

REFLEXÕES SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DA GÊNESE À CRISE CONTEMPORÂNEA

REFLECTIONS ON THE BRAZILIAN NATIONAL HEALTH SYSTEM: FROM ITS GENESIS TO THE CONTEMPORARY CRISIS

REFLEXIONES SOBRE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD BRASILEÑO: DE SU GÉNESIS A LA CRISIS CONTEMPORÁNEA

Fernanda Thayná de Souza Pinheiro ¹

Natália Bastos Ferreira Tavares ²

Aretha Feitosa de Araújo ³

João Paulo Xavier Silva ⁴



RESUMO

Este artigo reflete sobre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e os atuais ataques a esse direito à saúde. Trata-se de estudo descritivo, do tipo análise crítico-reflexiva, que utiliza dados históricos acerca do processo político e sanitário, desde o período colonial até a formação e a criação do SUS, elencando processos políticos, direitos populares e caminhos para sua manutenção. Os resultados indicam que a história política e de saúde brasileira tem importantes marcos, como a célebre Reforma Sanitária e a criação do SUS, intimamente ligada à conquista de direitos por parte da sociedade. É notória a dependência da população em relação a esse sistema, que se baseia em princípios como universalidade, integralidade e equidade da assistência à saúde. Entretanto, os atuais acontecimentos que visam ao desmonte do SUS evidenciam ataques a direitos sociais adquiridos. Conclui-se que há urgente necessidade de revitalizar o movimento sanitário brasileiro, com compromisso social que impeça o processo de privatização do direito à saúde, combata o baixo financiamento e qualifique a gestão do SUS.

Palavras-chave:

Direito à Saúde; Saúde Pública; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde.

Keywords:

Right to Health; Public Health; Health Policy; Brazilian National Health System.

Palabras clave:

Derecho a la Salud; Salud Pública; Política de Salud; Sistema Nacional de Salud Brasileño.

Submetido:

16/11/2018

Aprovado:

04/12/2018

Autor(a) para Correspondência:

*Fernanda Thayná de S. Pinheiro
Av. Dário Rabêlo, 977
Sete de Setembro
Iguatu-CE
CEP: 63500-000
E-mail:
fernandatsp@outlook.com.br*

1. Aluna de Graduação em Enfermagem na Universidade Regional do Cariri (Urca). Iguatu (CE), Brasil. E-mail: fernandatsp@outlook.com

2. Enfermeira. Professora no Curso de Enfermagem da Urca. Iguatu (CE), Brasil. E-mail: nataliabastosf@hotmail.com

3. Enfermeira. Professora no Curso de Enfermagem da Urca. Iguatu (CE), Brasil. E-mail: aretha.feitosa@gmail.com

4. Enfermeiro. Professor no Curso de Enfermagem da Urca. Iguatu (CE), Brasil. E-mail: jpxavier.enf@gmail.com

ABSTRACT

This article thinks through the creation of the Brazilian National Health System (SUS) and the current attacks on this right to health. This is a descriptive study, with a critical and reflective analysis design, which uses historical data about the political and health-based process, from the colonial period to the formation and creation of the SUS, by listing political processes, popular rights, and ways to maintain this system. The results indicate that Brazilian political and health history has significant milestones, such as the famous Health Reform and the SUS creation, closely linked to the achievement of rights by society. There is a well-known population's dependence on this system, which is based on principles such as universality, comprehensiveness, and equity in health care. However, current events aimed at dismantling the SUS show attacks on acquired social rights. It is concluded that there is an urgent need to revitalize the Brazilian health movement, with social commitment that prevents the process of privatizing the right to health, fights against low funding, and qualifies the SUS management.

RESUMEN

Este artículo reflexiona sobre la creación del Sistema Nacional de Salud Brasileño (SUS) y los ataques actuales a este derecho a la salud. Este es un estudio descriptivo, con diseño de análisis crítico y reflexivo, que utiliza datos históricos sobre el proceso político y sanitario, desde el período colonial hasta la formación y creación del SUS, enumerando procesos políticos, derechos populares y caminos para su mantenimiento. Los resultados indican que la historia política y de salud brasileña tiene hitos importantes, como la famosa Reforma Sanitaria y la creación del SUS, estrechamente relacionada con el logro de derechos de la sociedad. Existe una notoria dependencia de la población con relación a este sistema, que se basa en principios como la universalidad, la integralidad y la equidad en la atención de salud. Sin embargo, los actuales acontecimientos que apuntan al desmonte del SUS evidencian ataques a derechos sociales adquiridos. Se concluye que hay urgente necesidad de revitalizar el movimiento sanitario brasileño, con compromiso social que impida el proceso de privatización del derecho a la salud, combata la baja financiación y califique la gestión del SUS.

.....

INTRODUÇÃO

A atemporalidade da temática saúde remete ao levantamento de discussões e debates que permeiam os direitos e deveres do Estado e da população em qualquer período, observando-se ao longo da história brasileira que a busca por saúde sempre foi permeada por lutas, armadas ou não, de cunho empírico ou baseado em evidências. O fato é que, na atualidade, como resultado de inúmeros fatores, tem-se um sistema de saúde público garantido por lei que deve cumprir uma série de funções pautadas em princípios éticos, morais e de cidadania¹.

A partir de mobilização nacional surgiu a Reforma Sanitária, que, desde o final da década de 1970, protagonizou mudanças com impactos históricos, alimentando a promulgação da Constituição Federal de 1988 (a chamada Constituição Cidadã), que, auxiliada pelas Leis n. 8.080/90, 8.142/90 e 9.656/98, originou o Sistema Único de Saúde (SUS). Este se tornou o maior sistema público de saúde do mundo – universal, integral e equânime – e pode-se afirmar que consiste na maior política de inclusão social já vista. Suas conquistas são inegáveis, como a cobertura de 75% da população por meio da atenção básica (AB), o Programa Nacional de Imunização

(PNI), o fornecimento de medicamentos, as ações de saúde bucal, os serviços de urgência e emergência, dentre outras².

Estima-se que cerca de 80% da população é dependente do SUS, um cenário que tende a persistir, sobretudo diante da atual crise econômica do país. Vale salientar que considerável parcela é composta por pessoas que apresentam maior carência no âmbito da assistência à saúde e mesmo quem possui planos privados de saúde recorrem a esse sistema para serviços como transplantes, hemodiálise e fornecimento de medicamentos de alto custo³.

Em 30 anos, a partir de princípios como a universalidade da assistência à saúde, o SUS alcançou notáveis resultados, como o controle da epidemia de vírus da imunodeficiência humana (HIV), mediante fornecimento de antirretrovirais ou ações de vigilância, como no combate ao vírus da zika. Destacam-se, ainda, ações de alta complexidade e especificidade como transplantes e serviços de hemoterapia, dentre outros, nas diversas fases do ciclo da vida³.

Diante do atual modelo capitalista e da disseminação de ideais neoliberais, a crise econômica e política brasileira promove retrocessos no setor saúde e o consequente desmonte do SUS, anunciado

por mudanças legislativas dos últimos anos. Por exemplo, a Emenda Constitucional (EC) n. 95, a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n. 241 e a nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), de 2017. Contudo, além da indignação, ainda não se observa mobilização social como ocorreu entre os anos 1970 e 1990, tendo em vista que o principal caminho para lidar com problemas dessa magnitude é a reafirmação da Reforma Sanitária⁴.

Mesmo com esse cenário caótico no setor saúde, protagonizado nos dias de hoje por um governo considerado ilegítimo e por aspectos históricos que apontam a privatização do direito à saúde, tais ataques ao sistema não serão suficientes para destruí-lo. Em 2017, vários movimentos em defesa do SUS surgiram por iniciativa de profissionais da saúde e de instituições do setor⁵.

Assim, este estudo reflete sobre a criação do SUS e os atuais ataques a esse direito à saúde, além de pensar caminhos para seu fortalecimento e sua manutenção.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, do tipo análise crítico-reflexiva, que utiliza dados históricos acerca do processo político e sanitário, desde o Brasil Colônia até a formação e criação do SUS. Em contrapartida, os acontecimentos da atualidade indicam um possível desmonte desse sistema, assim, elencam-se processos políticos, de direitos populares e possíveis caminhos para sua manutenção. A análise crítico-reflexiva possibilitou a identificação de três categorias temáticas para pautar o estudo: a) Resgate histórico do cenário político e sanitário brasileiro; b) Conquista de um sistema de saúde popular; e c) Ataques ao Sistema Único de Saúde e meios para fortalecê-lo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para analisar os aspectos que enfraquecem o SUS, mesmo com sua natureza de direito constitucional, mostra-se necessário discutir o tipo de compreensão da saúde pública envolvido e quais são suas transformações ao longo da história do país. Após essa análise inicial, os processos políticos, os direitos populares e os caminhos para a manutenção desse sistema são identificados e elencados. A discussão do setor saúde em termos políticos e sociais demanda compreensão dos diferentes contextos abrangidos

pelo tema ao longo dos anos no Brasil.

Resgate histórico do cenário político e sanitário brasileiro

Do Brasil Colônia ao Brasil Império, o entendimento de saúde e as práticas de assistência voltadas à saúde pública partiam da religiosidade predominante, que tinha jesuítas e pajés como protagonistas, e apresentavam reflexos da autoridade dos nobres – que consideravam a educação uma possível ameaça ao seu domínio social e procuravam interferir no processo saúde-doença da população.

A título de exemplo, a chegada da família real ao Brasil, em 1808, induziu mudanças no setor saúde, pois foram tomadas providências em relação à presença da corte portuguesa na Bahia, após a fuga de seu país motivada pela invasão das tropas de Napoleão Bonaparte. Surgiu a primeira escola médica e cirúrgica de Salvador e posteriormente veio a medicina social e a participação política, com ações de saneamento em locais de risco, como portos, hospitais e cemitérios⁶.

Nota-se permanente desinteresse na educação sanitária por parte do povo. Em 1904, o advento da Lei da Vacina Obrigatória, criada pelo médico sanitarista Oswaldo Cruz, gerou um dos maiores motins da história do Rio de Janeiro, conhecido como “A Revolta da Vacina” – o povo enfrentou o governo motivado por razões arbitrárias e sem buscar os devidos esclarecimentos⁷. Surgiram após esse período importantes nomes no setor saúde, como Carlos Chagas, incorporando a propaganda e a educação sanitária, e o deputado paulista Eloy Chaves, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os ferroviários, em 1923, protegendo-os em questões de doença e morte⁸.

A saúde pública seguiu como tema secundário na primeira república, marcada diretamente pela exportação de café no Sudeste, onde, desde o final

*...o principal
caminho [...] é
a reafirmação
da Reforma
Sanitária.*

do século XIX, a venda desse produto correspondia a 72,5% da receita. Isso obrigava o governo a tomar medidas sanitárias para impedir que os índices de mortalidade interferissem na atração e no contingente ativo de trabalhadores, sobretudo dos estrangeiros, que substituíram o trabalho escravo desde a abolição, em 1888⁹.

A vigilância de endemias e o saneamento de portos e do meio urbano assumem destaque como primeiras políticas públicas de saúde, por meio das quais o governo controlava enfermidades como febre amarela, varíola e peste bubônica, com medidas de higiene, vacinação, notificação de casos, isolamento de enfermos e eliminação de vetores. As deficiências da população em termos de noções de higiene eram notórias, o que levava as ações de saúde a assumir a forma de medidas impostas pelo governo em vez de medidas esclarecidas⁹.

O primeiro período getulista, de 1930 a 1945, foi marcado pela proposta de centralização política e administrativa e de verticalização das ações do Estado, com práticas de saúde pública voltadas principalmente a doenças como malária, lepra, febre amarela e tuberculose e estratégias como a divisão do país por regiões de saúde, com vistas à implementação e supervisão das medidas pertinentes por delegacias federais de saúde e a realização de conferências nacionais de saúde¹⁰.

Após o fim da Era Vargas, em 1945, veio um período de redemocratização que seguiu até 1964, em consequência do final da Segunda Guerra Mundial, resultando na Constituição de 1946, com eleições diretas, liberdade de imprensa e possibilidade de criação de agrupamento político e sindicato. Destaca-se no setor saúde a atuação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942, que proporcionava assistência médica aos trabalhadores que atuavam na produção de borracha na Amazônia. Criou-se o Ministério da Saúde (MS), que contava com sanitaristas para lidar com o cenário nacional de saúde, e o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), e havia reflexos da previdência social, como se observou no advento da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS)¹¹.

A ditadura militar, instaurada em 1964 em decorrência da estagnação política e social da época, logrou o chamado “milagre econômico” em sua primeira década, quando a saúde era mantida pelos recursos da previdência, levando à centralização dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

*...a saúde
deveria ser
tratada como
direito social.*

Em 1977 surgiu o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (Sinpas) e, ainda, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps)¹².

Nesse cenário ditatorial, a saúde pública passou a ser movida por campanhas de baixa eficácia, em decorrência de ações conservadoras, marcadas pelo autoritarismo e pela privatização. Destaca-se o surgimento da medicina preventiva, inspirada no modelo dos Estados Unidos da América (EUA) de incluir cuidados preventivos nas ações médicas, porém, não se obteve resultados positivos no Brasil, devido a deficiências dessa abordagem diante da realidade sanitária do país¹².

Conquista de um sistema de saúde popular

O fim da ditadura e a abertura política, com o advento da Lei da Anistia e, sobretudo, a reorganização da imprensa, da sociedade e da oposição, deu origem à campanha conhecida como “Diretas Já”, propiciando o surgimento de uma nova democracia, com eleição indireta em 1985, que elegeu Tancredo Neves – que não chegou a assumir o poder devido à sua morte¹³.

Como marco da saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, aberta a toda a sociedade, discutiu 3 aspectos de extrema relevância: a) a saúde como direito; b) a reformulação do Sistema Nacional de Saúde (SNS); e c) o financiamento do setor. Isso resultou, no ano seguinte, na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds)¹⁴.

Tais movimentos foram reflexos da chamada “Reforma Sanitária”, por conta de seus ideais e da concepção de que a saúde deveria ser tratada como direito social. Essa reforma teve ampla participação cidadã e de estudantes e profissionais da saúde, levando à formação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979, com relevante atuação em pontos sensíveis do setor, como a saúde coletiva¹⁵.

O ano de 1988 representou a concretização da saúde como direito universal, nos termos da Constituição Cidadã – originada do povo e para o povo, essa Carta Magna dispõe que as necessidades individuais ou coletivas de saúde devem ser consideradas prioridade pública e seu atendimento é uma das obrigações do Estado. A assistência universal e integral tem o propósito de disponibilizar serviços de saúde hierarquizados e descentralizados a toda a população brasileira¹⁶.

Como vistas a instituir o novo modelo de saúde e cumprir as normas da Constituição Federal de 1988, a Lei n. 8.080, de 20 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), foi promulgada para constituir o SUS, trazendo o conceito ampliado de saúde discutido na VIII Conferência Nacional de Saúde, pautado por princípios como universalidade, integralidade e equidade da assistência à saúde. O papel desse sistema envolve atuar: na assistência terapêutica integral; na assistência farmacêutica; no controle e na fiscalização de alimentos, água e bebidas para o consumo humano; e na formação de recursos humanos para o setor saúde. Há, ainda, outros aspectos representativos das necessidades de saúde do país¹⁷.

A Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, alinha-se aos ideais de participação da comunidade na gestão do SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Estabelece os conselhos de saúde e confere legitimidade aos organismos de representação dos governos estaduais – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) – e municipais – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems)¹⁸.

Também se mostra necessário discutir as normas operacionais básicas (NOB). A primeira a ser instituída, NOB 93, teve por objetivo restaurar o compromisso de implantação do SUS, operacionalizar a municipalização (tornando os municípios gestores da saúde), implementar a deliberação acerca dos recursos fundo a fundo pela gestão semiplena em caráter regular e automático, instituir a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em nível estadual, e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em nível federal, além de reduzir a atuação dos estados. Tais medidas beneficiam a população, pois ampliam o escopo decisório e descentralizam a gestão da saúde¹⁹.

Em 1996, a edição da NOB 96 representou avanços em termos de descentralização, redefinindo o papel

A participação popular emerge como pilar da formação do SUS.

dos estados e municípios no processo de gestão e caracterizando a responsabilidade sanitária direta ou de referência, com reorganização do próprio modelo de assistência. Isso conferiu aos municípios a responsabilidade da AB e instituiu o piso assistencial básico (PAB)²⁰.

Para garantir da participação da comunidade nas ações de saúde, a Lei n. 8.142/1990 fundou e estabeleceu os conselhos e as conferências de saúde, além das funções dos recursos financeiros. A participação popular emerge como pilar da formação do SUS, onde os conselhos de saúde devem ser compostos por 50% de cidadãos/usuários, 25% de trabalhadores, 25% de prestadores de serviços e representantes do governo, destinados a formular políticas e estratégias de saúde no país²¹.

Além dos conselhos, as conferências de saúde também contam com participação popular e devem ser realizadas a cada quatro anos, estimulando discussões pertinentes à saúde e contando com a representação dos mais variados segmentos sociais. Vale afirmar que a participação via controle social caracteriza um direito importante; as ações de vigilância e tomada de decisão, como se observa nos conselhos de saúde, garantem a promoção da saúde em caráter coletivo. Para tanto, o controle social demanda educação prévia dessa população, que às vezes não compreende seu papel social e não recebe subsídios para cumpri-lo²².

Ataques ao Sistema Único de Saúde e meios para fortalecê-lo

Em sentido inverso ao disposto na Constituição Federal de 1988, o Estado não tem cumprido seu papel no campo dos direitos sociais desde os anos 1990. Assim, surgiu a partir dos fundamentos do neoliberalismo a organização social da saúde (OSS), conhecida como “terceiro setor”, que visa à integração do sistema público e privado em um processo de terceirização regulamentado pela Lei n. 9.637/1998, qualificando entidades privadas como organizações sociais²³.

Como observou um estudo realizado em São Paulo, cidade pioneira na implantação desse tipo de gestão, sabe-se que, mesmo sem fins lucrativos, as entidades geridas pelas OSS têm: a) maior número de contratação de serviços para empresas com fins lucrativos, sem que haja necessidade de processos de licitação, fortalecendo a atenção privada à saúde; b) menor número de funcionários de serviço social, tornando a administração direta mais próxima da integralidade prevista no SUS; e c) maior gasto, em comparação à administração direta, já que entram como gasto tributário para o Estado, sendo este o contratante. Destarte, isso não caracteriza solução para a falta de acesso à saúde pública²⁴.

Além das OSS, há outras formas de saída da verba pública para ações privadas, como a organização da sociedade civil de interesse público (Oscip), as fundações estatais ou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), caracterizando o processo de contrarreforma, que pode ser considerado uma forma de barrar os avanços sociais já conquistados, ou, partindo dos princípios neoliberais, um modo de preparar o país para um contexto global capitalista e competitivo²⁵.

O modelo capitalista brasileiro, associado ao desconhecimento da população sobre seus direitos, tem-se mostrado um campo facilitador do crescimento privado. Mediante tomadas de decisão como a EC n. 95, que reduz o teto de gastos para saúde diante de um cenário de financiamento precário, incentivou-se a propagação dos planos de saúde populares por investidores estrangeiros²⁶.

A privatização demonstra que o Estado se exime de ser o executor direto da prestação de serviços de saúde, estimulando a iniciativa privada e transferindo essa responsabilidade por meio da venda de estatais. Em consequência disso, a saúde é posta como mercadoria e alvo de lucro, com base no discurso da eficácia e efetividade viabilizadas por parcerias, porém, na realidade, os direitos sociais são lesados, como o acesso universal à assistência e o dever do Estado promover a saúde²⁵.

Desde o governo de Fernando Collor, neoliberalista com ideias contrárias ao SUS, até o atual governo de Michel Temer, considerado ilegítimo, mantém-se o *subfinanciamento*, desse sistema, haja vista que os sistemas universais de saúde existentes no mundo demandam 70% do produto interno bruto (PIB) de seus países; no Brasil, isso se encontra por volta de 48,2%. Quando se compara ao sistema privado, este investe mais da metade do valor *per capita* investido

Além das OSS, há outras formas de saída da verba pública para ações privadas...

pelo SUS e ainda conta com a redução do imposto de renda, produzindo seu crescimento, que, associado ao aumento da dívida pública, afeta diretamente direitos sociais como a saúde²⁷.

A incompreensão de que o financiamento no setor saúde é inadequado nos leva a acreditar fielmente no processo de desmonte do SUS, associado a aspectos que interferem na arrecadação do Estado, com consequentes efeitos na legislação, como: a) a Lei n. 13.097/2015, que permite a entrada de capital estrangeiro na saúde; b) a aprovação da PEC n. 241/55, que congela gastos em saúde e na educação pelos próximos 20 anos, sob um regime fiscal que compromete a continuidade desse sistema; e c) a EC n. 93/2016, que fragiliza a seguridade social e altera as condições de trabalho².

Diversas medidas foram tomadas desde a criação do SUS em relação ao seu investimento, como ocorreu em 2000, com a EC n. 29, que define percentuais para a aplicação mínima de recursos nas ações e nos serviços de saúde. Em 2015, a EC n. 86 vinculou o cálculo a um percentual da receita corrente líquida (RCL). E, tratando mais especificadamente da aprovação da PEC n. 241/55 para a EC n. 95/2016, sancionada em 2017, há dependência da continuidade de estabilidade das finanças públicas, podendo ser alterada uma vez a cada mandato presidencial, o que afeta o bem-estar social e a eficiência da própria economia²⁸.

Outro aspecto negativo da EC n. 95/2016 em relação ao direito à saúde é o fato de que o crescimento populacional em 20 anos, com aumento da população idosa, não implica maior destinação de recursos para a saúde – independente do crescimento do PIB. Denota-se que as classes sociais mais baixas serão mais afetadas e que, mesmo com a criação de “planos de saúde populares”, o direito à saúde, assim como outros direitos, sofrerá impacto com o desmonte do Estado social, tendo como principal representante o SUS, em direção ao Estado mínimo, representado pelos pensamentos neoliberais contidos nos diplomas legais apresentados²⁹.

Para agravar o processo de desmonte do SUS, a nova revisão da PNAB, com ênfase no modelo biomédico e medicalizador, retirando os agentes comunitários de saúde (ACS) para atuação com auxiliares ou técnicos de enfermagem, demonstra que o cuidado à saúde se volta à execução de procedimentos e não ao contexto social em amplo espectro. Ademais, observa-se fragilização da educação e da promoção em saúde, assim como das formas flexíveis de contratação em um cenário de insegurança para os profissionais da saúde, dentre outros pontos que se mostram cruciais para a desconstrução de avanços como a AB²⁹.

CONCLUSÃO

Pode-se dizer que existem duas versões diferentes de Brasil e que estes diferem imensamente em termos de igualdade social e econômica, bem como de segurança e privilégios trazidos pela política dominada por homens, brancos e empresários, que, de modo descabido insistem em manter uma mentalidade anacrônica. Trata-se de um país do futuro que não se atualiza. Mesmo com o intuito de universalidade, o que se observa é dicotomia entre o proposto e o efetivado. Desse modo, a esperança recai sobre a sociedade civil para a defesa do SUS, da democracia e dos direitos adquiridos.

A importância dos movimentos sociais suprapartidários, desde a Reforma Sanitária até os dias atuais, e o avanço da privatização tornam ainda mais urgente a necessidade de defesa dos direitos sociais e a participação popular nas políticas públicas, com vistas ao aperfeiçoamento do modo de financiar e à compatibilidade com as demandas sociais, além dos processos de gestão.

A revitalização do movimento sanitário se mostra o caminho de escolha, assim como sua ligação a outros movimentos que lutam por direitos adquiridos. Apontam-se, aqui, ações e medidas de sustentação do sistema que visam a impedir o governo de custear planos privados de saúde para servidores públicos e trabalhadores estatais, além do corte de isenção de imposto de renda para os que

pagam planos privados. Ademais, um financiamento adequado que reordene os gastos da desoneração fiscal ou da bolsa-empresário para fins de políticas sociais e de infraestrutura e a revogação da EC n. 95, bem como as reformas de gestão e de política de pessoal no setor saúde, dentre outros aspectos, assumem papel de destaque.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Fernanda Thayná de Souza Pinheiro contribuiu com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Natália Bastos Ferreira Tavares, Aretha Feitosa de Araújo e João Paulo Xavier Silva** contribuíram com a redação e revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Silva RS. O entendimento do direito à saúde: uma abordagem dos usuários do SUS no Distrito Federal. Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário [serial on the internet]. 2015 [cited 2018 Dec 11];4(3):56-74. Available from: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/156/364>
2. Mendes A. Junqueira V. O capitalismo contemporâneo e sua crise e os embates para o financiamento e o trabalho em saúde no Brasil. Trabalho & Saúde. 2017;16(42):5-9.
3. Duarte E, Eble LJ, Garcia, LP. 30 anos do Sistema Único de Saúde. Epidemiol Serv Saúde [serial on the internet]. 2018 [cited 2018 Dec 11];27(1). Available from: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000100001
4. Campos GWSA. A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária. Interface Comun Saúde Educ [serial on the internet]. 2018 [cited 2018 Dec 11];22(64):5-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-22-64-0005.pdf>
5. Santos NR. Desmonte do SUS vai provocar desastre social no país [document on the internet]. 2016 [cited 2018 Dec 11]. Available from: http://www.adunicamp.org.br/wp-content/uploads/2016/10/sus_final_site.pdf
6. Da Silva MC. Brasil: o sentido da colonização e a transição do trabalho escravo para o trabalho assalariado no âmbito da acumulação primitiva. Revista Urutágua [serial on the internet]. 2013 [cited 2018 Dec 11];(29):84-98. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Urutagua/article/view/18888/12002>

*...a esperança
recai sobre
a sociedade
civil...*

7. Sevcenko N. A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Cosac Naify; 2014.
8. De Castro CAP, Lazzari, JB. Manual de direito previdenciário. Rio de Janeiro: Forense; 2000.
9. Finkelman J. Caminhos da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2002.
10. Hochman G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). Educ Rev [serial on the internet]. 2005 [cited 2018 Dec 11];(25):127-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/er/n25/n25a09.pdf>
11. Pinto T. República Populista (Quarta República) [document on the internet]. [date unknown] Available from: <https://brasilescola.uol.com.br/historiab/republica-populista-1945-1964.htm>
12. Escorel S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizers. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008. p. 385-434.
13. Fico C. Ditadura militar brasileira: aproximações teóricas e historiográficas. Tempo e Argumento [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Dec 11];9(20):5-74. Available from: <file:///D:/9332-31760-1-PB.pdf>
14. Brasil. Relatório final: 8ª Conferência Nacional da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1986.
15. Telles MWP, Teixeira CF. Movimento sindical e reforma sanitária brasileira: propostas da CUT para a saúde no período 1981-1991. Saúde Debate [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Dec 11];41(Spec):34-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0034.pdf>
16. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
17. Araujo GBF, Miranda LO, Nolêto IRDSG, Aguiar WJL, Melo Moreira A, Freitas DRJ. Comparação entre o sistema de saúde brasileiro e o sistema de saúde português: análise geral. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Dec 11];16(2):14-21. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1173/634>
18. Gil CRR, Luiz IC, Gil MCR. Gestão pública em saúde: contexto de implantação e aspectos organizacionais da gestão do SUS. São Luís: Ed. UFMA; 2016.
19. Carvalho ALBD, Jesus WLAD, Senra IMVB. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Dec 11];(22):1155-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1155.pdf>
20. Braga MH, Matos RGD, Braga CS, Moreira LM. Políticas de saúde no Brasil: uma visão baseada nas normas reguladoras editadas no período de 1990 a 2010. HU Rev [serial on the internet]. 2013 [cited 2018 Dec 11];39(3-4):45-54. Available from: <file:///D:/2111-12862-1-PB.pdf>
21. Lima DF, Lima LA. O controle social no Sistema Único de Saúde: um olhar crítico à Resolução n. 453/2012. Saúde Debate [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Dec 11];41(115):1168-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1168.pdf>
22. Gadelha P. Conferência Nacional de Saúde: desafios para o país. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2015 [cited 2018 Dec 11];(31):2047-58. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n10/0102-311X-csp-31-10-2047.pdf>
23. Moraes HMM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, Cazuzu AKI, Silva NAS. Organizações sociais da saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2018 [cited 2018 Dec 11];34(1):e00194916. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n1/1678-4464-csp-34-01-e00194916.pdf>
24. Pilotto BS, Junqueira V. Organizações sociais do setor de saúde no Estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo. Serv Soc Soc [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Dec 11];(130):547-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n130/0101-6628-ssoc-130-0547.pdf>
25. Machado TTL, Santana TLT. A privatização da saúde e a contrarreforma do estado: o processo de desmonte dos direitos sociais. II Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: Desafios Contemporâneos; 4-7 Jul 2017; Londrina, BR. Anais.
26. Celuppi IC, Ferreira J, Marques BL, Oliveira MC, Geremia DS, Almeida ME. Incentivos e tendências à privatização do SUS: como vamos defender o sistema público e universal? I Congresso Internacional de Políticas Públicas de Saúde; 6-8 Dec 2017; Chapecó, BR. Anais.
27. Reis AAC, Sôter APM, Furtado LAC, Pereira SS. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. Saúde Debate [serial on the internet]. 2016 [cited 2018 Dec 11];40(Spec):122-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40nspe/0103-1104-sdeb-40-spe-0122.pdf>

28. Saraiva AM, Pereira RAC, Gomes JWF, Bezerra AR, Lúcio FGC. Reformas fiscais no Brasil: uma análise da EC 95/2016 (Teto dos Gastos) [document on the internet]. 2016 [cited 2018 Dec 11]. Available from: https://www.anpec.org.br/sul/2017/submissao/files_I/i6-a98a1ed326e0fa20410c37b201d6d785.pdf

29. Morosini MVGC, Fonseca, AF. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Dec 11];33(1):e00206316. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2017.v33n1/e00206316>