

Capítulo 6

Direito Universal à Saúde no Brasil: da expansão restringida ao desmonte

*Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato*⁴⁹

Introdução

A proposta do capítulo é analisar o processo recente de desmantelamento da estrutura do SUS e os resultados que ele impõe ao já fragilizado processo de garantia do direito universal à saúde. Pretende-se analisar o desmantelamento a partir de duas abordagens complementares. Uma, a do processo de retração vivido pelos sistemas e estruturas de bem-estar, analisando sua particularidade na experiência brasileira de país em desenvolvimento que procura construir um modelo avançado de WS. A outra perspectiva é a do *policy dismantling*, que analisa aquele processo de retração no nível intermediário das políticas públicas. Na perspectiva da construção do WS ampliado no Brasil (pós-1988), há que se considerar o momento particular que ele emerge e a ausência de fatores que orientaram a experiência similar nos países centrais. Vale dizer, a literatura de *welfare* trata como condições gerais orientadoras dos sistemas ampliados de WS a existência de coalizões político-partidárias apoiadoras, pacto entre capital e trabalho, orientação ao pleno emprego sustentado, regulação ampliada do mercado, desmercantilização de benefícios e serviços, burocracia forte e autoridade central, valores públicos e apoio dos setores médios (ESPING-ANDERSEN, 1990; GOUGH, 1979; ARRETICHE, 1994; FLEURY, 1994; FARIA, 1998).

Essas características, principalmente aquelas relacionadas com a política macroeconômica, estiveram presentes parcialmente no caso brasileiro. A expansão do WS se deu no plano das políticas públicas, das *polities*, e de forma bastante frágil na *politics*⁵⁰. Embora concorde-se sobre a capacidade de políticas públicas influenciarem

⁴⁹ Professora Titular da Universidade Federal Fluminense.

⁵⁰ A distinção entre *polities* (Política) e *policies* (política pública) procura enfatizar as diferenças entre uma dada configuração do poder político na forma estado (*politics*), das diretrizes e decisões governamentais para a distribuição e alocação de recursos institucionais, organizacionais, financeiros etc. (*policies*).

a *politics* (LOWI, 1972; SKOCPOL, 1992), essa determinação apresenta limites, em especial em momentos de crise e de redirecionamento do padrão hegemônico de poder. As políticas públicas em saúde dão sustentação à expansão do WS na área e limitam processos mais aguçados de desmonte, mas isso se altera quando, por meio de um golpe político e uma posterior eleição de candidatura liberal conservadora, reordena-se e radicaliza-se a orientação contra políticas redistributivas. Curiosamente, esse reordenamento se faz quase em simultâneo ao surgimento da pandemia da Covid-19, em que, pela primeira vez o sistema público, com frágil reconhecimento social, sai de seus limites setoriais e toma a sociedade como mecanismo concreto de salvar vidas.

Pretende-se analisar as mudanças implementadas e as proposições de mudanças em políticas na área de saúde e relacioná-las ao processo mais amplo de impedimento/retração do direito universal à saúde, que é o centro do modelo brasileiro de WS. A hipótese central é de que, no caso brasileiro, o processo de retração é concomitante ao de implementação de políticas sociais de expansão de direitos sociais, o que faz com que as dimensões de remercantilização, contenção de custos e recalibragem (PIERSON, 2001) informem não somente a retração, mas também a constituição contemporânea dos modelos de proteção social e da saúde. No caso brasileiro, e da saúde especificamente, há que separar a etapa de constitucionalização de direitos sociais universais (FLEURY, 2009) – sua inserção na Constituição de 1988 e nas leis fundamentais que regem o direito à saúde (Lei Orgânica da Saúde) – do processo de consolidação do aparato que lhe dá sustentação. Para além da estrutura legal originária do direito universal à saúde, todo o processo posterior foi, na verdade, de expansão, ou expansão restringida da política de saúde, já que se verifica expansão em relação ao modelo anterior, mas restrição em relação ao previsto na Constituição de 1988. Assim, o processo de retração deve ser tratado em concomitância ao de expansão do próprio WS. Pode-se falar de desmonte dos princípios e diretrizes que deram corpo ao aparato legal originário de sustentação do direito universal à saúde, mas não de desmonte do que, na verdade, estava sendo construído.

Essa expansão restringida vinha garantindo, mesmo que de forma fragilizada, o direito universal à saúde a partir do SUS. O quadro se alterou a partir de 2016, com políticas e proposições que podem, sim, ser caracterizadas como corte, diminuição ou mesmo retirada de políticas existentes (JORDAN *et al.*, 2013), que juntas constituem processo claro de desmonte. Essa distinção é fundamental porque: reconhece os limites da emergência e constituição do WS no Brasil; assente que, a despeito dessas limitações, um conjunto de fatores permite a expansão do WS, dando materialidade ao conflito

distributivo expresso no direito universal à saúde; permite a análise dos distintos fatores políticos e institucionais que favorecem a expansão ou, ao revés, a retração.

Pierson salienta a fortaleza institucional e os incentivos eleitorais como fatores que impedem o desmonte (PIERSON, 2001). No caso do direito à saúde no Brasil, outra hipótese é a de que, diferentemente da segurança alimentar (Burlandy, em capítulo neste livro) e da assistência social (Senna, em capítulo neste livro), uma das forças contra o desmonte esteve na fortaleza institucional da área de saúde. Essa fortaleza institucional se expressa no desenho do sistema de saúde, no aparato de decisão baseado na estrutura federativa tripartida, na presença de mecanismos participativos, na ampla coalizão de defesa (SABATIER e JENKINS-SMITH, 1993) e no aparato burocrático e assistencial criado. Contudo, não se pode dizer o mesmo em relação ao apoio e incentivos eleitorais decorrentes, o que, na verdade, constituiu uma das fragilidades da consolidação do direito universal.

Assim como no caso da reforma da previdência (Pernasetti, em capítulo neste livro), essa fragilidade estaria na ausência de incentivos eleitorais pela falta de apoio popular. No entanto, diferentemente da previdência, em que a falta de apoio se dá pelo fato de os supostos interessados na manutenção da política estarem fora dela ou ter baixa capacidade de vocalização, no caso da saúde, os interessados também têm baixa vocalização, mas estão dentro da política e a acessam cotidianamente. A fragilidade de apoio pode ser explicada pela insuficiência da política de saúde em termos de efetividade e qualidade, pela disputa frequente e intensa com o setor privado e na restrição da política ao campo setorial, sem inserção central nos projetos governamentais que sucederam sua implantação. Para isso, concorre o oligopólio privado da comunicação, que hegemoniza o discurso defensor do estado mínimo e do setor privado como mais eficiente que o setor público, contribuindo para a ausência de uma formação democrática da opinião pública (SANTOS *et al.*, 2021).

Esses fatores comprometeram a construção de valores públicos, necessários ao apoio a políticas universais baseadas na igualdade de acesso e uso. Por um lado, pela origem escravagista do Brasil, onde se consolidou uma sociedade altamente estratificada e que nunca se assalariou plenamente; e, por outro, pelo histórico de acesso restrito e excludente à saúde, que se baseava na capacidade contributiva e no mérito. A proposta de garantia de direito à saúde universal e igualitário sem base em contribuição individual, com recursos fiscais, exigiria uma base de apoio social muito mais ampla.

O capítulo está dividido em cinco partes. Após esta introdução, descrevemos os antecedentes do direito à saúde e da constituição do SUS, necessários à análise

posterior do processo que denominamos de expansão restringida do direito à saúde. Em sequência, caracteriza-se o período considerado como propriamente de desmonte, após 2016, focalizando o papel do Ministério da Saúde (MS) e de duas políticas estratégicas, a Política Nacional de Saúde Mental e a Estratégia Saúde da Família (ESF), selecionadas por seu caráter de políticas de “alta institucionalidade” (MACHADO; BATISTA, 2012). Ao final, as conclusões.

Antecedentes

A criação do SUS fez parte de um projeto político reconhecido como reforma sanitária brasileira (FLEURY, 1989, 1997; PAIM, 2008), formado por intelectuais e profissionais de esquerda que, ainda na década de 1970 (SCOREL, 1999), construíram a proposição de defesa do direito universal à saúde como elemento de transformação social, ou seja, uma nova concepção sobre a saúde, anticapitalista, centrada no coletivo, na determinação social da saúde, na autonomia dos indivíduos e na ação política dos sujeitos. Esse projeto foi pensado teoricamente e foi parcialmente testado em várias iniciativas institucionais ainda durante a ditadura militar (FLEURY, 2005), as quais, com a ação político partidária, foi dando forma à proposta de um novo sistema de saúde.

O modelo de WS no Brasil era o de seguro (FLEURY, 1990), focalizado nos trabalhadores formais urbanos, com exclusão da maior parte da população, como trabalhadores informais e rurais. A estimativa era de que a cobertura em saúde, até 1988, era de cerca de 30% da população (MALLOY, 1986).

Apesar da tradição brasileira em saúde pública (SCOREL; TEIXEIRA, 2012), esta se desenvolveu em separado à assistência médica, que esteve atrelada à previdência social, constituindo uma dicotomia não só assistencial como também institucional, com as atribuições divididas em dois ministérios (MS e Ministério da Previdência Social), com clientelas e lógicas distintas de funcionamento (TEIXEIRA *et al.*, 1988; LOBATO, 2009). Outras características centrais do sistema de saúde antes do SUS eram: a) centralização decisória, com recursos e poder decisório em mãos do governo federal com reduzida interferência das esferas estaduais e municipais; b) cobertura dependente do setor privado contratado, com privilegiamento à compra de serviços ao setor privado, em especial o lucrativo, em detrimento da ampliação da rede pública, que sofreu retração e deterioração, como forma de expandir a cobertura para além dos trabalhadores formais e urbanos; c) base de financiamento regressiva, dado que os recursos da saúde dependiam da previdência social, de base contributiva e vulnerável às variações cíclicas da economia e aos períodos recessivos; e d) hegemonia de um modelo assistencial hospitalocêntrico,

centrado no atendimento hospitalar e na atenção individualizada, com privilégio às ações de caráter curativo, de alto custo, em detrimento das intervenções de caráter coletivo e da atenção básica.

A reforma sanitária encontra expressão legal na Constituição de 1988, que ampliou de forma significativa os direitos sociais e reconheceu, pela primeira vez, a saúde como direito universal (TEIXEIRA, 2009). Ali foram formalizados os princípios e as diretrizes que visavam alterar radicalmente a ação do Estado no setor saúde. A saúde foi definida como atividade de relevância pública, e adotou-se um conceito ampliado de saúde, que resultou de um conjunto de condições sociais como trabalho, moradia etc., e não só da ausência de doenças. A saúde passou a integrar a seguridade social, conjunto de direitos universais de previdência, saúde e assistência social, sob um comando e orçamento exclusivo e único, visando à condução integrada das políticas e ações nas três áreas. A regressividade do sistema contributivo foi reduzida com a ampliação da base de contribuição e inclusão de novos tributos.

A mudança mais robusta foi a criação do SUS, sistema público responsável pelo conjunto de ações e serviços de saúde em todo o território nacional. O setor privado pôde participar do sistema em caráter complementar, por meio de contrato de direito público. O sistema prevê o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, articulação e hierarquização entre as ações de promoção, prevenção e recuperação, e tomando o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde da população como base para o estabelecimento de prioridades.

Do ponto de vista político-institucional, o SUS inovou ao incluir a descentralização, a regionalização e a participação social como eixos estruturantes. O sistema passou a ser de responsabilidade das três esferas de governo, cada uma com atribuições próprias, mas com interligação em redes assistenciais regionalizadas e com instâncias de decisão compartilhadas. A descentralização na saúde permitiu e mesmo forçou uma lógica de coordenação federativa cooperativa no setor que, contudo, enfrenta os constrangimentos do ordenamento federativo nacional. A coordenação federativa foi possível pelo fortalecimento e criação de instâncias como os conselhos de secretários municipais e estaduais de saúde e as comissões intergestores nacional e estaduais. As comissões são consideradas uma inovação na gestão do SUS porque se baseiam na criação de um centro permanente de negociação, planejamento e decisão intergovernamental, na gestão compartilhada e na construção de parcerias voltadas à consolidação do sistema de saúde em todo o território nacional (LIMA, 1999; LIMA; VIANA, 2011; LOBATO; SENNA, 2015). Essas instâncias se transformaram em importante mecanismo na arena decisória do setor e nas estratégias de defesa do SUS. Na participação social, o sistema inclui mecanismos obrigatórios de controle

social (conselhos de saúde) e de participação social na formulação de políticas, por intermédio de conferências de saúde. Essas instâncias têm limitações na interferência sobre decisões no setor, mas consolidaram canais de transmissão de defesa do direito à saúde e contra as medidas restritivas e de desmonte do SUS.

A saúde é a área que melhor representa um modelo avançado de WS e está no cerne do modelo brasileiro criado em 1988. Sua expansão se deu por meio de um conjunto de políticas incrementais de caráter progressista, mas em meio à contenção permanente de recursos e à disputa com o setor privado. A partir de 2016, o quadro se alterou, quando a contenção de custos se agravou, o favorecimento ao setor privado se fortaleceu e, principalmente, políticas estruturantes foram modificadas, e a burocracia pública, alterada.

Expansão restringida – contenção de gastos e remercantilização

Os conflitos para a consolidação do direito à saúde se iniciaram logo após a Constituição de 1988. O regramento previa a criação de orçamento único para o aparato da seguridade social (que no Brasil reúne saúde, previdência e assistência social), com destinação de ao menos 30% dos recursos para a saúde. Esse patamar jamais foi alcançado, comprometendo desde logo a ampliação da rede de serviços e de recursos humanos para a construção do SUS. Segundo Santos e Funcia (2020), a diferença entre o piso previsto de 30% e o gasto efetivo em saúde foi de R\$ 102 bilhões em 2019 e de R\$ 146 bilhões em 2020. Sem definição clara sobre o orçamento, iniciou-se uma disputa entre as áreas da seguridade social, vencida pela previdência social que, sendo a área arrecadadora, deixava de repassar os recursos para saúde e assistência social.

A eleição de um governo liberal e antiestado logo em 1990 iniciou a trajetória de austeridade fiscal, que iria acompanhar a construção do SUS e a expansão do WS brasileiro. Logo em 1994, sob a alegação da necessidade de saneamento dos recursos públicos e estabilização econômica, criou-se, sob o sugestivo nome de FSE, mecanismo de desvinculação de recursos do orçamento federal para livre gasto pelo governo. A destinação definida e obrigatória de recursos para as áreas sociais havia sido incluída na Constituição com o objetivo de sanar o histórico nacional de desvio de recursos dessas áreas para outras. O FSE reeditou esse histórico, comprometendo, mesmo que parcialmente, a expansão do WS como previsto. Esse mecanismo foi renovado por todos os governos subsequentes e se mantém até hoje, atualmente como DRU, com percentual de 30%.

As dificuldades de financiamento se mantiveram com um novo governo de perfil neoliberal (governo Fernando Henrique Cardoso, de 1995 a 2002), com projeto

bem mais claro que o anterior de redução do estado, com destaque para a área social. Agudizaram-se os conflitos entre a área de saúde e a área econômica por recursos e houve clara ruptura entre os objetivos de expansão da proteção social e as políticas econômicas de austeridade fiscal e privatização. De fato, em suas duas gestões, o governo Fernando Henrique Cardoso implementou um amplo programa de privatizações e uma vasta reforma do Estado, que traria consequências para a expansão do SUS, como veremos mais adiante. Na tentativa de obter recursos, o MS tomou a iniciativa de defender no Parlamento uma contribuição específica para a saúde (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF), que foi aprovada em 1996. Inicialmente contrário à contribuição, o Ministério da Economia passou a apoiar a proposta, mas deixou de repassar à saúde outras fontes, comprometendo o aumento previsto. Embora prevista para financiar exclusivamente a saúde, entre 1998 e 2006, a contribuição arrecadou R\$ 223 bilhões, mas foram para a saúde R\$ 33,5 bilhões (SANTOS; FUNCIA, 2020). A CPMF durou até 2006 e não foi renovada após intenso ataque de que representaria aumento de impostos.

Outro mecanismo importante de austeridade fiscal e restrição de recursos foi a lei aprovada em 2000, a LRF (Fiscal Responsibility Law), que definiu limite aos gastos com servidores públicos nas três esferas de governo. Com um sistema de saúde recém-criado, a regra limitou a contratação de servidores públicos e a garantia da universalização por meio de serviços próprios (LOBATO; RIBEIRO; VAITSMAN, 2016). Vale dizer que, no Brasil, os serviços públicos devem ser prestados por servidores selecionados em concursos públicos, que são regidos por regime próprio de ganhos e aposentadoria. Com a limitação de gastos com a folha de pagamentos, governos passaram a usar a terceirização de serviços, contratando empresas privadas para a execução de serviços públicos, com resultados duvidosos para o acesso integral à saúde previsto no modelo constitucional. A terceirização de serviços é outro elemento importante da trajetória de expansão restringida, já que associa a contenção de custos com a remercantilização, favorecida pela reforma do Estado adotada em 1995.

A instabilidade de recursos, que prevaleceu durante toda a década de 1990, levou à aprovação, em 2000, de lei específica para garantia de percentuais mínimos de gastos em saúde para os três níveis de governo. Como tentativa de burlar esses percentuais mínimos, os governos passaram a contabilizar neles despesas não específicas em saúde, o que gerou outra longa batalha para a uma nova regulamentação que estabelecesse quais são efetivamente ações e serviços públicos de saúde, ocorrida somente em 2014. Apesar da importância dessa regulamentação, os percentuais, que deveriam ser os mínimos aplicados em saúde, não passaram muito disso.

Por outro lado, houve sobrecarga nos orçamentos das prefeituras, que passaram a prover partes cada vez maiores de seus orçamentos para a saúde. Em 2017, os municípios contribuíram, em média, com 24% de suas receitas para o SUS (FUNCIA; BRESCIANI, 2019). Em contraposição, o nível federal, mesmo tendo maior capacidade de arrecadação, reduziu sua participação nos gastos totais em saúde de forma regular. A título de exemplo, em 2001, a proporção de gastos entre os níveis de governo era de 56% para a União, 21% para estados e 23% para municípios (SANTOS; FUNCIA, 2020). Já em 2019, os percentuais foram de 42% para a União, 26% para estados e 32% para os municípios (FUNCIA; BRESCIANI, 2019) – isso sem alteração dos recursos destinados aos municípios. Ao contrário, desde 1998, o governo federal vinha ampliando a centralização de recursos.

A definição de um percentual apropriado de recursos para o SUS, em especial da União, gerou várias propostas legislativas e muitos conflitos entre o governo federal e a coalização de defesa do SUS. Mesmo os governos de centro-esquerda resistiram ao aumento dos recursos ao SUS, apesar de terem capitaneado avanços importantes no desenho e implementação de políticas abrangentes e inclusivas, na ampliação da oferta de serviços em todo o território nacional (MACHADO *et al.*, 2012) e de terem aprovado a destinação de recursos de *royalties* do pré-sal⁵¹ para a saúde e a educação. No Brasil, o governo federal tem grande capacidade de iniciativa legislativa (ARRETCHE, 2013) e normalmente consegue vetar iniciativas tomadas no próprio Parlamento que não o favoreçam. Por outro lado, o próprio Legislativo tem se tornado mais conservador a cada nova legislatura, dificultando o acesso de proposições provenientes da sociedade em defesa da ampliação de direitos sociais.

Um exemplo que resume os dois fatores é o do movimento Saúde + 10, que, em 2013, reuniu mais de 150 entidades reconhecidas da sociedade civil e amalhou 2,2 milhões de assinaturas registradas para a apresentação de projeto de iniciativa popular de destinação de 10% da receita corrente bruta da União para o SUS (COSTA *et al.*, 2021). Apesar da pujança e da representatividade do movimento, da aceitação do projeto para análise no Legislativo e do amplo apoio social, a proposição foi atropelada por proposta alternativa do Parlamento, apoiada pelo governo federal, que reduzia esses recursos (EC nº 86) (COSTA *et al.*, 2021). A proposta previa aplicação de recursos da União de 15% da receita corrente líquida, e não bruta, patamar a ser atingido de forma escalonada em cinco anos, cumprindo o valor total somente em 2020. Segundo Funcia (2019), esse escalonamento, além de inconstitucional, já que constituía patamar mínimo, representaria redução dos valores totais. Uma reação de membros do movimento Saúde + 10 foi apelar à justiça, sendo uma das ações

⁵¹ Grande reserva de petróleo existente abaixo do nível do mar, encontrada no Brasil em 2007.

acolhida pelo STF para aplicação imediata dos 15%, mas não cumprida pelo MS (COSTA *et al.*, 2021). A proposta alternativa do Parlamento também previa que os recursos do pré-sal destinados à saúde fossem incluídos nesse percentual, alterando a proposta inicial e limitando a entrada de novos recursos.

É importante salientar que o ano de 2015 foi crítico para o quarto mandato do PT, com visível redução da capacidade do Executivo em controlar a agenda do Legislativo, que se tornou mais autônomo na direção de oposição clara ao governo, consolidando as fissuras que gerariam o golpe de 2016 com a deposição da presidente Dilma Rousseff. O Legislativo passou a aprovar inúmeras despesas, as chamadas pautas-bomba, que comprometiam o equilíbrio fiscal já ameaçado. Essas despesas, contudo, não favoreciam as áreas sociais, mas sim aguçavam a crise e enfraqueciam o Executivo. O governo tentou se defender trocando o ministro da Fazenda por personagem mais afeito ao mercado financeiro, fez cortes drásticos em saúde, educação e habitação, mas não conseguiu reverter o golpe, que já estava em andamento.

O golpe de 2016 radicalizou o processo de austeridade e agravou a contenção de custos do WS brasileiro e da saúde. Sob o governo de Michel Temer, aprovou-se o Novo Regime Fiscal, que estabeleceu teto de gastos das despesas públicas por 20 anos (até 2036). O objetivo da medida é o controle dos gastos públicos que, contudo, só se aplica às despesas primárias, ficando de fora do teto e, portanto, sem limite, os gastos com pagamento de juros da dívida pública. Não há notícia de medida de tal radicalidade no controle do gasto público no mundo. Os efeitos para a saúde e a equidade são dramáticos, já que não considera necessidades futuras relacionadas ao aumento e envelhecimento populacional, alterações no perfil epidemiológico e nas demandas de saúde, incorporação de tecnologia, pesquisa e inovação necessárias a um sistema público que cobre 210 milhões de habitantes (LOBATO; SENNA; BURLANDY, 2023). Sob o novo regime, já houve queda de gastos em saúde entre 2017 e 2019. Ademais, ao contrário de seus defensores, que alegam que o novo regime permite aumento de recursos, na prática não, já que acréscimos só podem ocorrer com redução em outras áreas, o que é impossível sob limitações graves (ORTIZ; FUNCIA, 2021). A pandemia da Covid-19 pressionou esse novo regime, exigindo aumento de gastos para a saúde. Contudo, se excluídos os gastos específicos com a pandemia, registrou-se em 2020 mais uma queda de recursos destinados ao SUS (ORTIZ; FUNCIA, 2021).

Com o Novo Regime Fiscal, o quadro de subfinanciamento crônico (MARQUES, 2017; MARQUES *et al.*, 2016) passou a ser de desfinanciamento, ou seja, a redução dos recursos que já eram insuficientes (FUNCIA, 2019). Os gastos públicos com

saúde alcançaram cerca de US\$ 70 bilhões em 2019, cerca de US\$ 330 per capita/ano ou menos de US\$ 1,00 per capita dia (BRASIL, 2021). Os gastos totais em saúde representaram 9,5% do PIB em 2018, sendo que os gastos públicos foram de 3,96%, menos da metade do gasto privado. O Brasil é o único país com sistema público universal com gastos públicos menores que os gastos privados e o de menor gasto público per capita (LOBATO; SENNA; BURLANDY, 2023).

A par o desfinanciamento, que caracteriza o processo de contenção de custos, pode-se identificar um processo remercantilização na expansão restringida do direito à saúde e na implementação do SUS. Pierson define remercantilização (*re-recommodification*) como o esforço de reverter o processo de *decommodification* característico dos WS e identificado por Esping-Andersen (1991) como o acesso a serviços como direito, sem dependência das regras impostas pelo mercado. A reversão se daria pela redução ou corte de benefícios, limitando as alternativas de participação da classe trabalhadora no mercado de trabalho (PIERSON, 2001). No caso brasileiro, essa *recommodification* se dá pela restrição de acesso a serviços de saúde pelo SUS, obrigando os usuários a comprarem serviços diretamente ou a buscarem planos de saúde privados. Os gastos diretos em saúde são altos no Brasil e giram em torno de 30% da renda familiar, principalmente com medicamentos. Apesar de garantir mais equidade, já que atende gratuitamente, oferece mais serviços, cobre os mais vulneráveis e custeia os serviços mais caros (LOBATO; SENNA; BURLANDY, 2023), o SUS apresenta problemas de acesso, principalmente nos serviços de média complexidade e em medicamentos. Por outro lado, a participação do setor privado vem sendo favorecida, em um processo que associa subsídios e baixa regulação e, mais recentemente, ampliação do setor na oferta direta de serviços ao SUS, em um contrassenso ao previsto no modelo constitucional.

O sistema de saúde brasileiro se caracteriza desde sempre pela presença do setor privado, estimulada pelo próprio Estado. Até a década de 1980, o setor privado era prioritariamente de serviços profissionais, clínicas e hospitais, principalmente beneficentes. A partir da década de 1980, com a crise do modelo de assistência médica da previdência social, antecessor do SUS, cresceram os planos privados contratados por empresas para provimento de serviços a seus empregados. Paralelamente à criação do SUS, os planos se multiplicaram e diversificaram, e hoje cobrem cerca de 23% da população (ANS, 2021).

O SUS depende da oferta de serviços privados em todo o território nacional. Apesar de mais regulado e controlado, com bases de dados e informação seguras e amplas, a compra de serviços ao setor privado não conta com estrutura de custos que permita

uma melhor gestão de contratos e planejamento sobre que serviços devem ser de fato comprados (VIEIRA, 2017), o que faz com que o setor público seja pressionado pelo imediatismo e por contratos que melhor beneficiem o privado. A título de exemplo, 95% do custo total dos procedimentos de terapia renal substitutiva é custeado pelo SUS que, contudo, possui apenas 10,3% dos equipamentos de hemodiálise, contra 83,3% do setor privado contratado (LOBATO; SENNA; BURLANDY, 2023). A maioria dos hospitais no País é privada e atende tanto o SUS quanto o sistema privado. A presença de empresários do setor privado na gestão pública e a de profissionais médicos que trabalham nos dois setores facilita a relação promíscua entre os setores. A dependência não é só do SUS ao privado, mas do setor privado ao SUS, o que torna intrincadas as relações entre os dois setores, nem sempre favoráveis à garantia do direito à saúde.

Outra modalidade de interação pública-privada é a terceirização de serviços no SUS, emblemática da expansão restringida, pois garante a oferta de serviços e até expande a cobertura via SUS, mas o faz por meio de empresas privadas e financeirização da assistência à saúde. Esse modelo vai de encontro ao previsto no SUS e se amplia a partir da reforma do Estado da década de 1990. A reforma, levada a cabo no governo Fernando Henrique Cardoso, em linha com o movimento global de responsabilização do tamanho do Estado pelas mazelas econômicas e sociais contemporâneas, é exemplar na concepção de redução do papel do estado, com impacto na configuração da estrutura das políticas sociais.

A reforma do Estado empreendida no Brasil – reforma Bresser – partiu da crítica ao modelo interventor do estado, à própria Constituição de 1988 e à estrutura burocrática, caracterizada como ineficiente e patrimonialista, e propôs uma estrutura gerencial, baseada na transferência para a sociedade de atividades que pudessem ser mais eficientes se executadas pelo setor público não estatal. As atividades que permanecessem como áreas exclusivas do Estado seriam também objeto de reorganização, orientadas à separação entre formulação de políticas, regulação e controle e a operação dos serviços. (BRESSER PEREIRA 1995, 1998; BRESSER PEREIRA; CUNILL GRAU, 1999). Os setores sociais, entre os quais a saúde, foram considerados atividades não exclusivas de estado, podendo ser exercidos por nova modalidade institucional, as chamadas OS. Paralelamente, foram criadas agências reguladoras para o controle sobre os mercados que seriam criados ou ampliados com a privatização dos serviços públicos (FERNANDES, 1999). As OS e a agência seriam adotadas na saúde. Esta última na regulação do mercado privado de saúde e as primeiras na oferta direta de serviços ao SUS.

Segundo Fleury, reformas de Estado não são meros reordenamento ou modernização administrativos, mas geram alterações na distribuição de poder, nas possibilidades de representação dos interesses dos diferentes atores e sujeitos políticos em uma dada sociedade (FLEURY, 2001). Apesar de apresentarem trajetórias institucionais diferentes, ambas as modalidades criadas pela reforma do Estado alteram a relação de poder ao interior da saúde, com favorecimento a atores de mercado, estimulando a remercantilização.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada para regular os planos privados de saúde, que não tinham qualquer regulação até 1998. Embora uma agência externa ao próprio SUS ferisse os princípios de autoridade deste sobre quaisquer serviços de saúde no País, o papel da ANS foi importante na garantia de preceitos mínimos de atenção à saúde, e não só de segurança do mercado, ao definir obrigatoriedades mínimas de serviços, impondo limites à aberta mercantilização do setor. Contudo, uma série de medidas favoráveis aos planos e contrárias aos usuários vem sendo implementadas, favorecendo a remercantilização. Bahia explora as relações entre as mudanças recentes no mercado de planos (fusões, aquisições e abertura de capitais de empresas) com a origem dos dirigentes da ANS, conformando um ambiente propício à privatização e financeirização do setor (BAHIA, 2012).

A consolidação de um mercado internacionalizado e cada vez mais concentrado pode estar alterando o equilíbrio de poder e a capacidade regulatória da Agência. Uma consequência direta sobre a saúde é a disputa pela autorização de abertura de planos baratos com baixa cobertura, atualmente proibidos. Isso aprofundaria o viés de renda no acesso à saúde privada, comprometendo exatamente os setores mais pobres da população. Hoje esse viés é claramente favorável às rendas mais altas, aos brancos e com maior escolaridade, e é altamente segmentada entre regiões do País. Somente 2,2% das pessoas com rendimento de até um quarto do salário mínimo tinham algum plano de saúde privado contra 86,8% daquelas com rendimento acima de cinco salários mínimos. Entre os brancos, 38,8% possuíam plano privado contra 20,1% de pretos. Em relação à escolaridade, quanto mais elevada, maior a cobertura de plano privados, variando de 16,1% entre os sem instrução ou com ensino fundamental incompleto a 67,6% entre aqueles com nível superior completo (LOBATO; SENNA; BURLANDY, 2023). A liberação aos planos chamados “acessíveis” favoreceria a ampliação do setor, que se mantém inalterado dado o limite de renda da população. Facilitaria o acesso a consultas e a exames de baixa complexidade, deixando ao SUS o restante, em clara inversão da lógica do cuidado e da integralidade da atenção e ampliando a mercantilização na atenção à saúde.

É difícil estabelecer claramente o quanto o processo de favorecimento ao setor privado de planos compromete a expansão do SUS, e esse é um elemento importante na disputa política pelo direito à saúde. No financiamento, isso pode ser identificado já que, em paralelo ao desfinanciamento do SUS, o setor privado conta com inúmeros subsídios e isenções. Indivíduos e empresas têm isenção fiscal para despesas médicas privadas e compra de planos de saúde, o que constitui uma redistribuição altamente regressiva. Empresas e serviços de saúde também contam com vários benefícios. Segundo Mendes e Weiller (2015), os benefícios tributários ao setor privado quintuplicaram entre 2003 e 2011. Por outro lado, é fartamente conhecido, embora pouco documentado, o uso do SUS por beneficiários de planos de saúde que ou têm coberturas negadas pelos planos, ou são encaminhados ao SUS para procedimentos mais caros dentro das instituições de saúde que prestam serviços tanto ao SUS quanto aos planos. Essa dinâmica passou a ser acompanhada pela ANS, e os planos passaram a ser cobrados quando seus beneficiários com cobertura contratual garantida são atendidos pelo SUS. Contudo, esse ressarcimento não se concretizou integralmente. Segundo a ANS, planos de saúde devem ao SUS US\$ 588 milhões (SOUZA, 2021).

Já as OS são entidades privadas sem fins lucrativos, com autonomia orçamentária e que são contratadas pelo setor público ao abrigo de contratos especiais de gestão – estas são adotadas em 16 estados e 39 municípios (SILVA, 2012). Do ponto de vista do acesso à saúde, demonstram eficácia já que permitem a contratação de profissionais que não sejam servidores públicos o que, como dito, foi limitado pela LRF. As críticas se concentram nas limitações para se atingir a universalidade e a integração em saúde, o favorecimento a pacientes de planos de saúde em estabelecimentos com dupla porta, a ausência de participação e controle social pelos conselhos de saúde, a fragilidade regulatória da maioria dos municípios para o controle e acompanhamento dos contratos e a precarização do trabalho dos profissionais de saúde.

É mais fácil identificar a eficiência econômica e gerencial dessas novas formas de gestão do que os impactos positivos relacionados com a qualidade da assistência. Mais difícil ainda é determinar os benefícios para a saúde de todos e as consequências de longo prazo para os sistemas de saúde locais. As redes de atenção à saúde dependem de acordos entre as diferentes prefeituras ou com as esferas estaduais, uma vez que a maioria delas não oferece a gama completa de serviços de que seus habitantes precisam (LOBATO; SENNA, 2015). Já os contratos com OS definem um conjunto de serviços que não dependem necessariamente de um planejamento de rede. A consequência pode ser mais fragmentação dos serviços em médio e longo prazo apesar da melhoria do acesso no curto prazo. A falta de planejamento da

rede de atenção à saúde e a frágil regulação dos prestadores podem comprometer a integralidade do sistema e afetar a equidade. Embora não haja evidências suficientes sobre os resultados em saúde das OS, a possível fragmentação afeta a maioria dos mais pobres, pois eles têm menos recursos (informação, renda, escolaridade, mobilidade) para lidar com as dificuldades resultantes para acesso aos cuidados de saúde, comprometendo o direito à saúde⁵².

Para além dos aspectos específicos da saúde, as OS se consolidam como alternativas reais de favorecimento à mercantilização. O crescimento das OS sempre levantou a dúvida sobre o que levaria empresas a se interessar por administrar serviços de saúde complexos, em contexto de alta desigualdade como a brasileira, eventualmente e locais inseguros, sem auferir lucros. Sabe-se dos altos salários conferidos a gestores e a profissionais dessas organizações e que várias delas estão articuladas a grandes corporações privadas lucrativas, constituindo efetivamente uma forma de transferência de recursos ao setor privado (TRAVAGIN, 2017). Não há conhecimento público sobre os tipos de contratos e há inúmeras denúncias de corrupção. Para Moraes, as OS representam tendência crescente de

[...] “privatização ativa”, quando o Estado estimula a formação de um mercado interno na saúde, amplia as modalidades de transferência do fundo público para o setor privado e garante os instrumentos legais para a operacionalização deste novo modelo, num contexto em que a lógica mercantil vem se tornando o elemento definidor dos rumos da política nacional de saúde. (MORAIS, 2018, p. 3 apud LOBATO; SENNA; BURLANDY, 2023, p. 279, tradução nossa).

Da expansão restringida ao desmonte

O setor saúde desenvolveu aparato institucional amplo e inovador desde a constitucionalização do direito à saúde e a criação do SUS. Apesar de restrita à arena setorial, sem centralidade nos projetos governamentais que se sucederam, essa estrutura alcança garantir as bases do direito à saúde mesmo sob constantes constrangimentos. Talvez a característica mais importante dessa institucionalidade

⁵² Os conflitos sobre as OS resultaram em ação para o STF, que, em abril de 2015, julgou por sua constitucionalidade. O argumento central da sentença proferida é que a provisão constitucional da saúde como obrigação do Estado não significa que apenas os órgãos públicos possam prestar a atenção à saúde (STF, 2011).

seja a multiplicidade de atores políticos de defesa consolidados em instâncias estatais, para estatais e na sociedade civil. A lógica que nas origens do movimento da reforma sanitária associou direito à saúde à democracia foi bem-sucedida na ampliação democrática do Estado. Críticos atribuem as limitações vivenciadas pelo SUS a uma suposta prioridade de sua coalização de defesa ao caminho institucional, intraestado, para a consolidação do direito à saúde, tendo secundarizado o fortalecimento do direito na sociedade civil e no apoio popular. Se bem o apoio popular pudesse ter sido ampliado, não há dúvida sobre a importância do aparato institucional na produção e na reprodução do direito à saúde e no impedimento a um desmonte ampliado como consequência do contexto de austeridade permanente (PIERSON, 2001) e redução do estado.

O aparato institucional está apoiado em estruturas de poder que dão corpo ao sistema: a gestão – os comandos nas três esferas de governo (MS, secretarias estaduais e municipais) e a representação de secretários estaduais e municipais (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – Conass e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems); as instâncias de negociação e pactuação intergovernamentais (Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite – CIT e CIB); o controle social – Conselhos de Saúde (nacional, estaduais e municipais); as corporações profissionais. Tal estrutura interage e se consolida por meio de um processo longo de formulação e implementação de políticas públicas setoriais. A formação de políticas foi tanto uma forma de construir o sistema como de defendê-lo. Esse duplo sentido é relevante dado o contexto regular de insegurança decorrente da baixa adesão da *politics* ao direito à saúde e ao SUS como previsto no modelo constitucional.

O desmonte se evidenciou a partir de 2016 e, principalmente, a partir de 2019, com a gestão do presidente Jair Messias Bolsonaro, que, de forma inédita, associa extrema-direita autoritária com liberalismo radical. Contudo, um liberalismo que mantém e até aprofunda as mazelas do sistema político brasileiro, como favorecimento de cargos, verbas e edição de leis e normas em troca de apoio político. O fisiologismo se aprofundou com a dependência do governo ao chamado Centrão⁵³. No Brasil, os projetos de direita autoritários sempre tiveram um perfil de desenvolvimento nacional, mesmo que dependente. A gestão Bolsonaro acompanhou as estratégias de redução do estado que já vinham sendo tomadas desde o golpe de 2016, como

⁵³Apelido dado ao grupo de parlamentares, de diferentes partidos de centro e de direita, que controla e se beneficia da distribuição de cargos no governo federal e de recursos do orçamento nacional em troca de apoio ao Executivo. Um dos principais mecanismos dessa intermediação é o chamado “orçamento secreto”, que incorpora parte significativa dos recursos orçamentários para emendas parlamentares sem identificação do destino e criando uma verdadeira caixa-preta de aplicação dos recursos públicos.

a Reforma Trabalhista e o Novo Regime Fiscal, e as aprofundou com a reforma da previdência, alterando as bases do WS. Na saúde, o desmonte se deu no esfacelamento da direção nacional do SUS – o MS –, e em um conjunto de políticas estruturantes. Esse processo se confundiu com a pandemia da Covid-19, já que a condução do governo se baseou no negacionismo, minimizando a pandemia e seus efeitos sobre a saúde, tomando posição contra o isolamento social, contra as vacinas, contra as recomendações de entidades científicas e da própria OMS, difundindo o uso de cloroquina e ivermectina, com consequências drásticas para o País.

O processo de descentralização na saúde foi um dos elementos inovadores para se opor à alta centralização no nível federal do modelo anterior. A Constituição de 1988 alterou as bases do federalismo brasileiro, reconhecendo a União, os estados e os municípios como poderes partícipes. Deu a estados e municípios maior autonomia tributária, maior participação na partilha federal de recursos, liberdade de uso de recursos próprios e maior poder de decisão sobre políticas públicas. Na área social, e na saúde em particular, houve extensa alteração nas atribuições dos níveis subnacionais, especialmente municípios. Constituiu-se uma lógica de federalismo cooperativo, prevendo a integração negociada entre os níveis de governo para a condução do SUS e das políticas de saúde. Esse arranjo dependeu de um longo processo de negociação e pactos, com papel proeminente das instâncias de gestão e negociação do SUS (CIT e CIB). Mesmo convivendo com os conflitos com a lógica competitiva do federalismo nacional, que se manifesta também no SUS, é inegável o avanço do arranjo democrático de condução do sistema (RIBEIRO; MOREIRA, 2016; LOBATO; SENNA, 2015).

O papel do MS foi fundamental na construção do SUS. O padrão de forte indução, via incentivos financeiros, para políticas de seu interesse, legado inclusive do modelo anterior na condução da assistência médica (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps), não impediu seu papel como parte no processo inovador de descentralização, confirmando o lugar do MS como coordenador nacional do SUS e do estado nacional no direito à saúde. Pode-se identificar padrões diferenciados entre governos, mas não se viu, mesmo nos períodos mais liberais de 1990 a 2002, gestões que adotassem posturas frontalmente antagônicas ao SUS (MACHADO, 2007, p. 439). E nos governos de centro-esquerda, apesar de manutenção do contexto de contenção de custos, verifica-se o aprofundamento e a continuidade de políticas estruturantes no MS, mudanças que visaram fortalecer a própria estrutura do MS e novas políticas de acesso a serviços e assistência, como a Farmácia Popular, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e o Brasil Sorridente (MACHADO; BABISTA; LIMA, 2012).

Já durante do governo Bolsonaro, o papel do MS como coordenador do SUS e defensor do direito à saúde foi severamente comprometido. Silva (2022) exhibe o desmonte do aparato burocrático do Ministério no período por intermédio de uma dinâmica autoritária que desordenou a burocracia e erodiu a capacidade do Estado por meio da militarização da administração pública e da saída de inúmeros servidores de carreira dos seus cargos nos ministérios, por se sentirem coagidos a aderir a diretrizes governamentais sem embasamento técnico, o que prejudicava a continuidade das políticas.

Apoiado por militares, o governo Bolsonaro favoreceu as Forças Armadas em diversos aspectos⁵⁴, um deles foi a oferta de cargos na burocracia federal, os quais recebem salários extras. Entre 2016 e 2020, cresceu em 34,5% o número de militares em cargos comissionados (NOZAKI, 2021). Em 2018, eram 2.765 militares em cargos civis na administração federal, a maior parte deles no Ministério da Defesa e Ciência e Tecnologia, áreas afins aos militares. Já em 2020, eram 6.157, um aumento de 55% em relação a 2018 e 108% em relação a 2016. Além disso, 10 ministérios civis eram ocupados por militares, inclusive ministérios de perfil político, como a Casa Civil, a Secretaria de Governo e a Secretaria Geral da Presidência (NOZAKI, 2021). Militares passaram a ocupar cargos em ministérios sem nenhuma qualificação para tal.

Na saúde, o número de militares dobrou entre 2016 e 2020, e o MS, em meio à pandemia, foi ocupado por um militar da ativa, sem nenhum conhecimento da área, o que foi declarado pelo próprio ao assumir o cargo. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária foi também ocupada por militar. A assunção de militar da ativa ao MS veio depois da demissão de outros dois ministros civis que discordaram das posições do presidente sobre a pandemia. O MS passou a ser gerido de acordo à hierarquia militar e contra as necessidades de saúde. “*Um manda outro obedecer*” foi a declaração do ministro quando suspendeu, por ordem do presidente, a compra de vacinas fabricadas por laboratório brasileiro gerido por opositor de Bolsonaro, sob alegação de que eram vacinas chinesas.

A politização da pandemia, estimulada pelo Executivo, impediu a coordenação nacional da saúde por parte do MS e favoreceu seu desmonte. A saída de funcionários⁵⁵, a total desorganização na compra e logística de distribuição de insumos, testes e

⁵⁴ Como no aumento substantivo de recursos para as Forças Armadas em um contexto de crise econômica e na garantia de benefícios especiais, ao mesmo tempo que os retirava de outros setores. O caso emblemático é o da reforma da Previdência. Apesar de já contar com regime especial, foi o único setor sem qualquer perda. Ao contrário, a reforma da previdência militar removeu a idade mínima obrigatória e garantiu salário integral na aposentadoria. Nozaki (2021) mostra os benefícios concedidos recentemente aos militares.

⁵⁵ Funcionários com perfil técnico que se posicionavam contra as orientações negacionistas eram deslocados, e muitos foram perseguidos nas redes sociais pelos apoiadores do presidente, inclusive com ameaças.

vacinas, a alteração na estrutura de secretarias, com a vacância de áreas estratégicas, a desarticulação das ações e apagões regulares de dados caracterizaram esse desmonte. O caos generalizado foi, de alguma forma, evitado pelo papel de governadores estaduais e prefeitos, que criaram mecanismos de apoio mútuo e de organização de demandas coletivas ao MS. Mesmo assim, a falta de comando único e de articulação federativa, mais os conflitos constantes entre o Executivo e os entes subnacionais, fizeram com que cada estado e município tomasse suas próprias medidas, fragilizando o enfrentamento da pandemia e o próprio processo de descentralização, já que as ações passaram a depender da capacidade gerencial e orçamentária desses entes subnacionais.

Por outro lado, setores consolidados na área de saúde, como o Programa Nacional de Imunizações, um dos mais amplos do mundo, garantiram a vacinação quando as vacinas finalmente foram adquiridas. Alguma compensação à crise veio do Parlamento, que se antecipou à aprovação de leis necessárias ao combate à pandemia que o MS retardava. Outro fator importante foi a reação da sociedade, com a ampliação de redes de movimentos tanto para iniciativas solidárias quanto de ação política, dirigidas principalmente ao MS. Contudo, fizeram parte também do desmonte o fechamento a demandas sociais e a falta de diálogo com o Conselho Nacional de Saúde, o principal representante da sociedade civil em nível nacional. Os problemas causados pelo MS na pandemia geraram a abertura de uma Comissão Parlamentar de Inquérito, que concluiu pela existência de crimes cometidos pelo governo federal, principalmente no atraso na compra de vacinas, com indícios de corrupção. O saldo do desmonte do MS foi de 620 mil mortes até agora.

O desmonte da direção nacional do SUS é verificado também em um conjunto de políticas públicas. Destacamos aqui a Política Nacional de Saúde Mental e a ESF. Machado e Batista destacam essas como políticas de “alta institucionalidade”, associadas aos princípios de universalidade e integralidade do SUS, que já vinham assumindo destaque desde os anos 1980 ou 1990 e que teriam impulso nos governos Lula, com continuidades e inovações incrementais que lhe deram sustentabilidade (MACHADO; BATISTA, 2012).

A Política Nacional de Saúde Mental é resultado de um longo processo político, capitaneado pelo movimento da reforma psiquiátrica, associado ao movimento da reforma sanitária, que rompeu com os preceitos tradicionais sobre o lugar da saúde mental nas relações sociais (AMARANTE, 2012). Em crítica contundente à psiquiatria tradicional, o movimento da reforma psiquiátrica alcançou combinar uma nova concepção sobre os loucos e a loucura com a proposição concreta

de como um sistema de saúde deveria se organizar para lidar com essa nova concepção, baseada no reconhecimento dos acometidos por doença mental como cidadãos de direitos, a serem cuidados e incluídos socialmente, e não criminalizados ou encarcerados. A proposição da Política Nacional de Saúde Mental é de um sistema antimanicomial, calcado em um conjunto de serviços multiprofissionais, territorializados e em rede, com o objetivo de dar condições de recuperação e convivência aos acometidos por transtornos mentais ou uso abusivo de álcool e outras drogas (AMARANTE; NUNES, 2018). Essa estrutura foi desenvolvida no interior do SUS, com bons resultados no tratamento dos adoecimentos e com alto impacto na redução das internações psiquiátricas e, conseqüentemente, nos leitos psiquiátricos, que reduziram de 80 mil na década de 1970 para 25.988 em 2014 (AMARANTE; NUNES, 2018). A disputa com o setor privado hospitalar sempre foi intensa, já que leitos psiquiátricos podem representar alta lucratividade, com tratamentos de longo prazo, baseados praticamente em administração constante de medicação⁵⁶.

A importância dessa disputa pode ser exemplificada pela entrada de profissionais defensores da internação hospitalar nos cargos de direção da Política Nacional de Saúde Mental, sendo o primeiro deles ainda sob a gestão da presidente Dilma Rousseff, em contexto de acirramento dos conflitos políticos pré-golpe de 2016. Os argumentos para a ampliação dos leitos psiquiátricos se utilizam da diretriz de integralidade da própria Política Nacional, para defender a “grave desassistência” que a falta desses gerou para casos mais complexos. O desmonte se consolidou após o golpe, com uma sequência de alterações de menor ou maior porte, donde destacam-se: a inclusão das comunidades terapêuticas⁵⁷ no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), abrindo caminho para seu reconhecimento como serviços de saúde e financiamento pelo SUS; o hospital psiquiátrico voltou a fazer parte integrante da rede, com maior financiamento; o reajuste do valor de diárias para internação em hospitais especializados; a reformulação das equipes e redes de atenção psicossocial (CRUZ *et al.*, 2020). Cruz *et al.* (2020) analisam as resoluções e portarias emitidas entre 2016 e o início de 2019, concluindo que, em sua maioria, vão em caminho contrário às diretrizes da Política Nacional, em processo claro de desmonte. Dada a característica de favorecimento ao setor privado, identifica-se também uma remercantilização da saúde mental.

⁵⁶ Para conhecimento da trajetória da psiquiatria brasileira, o papel e tratamento adotado nos hospitais psiquiátricos e o movimento da reforma psiquiátrica, ver Amarante (2010).

⁵⁷ Comunidades terapêuticas são grupos de assistência privados e religiosos que atendem dependentes químicos privilegiando a abstinência e o isolamento social e familiar.

A remercantilização vem associada à reinstitucionalização e à remedicalização da assistência à saúde mental. O MS no governo Bolsonaro radicalizou essa estratégia ao: reduzir o papel central da diretriz de redução de danos na Política Nacional ampliando o papel de hospitais psiquiátricos e procedimentos condenados como a eletroconvulsoterapia; incentivar a internação psiquiátrica de crianças e adolescentes; facilitar a internação involuntária de dependentes de álcool e drogas e em comunidades terapêuticas; vetar o atendimento por psicólogos e assistentes sociais a alunos das escolas públicas de educação básica (veto derrubado pelo Congresso); revogar cerca de 100 portarias que estruturavam serviços e programas de saúde mental no SUS (SIQUEIRA, 2021). O favorecimento às comunidades terapêuticas ganhou também incentivos via isenção de impostos para doadores.

A ESF, amparada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), proveio de programa de expansão de cobertura para as populações mais pobres e vulneráveis e se converteu na estrutura prioritária de reorganização do modelo de atenção à saúde no País. Em oposição à lógica tradicional da atenção à saúde centrada nos serviços especializados e hospitalares, a ESF faz do primeiro nível de atenção a porta de entrada de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente, como é preconizado pelo SUS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A ESF foi responsável pela maior expansão do acesso à saúde pública, com 60% dos domicílios do País cadastrados em unidades de saúde da família em 2019, dos quais 38,4% receberam visita mensal de profissional de atenção primária (IBGE, 2020 apud LOBATO *et al.*, 2023). Inúmeros estudos confirmam a importância da atenção primária na redução das inequidades regionais e territoriais de oferta de serviços, com efeitos positivos nas taxas de mortalidade e morbidade infantil, morbidade geral e expectativa de vida (MACHADO; SILVA, 2019).

Uma nova política de atenção básica foi editada em 2017, com mudanças que ameaçam a construção do modelo de atenção previsto. Para Paim e Teixeira, modelo de atenção se refere à:

[...] “lógica ou racionalidade que orienta uma dada combinação tecnológica nas práticas em saúde” ou “modos de organizar a ação e dispor os meios técnicos científicos para intervir sobre problemas e necessidades de saúde” individuais e coletivos. Envolve o modo como são disponibilizados os recursos (humanos e materiais), as tecnologias (materiais e não materiais), a rede de serviços, as práticas e relações

entre profissionais e população, nas dimensões política, gerencial e organizativa. (PAIM, 2012; PAIM; TEIXEIRA, 2002 apud GIOVANELLA *et al.*, 2020, p. 1476).

Essa concepção complexa vinha se consolidando na ESF por meio de uma rede de serviços presente em todo o território nacional, dimensionada segundo características populacionais, com equipes multiprofissionais qualificadas em torno aos objetivos de articulação e hierarquização do cuidado e procurando ampliar relações intersetoriais com outras políticas públicas.

A política implementada em 2017 altera alguns elementos cruciais desse modelo. Segundo Giovanella *et al.* (2020) destacam: a redução ou a retirada de agentes comunitários de saúde, profissionais centrais na relação com a população e na promoção à saúde; a redução da carga horária de médicos e outros profissionais, descaracterizando a vinculação integral com a atenção primária; o enfraquecimento do componente multiprofissional ao reduzir ou alterar as formas de financiamento às equipes nas diversas modalidades de unidades de atenção básica. Novas alterações na estrutura da ESF são empreendidas no governo Bolsonaro, favorecendo o atendimento individualizado e a demanda espontânea, o que contraria o modelo de atenção integrado da ESF e a reedição do programa de expansão de profissionais médicos, eliminando, contudo, o componente de intervenção na formação médica no País, amplamente reconhecido como fator preponderante para a dificuldade de alocação de médicos em áreas remotas do Brasil (GIOVANELLA *et al.*, 2020).

Outras políticas mais recentes, que vinham se institucionalizando no País, como a de acesso a medicamentos (Farmácia Popular) e a tratamento odontológico na rede pública (Brasil Sorridente), também sofreram alterações que podem caracterizar desmonte, já que reduzem o acesso e favorecem a mercantilização. Também a Política Nacional de Combate à Aids, reconhecida internacionalmente por ter sido uma das precursoras em garantir assistência integral às pessoas acometidas com a síndrome, com resultados excepcionais entre países em desenvolvimento, tem sido desmontada. O governo Bolsonaro reduziu a importância do combate à Aids no MS ao incorporar a condução da política à estrutura de outras doenças crônicas, reduzindo sua centralidade e comprometendo seu financiamento, em momento de aumento de casos, principalmente entre jovens e idosos. O desmonte da Política de combate à Aids se coaduna com diversas outras estratégias de criminalização das pessoas LGBTQIA+, por meio da moralização ultraconservadora e reacionária no tratamento das políticas públicas.

Conclusão

Para Sheahan (2002 apud HUBER, 2012), a América Latina nunca aderiu a um conjunto de políticas contínuo o suficiente para estabelecer modelos de capitalismo estáveis e bem-sucedidos com complementariedade entre regimes produtivos e regimes de política social. Essa complementariedade foi tentada em governos recentes de centro-esquerda. No caso brasileiro, nos governos dos ex-presidentes Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, por meio do chamado neodesenvolvimentismo, que implementou um conjunto de estratégias de desenvolvimento econômico e social com importante impacto na redução da pobreza e no crescimento econômico (VIANNA; SILVA, 2012). Contudo, a saúde não teve papel central nessa agenda. Apesar do amplo sistema público, com demandas complexas de inovação, pesquisa e desenvolvimento de insumos e fármacos, a saúde sempre foi pensada mais como serviço do que como mecanismo de desenvolvimento econômico. A base produtiva e tecnológica em saúde no Brasil é ainda frágil, assim como a relação entre política industrial e política de saúde. Há progressos na área de vacinas, mas o País é dependente de importações em toda a cadeia produtiva da saúde, registrando déficits crescentes na balança comercial da área desde 2003 (GADELHA *et al.*, 2012). De fato, os investimentos em saúde representam uma parcela muito pequena do MS, não passando de 6,3% (MACHADO *et al.*, 2014).

O fato de não ser central em sucessivos projetos governamentais desde a Constituição de 1988 – e de terem esses projetos se pautado, em maior ou menor grau, na austeridade fiscal – fragilizou o direito à saúde e a implantação do SUS como previsto. Contudo, é possível distinguir um período de expansão restringida em que, mesmo em um contexto de contenção de custos e mercantilização, políticas amplas e progressistas foram se institucionalizando em uma estrutura profissionalizada e democrática, configurando um cenário de disputa social e política sobre o direito à saúde. Por isso nossa hipótese de que, diferentemente dos países centrais, onde os processos de remercantilização, contenção de custos e recalibragem (PIERSON, 2001) são posteriores à consolidação dos WS, aqui o processo é um só, o que demonstra a singularidade do caso brasileiro e talvez possa ajudar a elucidar processo atuais e recorrentes de disputa entre austeridade e a garantia de direitos sociais, e diferenciá-los dos processos de desmonte. Buscamos caracterizar o desmonte como alteração efetiva do direito universal à saúde, em suas bases institucionais, organizacionais e éticas, por meio da assunção da prioridade ao setor privado, da reorientação dos recursos fiscais e da alteração dos preceitos norteadores de equidade e cidadania, associados a concepções conservadoras sobre a saúde.

Tanto a expansão restringida como o desmonte são identificados mediante políticas públicas que são institucionalizadas, tornam-se estruturantes e, posteriormente, são alteradas em seus princípios e diretrizes. A amplitude e a velocidade do desmonte levam a confirmar os limites de sustentação dessas políticas públicas (*polícies*) na configuração do poder político do Estado (*politics*). O modelo neodesenvolvimentista, responsável pela expansão e pela institucionalização de um conjunto de políticas sociais inclusivas, em paralelo à manutenção de diretrizes centrais ao neoliberalismo, parece ter sido o mais próximo que chegamos de um projeto tentativo de alteração do bloco de poder. Mesmo assim, foi suficiente para gerar um Golpe de Estado e o reassentamento do poder fundado na hegemonia do capital financeiro e na austeridade. Como contraface à essa hegemonia, segue a fortaleza institucional do SUS, que, fragilizado pelo desmonte, foi revigorado pela pandemia da Covid-19, um evento adverso e inesperado que permitiu confirmar a importância do direito universal à saúde e mantê-lo na disputa por um EBS igualitário e democrático.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Novembro*: Planos de assistência médica totalizam 48,7 milhões beneficiários. Brasília, DF: ANS, 5 jan. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/novembro-planos-de-assistencia-medica-totalizam-48-7-milhoes-novos-beneficiarios>. Acesso em: 12 abr. 2022.

AMARANTE, P. D. C. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

AMARANTE, P. D. C. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: Giovanella *et al.* (ed.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 635-656.

AMARANTE, P. D. C.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

ARRETCHE, M. “Quando instituições federativas fortalecem o governo central?” *Novos estudos CEBRAP*, São Paulo, n. 95, p. 39-57, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-33002013000100003&script=sci_arttext. Acesso em: 20 maio 2022.

ARRETCHE, M. Emergência e Desenvolvimento do *Welfare State*: Teorias Explicativas. *BIB*, Rio de Janeiro, n. 39, p. 3-40, 1995.

BAHIA, L. Financeirização da assistência médico-hospitalar no governo Lula. In: MACHADO, C. V. et al. (org.), *Políticas de saúde no Brasil*. Continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 91-113.

BRASIL. Ministério da Economia. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. *Indicadores Municipais*. Brasília, DF: Ministério da Economia, 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3E6t1kS>, <https://bit.ly/3pSNmUh>. Acesso em: 21 de maio de 2022.

BRESSER PEREIRA, L. C. *A Reforma do aparelho do Estado e a Constituição de 1988*. Brasília, DF: ENAP, 1995. (Texto para discussão 1).

BRESSER PEREIRA, L. C. *Reforma do Estado para a cidadania – a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. São Paulo: Ed. 34, Brasília, DF: ENAP, 1998.

BRESSER PEREIRA, L. C.; CUNILL GRAU, N (org.). *O público não-estatal na reforma do Estado*. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1999.

COSTA, A. M.; LOBATO, L. V. C.; RIZZOTO, M. L. *Participação e controle social na construção e resistência ao desmonte do Sistema Único de Saúde no Brasil*. Relatório apresentado à Opas. [s. l.: s. n.], 2021.

CRUZ, N. F. O.; 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 e Educação em Saúde*, v. 18, n. 3, p. e00285117, 2020.

SCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1999.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: CEBES, Fiocruz, 2012. p. 279-322.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. *Lua Nova*, São Paulo, n. 24, 1991.

FARIA, C. A. Uma genealogia das teorias e modelos do estado de bem-estar social. *BIB*, Rio de Janeiro, n. 46, p. 39-71, 1998.

FERNANDES, C. C. C. *A reforma administrativa no Brasil: avanços e limites 1995-98*. Washington D.C.: George Washington University, 1999. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1697/1/A%20Reforma%20administrativa%20no%20Brasil%201995-1998%20avan%C3%A7os%20%20limites.pdf>. Acesso em: 10 maio 2022.

FLEURY, S. (org.). *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1994a.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 25-41.

FLEURY, S. *Estado sem cidadãos: Seguridade Social na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994b.

FLEURY, S. *et al. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. Cortez, 1989.

FLEURY, S. Reforma del Estado. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, p. 7-48, 2001.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>. Acesso em: 10 dez. 2021.

FUNCIA, F. R.; BRESCIANI, L. P. A gestão recente do Sistema Único de Saúde: financiamento restringido. In: ENCONTRO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DA ANPAD – EnAPG, 8. 2018, Fortaleza. *Anais [...]*. Fortaleza: ANPAD, 2019.

FUNCIA, F. R. Underfunding and federal budget of SUS: preliminary references for additional resource allocation. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4405-4415, 2019.

GADELHA, C. A. *et al.* O complexo produtivo da saúde e sua relação com o desenvolvimento: um olhar sobre a dinâmica da inovação em saúde. In:

GIOVANELLA, L. (ed.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2012. p. 209-238.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1481, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Acesso em: 20 de mar. 2022.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde: *In: GIOVANELLA, L. et al. (ed.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 493-546.

GOUGH, I. *The Political Economy of the Welfare State*. Londres: MacMillan Press, 1979.

HUBER, E.; STEPHENS, J. *Democracy and the left*. London: Chicago University Press, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

JORDAN, A.; BAUER, M.; GREEN-PEDERSEN, C. Policy dismantling. *Journal of European Public Policy*, [s. l.], v. 20, n. 5, p. 795-805, 2013.

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. D. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. *In: VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 39-63.

LIMA, L. *O processo de implementação de novas estruturas gestoras do Sistema Único de Saúde: um estudo das relações intergovernamentais na CIB do Rio de Janeiro*. 1999. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999.

LOBATO, L. V. C.; RIBEIRO, J. M.; VAITSMAN, J. Public/private mix in the Brazilian Health System and the quest for equity. *Global Social Welfare*, [s. n.], v. 3, n. 3, p. 1-9, 2016.

LOBATO, L. V. C.; SENNA, M. C. M.; BURLANDY, L. Public/Private Mix in Healthcare and Inequalities: the case of Brazil. In: PALLEY, H. A. *The Public/Private Sector Mix in Healthcare Delivery: a comparative study*. New York: Oxford University Press, 2023. p. 264-283.

LOBATO, L. V. C.; RIBEIRO, J. M.; VAITSMAN, J. Changes and challenges in Brazilian health care system. In: ROUT, H. S. (ed., org.). *Health Care Systems: a Global Survey*. New Delhi: New Century Publications, 2011. p. 384-405.

LOBATO, L. V. C.; SENNA, M. C. M. Health Federalism in Brazil. In: FIERLBECK, K.; PALLEY, H. (org.). *Comparative Health Care Federalism*. Surrey: Ashgate Publishing Limited, 2015. v. 1. p. 179-194.

LOWI, T. J. Four Systems of Policy, Politics, and Choice. *Public Administration Review*, [s. l.], v. 32, n. 4, p. 298-310, 1972.

MACHADO, C. V. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

MACHADO, C. V. *et al.* Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 187-200, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00144012>. Acesso em: 02 maio 2022.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W.; LIMA, L. D. Políticas de Estado, projetos de governo e saúde. In: MACHADO, C. V. *et al.* (org.). *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 18-27.

MACHADO, C. V.; SILVA, G. A. Political struggles for a universal health system in Brazil: successes and limits in the reduction of inequalities. *Globalization and Health*, [s. l.], v. 15, supl. 1, p. 77, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0523-5>. Acesso em: 22 maio 2022.

MALLOY, J. *A política da Previdência Social no Brasil*. Ri de Janeiro: Graal, 1986.

MARQUES, R. M. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. *Planejamento e Políticas Públicas*, [s. l.], v. 49, p. 35-53, 2017.

MARQUES, R. M.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. *In:* MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (org.). *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília, DF: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016. p. 139-168.

MENDES, A.; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS (Fiscal waiver (tax spending) in health: effects on financing of the SUS). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, 2015.

MORAIS, H. M. M. *et al.* Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. e00194916, 2018.

NOZAKI, W. A Militarização da Administração Pública no Brasil: projeto de nação ou projeto de poder? *Caderno da Reforma Administrativa*, n. 20. Brasília, DF: Fórum Nacional Permanente de Carreiras Típicas de Estado (Fonacate), 2021. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/observabr/wp-content/uploads/sites/9/2021/05/Cadernos-Reforma-Administrativa-20-V4.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2022.

ORTIZ, M.; FUNCIA, F. R. Desfinanciamento federal do SUS e o impacto nas finanças municipais. *Estadão*, São Paulo, 17 ago 2021. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/gestao-politica-e-sociedade/desfinanciamento-federal-do-sus-e-o-impacto-nas-financas-municipais/>. Acesso em: 07 jul.2022.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PIERSON, P. Coping with permanent austerity. *In:* PIERSON, P. (ed.). *The New Politics of the Welfare State*. New York: Oxford University Press, 2001. p. 410-456.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 40, p. 14-24, 2016. Número especial. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042016S02>. Acesso em: 10 jun. 2022.

SABATIER, P. A.; JENKINS-SMITH, H. *Policy change and learning: the advocacy coalition approach*. Boulder, CO: Westview Press, 1993.

SANTOS, L.; FUNCIA, F. *Histórico do financiamento do SUS: evidências jurídico-orçamentárias do desinteresse governamental federal sobre a garantia do direito fundamental à saúde*. Domingueira, [s. l.], n. 20, maio 2020. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-20-maio-2020#a0>. Acesso em: 10 jun. 2022.

SANTOS, R. T. *et al.* Saúde pública e comunicação: impasses do SUS à luz da formação democrática da opinião pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1547-1556, 2022. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/saude-publica-e-comunicacao-impasses-do-sus-a-luz-da-formacao-democratica-da-opinio-publica/18054?id=18054&id=18054>. Acesso em: 10 set. 2022.

SILVA, M. M. S. Policy dismantling by capacity manipulation in a context of democratic backsliding: The bureaucracy in disarray in Bolsonaro's Brazil. *International Review of Public Policy*, [s. l.], v. 4, n. 3, p. 272-292, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/irpp.3001>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SILVA, V. M. *As Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) no Sistema Único de Saúde: aspectos da relação público-privado e os mecanismos de controle*. 2012. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2012. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2832>. Acesso em: 12 maio 2022.

SIQUEIRA, V. Saúde Mental: apanhado das ações do Governo Bolsonaro. *Colunas tortas*, [s. l.], 8 dez. 2021. Disponível em: <https://colunastortas.com.br/saude-mental-apanhado-das-acoes-do-governo-bolsonaro/>. Acesso em: 12 maio 2022.

SOUZA, M. Planos de saúde devem R\$ 2,9 bi ao SUS; valor compraria 58 milhões de doses de vacina. *Repórter Brasil*, [s. l.], 29 jun. 2021. Disponível em: <https://reporterbrasil.org.br/2021/06/planos-de-saude-devem-2-9-bi-de-reais-ao-sus-valor-compraria-58-milhoes-de-doses-de-vacina/>. Acesso em: 07 jul. 2022.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Organizações Sociais e contrato de gestão. *Informativo Semanal nº 628*. Processo AI – 400336. Brasília, DF: STF,

23 a 27 maio 2011. Disponível em: <http://www.stfj.us.br/portal/informativo/verInformativo.asp?s1=ADI+1923&pagina=3&base=INFO>. Acesso em: 12 maio 2022.

TEIXEIRA, S. F. (coord.) *et al.* *Antecedentes da reforma sanitária: textos de apoio*. Rio de Janeiro: ENSP-PEC, 1988.

TEIXEIRA, S. M. F. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 472-480, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902009000400010. Acesso em: 07 jul. 2022.

TRAVAGIN, L. B. O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às Organizações Sociais de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 995-1006, 2017.

VIANNA, A. L. E.; SILVA, H. P. Desenvolvimento e institucionalidade da Política Social no Brasil. In: MACHADO, C. V. *et al.* (org.). *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz 2012. p. 31-60.

VIEIRA, F. S. Produção de informação de custos para a tomada de decisão no Sistema Único de Saúde: uma questão para a política pública. *Textos de discussão 2314*. Brasília, DF: Rio de Janeiro: Ipea, 2017.