU, para tanto ele recorre à exposição do Ministro Nelson Barbosa, manifestando um apanhado histórico da medida como um mecanismo fiscal⁵⁰ e sustenta que as condições que levaram às prorrogações da DRU permanecem.

De acordo com o relator, a palestra proferida pelo Ministro Nelson Barbosa, “89% das receitas da União têm destinação previamente estabelecida ou na Constituição ou em normas legais” (*ibidem*, p.7). Isso é entendido como um obstáculo para os governantes, bem como para os parlamentares, em relação a alocação dos recursos públicos, como indica o relator:

[...] o apelo ao instituto da vinculação da receita pública é historicamente muito forte entre nós no Congresso Nacional, desde a promulgação da Constituição, na maioria dos casos em resposta a reivindicações de amplos setores da sociedade civil.

Afinal, todos querem proteger os respectivos interesses, só que nem sempre compatíveis com os recursos disponíveis para abrigar todas as igualmente legítimas e meritorias demandas da população por bens e serviços públicos. Se o expediente da vinculação é útil quando se toma cada área isoladamente, resta pouco produtivo na perspectiva do orçamento como um todo, criando barreira de difícil transposição para as autoridades da área econômica que têm a incumbência de conciliar o inconciliável: ajustar os gastos públicos e as demandas setoriais às restrições do orçamento. Assim, o ajuste fiscal acaba apoiando-se em novos aumentos da carga tributária, cujos espaços estão cada vez mais estreitos, ou se restringe a cortes das despesas consideradas flexíveis (discricionárias), em menor proporção na composição do orçamento, entre as quais os investimentos em infraestrutura. (*ibidem*, p.7, grifos nossos)

⁵⁰ “A medida foi criada em 1994, no Governo Itamar Franco, com o nome de Fundo Social de Emergência (FSE), tida à época como indispensável entre os instrumentos fiscais criados para manter a estabilidade da economia. Mais tarde (1996), ela foi prorrogada como Fundo de Estabilização Fiscal – FEF, nomenclatura ajustada ao seu papel no contexto da política fiscal. A partir de 2000, a medida passa a ser conhecida como DRU – Desvinculação de Receitas da União, válida até 31 de dezembro de 2015.” (BRASIL, 2016g, p.6)

Em sequência, argumenta-se em defesa da desvinculação na União e também nos Estados e Municípios, face ao “engessamento” do orçamento público estabelecido na Constituição Federal de 1988 e demais normas que legislam sobre as receitas públicas e em nome do equilíbrio fiscal.

A DRU contribui para ajustar a alocação dos recursos às restrições de caixa do Tesouro Nacional, ao aumentar os recursos ordinários (livres de vinculação) para o pagamento de despesas obrigatórias (gastos de pessoal e previdência) ou politicamente obrigatórias (bolsa-família e os benefícios de prestação continuada de assistência social), e, não menos importante, reduz a necessidade de emissão de novos títulos da dívida pública.

Além do mais, o orçamento da União hospeda mais de 20 Fundos, com diferentes objetivos, alguns deles discutíveis, sendo que grande parte é protegida por recursos vinculados, seja por medida constitucional, seja por meio de norma legal. A DRU permite que parte dos recursos destes Fundos seja realocada se for observado que há ineficiência em sua aplicação por parte da área beneficiada.

Do ponto de vista da gestão do orçamento público, seja na União, ou nos Estados e Municípios, o excesso de vinculações na execução do orçamento contribui para a existência de um esforço fiscal assimétrico entre os diversos órgãos do governo, carência de recursos de um lado para execução de programas importantes, e desincentivos para a obtenção de qualidade e eficiência no gasto público pelos setores protegidos por algum tipo de vinculação. **Tudo isto pode acabar representando uma pressão adicional para novas emissões de títulos da dívida pública.**(*ibidem*, p.7-8, grifos nossos)

No item textual seguinte, componente do tópico do “voto do relator”, intitulado como “exame da matéria”, o deputado afirma seu posicionamento favorável pela prorrogação da DRU até 31 de dezembro de 2019, tal como proposto na PEC 4/2015. O relator justifica pela opção do período de prorrogação pois é também o mesmo tempo em que encerrará o primeiro ano do mandato presencial a ser eleito em 2018. Além disso, o relator coloca que a PEC 112/2015 sugere um período muito curto para prorrogação da DRU, sendo que, no seu entendimento, terá que ser inevitavelmente prorrogada. Já o prazo de prorrogação da DRU apresentado na PEC 87/2015 é refutado pelo relator pois entende que a matéria precisa ser revisada com periodicidade. Em relação ao percentual a ser adotado para a DRU, o autor coloca-se favorável à 30%. Concorda com o parecer emitido na CCJC, que sugere a retirada dos Fundos Constitucionais do Norte (FNO), do Nordeste (FNE) e do Centro-Oeste (FCO) (*ibidem*).

Os primeiros dias do mês de junho de 2016 foram de intensos debates na Câmara dos Deputados sobre a matéria da DRU. No dia 01º a Comissão Especial se reuniu para apreciação do voto do relator, com a presença dos deputados: Arnaldo

Faria de Sá (PTB-SP), Benito Gama (PTB-BA), Edmilson Rodrigues (PSOL-PA), Bacelar (PTN-BA), André Figueiredo (PDT-CE), Nilson Leitão (PSDB-MT), Carlos Zarattini (PT-SP), Veneziano Vital do Rêgo (PMDB-PB), Mauro Pereira (PMDB-RS), Ivan Valente (PSOL-SP), Izalci (PSDB-DF), Milton Monti (PR-SP), Altineu Côrtes (PMDB-RJ) e Rodrigo Maia (DEM-RJ). Os deputados do PSOL, Edmilson Rodrigues e Ivan Valente, apresentaram voto em separado, colocando-se contra as PECs 4, 87 e 112, ambas de 2015. Esses parlamentares argumentam que a DRU fere diretamente a Constituição Federal no que se trata dos direitos sociais básicos. O dep. Laudivido Carvalho apresentou seu parecer com complementação de voto (BRASIL, 2015e).

Em reunião da comissão especial no dia 01 de julho de 2016, os deputados manifestaram suas questões a respeito da DRU, culminando na aprovação de um texto substitutivo, aprovado pela maioria: desvinculam-se 30%, até 31 de dezembro de 2023, da arrecadação da União referente às contribuições sociais (BRASIL, 2016o).

Na madrugada do dia 02 de junho de 2016, em sessão deliberativa extraordinária noturna, a matéria foi para uma extensa discussão, em primeiro turno, no plenário da Câmara. Contabilizou-se em ata a presença de 482 (quatrocentos e oitenta e dois) parlamentares. O texto substitutivo sugerido pela comissão especial da PEC 4/2015 foi aprovado com 334 (trezentos e trinta e quatro) votos favoráveis, 90 (noventa) contrários e 2 (duas) abstenções.

Destacam-se alguns requerimentos solicitados ainda no primeiro turno. A bancada do PDT solicitou que o plenário submetesse à apreciação a proposta inicial da PEC 4/2015. A sugestão foi rejeitada com 91 (noventa e um) votos favoráveis, 308 (trezentos e oito) contrários e 2 (duas) abstenções. A bancada do PSOL propôs que o trecho "às contribuições sociais, sem prejuízo do pagamento das despesas do Regime Geral da Previdência Social" fosse votado em separado. Os deputados somaram 327 (trezentos e vinte e sete) votos a favor do texto na íntegra (advindo da comissão especial), 93 (noventa e três) contra e 2 (duas) abstenções. Outra proposição foi da bancada do PCdoB, que submeteu a separação da expressão "produzindo efeitos a partir de 1º de janeiro de 2016". O plenário manifestou 332 (trezentos e trinta e dois) votos favoráveis à manutenção do texto, 90 (noventa) contrários e 1 (uma) abstenção. (BRASIL, 2016p).

O deputado relator Laudio Carvalho apresentou outro parecer à comissão especial da PEC 4/2015, cujo conteúdo foi para votação no segundo turno no plenário. O parlamentar manteve no texto a DRU até 31 de dezembro de 2023 no montante de 30% para todos os entes federativos e demarca as exceções:

Art. 76-A. São desvinculados de órgão, fundo ou despesa, até 31 de dezembro de 2023, trinta por cento das receitas dos Estados e do Distrito Federal relativas a impostos, taxas e multas, já instituídos ou que vierem a ser criados até a referida data, seus adicionais e respectivos acréscimos legais, e outras receitas correntes. Parágrafo único. Excetuam-se da desvinculação de que trata o caput:

I – recursos destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde e à manutenção e desenvolvimento do ensino de que tratam, respectivamente, os incisos II e III do § 2º do art. 198 e art. 212, da Constituição Federal;

II – receitas que pertencem aos Municípios decorrentes de transferências previstas na Constituição Federal;

III – receitas de contribuições previdenciárias e de assistência à saúde dos servidores;

IV – demais transferências obrigatórias e voluntárias entre entes da Federação com destinação especificada em lei;

V – fundos instituídos pelo Poder Judiciário, pelos Tribunais de Contas, pelo Ministério Público, pelas Defensorias Públicas e pelas Procuradorias-Gerais dos Estados e do Distrito Federal.

Art. 76-B. São desvinculados de órgão, fundo ou despesa, até 31 de dezembro de 2023, trinta por cento das receitas dos Municípios relativas a impostos, taxas e multas, já instituídos ou que vierem a ser criados até a referida data, seus adicionais e respectivos acréscimos legais, e outras receitas correntes. Parágrafo único. Excetuam-se da desvinculação de que trata o caput:

I – recursos destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde e à manutenção e desenvolvimento do ensino de que tratam, respectivamente, os incisos II e III do § 2º do art. 198 e art. 212, da Constituição Federal;

II – receitas de contribuições previdenciárias e de assistência à saúde dos servidores;

III – transferências obrigatórias e voluntárias entre entes da Federação com destinação especificada em lei;

IV – fundos instituídos pelo Tribunal de Contas do Município". (BRASIL, 2016q)

Este texto foi aprovado em sessão deliberativa extraordinária, ocorrida em 08 de junho de 2016, no segundo turno de apreciação da PEC 4/2015. Ressalvados os destaques, foram 340 (trezentos e quarenta) votos favoráveis, 96 (noventa e seis) contrários e 1 (uma) abstenção. Salienta-se o destaque da bancada do PSOL que votou em separado para a inclusão textual: "às contribuições sociais, sem prejuízo do pagamento das despesas do Regime Geral da Previdência Social", constante no caput do art. 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias alterado pelo art. 1º da PEC 4/2015" (BRASIL, 2015e). Seguindo os trâmites legislativos, a PEC 4/2015 passou para apreciação no senado, que aprovou. Sendo assim, em 09 de setembro

de 2016 passou a ser Emenda Constitucional 93/2016, com validade retroativa à janeiro daquele ano.

Em sequência às PECs que identificamos tratar de recursos e financiamento do SUS, as **PECs 373/2017** e **439/2018** são de autoria do parlamentar Pedro Uczai (PT-SC). A PEC 373/2017 sugere a inclusão, no artigo 107, parágrafo 6º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, que versa sobre as exceções para a base de cálculo do congelamento do orçamento público definido pela EC 95. Na proposta do deputado, não deveriam entrar as dotações orçamentárias nas funções educação, saúde e segurança pública (BRASIL, 2017u).

Em ambas as PECs, o autor utiliza-se de idêntica justificação, cujo conteúdo problematiza sobre a EC 95/2016. No que se trata da saúde, o autor discorre:

A saúde pública encontra-se caótica em várias unidades da federação, com problemas que vão da falta de profissionais a insumos para prestação de serviços. Como percebido, a restrição do montante que poderá ser investido nas áreas sociais já se mostra um equívoco em seu primeiro ano de vigência. Sem educação, saúde, segurança pública e a assistência social, qual o futuro podemos prospectar para a nossa juventude? Daí a importância em retirar da nossa Constituição a limitação de investimentos federais na prestação de serviços públicos essenciais para o povo brasileiro. (BRASIL; 2017u, 2018h)

A PEC 373/2017 foi apresentada em 31 de outubro de 2017, passou pela conferência de assinaturas da mesa no dia seguinte e no mesmo dia. Em 21 de novembro de 2017 a mesa encaminhou a proposição para ser apensada à PEC 370/2017. Esta, por sua vez, não entrou no rol dos documentos que incluímos na análise de nossa pesquisa por não constar os termos de busca que definimos. Não obstante, foi uma proposição realizada pelo deputado Reginaldo Lopes (PT- MG), que sugere a supressão dos artigos 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113 e 114 da ADCT da Constituição Federal, extinguindo o teto dos gastos (BRASIL, 2017v).

Igualmente, a PEC 439/2018 defende a supressão dos mesmos artigos. Foi apresentada em 14 de agosto de 2018. Em 22 de agosto de 2018 encaminhada à CCJC, sendo que a última movimentação no período referente à esta pesquisa foi em 07 de novembro de 2018, quando foi designado um relator na CCJC para apreciação da PEC (BRASIL, 2018i).

A **PEC 1/2015** engloba sobre os valores aplicados anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, sugerindo a ampliação escalonada em 15%, 16%, 17%, 18% e 18,7%. Foi inicialmente proposta pelo Deputado Vanderlei Macris (PSDB-

SP) em 05 de fevereiro de 2015. Em sua justificativa, o autor refere às reivindicações populares contra a prestação de serviços públicos de “péssima qualidade”, o que, de acordo com o proponente, evidencia o “subfinanciamento da saúde pública” (BRASIL, 2015j, p.2). Em resposta a isso, o deputado recorda que foi criada uma comissão especial na Câmara dos Deputados, com o objetivo de discutir o financiamento para a área da saúde, que por sua vez, colocou-se favorável à proposta intitulada “Saúde +10”, cujo objetivo e sua aceitação na câmara são explicadas pelo autor da seguinte forma:

incorporou a proposta do chamado “Saúde +10”, que busca destinar 10% da Receita Corrente Bruta para aplicação em ações e serviços públicos de saúde, utilizando o percentual equivalente sobre a Receita Corrente Líquida de 18,7% de forma escalonada em cinco anos. Essa proposta já fora aprovada na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados e aguarda apreciação na Comissão de Constituição e Justiça e Cidadania. (*ibidem*)

O deputado Vanderlei critica o governo como intransponível à demanda social pela ampliação do financiamento para a área da saúde, que propõe um valor muito abaixo do que está sendo reivindicado pelo saúde +10, além de identificar o “Orçamento Impositivo” das emendas parlamentares como um problema para a garantia de orçamento adequado para as necessidades de saúde:

O governo, insensível ao apelo social por maior financiamento da saúde, propõe, na PEC que trata da execução compulsória das emendas parlamentares individuais, conhecida como “Orçamento Impositivo”, destinar apenas 15% da RCL, também de forma escalonada. A diferença entre as propostas é gritante: R\$ 189 bilhões no quinto ano, cumulativamente, após entrar em vigor. O governo federal tem diminuído a cada ano a sua participação relativa no financiamento do Sistema Único de Saúde. No ano de 2000, a União respondia por 59% dos recursos em saúde pública. Mas a insistência em manter o piso da saúde no âmbito da União baseado no gasto do ano anterior acrescido da variação do PIB levou à situação inversa em 2013, elevando a responsabilidade dos Estados/DF e Municípios para 56% do custeio do SUS, enquanto a participação da União caiu para 44% (*ibidem*)

O autor encerra a defesa da sua proposta argumentando que busca avançar no debate, mencionando que “a condução da política de financiamento da saúde no âmbito da União ficou contaminada com a impositividade das emendas parlamentares” (*ibidem*, p.2). Além disso, diferencia que se a proposta que está em curso para o orçamento dos serviços público vigorar, a saúde deverá receber o valor aproximado de R\$ 77 bilhões nos próximos cinco anos. Enquanto a proposta oriunda do “Saúde +10” corresponderia a aproximadamente R\$ 270 bilhões em cinco anos (*ibidem*).

Com conteúdo de oposição à Presidência de Dilma Rousseff e em defesa da pauta encampada por setores heterogêneos “Saúde +10”, a PEC foi iniciada em um período anterior ao 12 de maio de 2016, antes desta data que percorreu pelas tramitações mais importantes. Posteriormente, ela foi ponto de pauta em sessões deliberativas do plenário, contudo, repete-se a informação de que “a matéria não foi apreciada em face do encerramento da sessão” em 17/05/2016, 18/05/2016, 31/05/2016, 01/6/2016, 07/06/2016, 14/06/2016, 28/06/2016, 05/07/2016, 05/07/2016 e 06/07/2016 (*ibidem*, 2015k).

A PEC **1/2015** foi recebida oficialmente pela CCJC em 04 de março de 2015 e posteriormente, no dia 18 do mesmo mês, foi designado o relator Dep. Alceu Moreira (PMDB-RS), que em 07 de maio de 2015 posicionou-se em parecer sucinto pela admissibilidade da PEC. Após tramitar no plenário, institui-se em 17 de agosto de 2015 a comissão especial para a referida PEC. A relatora designada para a comissão foi a deputada Carmen Zanotto (PPS-SC). No dia seguinte, a comissão reuniu-se e instalou o início dos trabalhos definindo a presidência e vice-presidências na comissão: Deputado Geraldo Resende (PMDB-MS), Presidente; Deputado Osmar Terra (PMDB-RS), 1º Vice-Presidente; Deputado Alexandre Serfiotis (PSD-RJ), 2º Vice-Presidente; e Deputado Marcus Pestana (PSDB-MG), 3º Vice-presidente. As tramitações seguintes da PEC ocorrem através dos trabalhos dessa comissão, conforme a relatora descreve em relatório com parecer publicizado em 15 de outubro de 2015 (BRASIL, 2015l).

A relatora introduz o seu parecer afirmando sobre a ameaça do subfinanciamento do SUS:

[...]Esse sistema, que foi instituído com o objetivo de garantir a universalidade e a integralidade das ações e serviços de saúde, num País continental, com população numerosa e realidades totalmente diversificadas, necessita de mais recursos para efetivamente cumprir o seu papel. Desde a sua criação, esforços têm sido feitos para aumentar as receitas da saúde. No entanto, em 27 anos de existência, nunca se conseguiu chegar a um patamar de investimento nem mesmo próximo do ideal. A Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 1, de 2015, representa a possibilidade de abrandar o problema do subfinanciamento do SUS. (BRASIL, 2015l)

A deputada refere que a PEC 1/2015 é fruto de uma ampla reivindicação democrática e relembra a importância da participação social na saúde, reconhecendo que ela é a anterior ao SUS. Faz menção à 8ª Conferência Nacional de Saúde, de

1986 e refere ao processo de mobilização e articulação, que significou no avanço do SUS (*ibidem*). A deputada descreveu que o plano de trabalho da comissão pautou-se na participação social, através da realização de audiências públicas. Foram protocoladas 12 (doze) requisições para realização de audiências públicas:

Quadro 9- Solicitações de audiência pública na Câmara de Deputados referente à PEC 1/2015

Data da requisição	Deputado(a) requerente	Convidado(a)
25 de agosto de 2015	Carmen Zantotto (PPS-SC)	-Arthur Chioro, Ministro da Saúde
25 de agosto de 2015	Carmen Zantotto (PPS-SC)	- Maria do Socorro de Souza, Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS); - Jurandir Frutuoso, Secretário Executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); - Mauro Guimarães Junqueira, Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).
28 de agosto de 2015	Sinval Malheiros (PV-SP) e outros	- Édson Rogatti, Presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo.
28 de agosto de 2015	Alexandre Serfiotis (PSD-RJ)	-CNS; - CONASS; - CONASEMS; -Ronald Ferreira dos Santos, coordenador do Movimento Nacional Defesa da Saúde Pública: Saúde + 10
28 de agosto de 2015	Alexandre Serfiotis (PSD-RJ)	- Fábio Franco Barbosa Fernandes, Subsecretário para Assuntos Econômicos do Ministério da Fazenda; - Manoel Carlos de Castro Pires. Chefe da Assessoria Econômica do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Sr.
31 de agosto de 2015	Deputado Vanderlei Macris (PSDB-SP)	- David Everson Uip, Secretário da Saúde do Estado de São Paulo
31 de agosto de 2015	Deputado Vanderlei Macris (PSDB-SP)	- Carlos Vital Tavares Corrêa Lima, Conselho Federal de Medicina (CFM)
01 de setembro de 2015	Toninho Pinheiro (PP-MG)	- Dilma Rousseff, Presidente da República
01 de setembro e 2015	Vitor Lippi (PSDB-SP)	-Confederação Nacional dos Municípios; - Frente Nacional dos Prefeitos; - União dos Vereadores do Brasil; - União dos Legisladores e Legislativos Estaduais
01 de setembro e 2015	Odorico Monteiro e outro	- Gastão Wagner de Souza Campos, Associação Brasileira de Saúde Coletiva; - Ana Maria Costa, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Lenir Santos, Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

01 de setembro e 2015	Alexandre Serfiotis e outra	-Áquilas Mendes, Doutor Livre-Docente de Economia de Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; - Representante do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); - Antônio Carlos Rosa Junior, Diretor Executivo do Fundo Nacional de Saúde.
01 de setembro e 2015	Alexandre Serfiotis e outros	- Fábio Franco Barbosa Fernandes, Subsecretário para Assuntos Econômicos do Ministério da Fazenda; - Manoel Carlos de Castro Pires, Chefe da Assessoria Econômica do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Fonte: elaboração própria com base em informações do sítio eletrônico da câmara dos deputados (BRASIL, 2015k; 2015l)

Além do número expressivo de solicitações de audiência pública em vista das demais PECs aqui apresentadas, nota-se a heterogeneidade das representações convidadas para debaterem sobre a pauta. Na data de 1 de setembro de 2015, o presidente da Comissão Especial comunicou que o Ministro da Saúde respondeu ao convite para a audiência, afirmando estar impossibilitado de participar em virtude de demais compromissos agendados.

A primeira audiência pública foi realizada em 3 de setembro de 2015, com a presença de Ronald Santos (Conselho Nacional de Saúde e Coordenador do Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública - Saúde + 10), João Gabbardo dos Reis (Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS); e Mauro Guimarães Junqueira (Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS). De acordo com o relatório elaborado pela deputada relatora na ocasião dessa audiência, Ronald Santos contextualizou os presentes sobre o surgimento do Saúde + 10:

[...] ressaltou que o movimento surgiu do que ele denominou de “vitória pela metade” da iniciativa “Primavera da Saúde”, que culminou com a edição da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Essa lei, segundo o expositor, deixou de estabelecer um percentual fixo das receitas da União para a saúde e, por isso, foi necessário continuar a luta contra o subfinanciamento, mediante o Saúde + 10. (BRASIL, 2015l, p; 12)

Ronald enfatizou que o problema de subfinanciamento do SUS precisa ser enfrentado em debates e discussões, não apenas os problemas de gestão. Além disso afirmou que o movimento era do povo e não propriamente do governo ou da oposição.

Ademais, criticou a edição da EC 86/2015, que proporcionalmente significou em menos recursos aplicados para a saúde no ano de 2015 em relação à 2014.

João Gabbardo dos Reis (Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS) apresentou concordância com a fala de Ronald e posicionamento do CNS. Acrescentou que os custos na área da saúde estão em crescimento exponencial “devido ao desenvolvimento de novas tecnologias, medicamentos, do envelhecimento populacional e do processo de judicialização” (*ibidem*, p. 17). Além disso, o Presidente do CONASS ressaltou a situação de crise que o SUS estaria vivenciando naquele momento, realçando a necessidade em estabelecer uma fonte de recursos para a política de saúde, “seja mediante taxaço de grandes fortunas e mudança na regra de restituiço de imposto de renda por pagamento de planos de saúde, seja pela taxaço mais elevada sobre cigarros”(*ibidem*).

A manifestaço de Mauro Guimarães Junqueira (Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS) ocorreu em seguida, ratificando as falas anteriores. Ademais, apresentou dados referente à situaço dos municípios.

Os municípios excederam o piso em R\$ 22 bilhões e os estados, por sua vez, em R\$ 6 bilhões. Afirmou, também, que, há 20 anos, a União contribuía com 75% dos recursos para o financiamento das açoes e serviços de saúde. Em 2014, esse valor era de apenas aproximadamente 42%. Outra questão a que o expositor se ateu foi a de que 75% dos recursos utilizados nas açoes e serviços de saúde eram para pagamento de pessoal. Sugeriu que a Lei de Responsabilidade Fiscal fosse flexibilizada, pois não era possível diminuir a quantidade de recursos humanos em saúde, para o ajuste aos desígnios da lei, em razão da peculiaridade da área, pois, segundo ele, “saúde é gente cuidando de gente” (grifo nosso). O Presidente do CONASEMS acrescentou que a dotaço orçamentária inicial para o Fundo Nacional de Saúde de 2015 foi de 112 bilhões e a de 2016 será de 102 bilhões – com uma sensível reduço de 10 bilhões. (*ibidem*, p;18)

A segunda audiência pública, organizada pela Câmara dos Deputados sobre a PEC 1/2015, ocorreu realizada em 10 de setembro de 2015 e contou com a participação de Sr. Carlos Octávio Ocké Reis, Economista Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e membro da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Ana Maria Costa, Presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); e a Sra. Fabiola Sulpino Vieira, Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental, representando o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

Em sua apresentação, Carlos Octávio Ocké Reis opinou sobre a EC 86/2015, apresentando as problemáticas que a emenda representa em relação à proposta do

Saúde + 10, mas também em relação a EC 29/2000: “[...] em 2014, a União havia investido em ações e serviços de saúde 14,38% da receita corrente líquida e, em 2016, devido à nova regra constitucional, o piso do investimento seria de apenas 13,2%” (*ibidem*). O pesquisador alertou sobre os agravos do cenário de crise acentuados pelo ajuste fiscal. Indicou como alternativa o investimento em políticas sociais, que historicamente apresentam-se como capazes de atuar de forma anticíclica:

Defendeu, assim, a utilização da política de saúde como mitigadora dos efeitos da recessão. Para exemplificar, utilizou-se do modelo do SUS, que, conforme alegou, aumenta o aporte de recursos para inovações tecnológicas; garante emprego; desconcentra renda, pois libera recursos das famílias para o consumo de outros bens e serviços; além de combater a inflação. (*ibidem*, p. 19)

A respeito da PEC 1/2015, o convidado afirmou que o valor equivalente a 10% da receita corrente bruta, tal como a proposta inicial do Saúde + 10, seria superior aos 18,7% previstos na PEC. Além disso, acrescentou que além do percentual fixo, é importante que sejam avaliadas outras fontes de recursos:

mencionou que estudo realizado em parceria com a Receita Federal demonstrou que os gastos indiretos em saúde (advindos de renúncias fiscais relativas ao Imposto de Renda de Pessoa Física, Imposto de Renda da Pessoa Jurídica, indústrias farmacêuticas e hospitais filantrópicos) somavam cerca de R\$ 10,5 bilhões, e que esses recursos poderiam ser mais bem utilizados no aumento da equidade e da eficiência do SUS. (*ibidem*)

O pesquisador também sugeriu outras medidas que podem viabilizar o aumento das fontes de recursos para a saúde:

- 1 – aumento da contribuição social sobre o lucro líquido;
- 2 – instituição de tributo (imposto ou contribuição social) sobre grandes fortunas;
- 3 – estipulação de nova alíquota do Imposto de Renda da Pessoa Física (superior a 27,5%);
- 4 – taxação de lucros e dividendos de empresa, como já o fazem diversos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE);
- 5 – aumento da alíquota do imposto incidente nos bens resultantes de herança ou doação. (*ibidem*, p. 19-20)

Em sequência, proferiu a palavra Ana Maria Costa, que recordou a importância do Cebes junto ao Movimento Sanitária que originou o SUS. A pesquisadora realçou que em 15 (quinze) anos deverá haver a necessidade de pelo menos 37% a mais de investimento em saúde, em razão de diversos fatores, dentre eles o envelhecimento populacional e aumento das doenças crônicas. Em relação ao sistema tributário, a pesquisadora refere que há cerca de 60 (sessenta) milhões de brasileiros vinculados a planos de saúde, que eram beneficiados por renúncia fiscal,

inferindo em um sério desrespeito à Constituição Federal de 1988. Outro problema identificado por Ana Maria Costa em relação ao orçamento do SUS, trata-se da Lei de Responsabilidade Fiscal, que coloca os gestores em uma situação de pouca exequibilidade, considerando que essencialmente a saúde é garantida por profissionais de saúde. Ademais, ao final de sua fala, a expositora criticou a brecha na Constituição Federal, que permite a participação de empresas de capitais estrangeiros na assistência à saúde como uma demonstração da subsunção da questão social à lógica do mercado. (*ibidem*)

A palavra foi passada à Fabiola Sulpino Vieira, que iniciou a sua apresentação manifestando-se criticamente à demora na regulamentação da questão do financiamento da saúde no Brasil. A pesquisadora também criticou a situação dos recursos adicionais aprovados para a saúde (como as emendas parlamentares), estarem incluídos no valor do piso mínimo de investimento para a área da saúde. A convidada também elucidou que a participação da União nos investimentos à saúde vem reduzindo a cada ano, refere que em 2014 investiu-se R\$ 216 bilhões em saúde, mas a maior parte das receitas provinha dos estados e municípios. Fabiola também ressaltou que há a possibilidade de redução de investimento para a saúde com a EC 86/2015, diferente de se fossem mantidos os padrões da EC 29/2000. Com base nas projeções realizadas pelo IPEA, a pesquisadora indicou que os impactos da PEC 1/2015 podem seguir três cenários: receita corrente líquida maior que o PIB, receita corrente líquida igual ao PIB e receita corrente líquida menor que o PIB.

A terceira audiência pública sobre a PEC 1/2015 ocorreu em 17 de setembro de 2015, com a presença de Luiz Soares Koury, médico neurocirurgião, Presidente da Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Beneficentes do Estado do Paraná, representando Edson Rogatti, Presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo e Presidente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas, e José Luiz Dantas Mestrinho, membro da Comissão de Assuntos Políticos do Conselho Federal de Medicina (CFM), representando a Associação Médica Brasileira (AMB). Recorda-se que estes foram convidados sugeridos pelo signatário inicial da PEC, Deputado Vanderlei Macris.

Luiz Soares Koury proferiu sua apresentação sobre a realidade dos hospitais filantrópicos, informou que há no Brasil aproximadamente 6 (seis) mil hospitais, dos quais 1.753 (mil setecentos e cinquenta e três) são filantrópicos. Cerca de 42% das

internações do SUS são realizadas em leitos de hospitais filantrópicos, “e que essas instituições empregam 140 mil médicos, além de criarem mais 480 mil empregos diretos” (*ibidem*, p. 60). Em sequência, o médico abordou sobre a defasagem da tabela do SUS, apresentando informações sobre os reajustes desde o Plano Real, indicando que o da energia elétrica o foi de 962,19% e o gás em 1.025,12%, mas os serviços de saúde foi apenas de 93,66%. Argumentou sobre os custos das instituições filantrópicas e o endividamento:

os custos das filantrópicas chegaram a R\$ 24,7 bilhões, e que as receitas pagas foram de R\$ 14,9 bilhões, perfazendo um déficit de R\$ 9,8 bilhões – dos quais já estão descontados os valores que as instituições usufruíram em isenções. Quanto ao perfil do endividamento dos hospitais filantrópicos, esclareceu que 56,1% da dívida existente foi contraída com o sistema financeiro, 16,9% com fornecedores, 12% com impostos e contribuições, 6,8% com passivo trabalhista e 8,2% com salários atrasados. (*ibidem*, 2015l, p. 22)

José Luiz Dantas Mestrinho realizou a sua fala enaltecendo o movimento Saúde + 10 e a iniciativa do deputado proponente da PEC 1/2015. O palestrante também apontou o problema da redução da participação da União no financiamento da saúde:

[...] em 12 anos (de 2000 a 2012), a União reduziu a sua participação no orçamento da saúde de 59% para 45%. Também acrescentou que os gastos públicos de saúde no Brasil são muito pequenos, se comparados aos de outros países, como o Reino Unido, a França e até mesmo a Argentina, e demonstrou insatisfação com a redução do orçamento da saúde como medida de enfrentamento da crise. [...] ainda mencionou que as etapas do Programa de Aceleração do Crescimento para a saúde haviam fracassado, pois não atingiram as metas. Segundo informou, apenas 26% das ações foram concluídas. Ao final, alertou que o País tem poucos leitos para 1000 habitantes (2,3), número baixo, se comparado à média mundial (2,7), bem como demonstrou uma listagem de perdas para a saúde pública provenientes do subfinanciamento e da consequente má remuneração dos procedimentos. (*ibidem*, p. 23)

Por fim, a quarta audiência foi realizada em 24 de setembro de 2015 e contou com a presença de Goretti Reis, Deputada Estadual de Sergipe, Presidente da Secretaria Especial da Saúde, e Fábila Almeida Richter, Prefeita de Cristal, Rio Grande do Sul, representando a Confederação Nacional dos Municípios (CNM). Na ocasião, a deputada Goretti criticou a EC 86/2015, alertou sobre a alteração em relação as emendas parlamentares para a saúde, que passariam a fazer parte do piso, significando a retirada do gestor a possibilidade de aplicar o dinheiro de acordo com a demanda, enquanto reserva aos parlamentares a possibilidade de decisão sobre o destino de uma parcela desses recursos. Goretti também retratou a judicialização da

saúde como um outro fator dificultador para o planejamento dos recursos. A deputada ratificou as falas apresentadas por demais expositores nas outras audiências sobre a sobrecarga dos municípios em virtude da redução do repasse de recurso da união.

Para demonstrar esse fato, apresentou quadro que deixa claro o aumento dos recursos humanos municipais em saúde, em detrimento dos estados e da União. Ressaltou, ainda, a redução real da participação da União no financiamento ao longo dos anos. Para tanto, informou que o investimento per capita público no ano de 2014 foi de R\$ 1.069,80. Enfatizou, no entanto, que, de 2002 a 2014, esse valor variou em 293,11%. Dessa variação, a parcela federal correspondeu a 221,11% e a estadual e municipal somada representou 371,28%. Ao citar as problemáticas do SUS, deixou claro que o Brasil já tem uma carga tributária de 37% do PIB e que não é viável adicionar mais despesas públicas às já existentes. (*ibidem*, p. 24)

Ao final de sua explanação, Goretti rememorou um levantamento realizado em 2014, pelo Datafolha, encomendado pelo Conselho Federal de Medicina e pela Associação Paulista de Medicina, que buscava revelar a percepção dos brasileiros acerca da saúde e do SUS:

De acordo com os resultados, os serviços públicos e privados de saúde no Brasil são considerados regulares, ruins ou péssimos por 93% da população. Sobre a qualidade dos serviços, 70% dos que buscaram o SUS disseram estar insatisfeitos e atribuíram avaliações que variam de péssimo a regular. O levantamento também mostrou que os principais problemas enfrentados pelo setor incluem filas de espera, acesso aos serviços públicos e gestão de recursos. De acordo com o estudo, a saúde é apontada como a área de maior importância para 87% dos brasileiros. Para 57%, o tema que deve ser tratado como prioridade pelo governo federal. Na opinião de quase 60% dos entrevistados, o SUS não tem recursos suficientes para atender bem a todos, de forma equânime. (*ibidem*, p. 24)

Por fim, a intervenção de Fábila Almeida Richter iniciou ressaltando sobre a responsabilidade pela saúde corresponder a todos os entes federativos, sendo que município que se efetivam os direitos e que ocorre a cobrança da população. Além disso, a palestrante defendeu a necessidade de os investimentos em saúde poderem ser flexíveis, o que seria melhor para o trabalho dos gestores:

Embora a Emenda nº 29, de 2000, e o seu regulamento, a Lei Complementar nº 141, de 2012, tenham trazido inovações importantes para o financiamento da saúde, não previram a vinculação de percentual a ser investido pela União. Acrescentou que, em virtude desse fato, progressivamente o município tem assumido a execução dos Programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde e, mesmo sendo o ente que menos arrecada tributos, compromete cada vez mais as suas receitas com Saúde, aplicando em média 22% (acima dos 15% estabelecidos na Constituição Federal). Consecutivamente, demonstrou, com base nos valores pretéritos investidos em saúde pela União, como o estabelecimento do piso de investimento em 10% da receita corrente bruta traria mais recursos para a saúde. Em 2014, por exemplo, a União aplicou cerca de R\$ 94 bilhões em saúde. Se vigesse a regra dos 10% da receita corrente bruta naquele ano, o valor chegaria a aproximadamente R\$ 137 bilhões. Por fim, recomendou a elaboração de estudos, em função de cenários da Receita Corrente Líquida, para melhor compreensão das potencialidades da PEC nº 1, de 2015. (*ibidem*, p. 25-26)

Nota-se que há consenso nas falas proferidas pelos convidados em relação à garantia do financiamento da União para o SUS, bem como a queixa da recém aprovada EC 86/2015. A relatora Carmem Zanotto, além de apresentar o conteúdo oriundo das audiências públicas em seu parecer, incorpora parte da discussão nos demais elementos textuais. A deputada defende que a “questão do financiamento do SUS tem de ser analisada sob dois prismas: o da quantidade de recursos e o da qualidade do gasto” e que a PEC 1/2015 busca resolver o primeiro problema (*ibidem*, p. 27).

A relatora apresenta também o histórico dos marcos legais para o financiamento do SUS desde sua implementação. Destaca que a partir da EC 29/2000 estabeleceu com mais precisão a participação dos entes federativos no financiamento do SUS, contudo desde então a participação federal vem decrescendo significativamente. Ao finalizar a argumentação, a relatora defende a admissibilidade da PEC 1/2015, contudo recusa seu mérito e apresenta um texto substitutivo:

“[...]”

O disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal será cumprido progressivamente, garantido, no mínimo:

I – quinze por cento da receita corrente líquida no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
 II – dezesseis por cento da receita corrente líquida no segundo exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
 III – dezessete por cento da receita corrente líquida no terceiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
 IV – dezoito por cento da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
 e V – dezoito inteiros e sete décimos por cento da receita corrente líquida no quinto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
 e VI – dezenove inteiros e quatro décimos por cento da receita corrente líquida no sexto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional. [...] (*ibidem*, p. 59)

A deputada Carmen Zanotto apresentou seu primeiro relatório à Comissão Especial em 15 de outubro de 2018 e na ocasião foi solicitada vista conjunta por outros deputados que compunham a comissão. Na data 21 de outubro de 2015, a deputada apresentou seu segundo parecer, que complementa seu voto, incorporando no seu texto a alteração do parágrafo:

§9º do art. 166 da CF/1988, com a intenção de incluir no montante de aplicação das emendas individuais a possibilidade de destinação de recursos aos hospitais universitários públicos e de unidades do sistema penitenciário. Atualmente estas unidades de saúde não são de abrangência direta do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015m).

Posteriormente, a PEC 1/2015 voltou a tramitar no plenário em 24 de fevereiro de 2016, ocasião em que o relatório da Comissão Especial foi debatido. Porém, em face ao encerramento da sessão não foi votada. Retornou ao plenário em 22 de março de 2016, quando foi novamente para debate e aprovada em primeiro turno (BRASIL, 2015k). Como procedimento comum, a proposição retornou à comissão especial para depois tramitar ao plenário, para apreciação em segundo turno.

Em 29 de março de 2016 a relatora apresentou seu parecer, conforme o debate realizado no plenário na discussão do primeiro turno da PEC 1/2015. O texto foi logo aprovado na comissão especial e encaminhado para o segundo turno no plenário. A saber, em seguida a proposta final da PEC 1/2015:

“Art.166 [...]

§ 9º As emendas individuais ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas no limite de 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que, no mínimo, a metade deste percentual será destinada, indistintamente, a ações e serviços públicos de saúde, a hospitais universitários públicos ou a unidades de saúde do sistema penitenciário.

§ 10. A execução do montante destinado a ações e serviços públicos de saúde previsto no § 9º, inclusive custeio, não será computada para fins do cumprimento do inciso I do § 2º do art. 198, vedada a destinação para pagamento de pessoal ou encargos sociais. [...]”(NR)

[...]

“Art.198[...]

§ 2º [...]

I – no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a dezenove inteiros e quatro décimos por cento. [...] §3º [...] V – os demais critérios e normas necessários para apuração dos recursos mínimos de que trata o §2º. [...]§ 7º Fica vedada a aplicação em ações serviços públicos de saúde de montante inferior ao mínimo calculado para o exercício anterior.” (NR)

[...] O disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal será cumprido progressivamente, garantido, no mínimo:

I – quatorze inteiros e oito décimos por cento da receita corrente líquida no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

II – quinze inteiros e cinco décimos por cento da receita corrente líquida no segundo exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

III – dezesseis inteiros e dois décimos por cento da receita corrente líquida no terceiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

IV – dezesseis inteiros e nove décimos por cento da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

V – dezessete inteiros e seis décimos por cento da receita corrente líquida no quinto exercício (BRASIL, 2016r, p. 1-3)

Ocorreu que a PEC 1/2015 não voltou a ser apreciada no plenário da Câmara dos Deputados. Nos registros referente à sua tramitação (BRASIL, 2015k), a matéria não fora apreciada ora em face do encerramento da ordem do dia (04, 11, 13, 28 de

abril de 2016; 03 de maio de 2016), ora por encerramento da sessão (05, 06, 07, 12, 14, 26 de abril de 2016; 04, 10, 17, 18, 31 de maio de 2016; 01, 07, 14, 28 de junho de 2016; 05, 06 de julho de 2016).

Por sua vez, a **PEC 408/2018** foi sugerida em 27 de março de 2018 pela deputada Carmem Zanotto. A proposição acrescenta sobre a disponibilização de recursos para a saúde sobre o produto da arrecadação dos impostos (referentes ao art. 155, 157 e 159). A PEC propõe que os valores apurados devem:

- I – colocados à disposição dos Fundos de Saúde, em contabancária de movimentação exclusiva pelo Fundo;
- II – repassados, em cada mês, até o dia 10 (dez) do mês subsequente, e, em dezembro, dentro do próprio mês;
- III – calculados, no mês de janeiro, em montante não inferior ao do mesmo mês do ano anterior, com ajuste no mês subsequente. (BRASIL, 2018j, p. 1)

Também coloca como crime de responsabilidade no caso de o governador ou prefeito não efetuarem os repasses dentro da forma e prazos definidos. Sua justificativa é pautada na insuficiência de recursos destinados a área da saúde e que a "disponibilização se efetua de forma aleatória e, muitas vezes, depende de fatores de natureza política e partidária" (*ibidem*, p.2) Portanto, sua intencionalidade é vincular automaticamente os recursos aos Fundos de Saúde.

Após a conferência de assinaturas da PEC 408/2018 pela mesa diretora, em 28 de março de 2018, foi encaminhada à CCJC em 10 de abril de 2018. Em 23 de maio de 2018 tramitou à CCJC, que designou como relator o deputado Rubens Pereira Júnior (PCdoB-MA), sendo esta a última movimentação no período abarcado por esta pesquisa.

Já a **PEC 264/2013** refere-se ao recurso dispensado pelos municípios relativo às despesas de ordem judicial para atender às demandas de saúde. O deputado proponente Luiz Fernando Faria (PP-MG) sugere a obrigatoriedade da União e do Estado ou Distrito Federal na participação dessas despesas com a inclusão do parágrafo 7º ao artigo 198 da Constituição Federal com o seguinte texto: “

§ 7º No caso de ocorrer ordem judicial para a realização de despesas de compra de medicamentos, despesas médicas hospitalares e de internação a serem custeados pelos municípios, a União obrigatoriamente participará com 75% (setenta e cinco por cento) do valor e o Estado de origem da ação ou Distrito Federal, participará com 25% (vinte e cinco por cento) do custeio.” (BRASIL, 2013b, p.1).

A justificativa do autor é pautada no aumento das ações judiciais particulares, que têm obrigado os municípios a custear as despesas de saúde que não são ofertadas inicialmente pelo SUS, principalmente no que refere à medicamentos, despesas médicas e internações hospitalares. Tal situação, de acordo com o deputado, cria “despesas não previstas em orçamento, que na maioria das vezes, desfalcam o orçamento municipal, superando até mesmo o limite de gastos obrigatórios com a saúde” (*ibidem*, p.2). Portanto, sua proposta é de equilibrar o comprometimento financeiro entre os entes federativos.

A PEC 264/2013 foi apresentada à Câmara dos Deputados em 21 de maio de 2013. Em 27 de maio encaminhada à CCJC, sendo que em 21 de agosto de 2013 foi designado como relator o deputado Nazareno Fonteles (PT-PI). Em 25 de março de 2014 foi devolvida pela CCJC sem manifestação. Somente no ano seguinte, em 30 de setembro de 2015, a CCJC designou outro relator, dessa vez o deputado Rodrigo Pacheco (PMDB-MG). Logo em seguida, em 06 de outubro de 2015, o relator emitiu parecer pela admissibilidade da proposta. Em 10 de novembro de 2015 a matéria voltou para debate na CCJC, sendo aprovado o parecer do relator com dois votos contrários. Dentro do período de abrangência desta pesquisa, a única tramitação que movimentou a PEC 264/2013 foi a criação da Comissão Especial, no dia 12 de julho de 2016. (BRASIL, 2013c).

O conteúdo desta PEC, que não quer onerar as municipalidades com a judicialização da saúde, não sustenta ou reafirma a diretriz da integralidade do SUS prevista no artigo 198 da Constituição. Ao pretender fazer uma espécie de regulamentação dos custos da judicialização em saúde, o legislador não se atém na defesa da integralidade do SUS, não provoca os gestores das três esferas de governo para que organizem os serviços de modo a atender todas as necessidades de saúde e nem observa o quanto o complexo econômico da saúde produz judicialização como uma estratégia para acessar o fundo público.

Por fim, temos a **PEC 444/2018**, que propõe a aplicação mínima de 4% da receita corrente líquida em ações de pesquisa, desenvolvimento e inovação em todos os ministérios, além de proibir o contingenciamento do orçamento de programas de pesquisa, desenvolvimento e inovação. A proposta foi realizada pelo deputado Juscelino Filho (DEM-MA) em 20 de novembro de 2018. O autor justifica-se na necessidade de competição ao mercado internacional, dessa forma o desenvolvimento tecnológico apresenta-se como imprescindível. O deputado

identifica a negligência nesta área no que refere como “países em desenvolvimento”, ilustrando com informações sobre o índice de Inovação Global e da revista Nature (BRASIL, 2018n). Esta PEC foi apensada à 359/2017 em 27 de novembro de 2018, no dia seguinte recebida pela CCJC, sem mais movimentações pertinentes ao período abarcado nesta pesquisa.

Observamos que quando o enfoque das PECs é sobre financiamento para a área da saúde, houveram distintos ângulos de proposições e disputas na Câmara dos Deputados no período de 12 de maio de 2016 a 31 de dezembro de 2018. A demanda por mais recursos para a área aparenta ser um lugar-comum entre as proposições e seus diversos sujeitos políticos. Em perspectiva mais atenta, entretanto, nota-se que há concepções distintas que se apresentam não só na fonte de arrecadação e financiamento, mas também no seu próprio direcionamento.

Estes itens sobre o financiamento e a composição do orçamento do SUS, revelam o peso, a importância e as tensões em relação ao tema que estruturalmente o SUS vem sofrendo desde o seu texto de regulamentação, quando o presidente Collor de Mello vetou os artigos que diziam respeito a este conteúdo na regulamentação da lei 8080/1990.

A maioria das PECs destacadas neste item foram apresentadas por um campo político relativamente progressista, mas sofrerem inferências do campo conservador e privatista dos serviços de saúde. A única PEC aqui analisada que se transformou em lei, foi a PEC 4/2015, atualmente EC 93/2016, que integra o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Seu objetivo é prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelece a desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Dessa forma a EC 93/2016 se concretiza em prejuízos para os direitos sociais.

Destaca-se também o movimento Saúde + 10, expresso na PEC 1/2015. Tratou-se de um movimento social importante para ampliar os recursos que a União deve destinar ao SUS, o que se tivesse vingado, teríamos o dobro de recursos da União investidos em saúde, aqui sem considerar a existência da EC 95/2016. No entanto, o movimento Saúde + 10, é uma expressão de que este campo mais progressista de defesa do SUS, articulou lutas e movimentos em defesa de mais recursos para saúde em parceria com o setor privado da saúde, em especial com o empresariado filantrópico, sem fazer uma defesa ampla e sustentada de que os

recursos públicos deveriam ser aplicados exclusivamente em serviços próprios do SUS.

3. Considerações finais

A formulação do SUS é anterior à Constituição Federal de 1988. Ao mesmo tempo, é inegável que a promulgação da síntese da constituinte na “reabertura democrática” eleva a insígnia de saúde pública a um patamar sem precedentes na história do povo brasileiro. O SUS, portanto, é tanto produto quanto impulsionador do cenário político, econômico e social reconhecido como “Nova República” no capitalismo dependente do Brasil.

Ao analisar o período de transição do fim do regime militar para a Nova República, Florestan Fernandes (1985) reflete sobre os aspectos de continuidade e de metamorfoses da burguesia nativa em relação ao movimento do capital internacional. O Estado autocrático burguês, como constituinte do capitalismo dependente brasileiro, atravessou pelas as contradições das lutas de classes e das correlações de forças internas e externas, se adaptando organicamente a quem o domina, com rupturas e continuidades. Ao longo dos seus mais de 30 anos, o SUS é absorvido dessa configuração, desde os embriões do movimento sanitário até a sua mais complexa execução.

Percebemos que as nuances em torno dos horizontes estratégicos do SUS circulavam, principalmente, em torno do projeto médico assistencial privatista e reforma sanitária. Nos anos 2000, nota-se também a disputa em torno do projeto denominado como reforma sanitária flexibilizada. Já em meados do decênio de 2010, observa-se que há uma radicalização próxima ao projeto médio assistencial privatista, que acentua-se no cenário de *Impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff e segue nos anos seguintes em um contínuo desfinanciamento das políticas sociais.

As Propostas de Emendas Constitucionais (PECs) para o SUS estudadas nesta pesquisa, apresentam características heterogêneas no que se refere aos seus conteúdos, embora tratem diretamente de propostas que impactam nas normativas, fundamentos, nos princípios, na operacionalização dos serviços e no financiamento do SUS. Para fins analíticos, as proposições foram agrupadas por proximidade de conteúdo: valorização da carreira de profissionais do SUS, concepção de saúde e ordenamento do SUS, emendas parlamentares individuais no orçamento do SUS e financiamento e desfinanciamento do SUS.

Nas PECs que tratam sobre a valorização da carreira de profissionais do SUS, contraditoriamente, identificamos o corporativismo dentre os profissionais médicos, o clientelismo no que se refere à necessária regulamentação e justiça salarial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e Agentes de Combate às Endemias (ACEs). A proposta de estatização dos profissionais do SAMU apresenta-se desarticulada do dilema estrutural da administração desse setor por Organizações Sociais na maioria dos Estados brasileiros. Em todas as PECs percebe-se a ausência das referências das construções históricas sobre o plano de cargos e carreiras para o SUS.

Da mesma forma, as PECs que abordam sobre concepção de saúde e ordenamento do SUS, não se vinculam às elaborações historicamente defendidas pelo Movimento da Reforma Sanitária ou de maneira a compreender o SUS em seu aspecto unificado. Em contexto de desfinanciamento, de aprofundamento das privatizações, essas PECs ficaram isoladas, enquanto estruturalmente o SUS enfraquece.

O orçamento, financiamento e recursos para o SUS estão dentre as mais numerosas e expressivas tramitações durante o período analisado. Isso torna-se evidente quando adentramos nas PECs que abordam emendas parlamentares individuais no orçamento do SUS e financiamento. É interessante destacar que observamos o reconhecimento generalizado do déficit de recurso para a política de saúde nessas PECs. Contudo, a disputa se estabelece sobre como deverá ser direcionado o pouco recurso, ou ainda, para qual ente federativo este recurso deve chegar.

Em maioria, são propostas que não deixam de se vincular às agendas que apresentamos no primeiro capítulo: Um Ajusto e das produções como a Agenda Brasil, Uma Ponte para o Futuro e Travessia Social. Ainda que as PECs retratadas nesta pesquisa, bem como seus proponentes e defensores não componham um bloco monolítico, observa-se que o Poder Legislativo representa hegemonicamente um bloco de poder que historicamente condensa interesses oligárquicos e burgueses. O clientelismo herdado da oligarquia agrária colonial e que se modernizou pela razão capitalista industrial, se manifesta nitidamente nos debates em torno da saúde pública no Congresso Nacional. Agora, se atualiza pela perspectiva gerencialista enquanto captura os recursos do fundo público.

A perspectiva da PEC que visa priorizar a eficiência como solução para os dilemas de saúde e por conseguinte, as PECs que ainda reconhecem os dilemas da saúde em seu desfinanciamento, mas que insistem em disputar a fatia dos recursos do SUS para seus interesses corporativos, correspondem ao já tradicional modelo médico assistencial-privatista. Esta tendência, por sua vez, aprofunda-se junto à precarização e ao contínuo sucateamento do SUS, conforme os avanços do Reforma Sanitária, acentuado pelo contexto social, econômico e político de 2016. Nota-se também uma relativa preponderância em propostas que podem encaixar-se no espectro da reforma sanitária flexibilizada, tal como a PEC que abarca o Movimento Saúde +10 ou até mesmo a PEC do Saneamento Básico e Cuidados de Longa Permanência.

Florestan Fernandes (1987) sintetizou o percurso da formação sócio-histórica do Brasil com algumas características importantes⁵¹, ressaltamos aqui a dissociação pragmática entre capitalismo e democracia e a drenagem para o exterior de significativa parcela do excedente econômico nacional. A disputa em torno das PECs, da fatia do recurso das emendas parlamentares não se diferencia da tradição coronelista, quando se busca privilegiar as suas bases de apoio.

O bloco de poder dominante, hegemonicamente composto pela burguesia nacional, atrelada aos interesses imperialistas, estão certamente expressos nas disputas do SUS. O sucateamento da saúde pública brasileira se intensifica, enquanto se fortalece o mercado da saúde, o capital financeiro e demais mecanismos que visam a garantia da taxa de lucro do capital internacional. Notamos que a classe dominante é arrebatadora quando necessária:

A sua inflexibilidade e a sua decisão para empregar a violência institucionalizada na defesa de **interesses materiais privados**, de fins **políticos particularistas**; e sua coragem de identificar-se com formas autocráticas de autodefesa e de autoprivilegiamento. O “nacionalismo burguês” enceta assim um último giro, fundindo a república parlamentar com o fascismo. (FERNANDES, 2005, p. 345, grifos originais)

O “nacionalismo burguês” se vale no Câmara dos Deputados Federais, quando necessário, de disputar entre si da pequena parcela que pode ser destinada para a

⁵¹ Dissociação pragmática entre capitalismo e democracia; a extrema concentração da riqueza; a drenagem para o exterior de significativa parcela do excedente econômico nacional; a persistência de formas pré-capitalistas de trabalho e a depressão do valor do trabalho assalariado (FERNANDES, 1987, p. 346).

saúde, referente às Emendas Parlamentares, para dividir com a educação, política também precarizada. Seus interesses particularistas não consideram confrontar os principais ataques às políticas de saúde e educação com a Desvinculação de Receitas da União, Lei de Responsabilidade Fiscal e com os Ajustes Fiscais. Se esquivam de considerar as possibilidades indicadas para “equilibrar” as contas públicas, como a taxação de grandes fortunas ou revisão nas regras de impostos para grandes empresas.

Compreendendo a formação complexa das instituições democráticas no Estado brasileiro, ressalvadas as distintas possibilidades de polos políticos no Congresso Nacional brasileiro, cabe registrar que o Poder Legislativo apresentou pouca conexão com o conhecimento na área de sociais, humanas e mesmo no campo da saúde pública. As PECs analisadas raramente continham argumentações baseadas em estudos científicos e em pesquisas que da área de saúde pública, que certamente não são escassas. Pode-se dizer que, em relação as PECs investigadas de maio de 2016 à dezembro de 2018, o debate amplo no Congresso Nacional sobre o SUS se distancia da sua magnitude, construída por profissionais e pesquisadores da área.

Por outro lado, em observância às pesquisas acadêmicas, embora haja significativos e importantes publicações de pesquisas sobre as medidas legislativas que inferem no financiamento do SUS, há indícios de poucos estudos na área da saúde sobre o processo legislativo e Congresso Nacional em interface ao SUS.

Para além do aspecto acadêmico-científico, outra consideração que merece destaque, é a quase ausência - quando não a completa falta – da menção, correlação ou ponderação em relação às Lei 8080/1990 e Lei 8142/1990, assim como as demais normativas e resoluções que balizam o SUS nacionalmente.

Tecemos essas observações com a percepção de que são preliminares, com limitações que nos acompanharam no percurso desse trabalho. Ao mesmo tempo, as possibilidades de aprofundar sobre os eixos apresentados, sobre as perspectivas aqui trabalhadas, bem como o conteúdo advindo em cada PEC, estão sendo compreendidas como um saldo dessa pesquisa.

Dentre as 24 (vinte e quatro) PECs analisadas, no período de abrangência desta pesquisa, apenas uma delas tornou-se efetivamente emenda constitucional. Isto não significa que as demais propostas não possam voltar a tramitar na Câmara dos Deputados. Percebemos que conforme a correlação de forças, as proposições

avançam, recuam ou paralisam. Dessa forma, persiste a indicação de acompanhamento e análise em futuras pesquisas das proposições que surgem na “Casa do Povo”.

Compreende-se que a esfera legislativa é um dos espaços de disputa do SUS, mas para além disso, tal como a própria composição do SUS, não se restringe à Câmara dos Deputados Federais, do Senado Federal ou do Poder Executivo. Tratamos de perceber, inclusive, que a esfera Estatal se enreda com a complexidade da luta de classes do capitalismo dependente. O SUS é fruto de um movimento social que surgiu antes de se consolidar na Constituição Federal de 1988, portanto, a sua defesa e avanço não pode passar ao largo da persistente luta do Movimento da Reforma Sanitária, com seus princípios e estratégias em defesa da saúde pública, gratuita, sob gestão estatal, de qualidade, universal e com efetivo controle popular.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Listas de ingredientes ativos com uso autorizado e banidos no Brasil. Anvisa, 20 jan. 2017
- AGÊNCIA SENADO. A 'Agenda Brasil' sugerida por Renan Calheiros. Agência Senado, 2015. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2015/08/20/veja-a-lista-completa-e-atualizada-das-propostas-da-agenda-brasil>. Acesso em 01 de jul. de 2022.
- ALENCAR, T. de O. S. A. *et al.* Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise política de sua origem, seus desdobramentos e inflexões. Saúde Debate, Rio De Janeiro, v. 42, Número Especial 2, p. 159-172, out. 2018
- ALMEIDA, L. F. R. DE. Entre o nacional e o neonacional-desenvolvimentismo: poder político e classes sociais no Brasil contemporâneo. Serviço Social & Sociedade, n. 112, p. 689–710, 2012.
- AMARAL, M. Jabuti não sobe em árvore: como o MBL se tronou líder das manifestações pelo impeachment. *In: JINKINGS, Ivana; DORIA, Kim; CLETO, Murilo (org.). Por que gritamos golpe? : para entender o impeachment e a crise política no Brasil.* São Paulo, SP: Boitempo, 2016.
- AMARAL, N. C. Com a PEC 241/55 (EC 95) haverá prioridade para cumprir as metas do PNE (2014-2024)? Revista Brasileira de Educação, v. 22, n. 71, p. 2014–2024, 2017.
- ANDREAZZI, M. de F. S. de. Os planos de saúde e as ameaças ao sistema de saúde brasileiro na atualidade. *In: BRAVO, Maria Inês S; MENEZES, Juliana S. B. de (orgs.). A Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização.* Rio de Janeiro: UERJ, 2014. p. 53-60.
- ANTUNES, R. O Continente do Labor. São Paulo, SP: Boitempo, 2011.
- ANTUNES, R. O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo, SP: Boitempo, 2018. [recurso digital]
- AROUCA, S.. Democracia é Saúde. *In: BRASIL. Ministério da Saúde. Discurso em Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.* Brasília, 1987. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em 03 jul. 2018.
- BANCO MUNDIAL (BM). Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Brasília: BM; 2017.
- BATISTA JÚNIOR, F. Políticas de Saúde no Sistema Único de Saúde. *In: BRAVO, Maria Inês S.; MENEZES, J. S. B. de (orgs.). A Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização.* Rio de Janeiro: UERJ, 2014. p. 20-23

BECKER, C. *et al.* Manifestações e votos sobre *impeachment* de Dilma Rousseff na primeira página de jornais brasileiros. *Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación*, v. 13, n. 24, p. 96–113, 2016.

BEHRING, E. R. *Brasil em Contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2008

BELLO, E; CAPELA, G.; KELLER, R. J. Operação Lava Jato : ideologia , narrativa e (re) articulação da hegemonia. *Revista Direito e Práx.*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1645–1678, 2021.

BLUME, B. A.. Emendas parlamentares: o que são e por que são polêmicas? *Politize*. Publicado em 12/06/2017. Disponível <https://www.politize.com.br/emendas-parlamentares/> Acesso em 28 jul 2022.

BOITEMPO. Cronologia do golpe. Blog. 2016. Disponível em: <<https://blogdaboitempo.com.br/cronologia-do-golpe/>>. Acesso em 4 de out. de 2019.

BOITO JR, A. A burguesia no governo Lula. *Crítica Marxista*, Rio de Janeiro, Editora Revan, nº 21, p. 52-76, 2005.

BOITO, Armando. Por que foi fraca a resistência ao golpe no Brasil?. *O Comuneiro*, revista electrónica, nº 25, set. 2017. Disponível em: <http://www.ocomuneiro.com/nr25_10_ArmandoBoito.html>. Acesso em 19 de mai. de 2022.

BORCHIO, F. D. D.; REZENDE, M.C. B.; ZOCRATT, K. B. F. Z. Direito à saúde, racionalidade e judicialização: uma revisão integrativa da literaturade. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.*, Brasília, 10(4): out./dez., 2021.

BORON, A. Crise das democracias e os movimentos sociais na América Latina: notas para uma discussão. *In: CASTELO, Rodrigo (org.)*. *Encruzilhadas da América Latina no século XXI*. Rio de Janeiro: Pães e Rosas, 2010.

BOSCHETTI, I.; SALVADOR, E. O Financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período 1999 a 2004: Quem Paga a Conta? *In: Mota, Ana Elizabete [et al.] (orgs)*. *Serviço social e saúde*. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 49-72

BRAGA, I. F.. *Empresariado e Políticas Públicas de Saúde no Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

BRAGA, R.. O fim do lulismo. *In: JINKINGS, Ivana; DORIA, Kim; CLETO, Murilo (org.)*. *Por que gritamos golpe? para entender o impeachment e a crise política no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2016.

BRASIL Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2017a

BRASIL. Câmara de Deputados. Tramitação da PEC 290/2016. Brasília: Câmara dos Deputados, 2016f. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=500843>>. Acesso em 05 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados Tramitação da PEC 364/2017. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017n. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2153239>. Acesso em 12 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados Tramitação da PEC 369/2017 . Brasília: Câmara dos Deputados, 2017o. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2156527>. Acesso em 12 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados Tramitação da PEC 403/2018. Brasília: Câmara dos Deputados, 2018b. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2169348>. Acesso em 12 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados Tramitação da PEC nº 274/2016. Brasília: Câmara dos Deputados, 2016m. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2120393>. Acesso em 12 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação da PEC 290/2016. Brasília: Câmara dos Deputados, 2016d. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1514393&filename=Tramitacao-PEC+290/2016 Acesso em 05 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação da PEC 294/2016. Brasília: Câmara dos Deputados, 2016g. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node0xe41scgvynzxul2thxi707or35820829.node0?codteor=1515395&filename=Tramitacao-PEC+294/2016. Acesso em 11 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos deputados. Apresentação da PEC 348/2017. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017h. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node0131wyskofk936ef353ea0514v8108943.node0?codteor=1579204&filename=Tramitacao-PEC+348/2017>. Acesso em 10 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação da PEC 352/2017. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017p. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1584876&filename=Tramitacao-PEC+352/2017. Acesso em 12. de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação da PEC 364/2017. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017q. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1602582&filename=Tramitacao-PEC+364/2017. Acesso em 12. de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação da PEC 369/2017. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017r. Disponível

em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1610392&filename=Tramitacao-PEC+369/2017. Acesso em 12. de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação da PEC 403/2018. Brasília: Câmara dos Deputados, 2018c. Disponível

em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1644103&filename=Tramitacao-PEC+403/2018. Acesso em 12. de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação da PEC 93/2015. Brasília: Câmara dos Deputados, 2015c. Disponível em::

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1362024&filename=Tramitacao-PEC+93/2015. Acesso em 11 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação da PEC n. 274/2016. Brasília: Câmara dos Deputados, 2016l. Disponível

em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1506572&filename=Tramitacao-PEC+274/2016. Acesso em 12 de jul. de 2022

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação da PEC n. 297/2016. Brasília: Câmara dos Deputados. 2016i. Disponível

em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node0p0ccwzuu965rwnyofvco87wy37904704.node0?codteor=1517313&filename=Tramitacao-PEC+297/2016. Acesso em 12 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação da PEC nº 4/2015. Brasília: Câmara dos Deputados, 2015d. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1300563&filename=Tramitacao-PEC+4/2015. Acesso em 14 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação da PEC nº 4/2015. Brasília: Câmara dos Deputados, 2015j. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1298081&filename=Tramitacao-PEC+1/2015. Acesso em 15 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação da PEC nº 440/2018. Brasília: Câmara dos Deputados, 2018d. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1691133&filename=Tramitacao-PEC+440/2018. Acesso em 13 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação da PEC Nº 454/2018. Brasília: Câmara dos Deputados, 2018f. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1700727&filename=Tramitacao-PEC+453/2018. Acesso em: 13 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação da Proposta de Emenda à Constituição n. 328/2017. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017g. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node0154b7p7mvf991h381gat3zkxt35119337.node0?codteor=1565568&filename=Tramitacao-PEC+328/2017. Acesso em: 11 de jul. de 2022

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação da proposta de redação para o 2º turno de discussão e votação da PEC 5/2015. Brasília: Câmara dos Deputados, 2016q. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node01jceeofsgz73z81kaim6z5q861037864.node0?codteor=1462737&filename=Tramitacao-PEC+4/2015. Acesso em 14 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação de voto em separado nº1, PEC nº 4/2015, CCJC. Brasília: Câmara dos Deputados, 2015h. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node0auignp3x8g15y8qgwgda3py053151063.node0?codteor=1403159&filename=Tramitacao-PEC+4/2015. Acesso em 14 de jul de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação de voto em separado nº2, PEC nº 4/2015, CCJC. Brasília: Câmara dos Deputados, 2015i. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node053nkdiyflkl311q6syuvwwwyj55193296.node0?codteor=1407063&filename=Tramitacao-PEC+4/2015. Acesso em 14 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação do Parecer do Relator da PEC 294/2016 - CCJC, pelo Deputado João Campos (PRB-GO). Brasília: Câmara dos deputados, 2017k. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node0xe41scgvynzxul2thxi707or35820829.node0?codteor=1593515&filename=Tramitacao-PEC+294/2016. Acesso em 12 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação da Complementação de Voto na Comissão Especial da PEC 1/2015. Brasília: Câmara dos deputados, 2015m. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1403347&filename=Tramitacao-PEC+1/2015. Acesso em 05 de ago. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. O papel da Câmara. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2022. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/conheca/o-papel-da-camara-dos-deputados>. Acesso em: 19 de mai. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Parecer da Comissão Especial destinada a proferir parecer à Proposta de Emenda à Constituição nº 22 a, de 2011, Publicado em 17 de agosto de 2011. P. 390-401. Brasília, Câmara dos Deputados, 2017f. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD0020170817001400000.PDF#page=390>>. Acesso em 07 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Parecer da relatora da PEC nº 4/2015, nº1, Comissão Especial. Brasília: Câmara dos Deputados, 2015l. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1400185&filename=Tramitacao-PEC+1/2015. Acesso em 15 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Parecer do relator da PEC nº 4/2015, CCJC, nº1. Brasília: Câmara dos Deputados, 2015f. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1329599&filename=Tramitacao-PEC+4/2015. Acesso em 14 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Parecer do relator da PEC nº 4/2015, CCJC, nº2. Brasília: Câmara dos Deputados, 2015g. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node053nkdiyflkl311q6syuvwwwyj55193296.node0?codteor=1406997&filename=Tramitacao-PEC+4/2015. Acesso em 14 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. PEC 299/2016. Apresentação da PEC 299/2016. Brasília: Câmara dos Deputados, 2016e. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1518154&filename=Tramitacao-PEC+299/2016. Acesso em 11 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Proposta de Emenda à Constituição 167, de 06 de março de 2012a. Deputado Fernando Torres. Brasília: Câmara dos Deputados, 2012a. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node0p q8gr1x9yh2e17h4c4xt66s1v3992879.node0?codteor=989684&filename=Tramitacao-PEC+167/2012> Acesso em: 5 de jul. de 2022.

Proposta de Emenda à Constituição, de 17 de novembro de 2009. Dos Srs. Deputados Ronaldo Caiado e Eleuses Paiva. Altera o Título VIII, Capítulo II, Seção II - "Da Saúde", da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, Câmara dos Deputados, 2009a. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=727136&filename=Tramitacao-PEC+454/2009>. Acesso em: 2 de jul. de 2022

BRASIL. Câmara dos Deputados. Publicação da ata da 135ª Sessão da Câmara dos Deputados, em que se aprecia o parecer da Comissão Especial referente à/ PEC 4/2015. Brasília: Câmara dos Deputados, 2016p. Disponível em:

<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD0020160603000880000.PDF#page=29>. Acesso em 14 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Publicação do parecer da Comissão de Constituição de Justiça e Cidadania da proposta de emenda constitucional n.º 297-A, DE 2016. Publicado em 10 de junho de 2017. (2017)P.33-35. Disponível em:

<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD0020170610001010000.PDF#page=33>. Acesso em 12 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Publicação do parecer da Comissão Especial destinada a proferir parecer à PEC 4/2015. Brasília: Câmara dos Deputados, 2016o. Disponível

em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD0020170817001400000.PDF#page=390>. Acesso em 14 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Proposta de redação para o 2º turno de discussão e votação da PEC 1/2015. Brasília: Câmara dos Deputados, 2016r. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1446523&filename=Tramitacao-PEC+1/2015. Acesso em 05 de ago. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Requerimento de Audiência Pública n. 3/2015, referente a PEC 4 nº 4/2015 e PEC 87/2015. Brasília: Câmara dos Deputados, 2016n. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1424172&filename=Tramitacao-PEC+4/2015. Acesso em 14 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Tramitação da PEC 294/2016. . 2016h. Brasília: Câmara dos Deputados, 2016g. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2120393>. Acesso em 11 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Tramitação da PEC 297/2016. Brasília: Câmara dos Deputados. 2016j. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2121184>. Acesso em 12 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Tramitação da PEC 299/2016 na Câmara dos Deputados. Brasília: Câmara dos Deputados, 2016e. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2121543>. Acesso em 11 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Tramitação da PEC 328/2017. Brasília: Câmara dos Deputados. 2017j. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2140070>. Acesso em 10 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Tramitação da PEC 348/2017. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017i. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2145273>. Acesso em 10 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Tramitação da PEC 352/2017. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017m. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2147321> Acesso em 12 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Tramitação da PEC 4/2015. Brasília: Câmara dos Deputados, 2015e. Disponível em: Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2189588><https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=946734>. Acesso em 14 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Tramitação da PEC 454/2018. Brasília: Câmara dos Deputados, 2018g. Disponível em: Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2189588>. Acesso em 13 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Tramitação da PEC 459/2009 na Câmara dos Deputados. Brasília: Câmara dos Deputados, 2009b. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=464909>>. Acesso em: 05 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Tramitação da PEC nº 373/2017. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017v. Disponível em:<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2159973>. Acesso em: 14 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Tramitação da PEC nº 439/2018. Brasília: Câmara dos Deputados, 2018i. Disponível em:<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2183034>. Acesso em: 14 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Tramitação da PEC nº 440/2018. Brasília: Câmara dos Deputados, 2018e. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2186019>. Acesso em 13 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Tramitação PEC nº 4/2015. Brasília: Câmara dos Deputados, 2015k. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=945979>. Acesso em 15 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação da PEC nº 339/2017. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017s. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node015855rs26f38e1o32xfz6yhndm40079825.node0?codteor=1572712&filename=Tramitacao-PEC+339/2017. Acesso em 13 de jul. de 2022

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação da PEC nº 373/2017. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017u. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1616865&filename=Tramitacao-PEC+373/2017. Acesso em: 14 de jul. de 2022

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação da PEC nº 439/2018. Brasília: Câmara dos Deputados, 2018h. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1680689&filename=Tramitacao-PEC+439/2018. Acesso em: 14 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Proposta de Emenda À Constituição nº 22 , de 01 de maio de 2011. Do Sr. Valtenir Pereira E Outros.2011c. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=867058&filename=Tramitacao-PEC+22/2011>. Acesso em 10 de jul. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Tramitação da PEC nº 339/2017. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017t. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2142813>. Acesso em 13 de jul. de 2022

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação da PEC nº 264/2013. Brasília: Câmara dos Deputados, 2013b. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1090732&filename=Tramitacao-PEC+264/2013. Acesso em 2 de ago. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Tramitação da PEC nº 264/2013. Brasília: Câmara dos Deputados, 2013c. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=577728>. Acesso em 2 de ago. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação da PEC nº 444/2013. Brasília: Câmara dos Deputados, 2018l. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1693547&filename=Tramitacao-PEC+444/2018. Acesso em 2 de ago. de 2022

BRASIL. Câmara dos Deputados. Tramitação da PEC nº 444/2018. Brasília: Câmara dos Deputados, 2018m. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2186867>. Acesso em 2 de ago. de 2022

BRASIL. Câmara dos Deputados. Regimento interno da Câmara dos Deputados [recurso eletrônico]. Aprovado pela Resolução n. 17 de 1989 e alterado até a Resolução n. 12 de 2019. 22. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2021a.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Apresentação da PEC 408/2018. Brasília: Câmara dos Deputados, 2018j. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1647652&filename=Tramitacao-PEC+408/2018. Acesso em 01 de ago. de 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Tramitação da PEC 408/2018. Brasília: Câmara dos Deputados, 2018k. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2170444>. Acesso em 01 de ago. de 2022.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em 20 mai. 2018

BRASIL. Diário da Câmara dos Deputados. Publicação do parecer da comissão da Comissão Constituição e Justiça e de Cidadania. Ano LXX - Nº 090, publicação de 03 de junho de 2015. Brasília: Câmara dos Deputados, 2015a. Disponível em: <<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD0020150603000900000.PDF#page=296>>. Acesso em: 07 de jul. de 2022.

BRASIL. Diário da Câmara dos Deputados. Publicação do parecer da Comissão de Constituição de Justiça e Cidadania da proposta de emenda constitucional nº 454-A, de 2009. Publicado em 27 de outubro de 2011. Brasília: Câmara dos Deputados, 2011b

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dez. de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 19 de mai. de 2022.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília: 1998b

BRASIL. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Brasília, 2011a.

BRASIL. Lei nº 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. Brasília: 1990.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília, 1998a.

BRASIL. Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências.. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/NOB_RH_2005.pdf. Acesso em 08 de jul. de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para a Instituição de Plano de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017b

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016. Institui grupo de trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível. Brasília: 2016c. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1482_04_08_2016.html.

Acesso em 10 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.630, de 30 de junho de 2017. Desabilita municípios e estados da manutenção de unidades do Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília, 2017c

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 30 de junho de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 2017d

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 739, de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para atualizar os valores de referência dos medicamentos do Programa Aqui Tem Farmácia Popular para o tratamento de hipertensão arterial, diabetes mellitus e asma. Brasília 2018a

BRASIL. Ministério da Saúde. Portarias nº 1.482/2016, de 25 de outubro de 2016. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Brasília, 2016b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica– Brasília : Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 8 de jul. 2022

BRASIL. Presidência de República. Decreto nº 9.057, 25 de maio de 2017. Regulamenta o art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 2017e.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. *In*: MOTA, Ana Elizabete... *et. Al* (orgs.). 4ª edição. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009, p. 88-109.

BRAVO, M. I. S. Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, M. I. S. Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. 4. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões. *In*: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J.S. B. de. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, 2011, p. 15-28.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N.. As contrarreformas na política de saúde no Governo Temer. *Argumentum*, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BRAZ, M. 2017. O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. *Revista Serviço Social & Sociedade*. São Paulo, n. 128, p. 85-103, jan./abr. 2017

CASTILHO, D. R.; LEMOS, E. L. de S.; GOMES, V. Lú. B. Crise do capital e desmonte da Seguridade Social: desafios (im)postos ao Serviço Social. *Serviço Social & Sociedade*, n. 130, p. 447–466, 2017.

CHASIN, J. A Miséria Brasileira 1964-1994: Do Golpe Militar à Crise Social. Santo André: Ad Hominem, 2000.

CORREIA, M. V. C. Controle social na saúde. *In: MOTA, A. E.... et. Al (orgs.). 4ª edição*. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p.-111-138

CORREIA, M. V. C.. Por que ser contra os novos modelos de gestão do SUS? *In: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, J. S. B. de. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, 2011, p. 43-49.

COSTA, L. T. da C.; MELLO, L.; NOGUEIRA, P. T. Alves. 2018. Desenvolvimento do capitalismo no Brasil e as tendências da política de saúde. *Saúde Sociedade*. São Paulo, v.27, n.4, p.1094-1104, 2018

CRUZ, N. F. de O. C.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020.

DANTAS, A.. Todos pela participação: quando o consenso denuncia a dominação. *In: MONTAÑO, Carlos E. B. (org.) O Canto da sereia: crítica à ideologia e aos projetos do terceiro setor*. São Paulo: Cortez, 2014.

DEMIER, F. A.. Nas ruas por direitos: a resposta popular às contrarreformas da democracia blindada brasileira. *In: BRAVO, Maria Inês S.; MENEZES, Juliana S. B. de (orgs.). A Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização*. Rio de Janeiro: UERJ, 2014. p. 62-68

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ASSESSORIA PARLAMENTAR- DIAP. Radiografia do Novo Congresso, em que analisa a composição da legislatura 2015-2019. Disponível em: <https://www.diap.org.br/index.php/publicacoes?task=download.send&id=414&catid=13&m=0>. Acesso em 01 de jul. de 2022.

DURIGUETTO, M. L.; DEMIER, F.. Democracia blindada, contrarreformas e luta de classes no Brasil contemporâneo. *Argumentum*, v. 9, n. 2, p. 8–19, 2017.

SCOREL, S.. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. 1. Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FERNANDES, F. A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica. São Paulo: Globo, 2005.

FERNANDES, F. Nós e o marxismo. *In*: CHASIN, J. (org.). Marx hoje. Cadernos Ensaio 1. São Paulo: Editora Ensaio, 1987.

FERNANDES, F. Nova República? Rio de Janeiro: Zahr, 1985.

FERNANDES, F. O que é revolução?. *In*: Clássicos sobre a revolução brasileira. 1. Ed. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2000.

FLEURY, S. a Judicialização pode salvar o SUS. Saúde em Debate, vol. 36, núm. 93, abr.-jun, 2012, pp. 159-162. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Rio de Janeiro, Brasil

FREITAS, R. M. O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. Katalysis, Florianópolis, v. 10 n. 1 p. 65-74 jan./jun. 2007

FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES; PARTIDO DO MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO (PMDB). Uma ponte para o futuro. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<https://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf>>. Acesso em 22 de set. de 2019.

FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES; PARTIDO DO MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO (PMDB). Travessia Social. Brasília (DF), 2016. Disponível em: <<https://www.fundacaoulysses.org.br/blog/acervo/>>. Acesso em: 22 de set. de 2019.

GOMES, G. F. A inconstitucionalidade da contrarreforma do SUS e de seus modelos privados de gestão. *In*: BRAVO, M. I.; MENEZES, J. S. B. de (orgs.) . A Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. p. 25-31

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: projeto de estado do capital. *In*: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, J. S. B. de (orgs.). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade.. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011,p-50-55

HOBBSAWM, E. J. E. A Era do Capital. São Paulo: Paz e terra, 1997.

IANNI, O. O Ciclo da Revolução Burguesa. Petropolis, RJ: Editora Vozes Ltda, 1984.

IANNI, O. Polarização da cultura política. *In*: RATTNER, H. (org.) Brasil no limiar do século XXI. São Paulo: FAPESP/EDUSP, 2000.

INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE BRASIL (ICOS). Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde. São Paulo: Coalizão Saúde Brasil, 2017.

JORNAL DA USP. Fim do Programa Farmácia Popular pode elevar custos da saúde. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/fim-do-programa-farmacia-popular-pode-elevar-custos-da-saude/>. Acesso em: 1 de jun. de 2022

KONDER, Leandro. As ideias socialistas no Brasil. São Paulo: Moderna, 1996.

KRÜGER, T. R. Sistema Único de Saúde: redução das funções públicas e ampliação ao mercado. E-cadernos CES, 31, p. 195-211, 2019.

KRÜGER, T. R. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 218–226, 2014.

KRÜGER, T. R.; OLIVEIRA, A. Tendências da participação no SUS: a ênfase na instrumentalidade e na interface interestatal. Saúde em Debate, v. 43, n. especial, p. 174–189, 2019.

KRÜGER, T. R.; OLIVEIRA, A.. Trinta anos da Constituição Federal e a participação popular no SUS. Argumentum., Vitória, v. 10, n. 1, p. 57-71, jan./abr. 2018

KRÜGER, T. R.; SOBIERANSKI, C. B.; MORAES, Bruna V. de. EBSEH no HU da UFSC: da resistência à gestão pela empresa. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 152–164, 2020.

LAZARINI, W. S. *et al.* Políticas de saúde no Brasil: uma análise a partir dos projetos financiados pelo Banco Mundial durante os governos Lula e Dilma. Saúde e Sociedade, v. 30, n. 1, p. 1–12, 2021.

LENIN, V. I. Estado e revolução. 2ª edição. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2010.

LENIN, V. I. Imperialismo, estágio superior do capitalismo: ensaio popular. 1ª edição. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2012.

LENIN, V. I. O desenvolvimento do capitalismo na Rússia. O processo de formação do Mercado Interno para a Grande Indústria. São Paulo: Abril Cultural, 1985.

LÖWY, M. Aventuras de Karl Marx contra o Barão de Munchhausen: marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento. São Paulo: Cortez, 2003.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. DE F.; NOGUEIRA, C. DE O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. Cadernos de Saúde Pública, v. 27, n. 3, p. 521–532, 2011.

MARINI, R. M. Dialética da Dependência. *In*: SADER, Emir. (org.) Dialética da dependência/ uma antologia da obra de Ruy Mauro Marini. Petrópolis, RJ: Vozes; 2000.

MARX, K. As lutas de classes na França de 1848 a 1850. São Paulo: Boitempo, 2012

MARX, K. Crítica da filosofia do direito de Hegel. São Paulo: Boitempo, 2010.

MARX, K. O 18 de Brumário de Luís Bonaparte. São Paulo: Boitempo, 2011.

MARX, K.; ENGELS, F. O Manifesto do Partido Comunista. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2011.

MASCARO, A. L. Crise e golpe. São Paulo: Boitempo, 2018.

MATHIAS, M.. Uma segunda alma para o SUS? Entidades criadas por empresários da saúde abrem caminho para um Sistema Único totalmente integrado e gerido pelo setor privado. Revista POLI: saúde, educação e trabalho. Rio de Janeiro, ano 9, n. 48, nov./dez. 2016.

MENDES, Á.. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal Brasileira. Saúde e Sociedade, v. 23, n. 4, p. 20–33, 2014.

MENDES, Á.; CARNUT, Leonardo. Crise do capital, Estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política, v. 57, p. 174–210, 2020.

MENDES, Á.; CARNUT, Leonardo.; GUERRA, Lucia D. DA S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate, v. 42, n. especial, p. 224–243, 2018.

MENEZES, J. S. B. de. Os governos do Partido dos Trabalhadores e as Políticas Sociais: “Nada de novo no front”. In: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana S. B. de (orgs.). A Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização. Rio de Janeiro: UERJ, 2014. p. 07-19

MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no governo Lula. Saúde e Sociedade, v. 20, n. 2, p. 522–532, 2011.

MIGUEL, L. F. M.. A democracia na encruzilhada. In: JINKINGS, Ivana; DORIA, Kim; CLETO, Murilo (org.). Por que gritamos golpe? : para entender o impeachment e a crise política no Brasil. São Paulo, SP: Boitempo, 2016.

MIRANDA, A. S.. A Reforma Sanitária encurralada? Apontamentos contextuais. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 385-400, abr-jun 2017.

MORAES, B. V.; MACHADO, G. S. A depreciação das condições de trabalho como fundamento da exploração dos trabalhadores e trabalhadoras do Imperial Hospital de Caridade de Florianópolis. In: INÁCIO, José Reginaldo; LARA, Ricardo (org.). Trabalho, saúde e direitos sociais. 1.ed. Bauru: Canal 6, 2018.

MORAES, T. P. B. de; QUADROS, D. G. de. A crise do governo Dilma Rousseff em 140 caracteres no Twitter: do #Impeachment ao #ForaDilma. Em Debate, p. 14–21, 2016.

NETO, E. R. Saúde: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

NETTO, J. P. Capitalismo monopolista e serviço social. 8ª edição. São Paulo, Cortez, 2011.

NETTO, J. P. Notas sobre democracia e transição socialista. A redefinição da democracia. *In*:. Democracia e transição socialista. Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990.

NETTO, J. P; BRAZ, M. Economia política: uma introdução crítica. 5. Ed. São Paulo: Cortez, 2012.

NEWELL, Kenneth W; Organização Mundial da Saúde. La Salud poreal pueblo / editor, Kenneth W. Newell. Organização Mundial da Saúde. 1975. Disponível <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3264/Educacion%20medica%20y%20salud%20%289%29%2C%203.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 04 de ago. de 2022.

NOGUEIRA, M. Aurélio. Os anos 30 e a nova forma do Estado. *In*: As possibilidades da política. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978 Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf>. Acesso em: 01 de jul. de 2022.

PAIM, J. S. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, v. 23, ano 2018.

PAIM, J. S.; REIS, C. R. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). Divulgação Em Saúde Para Debate, Rio de Janeiro, nº 58, p. 101-114, jul. 2018

PEREIRA, P. A. P. Política Social: temas & questões. São Paulo: Cortez, 2011.

QUEIROZ, F. Crise política no Governo Dilma Rousseff: Uma análise a partir do conflito de Classes. CSOnline - Revista Eletrônica de Ciências Sociais, Juiz de Fora, n. 27, 2018

RIBAS, J. A. N; PIRES, V., R; LUIZ, D.E.C. A Política Nacional de Participação Social: apontamentos sobre a relação do Estado com a sociedade civil brasileira. Ser Social, Brasília, v. 17, n. 36, p. 84-103, jan-jun/2015.

RIZZOTTO, Maria Lúcia F. As propostas do Banco Mundial para as reformas do setor de saúde no Brasil nos anos 1990. *Saúde em Debate*, v. 29, n. 70, p. 140–147, 2005.

SAMPAIO JR., P. de A. Desenvolvimentismo e neodesenvolvimentismo: tragédia e farsa. *Serviço Social & Sociedade* n. 112. São Paulo: Cortez, 2012.

SANTOS, G. G. DOS S.; MATIAS, T. S. C.; SILVA, A. X da. As orientações do Banco Mundial, Organização Mundial do Comércio e Organização Mundial da Saúde para a Política de Saúde Brasileira: uma agenda de contrarreformas. *Anais do 7º Seminário da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde: Saúde em tempos de retrocesso e retirada de direitos*. 27 a 29 de out. de 2017

SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 23, n. 7, p. 2303–2314, 2018.

SANTOS, I. S. A solução para o SUS não é um *Brazilcare*. *Revista Eletrônica de Comunicação & Inovação em Saúde (RECIIS)*, v. 10, n. 3, jul./set. 2016.

SCHMIDT, M. Luisa S.; NEVES, T. F.S. O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. *Cad. psicol. soc. trab.* vol.13 no.2 São Paulo set. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172010000200006. Acesso em: 10 de jul. de 2022.

SINGER, A. Brasil, junho de 2013: Classes e ideologias cruzadas. *Novos estudos*. CEBRAP, n. 97, nov. 2013, p. 23-40

SINGER, A. Por uma frente ampla, democrática e republicana. *In: JINKINGS, I.; DORIA, K.; CLETO, M. (org.). Por que gritamos golpe? : para entender o impeachment e a crise política no Brasil*. São Paulo, SP: Boitempo, 2016.

SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. *In: BRAVO, M. I.; MENEZES, J. S. B. de (orgs.). Saúde, Serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais*. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2013.

SOARES, R. C. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. *Argum.*, Vitória, v. 10, n.1, p. 24-000, jan./abr. 2018

SOARES, R. C. A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao serviço social. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social)– Programa de Pós- Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9499>>. Acesso em: 01 de jul de 2022.

SOUZA, L. E. P. F. DE *et al.* Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 8, p. 2783–2792, 2019.

TOLEDO, C. N. Partido dos Trabalhadores e governo Lula: a regressão da luta ideológica. *Crítica Marxista* nº26, Rio de Janeiro, Editora Revan, p. 117-138, 2008.

VASCONCELLOS, F. Em ano de pandemia, saúde bate recorde como principal problema apontado pelos eleitores nas capitais, segundo o Ibope. Portal G1, 2020. Disponível em: < <https://g1.globo.com/politica/eleicoes/2020/eleicao-em-numeros/noticia/2020/10/09/em-ano-de-pandemia-saude-bate-recorde-como-principal-problema-apontado-pelos-eleitores-nas-capitais-segundo-o-ibope.ghtml> > . Acesso em 27 de jun. de 2022.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225- 264, 2005

VIEIRA, F.. S. V. Emendas parlamentares ao orçamento federal do SUS: método para estimação dos repasses a cada município favorecido, segundo áreas de alocação dos recursos (2015-2020). *In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA (IPEA). Texto para discussão 2732. Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 2022.*

APÊNDICE A – Quadro geral das PECs utilizadas na pesquisa

Quadro 10- Quadro geral das PECs utilizadas na pesquisa

Título	Ementa	Data da Apresentação	Autoria	Partido	UF
PEC 444/2018	Acrescenta o §8º ao art. 218, e os arts. 218-A e 218-B à Constituição Federal, para instituir ações de pesquisa em todos os ministérios, a aplicação mínima de recursos em ações de pesquisa, desenvolvimento e inovação, e proibir o contingenciamento do orçamento de programas de pesquisa, desenvolvimento e inovação.	20/11/2018	Juscelino Filho	DEM	MA
PEC 364/2017	Altera a redação do §9º e inclui o parágrafo §10-A, ambos do art. 166 da Constituição Federal para incluir as emendas individuais destinadas à manutenção e desenvolvimento do ensino como parte dos 50% que hoje são obrigatórios exclusivamente para ações e serviços públicos de saúde.	27/09/2017	Juscelino Filho	DEM	MA
PEC 454/2009	Altera o Título VIII, Capítulo II, Seção II - "Da Saúde" -, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Explicação: Estabelece diretrizes para a organização da carreira única de Médico de Estado.	16/12/2009	Ronaldo Caiado	DEM	GO
PEC 352/2017	Dá nova redação aos parágrafos 9º e 10 do art. 166. Explicação: Trata da destinação de recursos de emenda individual ao projeto de lei orçamentária para a educação.	10/08/2017	Professora Marcivania	PCdoB	AP
PEC 348/2017	Inclui os Cuidados de Longa Duração entre os direitos que compõem a Seguridade Social.	13/07/2017	Flávia Morais	PDT	GO

Título	Ementa	Data da Apresentação	Autoria	Partido	UF
PEC 4/2015	Altera o art. 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias Explicação: Prorroga a vigência da DRU até 31 de dezembro de 2019. Propõe a retirada escalonada da incidência da desvinculação de receita da arrecadação das contribuições sociais destinadas ao financiamento da seguridade social.	11/02/2015	André Figueiredo	PDT	CE
PEC 294/2016	Altera o art. 37 da Constituição Federal, para dar ênfase ao princípio da eficiência no âmbito da administração pública e promover a desburocratização.	07/12/2016	Erivelton Santana	PEN	BA
PEC 369/2017	Altera o § 9º do artigo 166 da Constituição Federal para permitir a aplicação de metade do valor destinado às emendas parlamentares individuais em ações e serviços públicos de saúde ou na manutenção e desenvolvimento do ensino.	17/10/2017	Carlos Andrade	PHS	RR
PEC 290/2016	Altera alínea "c" do inciso XVI do art. 37 da Constituição Federal. Explicação: Permite a acumulação remunerada de mais de dois cargos ou empregos públicos privativos de profissionais de saúde.	07/12/2016	Manoel Junior	PMDB	PB
PEC 454/2018	Altera o art. 159 da Constituição Federal, para destinar parcela adicional da arrecadação federal ao Fundo de Participação dos Municípios.	19/12/2018	Alfredo Kaefer	PP	PR

Título	Ementa	Data da Apresentação	Autoria	Partido	UF
PEC 297/2016	Acrescenta o art. 98-A à Constituição Federal, para determinar a especialização de varas de saúde pública no âmbito dos Tribunais Regionais Federais e dos Tribunais de Justiça	14/12/2016	Hiran Gonçalves	PP	RR
PEC 264/2013	Acrescenta § 7º ao art. 198 da Constituição Federal, dispondo sobre a obrigatoriedade de participação da União, Estados e do Distrito Federal, no custeio de medicamentos e despesas médicas hospitalares com origem em ordem judicial.	21/05/2013	Luiz Fernando Faria	PP	MG
PEC 274/2016	Dá nova redação ao art. 166 da Constituição Federal para alterar a destinação obrigatória dos recursos das emendas individuais ao projeto de lei orçamentária.	09/11/2016	Gorete Pereira	PR	CE
PEC 22/2011	Acrescenta parágrafos ao art. 198 da Constituição Federal, dispondo sobre a responsabilidade financeira da União, co-responsável pelo SUS, na política remuneratória e na valorização dos profissionais que exercem atividades de agente comunitário de saúde e de agente de combate às endemias.	04/05/2011	Valtenir Pereira	PSB	MT
PEC 167/2012	Altera o art. 198 da Constituição Federal e dá outras providências. Explicação: Os profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU somente poderão ser contratados diretamente pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios.	09/05/2012	Fernando Torres	PSD	BA

Título	Ementa	Data da Apresentação	Autoria	Partido	UF
PEC 1/2015	Altera o art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, de forma escalonada em cinco exercícios: 15%, 16%, 17%, 18% e 18,7%.	05/02/2015	Vanderlei Macris	PSDB	SP
PEC 299/2016	Acrescenta inciso ao parágrafo 4º do Artigo 60 da Constituição Federal. Explicação: Insere os direitos sociais nas cláusulas pétreas.	15/12/2016	Luiza Erundina	PSOL	SP
PEC 408/2018	Acrescenta parágrafos ao art. 198 da Constituição, para dispor sobre a disponibilização de recursos para a saúde.	27/03/2018	Carmen Zanotto	PSS	SC
PEC 403/2018	Adiciona dispositivo na Constituição Federal para facultar a destinação de 10% do valor das emendas parlamentares, à oferta de Bolsas Estudantis Universitárias.	14/03/2018	Moisés Diniz	PCdoB	AC
PEC 440/2018	Modifica o Art. 166 da Constituição Federal para acrescentar modalidade de emenda parlamentar ao orçamento para incremento temporário ao FPM.	07/11/2018	Reginaldo Lopes	PT	MG
PEC 439/2018	Suprime os artigos 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113 e 114 da Constituição Federal incluídos pela Emenda Constitucional 95/2016.	14/08/2018	Pedro Uczai	PT	SC
PEC 373/2017	Altera o Ato das Disposições Transitórias para excluir Educação, Saúde e Segurança Pública do teto de gastos imposto pelo Novo Regime Fiscal.	31/10/2017	Pedro Uczai	PT	SC

Título	Ementa	Data da Apresentação	Autoria	Partido	UF
PEC 339/2017	Altera o Artigo 159 da Constituição Federal, para aumentar a entrega de recursos financeiros pela União ao Fundo de Participação dos Municípios.	28/06/2017	Pedro Uczai	PT	SC
PEC 328/2017	Altera a Seção II do Capítulo II da Constituição Federal para incluir o saneamento básico dentre as ações de saúde, fixar percentuais mínimos de investimento, prever sua forma de financiamento e dá outras providências.	01/06/2017	Aureo	Solidariedad e	RJ

Fonte: elaboração própria