UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

ROBERTO SOBREIRA XAVIER

Austeridade que mata: uma análise do impacto da crise política sobre os indicadores de Atenção Primária em Saúde no Estado de São Paulo

São Paulo

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO
(Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Biblioteca)
CRB 8 - 4936

Xavier, Roberto Sobreira
Austeridade que mata: uma análise do impacto da crise política sobre os indicadores de Atenção Primária em Saúde no Estado de São Paulo / Roberto Sobreira Xavier ; orientadora, Cristiane Kerches da Silva Leite. – 2019
122 f. il.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo.
Versão corrigida

1. Assistência à saúde - Indicadores - São Paulo - Aspectos políticos; Aspectos econômicos. 2. Políticas públicas - Brasil. 3. Sistema Único de Saúde - Brasil. 4. Financiamento de assistência à saúde - São Paulo. 5. Atenção à saúde. I. Leite, Cristiane Kerchers da Silva, orient. II.Título
CDD 22.ed. – 362.1098161

ROBERTO SOBREIRA XAVIER

Austeridade que mata: uma análise do impacto da crise política sobre os indicadores de Atenção Primária em Saúde no Estado de São Paulo

Versão corrigida

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de pós-graduação de Gestão de Políticas Públicas.

Versão corrigida contendo as alterações solicitadas pela comissão julgadora em 18 de junho de 2019. A versão original encontra-se em acervo reservado na Biblioteca da EACH/USP e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD), de acordo com a Resolução CoPGr 6018, de 13 de outubro de 2011

Área de Concentração:

Sociedade, Instituições e Políticas Públicas

Orientador:

Profª. Drª. Cristiane Kerches da Silva Leite

São Paulo

2019

Nome: XAVIER, Roberto Sobreira

Título: Austeridade que mata: uma análise do impacto da crise política sobre os indicadores de Atenção Primária em Saúde no Estado de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de pós-graduação de Gestão de Políticas Públicas.

Área de Concentração:

Sociedade, Instituições e Políticas Públicas

Aprovado em: 18 / 06 / 2019

Banca Examinadora

Prof. Dr.	Úrsula Dias Peres	Instituição:	EACH - USP
Julgamento:	Aprovado	Assinatura:	_____
Prof. Dr.	Claudia M. de Castro	Instituição:	EACH – USP
Julgamento:	Aprovado	Assinatura:	_____
Prof. Dr.	Maria Luiza Levi Pahim	Instituição:	UFABC
Julgamento:	Aprovado	Assinatura:	_____

Aos meus pais, Helena Ana e José Xavier, por tudo e por serem o início e a fonte em um tempo em que não havia tantas incertezas e o mundo parecia bom. Sem vocês não haveria conquistas para comemorar.

A Antônia, minha companheira de vida, o amor da minha vida, por tudo e pelo apoio incondicional em todos esses momentos, principalmente nos de incerteza, muito comuns para quem tenta trilhar novos caminhos. Sem você nenhuma conquista valeria à pena.

Aos meus filhos, João e Antônio, para onde tudo corre, pela inspiração para seguir em frente pela vida trilhando esses novos caminhos. Todas as conquistas são para vocês....

Agradecimentos

Este trabalho é fruto da generosidade, da coragem e do acaso. Por isso, meu primeiro agradecimento vai para a Professora Ana Maria Medeiros da Fonseca, a querida Ana Fonseca (*in Memorian*), pela sua coragem em me estender a mão e abrir as portas da pesquisa em Políticas Públicas, fato que possibilitou meu retorno à Academia.

Conhecia Ana Fonseca há poucos anos, quando ela impactou a minha vida enormemente, assim como impactou a vida de milhões de brasileiros e brasileiras com seu trabalho e sua garra. Apesar de termos convivido muito pouco, ela sempre foi extremamente generosa comigo, assim como foi com o país. Por mais que eu tenha lhe agradecido, sei que não foi o suficiente e por isso quero deixar este registro permanente do quanto lhe sou grato. Ana Fonseca: presente. Hoje e Sempre.

Em seguida, meus mais sinceros agradecimentos vão para os meus amigos do Grupo de Pesquisa em Saúde Pública da Santa Casa de São Paulo. A convivência com os Professores e colegas de pesquisa, onde sempre encontrei um ambiente de acolhimento e respeito e de grande seriedade e respaldo intelectual, foi decisivo para o amadurecimento desta reflexão acadêmica.

Agradeço também a todos os amigos do CEALAG, em especial aos Professores Nelson Ibañez, Ana Luiza D'Ávila Viana, Paulo Carrara, Áquilas Mendes e Vera Schatan pelas orientações fundamentais no processo de elaboração dessa dissertação.

Também tenho muito a agradecer ao grupo dos médicos: Guilherme Mello, Paulo Seixas, Liza Uchimura, Aylene Bousquat, Paulo Mota e Hélio Neves pela generosidade com que me receberam e compartilharam seus conhecimentos sobre o SUS.

Um agradecimento especial às queridas enfermeiras, Joana Azevedo, Mirian Ikeda, Ana Paula Chancharulo e Ana Ligia Passos, que me mostraram que a devoção da enfermagem é, de fato, o pilar de sustentação do Sistema e que sem elas eu não teria encontrado no Campo de Pesquisa, e nas muitas e muitas horas de entrevistas as bases do conhecimento empírico que apresento aqui.

Por fim, agradeço a todos os demais Pesquisadores, mas de maneira especial, à querida Miriam Regina Souza que me ajudou nas primeiras entrevistas de campo e cuidou generosamente da revisão desse trabalho e da normatização do texto final.

Agradeço de maneira especial a minha orientadora, Cristiane Kerches, por dedicar tempo e energia lapidando meus escritos e inquietações para uma formatação científica nesse difícil campo das Políticas Públicas e, sobretudo, por sua paciência com este orientando, que podia ter sido seu colega de sala, mas quis o destino que fosse seu aluno. E através dela, agradeço a imensa oportunidade de voltar a conviver em um ambiente acadêmico com professores, como Renata Bichir, Arnaldo Lanzara e Denis Oliveira, que me mostraram as múltiplas facetas de olhares sobre as Políticas Públicas a partir de um pensamento verdadeiramente crítico. Estendo esse agradecimento à toda a comunidade da EACH que também possibilitou a viabilidade desse reencontro

É impossível registrar todas as dívidas contraídas nesta trajetória, mas ainda é preciso reconhecer gratidão aos amigos. Aos de perto e aos de longe. Aos novos que chegam. Aos antigos que permanecem e aos de sempre que se foram.... Felizmente estes são poucos. Destes todos gostaria de destacar alguns: Ana Claudia Moreira Cardoso, José Carlos dos Santos, José Celso Cardoso Junior, Maurício Mirra, Patrícia Montanari, Reinaldo Pacheco e Wagner Suita. Amigos da USP e da vida. E Rosa Maria e Mirna Rocha, amigas de outras vidas.

"Se um médico abriu um tumor ou tratou com faca uma ferida grave ou curou um olho doente ele receberá dez siclos de prata se o paciente for um homem livre, cinco siclos se for um descendente de plebeus, dois siclos se for um escravo..."

Código de Hamurabi, Mesopotâmia, 1.700 a.C."

RESUMO

XAVIER, Roberto Sobreira. **Austeridade que mata:** uma análise do impacto da crise política sobre os indicadores de Atenção Primária em Saúde no Estado de São Paulo. 2019. 122 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de pós-graduação de Gestão de Políticas Públicas, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Versão Corrigida.

Esta dissertação objetiva discutir as tensões que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sofrido no recente contexto de crise de democracia política e social no país. Em diálogo com a literatura que discute os efeitos das políticas de austeridade econômica nas políticas sociais, especificamente as de saúde, pergunta-se: como os efeitos da crise atual – entendendo que se trata de uma crise complexa que tem como marco os eventos de 2013 e 2016, tem se manifestado concretamente nas políticas de saúde? Neste trabalho optou-se por estudar o financiamento do SUS como um eixo operacional fundamental e que reflete dinâmicas políticas mais amplas. A análise das dinâmicas de financiamento do SUS teve como foco o Estado de SP e os seus efeitos na Atenção Primária em Saúde (APS). Considera-se como hipótese que a queda da arrecadação tributária vinculada à retração da atividade econômica industrial no estado em decorrência das crises financeira, política e institucional que o país atravessa desde 2013 vem contribuindo para a estagnação dos investimentos públicos na saúde. Os resultados desta discussão sugerem que os limites de gastos estabelecidos pela Emenda Constitucional nº 95/2016 estabelecem uma limitação direta sobre o financiamento público do sistema e suas consequências sobre a APS serão particularmente danosas no quadro epidemiológico mais amplo do país e do estado, caso não haja mudança no processo político em curso, conforme revela um conjunto de indicadores financeiros e sociais analisados neste trabalho.

Palavras-chave: Austeridade. Crise. Sistema Único de Saúde (SUS). Atenção Primária a Saúde (APS). Reforma Sanitária Brasileira, Financiamento de Saúde.

ABSTRACT

XAVIER, Roberto Sobreira. **Austerity that kills:** an analysis of the impact of the political crisis on the indicators of primary health care in the state of São Paulo 2019. 122 p. Dissertation (Master of Science) - Graduate Program in Public Policy Management, School of Arts, Sciences and Humanities, University of São Paulo, São Paulo, 2019. Corrected version.

This dissertation aims to discuss the tensions that the Unified Health System (SUS) has suffered in the recent context of a crisis of political and social democracy in the country. In dialogue with the literature that discusses the effects of economic austerity policies on social policies, specifically health policies, we ask: how the effects of the current crisis - understanding that it is a complex crisis that has as a frame the events of 2013 2016, has it manifested itself concretely in health policies? In this study, we chose to study SUS financing as a fundamental operational axis and that reflects broader political dynamics. The analysis of the financing dynamics of SUS focused on the State of São Paulo and its effects on Primary Health Care (PHC). It is considered as a hypothesis that the fall in tax revenue linked to the retraction of industrial economic activity in the state because of the financial, political and institutional crises that the country has been undergoing since 2013 has contributed to the stagnation of public investments in health. The results of this discussion suggest that the spending limits established by Constitutional Amendment 95/2016 will establish a direct limitation on the public financing of the system and its consequences on PHC will be particularly harmful in the broader epidemiological framework of the country and state, if not there is a change in the current political process, as revealed by a set of financial and social indicators analyzed in this work.

Keywords: Austerity. Crisis. Brazilian Unified Health System (SUS). Primary Health Care (PHC). Brazilian Health Reform, Health Financing..

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição das Regiões de Saúde segundo tipologia dos municípios ..57
Figura 2 - Taxa de cobertura do PSF e dos planos de assistência médica por Município (Brasil - Julho/2018) 86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Perfil profissional e ideológico da Constituinte de 1987 34
Quadro 2 - Gasto total per capita e gasto público per capita com saúde em países selecionados (US$ - 2013) 45
Quadro 3 - Perfil de Indicadores da Atenção Primária em Saúde no Estado de São Paulo 82
Quadro 4 - Equipes estratégia Saúde da Família (és) implantadas e Cobertura estimada. Estado de São Paulo, 2018 a 2017 84
Quadro 5 - Equipes estratégia Saúde da Família (ESF) implantadas e Cobertura estimada. Brasil, 2017 85
Quadro 6 - Cobertura Vacinal - Brasil 2013 a 2017 94
Quadro 7 - Cobertura Vacinal – Estado de São Paulo 2013 a 2017 94
Quadro 8 – Origem e Destino dos Recursos por Fonte de Informação 104

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Numero de ESF e cobertura estimada da população – 1998 a 2015...43
Gráfico 2 - Evolução de Equipes estratégia Saúde da Família (és) implantadas - Estado de São Paulo, 2008 a 2017 83
Gráfico 3a - Taxa de Mortalidade Infantil, Pós-neonatal e Neonatal Estado de São Paulo, 2000 – 2013 89
Gráfico 3b - Taxa de Mortalidade Infantil, Pós-neonatal e Neonatal Estado de São Paulo, 2013 – 2017 90
Gráfico 4 - Composição do gasto público com saúde por esfera de governo, 2003-2015, % do total.....99
Gráfico 5 – Distribuição dos Gastos de Saúde por Esfera de Governo – São Paulo - 1980 - 2015.....102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das regiões de Saúde segundo tipologia. Brasil. 2000 e 2016.....56
Tabela 2 - Gasto em Saúde no Estado de São Paulo por Sub função, 2013- 2015.....105
Tabela 3 - Gasto em Saúde no Estado de São Paulo por Esfera de Governo, 2013-2017.....107
Tabela 4 - Gasto em Saúde per Capita no Estado de São Paulo, 2013-2017.....107

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO. 16
1.1 Aspectos metodológicos e referenciais teóricos 20
1.2 Organização dos capítulos 20
2 HISTÓRICO DOS SUS 24
2.1 Reforma Sanitária Brasileira (RSB). 27
2.2 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS). 32
2.3 Assembleia Nacional Constituinte (ANC) 33
3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). 41
3.1 Atenção Primária em Saúde (APS) 46
3.2 Financiamento Público do SUS 52
3.3 A influência de fatores socioeconômicos. 55
3.4 Contexto político atual de crise da democracia. 59
3.5 As Manifestações de 2013 63
3.6 Coalizão Neoliberal. 66
4 AUSTERIDADE NA SAÚDE. 78
4.1 Caracterização geral do estudo 79
4.2 Indicadores de Atenção Primária em Saúde 81
4.2.1 Cobertura de PSF 82
4.2.2 Mortalidade Infantil 87
4.2.3 Cobertura Vacinal 92
4.2.4 Análise do financiamento e gastos 98
5 **CONSIDERAÇÕES FINAIS** 112
REFERÊNCIAS. 117

1 INTRODUÇÃO

A utilização da expressão "Austeridade que mata" no título desse trabalho é inspirado no livro "A economia desumana: porque mata a austeridade" (STUCKLER, BASU, 2014).

As manifestações de junho de 2013, que culminaram no golpe parlamentar (SANTOS 2017, SOUZA 2016, ALVES et al. 2017) sofrido pela Presidenta Dilma Rousseff em 2016, desencadearam um profundo processo de instabilidade política e institucional no país. Vários trabalhos analisam que a crise da democracia brasileira não se restringe à sua dimensão liberal, mas se amplia à dimensão social. Isso ocorre por meio da centralidade da agenda de austeridade fiscal sob Temer. (FAGNANI, 2017; ROSSI, DWECK E OLIVEIRA, 2018; LEITE E FONSECA, 2018; TEIXEIRA E PINHO 2018).

De acordo com Fagnani (2017), o golpe parlamentar de 2016 marcou o "fim da cidadania social no país", colocando o Brasil no mapa da radicalização da agenda ultraliberal, que já vem há anos afetando vários países, como: a Espanha, Polônia, Turquia, Argentina e Coreia do Sul.

Em 2015, no documento gerado no âmbito do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) intitulado "Uma ponte para o futuro" (PMDB, 2015), havia claramente a proposta de implementar uma "agenda embutida" na deposição da Presidenta Dilma.

> Tais ataques ao pacto de 1988 também foram tramados sorrateiramente, caso tanto do processo artificial de desestabilização da presidenta como da agenda embutida – e não divulgada – que sua deposição representaria: reforma anti-trabalhista (terceirização irrestrita e derrogação na prática da CLT), congelamento dos gastos sociais por vinte anos (caso da Emenda Constitucional no 95/2016), tentativa de liquidação da previdência social, desfazimento de um sem-número de direitos sociais e extinção da soberania econômica nacional. Trata-se da agenda ostentada pelo PSDB nas últimas quatro eleições em que foi derrotado e agora implementada sem a legitimidade do voto. (LEITE e FONSECA 2018, p. 119)

Além do ataque por dentro do sistema político, discute-se também que as políticas sociais têm sofrido com as consequências da ampla disseminação da racionalidade neoliberal, no ponto de vista de Dardot e Laval (2016), processo em que se valoriza socialmente a soberania individual, a iniciativa privada e a lógica empresarial para o encaminhamento de problemas gerados socialmente incluindo os governos. Para esses autores, a ortodoxia econômica é

somente a ponta do iceberg de um processo mais amplo, e de sociabilidade neoliberal. Trata-se do avesso do processo histórico que marcou a sociogênese das políticas públicas de saúde (SWAAN, 1988, HOCHMAN, 1998), processo social em que se entende que há limites claros para a ação do indivíduo diante de dinâmicas de ação coletiva e da crescente interdependência social, da qual tem marcado o desenvolvimento social historicamente (ELIAS,1994).

A lógica da coletivização legitima-se como o caminho político para a construção da solução, via políticas de Estado. Segundo Elias (1994) o Estado surge a partir de processos históricos de disputa entre atores sociais, a chamada sociogênese do Estado.

Desta forma, Estado e sociedade têm suas próprias dinâmicas que não impedem que, em certos momentos, haja estatização da sociedade e socialização do Estado. O que se convencionou chamar de Estado Social contempla o desenvolvimento de diversas formas de participação da Sociedade Civil dentro das atividades de Estado, assim como a intervenção do Estado, direta ou indiretamente, em atividades próprias da Sociedade (BOBBIO, 1987). Assim, "Sociedade e Estado atuam como dois momentos necessários, separados, mas contíguos, distintos, mas interdependentes, do sistema social em sua complexidade e em sua articulação interna" (idem, p. 52).

Neste trabalho propõem-se uma reflexão sobre o SUS, tendo em vista a tensão no recente contexto de crise da democracia política e social no país. Mesmo sendo um sistema público de saúde considerado por especialistas internacionais como um dos maiores, mais completos e complexos sistemas do mundo, o SUS têm evidentes e históricos problemas de financiamento e gestão, em decorrência de uma relação concorrencial com o sistema privado de saúde. Considera-se que, o sistema desde a sua criação, foi formulado e, sobretudo, implementado em um contexto de embate entre interesses públicos e privados (MENICUCCI, 2007).

> As regras e os procedimentos institucionalizados na configuração que assumiu a assistência à saúde, caracterizada pela segmentação e constituição de um mix privado/público, tiveram como um de seus efeitos a atribuição de significados à realidade e a conformação de determinadas concepções sobre o público e o privado porque em muitos aspectos, o modelo atual de assistência à saúde é uma continuidade do que foi estabelecido a partir dos anos 60, de forma que a alteração constitucional não significou uma mudança de rota na assistência à saúde, considerada em sua totalidade, ou seja, considerando conjuntamente os segmentos público e privado. (MENICUCCI, 2007. P.32)

Emendas Constitucionais ao longo desses 30 anos descaracterizaram a Constituição, limitando a ação do Estado, e direcionando-a a grande parte dos recursos públicos para o setor de saúde privada e securitizada, grande ofertadora de serviços para os mais abastados.

Durante os anos 1990, ao mesmo tempo em que se regulamentava o sistema via Normas Operacionais Básicas (NOB) e outros instrumentos legais, a hegemonia da agenda da estabilidade econômica e ajuste fiscal provocou uma série de constrangimentos legais, que impactaram no fraco processo de perenização das fontes de financiamento do sistema. O quadro nas décadas de 1990 e 2000 era de adiamento da normatização das medidas constitucionais que impactassem negativamente o orçamento federal[1], altamente comprometido com os encargos de dívida pública crescente e com a hegemonia do capital financeiro, determinando um novo papel ao Estado, não mais como indutor da economia, mas como regulador e financiador do desenvolvimento privado (MENDES, 2009).

Em 2007 foram direcionados cerca de R$ 160,0 bilhões para pagamento de juros da dívida, valor correspondente a 3,3 vezes o gasto do Ministério da Saúde em ações e serviços públicos de saúde. Segundo dados do Ministério do Planejamento[2], no orçamento de 2018 estavam previstos para o Ministério da Saúde recursos da ordem de R$ 130,4 bilhões, e para o refinanciamento e o serviço da dívida interna estava previsto R$ 1,7 trilhão. Dessa maneira, em pouco mais de 10 anos, enquanto os principais custos financeiros da dívida pública multiplicaram-se por 10,7 vezes, as Receitas Federais destinadas à saúde cresceram cerca 2,7 vezes.

> É da compreensão de que a dominação financeira no Brasil sustenta a permanência de uma política econômica que subordina o social no país. A adoção de políticas macroeconômicas restritivas, isto é, de cumprimento às metas de inflação e de ajuste das contas externas, exige sempre superávits primários fiscais altos e tentativas de redução dos gastos públicos sociais. (MENDES e MARQUES 2009, p. 842)

A questão do resultado da austeridade fiscal sobre a Saúde é um debate bastante atual e que, apesar de já haver uma consistente literatura sobre o tema, ainda há lacunas a serem

---

[1] Nesta perspectiva, em 1997 foi criada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) para financiamento exclusivo da Saúde. Posteriormente através de Lei Complementar estabelece-se que 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social deveriam ser destinados ao SUS acrescidos das receitas provenientes dos Tesouros estaduais e municipais e através de Emenda Constitucional (EC 29/2000) estabeleceu-se o critério de participação da União, dos estados e dos municípios sobre o financiamento do SUS. Esta discussão será desenvolvida adiante.

[2] Dados do Relatório Orçamento Cidadão: Projeto de Lei Orçamentária Anual - PLOA 2018. Brasília, 2017. 47p Brasil. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal

exploradas. Há um conjunto de estudos acadêmicos recentes que analisam impactos na saúde das políticas de austeridade fiscal no Brasil, na Espanha, em Portugal e no Reino Unido: Malta et.al 2018; Paes-Sousa, Rasella e Carepa-Sousa 2018; Figueiredo et al. 2018; Jordão, Freitas, Garcia Ramirez 2018; Guimarães 2018; Borges, Fernandez e Campos 2018; Costa, Pinto e Carvalho 2017; Barradas e Nunes 2017; Santos e Vieira 2018; Costa 2017; Serapioni 2017; Mendes 2016; Giovanella 2014.

Este trabalho vai ao encontro desses estudos, procurando contribuir por meio da análise de alguns indicadores de saúde ligados à Atenção Primária. Pergunta-se, então: como os efeitos da crise atual – entendendo que se trata de uma crise complexa que tem como marco os eventos de 2013, tem se manifestado concretamente nas políticas de saúde?

Neste trabalho optou-se por estudar o financiamento do SUS como um eixo operacional fundamental, e que reflete dinâmicas políticas mais amplas. A análise das dinâmicas de financiamento do SUS teve como foco o Estado de SP e os seus efeitos na Atenção Primária em Saúde (APS). Dadas as grandes diferenças socioeconômicas do território nacional, e sabendo que, em geral, a configuração territorial do SUS expressa e reproduz essas desigualdades regionais (ALBUQUERQUE et al. 2017),

Neste trabalho definiu-se um recorte metodológico e territorial no estado de São Paulo, pois neste território ocorre uma menor dispersão nos indicadores socioeconômicos e de saúde e com isso buscou-se mitigar assimetrias muito maiores se analisado o pais como um todo. Também optou pela escolha de alguns indicadores de saúde de ciclo curto, teoricamente mais sensíveis a oscilações financeiras.

Considerando que a discussão diz respeito a uma política com financiamento tripartite, argumenta-se que alguns fatores decorrentes da crise política, econômica e institucional poderão alterar a tendência dos indicadores analisados, dentre eles a diminuição dos recursos e o aumento da dificuldade nas negociações das pactuações políticas necessárias para estruturar o Sistema, sobretudo em relação ao seu financiamento, em decorrência da queda de arrecadação tributária em função da crise econômica que deprime os indicadores econômicos dos municípios, dos estados e da União. As mudanças nos perfis demográficos, epidemiológicos registrada nos últimos anos também contribuem para uma maior pressão sobre os gastos públicos em saúde.

Além disso, a EC 95/2016, sobre a qual falaremos mais adiante, ao estabelecer um limite draconiano para os gastos sociais pode contribuir ainda mais para alterar a tendência dos indicadores analisados.

1.1 Aspectos metodológicos e referenciais teóricos

Neste trabalho foram analisados dados quantitativos, tanto de indicadores de saúde quanto de financiamento coletados para duas pesquisas das quais o autor participou. A primeira foi o "Estudo Técnico do Cenário Econômico-Financeiro de duas Regiões de Saúde do Estado de São Paulo". Essa pesquisa foi resultado de um convênio da Secretaria de Saúde do Estado com um Centro de Estudos ligado à Santa Casa de São Paulo e coordenada por Paulo Carrara de Castro, médico sanitarista, especialista em Saúde Pública, com o apoio técnico de Áquilas Mendes, economista, especialista em Financiamento Público e Gestão de Saúde Públicas, realizada entre 2016 e 2017.

Um dos objetivos era consolidar em um único banco de dados as informações sobre o financiamento público do SUS no estado. Isto possibilitou analisar a evolução das fontes de financiamento por esferas de governo e os respectivos volumes de recursos financeiros, aplicados em saúde no estado de São Paulo entre 2010 a 2015 e outros detalhes que serão explicados no capítulo específico sobre esse tema.

A segunda foi uma ampla pesquisa teórica e de campo denominada "Elaboração do Diagnóstico e Avaliação do Atual Estágio de Desenvolvimento das Redes Regionais da Atenção à Saúde nas Regiões Priorizadas pelo Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde", resultado de uma parceria da Secretaria de Saúde do Estado, com apoio do BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento) e coordenada por Nelson Ibañez, médico sanitarista, especialista em Saúde Pública e Ana Luiza d´Ávila Viana, economista, especialista em Políticas Públicas e Gestão de Sistemas de Saúde, a qual foi realizada entre 2016 e 2017. O objetivo era avaliar o atual estágio do processo de regionalização das redes de atenção e que possibilitou uma profunda imersão nos mecanismos de governança, política e na estrutura de operacionalização dos sistemas através dos mecanismos de regulação, regionalização e pactuação do sistema entre os níveis subnacionais. Isso possibilitou uma melhor definição dos critérios de escolha de indicadores, além de outros detalhes que também serão explicados no capítulo específico sobre esse tema.

1.2 Organização dos capítulos

Para o desenvolvimento dessas questões acima expostas, este trabalho está estruturado da seguinte maneira: Introdução, três capítulos e Considerações Finais. Os capítulos são: Histórico do SUS, SUS e o contexto da crise e Análise dos Indicadores de Saúde.

O primeiro capítulo apresenta o Histórico do SUS como uma política pública desde o movimento social, conhecido como Reforma Sanitária Brasileira que capturou as crescentes demandas por serviços de saúde, sobretudo nas periferias das grandes cidades brasileiras, e as colocou na agenda de governo até a formação de uma poderosa coalizão de defesa dessas demandas, envolvendo diversas comunidades epistêmicas da saúde, congregadas na icônica 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS).

Neste capítulo analisa-se como as diretrizes da 8ª CNS se insere como agenda de política pública durante a Assembleia Nacional Constituinte, usando seu ferramental e interesses políticos para se institucionalizar no formato do SUS como o conhecemos hoje. Investiga também porque, apesar de todo o arcabouço jurídico que o normatiza como um Direito Social, nunca deixou de ser sistematicamente contestado e questionado pelas forças políticas que se viram derrotadas politicamente no contexto da Constituinte.

O objetivo deste capítulo na estrutura da argumentação deste trabalho é analisar elementos que se estruturaram historicamente e que ainda estão presentes no subsistema do SUS no atual contexto de crise e pressão pela desmobilização do sistema.

No segundo capítulo mostra-se como os valores da Movimento da Reforma Sanitária Brasileira foram traduzidos na estruturação e nos objetivos gerais do sistema de saúde, de universalidade, integralidade e equidade e sua contribuição positiva nos resultados de saúde, no desenvolvimento do próprio sistema no propósito de contribuir com a melhoria das condições de vida da população.

Este capítulo analisa também a estrutura dos subsistemas de Atenção Básica e Financiamento Público e como eles funcionam, ou deveriam funcionar, para efetivar a garantia do Direito Social à Saúde e a influência dos fatores sócio econômicos presentes no breve ciclo de cidadania social nas condições de saúde.

Além disso, inicia a discussão sobre o ataque ao financiamento do Sistema e como foi esse o caminho encontrado por forças políticas alinhadas com interesses de mercado para evitar que essa garantia se efetive em benefício de interesses privatistas e da mercantilização da saúde.

Por fim, destaca-se o fortalecimento da atuação política da coalizão neoliberal, que contesta o pacto social instituído pela Constituição de 1988, argumentando em uma "narrativa padrão" que "as demandas sociais da democracia não cabem no orçamento". Considera-se que que a narrativa de crise econômica provoca um significativo redirecionamento da política econômica do país, ao primeiro sinal de reversão da tendência de superávit fiscal consolidada há pelo menos uma década.

Neste contexto a implementação de políticas macroeconômicas ortodoxas reforça a espiral recessiva e preserva a lógica que favorece o rentismo, até o ponto da contestação do modelo de representação política e eleitoral, que deflagra a ruptura institucional de 2016 e que proporciona a alternância no poder por vias não eleitorais.

A disputa da narrativa da política da saúde se dá, então, entre o pensamento sanitarista e o pensamento privatista. Desta forma, o objetivo do capítulo é construir na argumentação deste trabalho o contexto de crise da política de saúde, abordando alguns elementos que compõe este quadro de ruptura e corrosão do modelo instituído em 1988.

Discute-se neste capítulo como o contexto político influência diretamente a ascensão ao poder de um determinado grupo político que objetiva promover importantes retrocessos nos direitos trabalhistas e previdenciários, além alterar a dinâmica dos gastos públicos limitando os gastos sociais em benefício de novos arranjos privatistas.

O terceiro capítulo, sobre Análise dos Indicadores de Saúde e sua Metodologia, foca na análise dos indicadores da Atenção Primária em Saúde selecionados que mostram a mudança na dinâmica dos indicadores no estado de São Paulo no período de 2013 a 2017, além de detalhar o método de pesquisa utilizado. O objetivo é discutir se houve uma mudança perceptível e importante na tendência desses indicadores.

A constatação de que, em curto prazo houve uma mudança na tendência geral dos indicadores servirá como substrato para a investigação de suas causas. Aborda-se a análise do financiamento e do gasto em duas partes: a primeira trata das orientações metodológicas e características gerais do estudo sobre a capacidade e financiamento do gasto do SUS no estado de São Paulo. São destacadas, de forma geral, as fontes e as técnicas de coleta de dados e informações utilizadas e os eixos de análise. Já a segunda parte detalha as dimensões de análise a serem trabalhadas, de acordo com a dimensão da Receita, o comportamento das Transferências SUS, a dimensão do gasto do SUS realizados pelo estado (ressaltando a magnitude do gasto total), a direção do gasto em saúde, incluindo o gasto por sub função, com especial destaque para os recursos direcionados para a sub função da Atenção Básica.

A função deste terceiro capítulo na estrutura do trabalho é discutir a correlação entre as medidas de austeridade fiscal implementadas, a partir das crises que tiveram como marco inicial os eventos de 2013, e a mudança nas tendências dos indicadores selecionados da Atenção Primária em Saúde.

Por fim, nas Considerações Finais, sugere-se que há elementos correlacionados entre as iniciativas de austeridade e os indicadores de financiamento que influenciam os indicadores objetivos da Atenção Primária selecionados, os modelos de gestão entre as esferas pública e

privada. Vale dizer que se trata de um processo complexo e em curso, com nuanças ainda pouco sensíveis às restrições de financiamento. Há indicadores que carecem de um tempo maior para apresentar alterações em sua trajetória inercial, cuja mudança somente será percebida adiante e na possibilidade da continuidade do atual ciclo liberalizante.

2 HISTÓRICO DOS SUS

O objetivo de apresentar um breve histórico das iniciativas de Estado em direção a construção de políticas públicas de Saúde na estrutura da argumentação deste trabalho é sinalizar o caminho do direito à Saúde em direção à cidadania social. Através de avanços e recuos, reformas e contrarreformas, o direito à Saúde se consolida pela Constituição de 1988 dentro do breve ciclo de construção e afirmação embrionária da cidadania social no Brasil até a reação das classes dominantes expressarem a vontade de liquidá-la (FAGNANI, 2017).

Durante a Monarquia, algumas medidas que, embora fossem consideradas tímidas, foram implementadas pelo Estado com o objetivo de garantir a proteção da Saúde Pública. Conforme a primeira Carta Constitucional brasileira, artigo 179, XXXI "A Constituição também garante os socorros públicos".

O Estado se responsabilizava pelas ações de saúde e saneamento, como campanhas de vacinações e inspeções sanitárias, porque era fundamental para a economia agroexportadora da época ter os portos livres de epidemias. Desse modo, podemos entender que as primeiras ações do Estado na área de Saúde tinham um claro interesse econômico e não um interesse no bem-estar dos indivíduos, já que grande parte da população ainda não possuía recursos próprios para custear uma assistência à própria saúde.

Na década de 20, a lei Eloy Chaves instituiu um novo avanço ao aprovar uma lei que propunha a instituição de Caixas de Aposentadoria e Pensões. Funcionou como uma espécie de seguro social que garantia aposentadoria, pensão e assistência à saúde, no entanto, era acessível apenas por uma parcela mínima dos trabalhadores do país, tendo em vista que direito à saúde neste período estiva restrito à condição de trabalhador. E até o fim da Primeira República, foram instituídas as bases para a criação de um sistema nacional de saúde, caracterizado pela concentração e verticalização das ações pelo governo central.

> Não terá sido coincidência, portanto, que as primeiras tentativas de alterar a concepção da ordem social prevalecente (laissez-fairíanismo estrito) surjam em princípios da década de 20 (Lei Eloy Chaves), nem que seu promotor seja tenha sido um representante de São Paulo, bem relacionado entre os industriais. É que a resposta do poder público à crescente organização e agressividade da força de trabalho resumira-se à pura e simples repressão. (SANTOS 1979, p 72)

Visando obter apoio político, iniciou-se no período do governo Vargas uma política de proteção aos trabalhadores, criando os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e dando abertura a um sistema de proteção social. Esses institutos ampliavam a proteção e acesso à saúde de uma única empresa para a categoria profissional, de modo que o Estado passou a fazer parte da administração, controle e financiamento.

Em decorrência desse sistema, estavam excluídos os trabalhadores rurais, os profissionais liberais e todo trabalhador que exercesse uma função não reconhecida pelo Estado, podendo-se notar uma cidadania regulada, porém excludente, pois não garantia a todos os mesmos direitos. Neste sentido, a cidadania regulada é entendida, de acordo com Santos (1979) como um conceito externo a um código de valores políticos e presente em uma estratificação ocupacional caracterizado por uma norma legal.

No período seguinte, em um ambiente mais democrático e com funcionamento dos poderes republicanos, a Saúde Pública passou a ter uma estrutura mais centralizada em um esboço de um Estado de Bem-Estar Social, em vista de uma maior liberdade de imprensa, organização e ampliação de demandas por direitos sociais. O objetivo passa a ser a garantia ao bem-estar da população, além de manter a produção econômica, da qual possui dois pilares: o pleno emprego e a provisão pública e universal de serviços sociais - como saúde, educação e a assistência social para aqueles não incluídos no sistema produtivo.

> O que é efetivamente consensual é a adição dos gastos com educação e saúde, legitima área de intervenção governamental, segundo a concepção saúde, legitima área de intervenção governamental, segundo a concepção do Estado liberal clássico, aos gastos mais variados que são reunidos sob a rubrica de "previdência" ou "proteção" social, e que ajudam a caracterizar este nome sem substância nitidamente definida ou esta substância imprecisamente denominada o Estado neoliberal ou Estado de bem-estar. . (SANTOS 1979, p 42)

Neste período, havia no Brasil uma política desenvolvimentista, da qual reconheceu a relação entre a pobreza e as doenças predominantes nas regiões mais precárias, resultado do subdesenvolvimento. Além disso, esse desenvolvimentismo visou o estímulo à implementação de uma política de Saúde Pública universal, enfatizando a prevenção das doenças transmissíveis, com o objetivo de melhorar o nível de saúde da população. Por fim, implantou uma política de saúde previdenciária, apenas para os contribuintes da previdência e suas famílias, com o enfoque na assistência curativa, e não só na prevenção.

Já o período militar trouxe uma maior participação do setor privado no provimento de serviços de saúde, assim como uma maior abrangência de população no sistema previdenciário.

No contexto das reformas trazidas pelo novo Regime, foi apresentado um diagnóstico para a Saúde Pública e previdenciária, apontando uma carência de capacidade gerencial e estrutura técnica, fato que dispersava recursos escassos em processos burocráticos ineficientes e comprometia a efetividade da utilização desses recursos públicos na parte finalística da Política de Saúde.

Em face à necessidade de reestruturação do governo, no entanto, constatou-se que não tinha mão-de-obra técnica capacitada para ocupar as posições de gerenciamento do Sistema, fazendo com que houvesse a alocação em posições institucionais estratégicas, membros da comunidade epistêmica da Saúde Coletiva com formação ideológica se não antagônicas, no mínimo divergentes ao novo conceito de Assistência à Saúde que estava sendo implementado.

Em julho de 1975 através da Lei 6.229 foi implantado o Sistema Nacional de Saúde, que foi o primeiro modelo política pública de saúde de âmbito nacional que desenvolveu imediatamente um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo.

> Em 1975, a Lei 6229 organiza o Sistema Nacional de Saúde e estabelece as principais competências das distintas esferas de governo. Essa organização tinha forte característica centralizadora no nível federal e nítida dicotomia entre as ações coletivas (competência do Ministério da Saúde) e individuais (competência do Ministério da Previdência e Assistência Social), o que fazia com que não se estabelecesse um comando único em cada esfera de governo. No nível federal, além das competências do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério da Saúde, também se definiam competências para os Ministérios da Educação, do Trabalho e do Interior. (ANDRADE, PONTES e MARTINS 2000, p. 85)

Essa mesma comunidade epistêmica também passa a ocupar posições chave em organizações acadêmicas e profissionais, o que possibilita a criação de certa hegemonia de pensamento no direcionamento das políticas de Saúde, através da formação de gestores comprometidos com a visão sanitarista, universal e estatal do provimento dos serviços de saúde.

Na década de 1980, com a crise estrutural do modelo de Estados, foi constatado por meio de uma avaliação que a rede de saúde era ineficiente, desintegrada e complexa, além de ser indutora de fraude e desvios dos recursos. Foram elaboradas propostas operacionais básicas, buscando uma reestruturação do setor que permitisse maior “integração” e “racionalização” dos

serviços públicos de saúde e de articulação com a rede conveniada e contratada, o que resultaria em um sistema hibrido, unificado, regionalizado e hierarquizado.

De acordo com Paiva e Teixeira (2014) partir desse período novamente estavam à frente desse processo de reformulação líderes do movimento sanitarista que passaram a ocupar posições de destaque no âmbito político-institucional no país, coordenando as políticas e negociações no setor da saúde e previdência, cuja resposta para a crise estrutural veio na forma de diminuição de despesas com o setor privado e ampliação das ações do setor público no que foi denominado como Ações Integradas de Saúde (AIS) integrando a rede pública nas esferas federal, estadual e municipal através de mecanismos de regionalização e hierarquização,.

Por conta da ocupação dessas posições, a 8ª Conferência Nacional de Saúde é considerada um marco histórico da política da saúde brasileira, pois pela primeira vez contava-se com a participação ampla da comunidade e dos técnicos na discussão de uma política setorial, para que pudesse trazer modificações no setor da saúde, além de uma reforma administrativa e financeira.

A diretriz da universalização da saúde, do controle social efetivo e as propostas de fortalecimento do setor público garantiram um direito à saúde integral, as quais foram aprovadas no relatório final e este relatório serviu de referência na discussão da Assembleia Nacional Constituinte. Com isso, houve forte resistência por parte dos prestadores de serviço privado, do setor de saúde e da medicina autônoma.

Após ser promulgada, a nova Constituição criou um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da Saúde Pública. Assim, a institucionalização da Saúde como um direito do cidadão e a criação de Sistema de Saúde Pública universal, integral e eminentemente estatal constituiu-se de um processo que teve início com a Reforma Sanitária Brasileira e culminou com a criação do SUS na Constituição Federal de 1988.

2.1 Reforma Sanitária Brasileira (RSB)

> "Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O

> resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado." (Sérgio Arouca em depoimento datado de 1998 sobre a reforma sanitária. Biblioteca Virtual–Fiocruz.)

Para Escorel (1999) o movimento sanitário italiano foi um modelo para o movimento brasileiro. A "Reforma Sanitária" que foi convencionada no Brasil tem inspiração direta na Reforma Sanitária Italiana, e o termo foi inicialmente utilizado nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, para se referir ao ideário político e social que serviria de base para as proposições de mudanças na área da saúde.

> Também fundamental foi a influência, de um prócer do Partido Comunista Italiano, Giovanni Berlinguer, médico e professor de Medicina do Trabalho em Roma, o qual teve papel destacado na difusão da trajetória da Reforma Sanitária Italiana, cuja expressão mais marcante foi a publicação de seu livro no Brasil que faz um histórico da luta político-ideológica pela implantação da Reforma italiana (BERLINGUER, FLEURY-TEIXEIRA e CAMPOS, 1988)

De acordo com Beringuer (1979), as mudanças não deveriam se restringir apenas ao Sistema Público de Saúde, mas também a diversas outras políticas públicas como Saneamento, Trabalho e Renda, Educação e Assistência Social, visando a melhoria das condições gerais de vida da população e não apenas as condições de saúde.

> "Movimentos operários urbanos, de trabalhadores rurais, partidos e movimentos de médicos progressistas elaboram o projeto do Serviço Sanitário Nacional que levou a luta pela saúde para as ruas, sindicatos, bairros sem esgoto, áreas sem verde e tribunas do parlamento. " (BERLINGUER, 1979, apud ESCOREL,1999, p 85))

Para Sergio Arouca, principal ideólogo e idealizador do SUS, a Reforma Sanitária não se resumia à criação do sistema. Explicitava-se que os conceitos de saúde e doença estavam ligados a trabalho, saneamento, lazer e cultura. Por isso, era preciso discutir a saúde não como política de governo através do Ministério da Saúde, mas como uma função permanente de Estado.

Existem duas teses que são consideradas como marcos conceituais e que dão início a uma teoria social da medicina tipicamente brasileira, essas teses seminais são: "O Dilema Preventivista", do próprio Sergio Arouca de 1975, e "Medicina e Sociedade", de Cecília

Donnangelo, também de 1975. Ambas trazem uma abordagem de um conhecimento relevante, reconhecido academicamente, mas difundido e propagado para fora do ambiente das Universidades e Escolas de Medicina. No entanto, o que estabelece o que se conhece hoje como Movimento Sanitário passa a ter contornos teóricos mais definidos, e isso pode ser observado na dissertação de mestrado da médica sanitarista Sarah Escorel, orientanda de Sergio Arouca em 1986, denominada "Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário". A partir disso, surge pela primeira vez a denominação "Movimento Sanitário".

Considerado como um movimento de base teórica e ideológica, o Movimento Sanitário está ligado ao pensamento médico-social com uma abordagem marxista da saúde e teoria social da medicina, e buscou integrar a prática da Medicina Preventivista através da atuação na Atenção Básica à Saúde e da luta contra a Ditadura. Suas principais arenas de atuação eram os departamentos de Medicina Preventiva, localizados dentro da Universidade de São Paulo e da Universidade de Campinas, além do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; mas buscava também ter um constante e importante envolvimento com os movimentos sociais, que lutavam contra a Ditadura Militar.

O Movimento Sanitário buscou suplantar os conceitos médicos da época, centrados nas ciências biológicas e nos modos de transmissão das doenças, incorporando primeiramente as teorias das ciências sociais de correntes funcionalistas. Elas defendiam haver um equilíbrio social perdido, que podia ser resgatado pelo equacionamento dos diversos interesses sociais. Em um segundo momento, o Movimento avança incorporando o materialismo dialético e o materialismo histórico, elementos da teoria marxista, procurando demonstrar que a doença é socialmente determinada e historicamente construída e, portanto, a cura ou prevenção passa por ações médicas e sanitárias, para além do corpo físico dos pacientes e da população em geral.

> A reforma sanitária, como movimento político, assim como a saúde pública, seu projeto técnico de ação, no início pouco contaram com a adesão dos médicos, de modo que as medidas de saneamento do meio foram implementadas por engenheiros e administradores públicos. Só gradativamente a medicina abraçou a causa da saúde pública, pondo a seu serviço um instrumental técnico em contínua expansão, especialmente após a Era Bacteriológica. (SILVA,1979; SALUM, BERTOLOZZI, OLIVEIRA, 1998, apud OLIVEIRA e EGRY, 2000 p 11)

O Movimento Sanitário passa a ser visto como um movimento aglutinador de diversas demandas e de diversos atores sociais, dado que empunhava uma bandeira de amplo apelo social, como a Saúde, e incorporava em seus discursos uma linguagem e conceitos de origem

marxista. Essa linguagem repercutia de maneira bastante favorável em outros segmentos sociais, como: sindicalistas, militantes partidários, estudantes e professores, também engajados na luta contra a repressão política perpetrada pelo Regime Militar durante as décadas de 1960 e 1970, quando se consolidou o Movimento Sanitário.

> De imediato, isso remete ao questionamento sobre os limites e potencialidades do movimento sanitário brasileiro, enquanto processo político e social que alavancou a saúde para o status constitucionalmente institucionalizado de "direito de todos e dever do Estado", pré-condição essencial para a implantação do SUS no país. Esse período é marcado por um certo refluxo na sua capacidade de mobilização social, de início já bastante restrita aos círculos acadêmicos, dos trabalhadores da saúde e dos trabalhadores do setor econômico, no geral dos setores de ponta da economia. De início juntaram-se a esses segmentos movimentos populares de saúde, com destaque para aqueles da periferia dos grandes centros urbanos, como o Movimento de Saúde da Zona Leste, em São Paulo. (COHN, 2018, p 225)

O Médico Sanitarista José Carvalho de Noronha[3] em depoimento para o livro A Construção do SUS (2006) assinala que atuação do Movimento Sanitário dentro da Constituinte se apoia na atuação de 4 grupos de influenciadores e atores políticos. O primeiro vem da Academia e procurava reinterpretar o movimento da medicina social e buscava colocar os serviços de saúde no mundo da política. É um movimento intelectual de inspiração marxista com diversas variáveis, mas que entende que a saúde tem papel fundamental na estrutura e no modo de produção e organização da sociedade.

O segundo grupo segundo o mesmo autor é composto pelos burocratas estatais que implementaram um conjunto de experiências de gestão exitosas, algumas em contato direto com a academia, já o terceiro grupo é formado por membros de partidos políticos. Desde o PCB, com Sergio Arouca e Eleutério Rodriguez Neto até o Centrão com o deputado federal Carlos Sant'anna, do PMDB e o quarto grupo com atores políticos ligados aos movimentos sociais como, por exemplo o Movimento de Saúde da Zona Leste, já citado

O Médico Sanitarista José da Silva Guedes[4] em depoimento para o mesmo livro relata:

---

[3] José Carvalho de Noronha Médico; Sanitarista; Doutor em Saúde Coletiva (IMS/Uerj); Secretário de Medicina Social do Inamps (1986-1988); Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (1988- 1990); Presidente da Abrasco (2000-2003); Professor adjunto aposentado do IMS/ Uerj; Pesquisador do Centro de Informação Científica e Tecnológica/Fiocruz* [entrevistado em 4/4/2005].

[4] José da Silva Guedes Médico; Sanitarista; Secretário Municipal de Saúde de São Paulo/SP (1983-1985); Secretário Estadual de Saúde de São Paulo (1995-2002); Docente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa

> Na Zona Leste, caso de São Mateus, o movimento popular, especialmente vinculado à igreja, que desde 1970 era atuante, começa a ter contato com esses sanitaristas – Eduardo Jorge, Roberto Gouveia, José Augusto. [...] E, nessa região, por volta de 1978, a comunidade procura a secretaria de saúde querendo que o conselho de comunidade seja eleito pelo voto direto da própria comunidade, a despeito da forma como estava organizada pela lei da reforma [do Sistema de Saúde de São Paulo]. A assessoria jurídica examinou a possibilidade e o Leser aceitou a reivindicação. Nesse ano, num bairro chamado Jardim Nordeste foi realizada a 1ª eleição de um Conselho Comunitário de Saúde, fato que a secretaria publicou no Diário Oficial do Estado de São Paulo. Isso valorizou e auxiliou o movimento, deu a ele fóruns de legalidade. Não podemos esquecer que estávamos em plena ditadura militar. (FALEIROS et al, 2006, p. 63)

Importante lembrar que, a grande aceitação das teses do Movimento Sanitário – que futuramente viria a repercutir na Constituição de 1988 - deve-se, em grande medida, ao engajamento dos médicos residentes, que trabalhavam em condições precárias e sem vínculos empregatícios formais e direitos trabalhistas. Além de possuir uma carga horária excessiva, e que, posteriormente se transformariam em oposições na burocracia estatal da saúde, na direção das principais associações de classe: dos sindicatos médicos, dos conselhos regionais, do Conselho Nacional de Medicina e na Associação Médica Brasileira, sendo responsáveis também pelas primeiras greves realizadas depois de 1968.

Escorel (1999) considera_o movimento dos médicos residentes uma segunda vertente de constituição e ação do Movimento Sanitário. Para o autor, a primeira era constituída pelo movimento estudantil e pela atuação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que difundia uma ideologia social e profissional, bem como uma estratégia de luta. Já a segunda vertente se caracterizava por colocar essas ideias em prática, em um *locus* especial de ação: a esfera do trabalho. (ESCOREL,1999 p. 89)

A criação do CEBES, em 1976, e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979, também foram importantes na consolidação Reforma Sanitária como um movimento político, muito mais que um movimento meramente classista ou corporativista. Essas entidades se consolidaram atuando na tentativa de promover a difusão de políticas públicas, ligadas à Saúde, sob algumas das diretrizes da reforma sanitária, como: descentralização, participação, organização. Além de atuar como espaço de divulgação do

---

Casa de São Paulo*; Consultor Técnico do Programa Agita São Paulo/Agita Mundo* [entrevistado em 21/10/2005].

ideário sanitarista e de confluência de profissionais, que já realizavam projetos inovadores localmente.

Entre 1974 e 1979, projetos de abordagem marxista da saúde, como saúde comunitária, clínica de família e pesquisas comunitárias, começaram a serem elaborados, e os profissionais de saúde que atuavam politicamente em todo Brasil foram treinados e estimulados a propagar essas experiências em diversos pontos do país.

2.2 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS)

Todas essas experiências e conhecimentos acumulados dentro do Movimento Sanitário fizeram com que pudesse ser produzida e articulada uma proposta de política pública, em um documento chamado Democracia é Saúde. Esse documento serviu de base para a proposta de emenda popular, a primeira emenda constitucional que nasceu do movimento social, redigida na 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco da Reforma Sanitária e que reuniu, pela primeira vez, mais de quatro mil pessoas, das quais 50% eram usuários da saúde. Posteriormente, a proposta de emenda popular da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi apresentada por Sergio Arouca, na época Deputado Federal na Constituinte de 1987.

Neste documento Sergio Arouca (1987) constata que apesar do crescimento econômico do país através do "milagre econômico" do período da ditadura militar o nível de vida do povo piora, sobretudo em seus indicadores de saúde e níveis de exclusão social e afirma que não é possível melhorar o nível de vida da população enquanto persistir um modelo econômico concentrador de renda e um modelo político autoritário.

Entre os resultados do movimento pela reforma sanitária estão: a conquista da universalização na saúde que estabelece como princípio constitucional que todo brasileiro tem direito à saúde, a definição clara do dever do Estado em proporcionar Saúde para todos e a função complementar da saúde privada. A utilização das Conferências Nacionais de Saúde como espaço de planejamento das ações, além da formalização dos Conselhos como parte do SUS, foram fatores que transformaram o texto da constituinte, na Lei Orgânica 8080, em resultados diretos da Reforma Sanitária; sem contar que garantiu a composição desses conselhos, tendo 50% de usuários na formação dessas Conferências.

2.3 Assembleia Nacional Constituinte (ANC)

O processo de transição democrática, como parte de um compromisso assumido pelas forças políticas que chegaram ao poder em 1985, culminou na convocação de uma Assembleia Nacional Constituinte, formada por 559 constituintes (487 Deputados e 72 Senadores). A mesma foi instalada em 1º de fevereiro de 1987, em formato unicameral. A nova Constituição, promulgada em 5 de outubro de 1988, apesar de intensos conflitos e impasses foi, inegavelmente, um grande avanço para a consolidação do Estado de Direito no país. Porém, ainda assim, dada sua composição majoritariamente conservadora, poderia representar um avanço menor na consolidação de direitos, sobretudo direitos sociais, via políticas públicas de inclusão e serviços universalizados.

> Represada pelos anos de autoritarismo e reativada pelos eventos do final da década de 1970, uma vasta agenda de direitos se apresentou na fase inicial da ANC. Remobilizados após a derrota das diretas-já, os movimentos sociais fariam da Constituinte uma espécie de revanche da transição política pactuada. (ROCHA, 2013 p. 45).

A Assembleia Nacional Constituinte era um reflexo das forças políticas que atuavam na política brasileira, recém-saída de um Regime de Exceção. De acordo com o jornal Folha de São Paulo, esta era a composição da Assembleia em sua ocupação principal e posicionamento político. A ocupação refere-se à profissão declarada ou conhecida, e o posicionamento político, tendo como base os relatórios do Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar (DIAP).

No Quadro 1 (abaixo) podemos ver a composição da Assembleia Nacional Constituinte de acordo com a orientação ideológica e a ocupação principal dos legisladores constituintes em um levantamento feito pelo jornal Folha de São Paulo de 19 de fevereiro de 1987.

Quadro 1 - Perfil profissional e ideológico da Constituinte de 1987

Ocupação	Direita	Centro	C/E	Esquerda	Total
Advogado	51	81	45	12	**189**
Empresário	63	34	02	-	**99**
Engenheiro	25	25	10	05	**65**
Médico (e outras da Saúde)	20	21	10	07	**58**
Jornalista	10	15	12	06	**43**
Economista	10	19	04	03	**36**
Sindicalista	-	-	02	10	**12**
Outras	21	15	12	09	**57**
Total	**200**	**210**	**97**	**52**	**559**

Fonte: Folha de São Paulo de 19 de fevereiro de 1987

Com essa composição tendo apenas 26,7% da Assembleia formada de constituintes com alinhamento ideológico de Esquerda (9,3%) ou Centro Esquerdo (17,4%), e 10,4% ligada à área médica, seria pouco provável que os temas referentes à área da saúde mais progressista, universais e inclusivos fossem aprovados. Como de fato ocorreu, sem a atuação fundamental dos representantes do Movimento Sanitário, mesmo eles sendo constituintes alinhados ao movimento, como Sergio Arouca (PCB-RJ) e Eduardo Jorge (PT-SP), ou influenciadores ligados à Universidade e a burocracia estatal como Eleutério Rodrigues Neto.

Também no livro A criação do SUS (2006), supracitado, o então Deputado Federal e Médico Sanitarista Eduardo Jorge[5] (PT-SP), destacava que os Partidos mais à Esquerda que abrigavam os militantes do movimento pela Reforma Sanitária eram os que tinham mais clareza do que queriam e de como deveria ser feita uma reforma do Estado brasileiro para se avançar numa política social.

> Em meio a tantos embates, em setembro de 1987, realiza-se uma reunião promovida pela Abrasco em Cachoeira, Bahia. Na ocasião, Eleutério Rodriguez Neto analisa o percurso da Reforma Sanitária, do seu início até a 8ª CNS, bem como a conjuntura constituinte. Avalia que faltava uma formulação estratégica para a complementação da lei do SUS que, segundo o seu entendimento, realizara uma unificação por baixo, sendo necessária uma efetiva autonomia dos estados e municípios no tocante ao repasse de recursos. (FALEIROS et al, 2006, p. 63)

[5] Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho Médico; Sanitarista; Deputado Federal (1987-2003); Secretário Municipal da Saúde de São Paulo (1987-1990 e 2001-2002); Secretário Municipal do Meio Ambiente de São Paulo* [entrevistado em 5/8/2004].

Como contraponto a esta posição em defesa do papel do Estado à frente de uma política pública de saúde abrangente no país, de acordo com Rodrigues Neto (2003), o também Deputado Constituinte e Engenheiro Civil Naphtali Alves (PMDB-GO) acreditava que o Estado deveria interferir única e exclusivamente na medicina preventiva, e não na medicina curativa por entender que seria perigoso que os Deputados Constituintes assumissem uma posição em que o Estado fosse o responsável direto por toda a medicina no país

A "fórmula de sucesso" foi associar a luta política à uma proposta técnica, com o estabelecimento de estratégias em várias frentes: produção e divulgação de conhecimentos, ocupação de espaços institucionais e trabalho com parlamentares, com enfoque no suprapartidarismo (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 34-35). Também de acordo com Rodrigues Neto (2003), a inscrição do direito à saúde, na Constituição, significou a culminância de um processo de lutas e conquistas do movimento pela democratização da saúde e, nesse contexto, para a aprovação desse direito na nova Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde foram necessárias quatro fases sucessivas no processo de elaboração do texto final.

Na primeira etapa à Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente utilizou-se o texto proposto pela 8ª Conferencia e referendado pela ABRASCO, CEBES e Sindicatos. Esse texto serviu de base para o relatório a ser apresentado como anteprojeto constitucional. Dos diversos grupos que buscavam aprovar suas ideias em relação à Saúde, como política pública constitucionalizada, este foi o único grupo que levou propostas de textos constitucionais, enquanto as coalizões de defesa do ideário liberal, da iniciativa privada e os grupos formados por burocratas dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social apresentaram argumentos e contra-argumentos às propostas apresentadas.

Essa antecipação da normatização do texto foi determinante para a redação final de artigo 196, com o sentido muito próximo às propostas apresentadas inicialmente na 8ª Conferência Nacional da Saúde, e que sobreviveu a toda negociação política dentro e fora da Assembleia Nacional Constituinte

A segunda etapa ocorreu dentro da já instalada e inédita Comissão da Ordem Social, responsável por equacionar os temas tratados pelas emendas populares, e que mudaram a ordem social e econômica vigentes anteriormente ao processo constituinte. Entre esses temas tratados por essa Comissão estavam: emprego, redução da jornada de trabalho e criação de um Sistema Único de Saúde, que refletiam nas propostas e anteprojetos os antagônicos interesses conservadores e progressistas.

Por conta da redação claramente mais progressista da proposta, tentativas de obstruções e manobras regimentais para impedir a aprovação no prazo regimental foram tentadas por

constituintes alinhados com os setores mais conservadores, e que defendiam uma maior participação do setor privado na área da saúde. Apesar dessas tentativas o texto foi aprovado, apenas com modificações técnicas, mantendo a essência da proposta do movimento sanitarista e das organizações sociais que criaram o anteprojeto. (RODRIGUEZ NETO, 2003, pg. 66).

A terceira foi a Comissão de Sistematização, encarregada de elaborar o projeto de Constituição. De acordo com o funcionamento da Assembleia, não seria possível adicionar novos conteúdos, apenas sistematizar os anteprojetos produzidos nas etapas anteriores da Comissão, de forma que o texto final não levasse a dispositivos legais contraditórios ou excludentes. Nesta etapa foi regimentalmente prevista a apresentação de Emendas Populares, como mais uma forma de participação popular, com pelo menos trinta mil assinaturas de eleitores e um patrono constituinte para defendê-la na Comissão. Foram poucas as mudanças em relação ao projeto inicial aprovadas nesta fase, fato que demonstrava que o tema, ao contrário do que imaginavam os representantes do Movimento Sanitário, não tinha um apelo popular relevante ou que o Movimento não tinha a necessária capilaridade para conseguir influir no processo de maneira exógena à Constituinte. Dessa forma, apenas com algumas mudanças mínimas, de natureza acessória, mantiveram-se as propostas do Movimento muito próximas à sua redação inicial.

A quarta e última etapa foi o momento de aprovação do projeto de Constituição, junto ao plenário da Assembleia Nacional Constituinte. Nesta etapa o assunto foi polarizado entre grupos de interesse públicos e privados. De um lado o Movimento Sanitário e as Organizações da Sociedade Civil contrapondo-se aos setores mais conservadores, ligados aos interesses do setor hospitalar privado, isto é, cooperativas médicas e à grupos de burocratas do governo. Nesta etapa regimentalmente não havia previsão para a apresentação de substitutivos globais, o que impediu que um bloco suprapartidário, autodenominado "Centrão Democrático", pudesse propor emendas substitutivas que alterassem substancialmente o texto negociado e aprovado nas três etapas anteriores.

Como foi discutido por meio do detalhamento do processo de negociação nas diversas etapas da Constituinte, a transformação das teses do Movimento Sanitário em uma política pública constitucionalizada foi uma tarefa que exigiu um alto nível de engajamento e participação do Movimento Sanitário e uma complexa negociação política.

Dada a composição das forças políticas atuando dentro e fora da Assembleia, a normatização dessa política e a consequente criação do SUS já era alvo de uma coalizão de defesa, da mercantilização da saúde e interesses políticos e privatistas que, até hoje, atuam na direção da desconstrução do Sistema

Com isso, na nova Carta Constitucional mantiveram-se no seu texto final, essencialmente as propostas do Movimento Sanitário, o que foi considerado um grande avanço em relação ao modelo privatista-assistencialista do sistema de saúde anterior à Constituinte.

O artigo que sintetiza a proposta do SUS na Constituição Federal, traz na sua redação final quatro importantes conceitos: direito à saúde, universalidade, integralidade e políticas públicas. Como Direito à Saúde entende-se a saúde como síntese de uma conquista democrática, e não como no modelo de saúde liberal privatista, em que a saúde é vista e tratada como uma mercadoria. Isso, de acordo com Santos "se prende ao fato de a saúde de um povo [acabar por] expressar a organização social e econômica do país" (SANTOS, 1997, p. 245).

Por ter como base, o ideário do Movimento Sanitário e o modelo de saúde coletiva, a atual organização e concepção do sistema de saúde brasileiro, ou seja, como a saúde é entendida em sua forma de direito de cidadania é expressão de um processo resultante do modo de inserção do indivíduo e dos grupos sociais. Desse modo, como um estado complexo de construção individual e social, a saúde deixa de ser encarada como um bem passível de troca em um mercado, ou como a ausência ou a retirada de doença de uma pessoa, como efeito do consumo de medicamentos (LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A., 2004, p. 28).

Apesar de alguns autores defenderem que uma Constituição verdadeiramente democrática não necessitaria de uma parte dedicada ao tema da saúde, esse direito foi institucionalizado constitucionalmente para demarcar uma luta política e uma garantia cidadã há muito almejada, de modo a reforçar a compreensão da saúde como uma expressão individual e coletiva da distribuição equânime dos bens públicos – o que faz com que o direito à saúde não seja apenas um dos vários temas e meramente represente um dado setor, mas passe a compor o projeto coletivo, os objetivos da nação (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 91).

No contexto do artigo 196, o embate político culminou com a redação da questão da universalidade e é colocado como um instrumento de inclusão social e uma garantia constitucional de acesso às ações e serviços de saúde. "A universalidade do direito de acesso diz respeito ao direito de utilizar o sistema. Este poderá ter regras de funcionamento para ordenar o acesso, (...) desde que não constituam forma explícita ou velada de exclusão" (PIOLA et al, 2009, p. 112).

Antes da constitucionalização do direito à saúde, o sistema de saúde consistia em um benefício previdenciário pontual ligado exclusivamente a certos segmentos da classe trabalhadora formalmente constituída. O restante da população não tinha acesso ao sistema de saúde pública, tendo que buscar atendimento em serviços privados mediante pagamento individual, coletivo ou pela rede de Santas Casas de Misericórdia, onde poderiam ser atendidos

em uma condição de indigência. Ou seja, antes da Saúde como um direito universalizado, boa parte do acesso ao atendimento era feito, ou como forma de compra de uma mercadoria, serviço ou dentro de um contexto permeado por valores religiosos e morais; portanto longe da esfera do direito e das normas institucionalizadas.

De acordo com Balera (1989), o conceito de universalidade do acesso à saúde inverte a lógica racional implícita no modelo do Sistema de Saúde Previdenciário implementado, até então, baseado na lógica atuarial funcionando na prática como "Seguro Saúde". No novo modelo, a universalidade está ligada ao conceito de Seguridade Social e "a um esquema protetivo amplo, moldado a partir da constatação, até certo ponto óbvia, de que sem a superação da miséria e das desigualdades não há bem-estar e nem justiça social" (BALERA, 1989, p. 35).

Pela definição dada na Lei no 8.090/1990, a integralidade de assistência é um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, coletivos e individuais, ofertados aos cidadãos pelo sistema público de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema. Este conceito também está implícito no artigo 196, e é o que possibilita uma complexa operacionalização de diversos níveis de atenção e cuidado, de territorialidades e regionalizações, e de governanças e pactuações proporcionando em função disso as mais diversas significações e percepções do Sistema.

A trajetória do Movimento Sanitário até a Constituição Federal de 1988, se por um lado consagra em um artigo constitucional a essência do SUS como uma política pública, e um instrumento garantidor de direitos, quando o coloca como um "dever do Estado" através do valor político da prerrogativa estatal de formular e executar as políticas públicas que impactam direta ou indiretamente na redução do risco de doenças, da promoção da saúde e da qualidade de vida através do acesso universal, integral e igualitário, por outro também garante através do mesmo instrumento legal o espaço para atuação da iniciativa privada de forma complementar ao Sistema Único de Saúde.

A decisão da Assembleia Nacional Constituinte de inserir no texto constitucional a possibilidade de que um mix de prestadores de serviços, públicos e privados, possam conviver complementarmente no mesmo Sistema de Saúde trará efeitos futuros, sobretudo para o financiamento do sistema como vermos mais a frente,

De acordo com Bernardi (2012) escolhas realizadas no momento de formação das instituições e das políticas exercem um efeito de constrangimento sobre o seu futuro desenvolvimento em razão da tendência inercial das instituições que bloquearia ou dificultaria subsequentes mudanças.

> "Escolhas feitas quando uma instituição está sendo formada, ou quando uma política está sendo iniciada, terão uma contínua influência amplamente determinante [...] no futuro" (PETERS, 1999, p.63 apud Bernardi, 2012, p.137)

Neste trabalho considera-se que a configuração das políticas públicas de saúde é uma construção histórica, baseada no embate de diversas forças políticas presentes na sociedade e no Estado. Antes da criação do SUS o sistema de saúde brasileiro tinha clara inspiração no modelo previdenciário-privatista, de influência liberal da década de 1920, e com isso, tinha a missão de oferecer assistência médico-hospitalar a classes específicas de trabalhadores urbanos e industriais em um modelo de seguro-saúde e caixa de previdência.

Este modelo, orientado pela lógica da assistência e da previdência social, atendia apenas algumas categorias de trabalhadores até o ano de 1966. A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) passou a atender o conjunto de trabalhadores formalmente inseridos na economia (Santos, 1979). O restante da população era atendido de maneira particular, por meio dos seus próprios recursos ou pela benemerência e misericórdia de organizações sociais, como a Igreja através do modelo das Santas Casas. O modelo "hospitalocêntrico" criou uma rede hospitalar importante, que passou a receber um volume crescente de investimentos através dos repasses do INPS, posteriormente do Instituto nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), o que modernamente entendemos como Redes de Atenção à Saúde.

Desta forma, este trabalho analisou dois momentos de ruptura nas políticas de saúde em perspectiva histórica: o primeiro com a criação do SUS na Constituição de 1988 e o segundo, no momento atualmente em curso, em que se compromete o modelo de financiamento público do sistema. Argumenta-se aqui que, este modelo de financiamento está permeado pela corrosão da capacidade do Estado de financiar a política, tendo a aprovação da EC 95/2016 como um capítulo fundamental.

Para dar conta desse levantamento histórico e, buscando entender os dois momentos de ruptura na política pública de saúde, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, desde a origem do Movimento Sanitarista Brasileiro até as literaturas mais recentes, que associam austeridade econômica com suas consequências nos indicadores de Saúde. O objetivo dessa pesquisa foi entender como e porque parte importante do sucesso e perenidade do SUS está ligado aos valores humanitários e políticos trazido no bojo da Reforma Sanitária e da militância política dos sanitaristas.

A leitura de artigos e teses de autores, como Jairnilson Paim, Gastão Wagner, Eleutério Rodrigues, Sonia Fleury e o próprio Sérgio Arouca, autores que estiveram mais próximos

temporalmente da Reforma Sanitária e ideologicamente da criação do SUS, foi o que possibilitou um melhor entendimento dos mecanismos teóricos e políticos que possibilitou a institucionalização de uma experiência de medicina coletiva, focalizada e de baixa impacto social em uma política pública universal, integradora e equitativa de alto impacto sobre o perfil epidemiológico, nos indicadores de saúde e no entendimento político do papel do Estado como indutor de políticas de bem estar social.

A reconstrução dos passos que levaram a institucionalização do SUS como uma política pública na Constituição Federal de 1988, através do trabalho de Claudio Couto e Rogério Arantes, da pesquisa direta nos anais da Assembleia Nacional Constituinte e de inúmeros artigos, teses e reportagens publicados em função dos 30 anos da Carta de 1988, auxiliou o entendimento de que não é de hoje que há um movimento bastante organizado contra os pilares do modelo de organização jurídica do SUS.

Esses ataques ao Sistema se dão porque os princípios da universalidade, integralidade, participação comunitária e do federalismo colaborativo que orientam o Sistema não se coadunam com as atividades privadas de assistência à saúde que está na base da nova ruptura do Sistema que se manifesta mais claramente na EC 95/2016.

E, por fim, a pesquisa bibliográfica dos estudos acadêmicos sobre as atuais crises econômicas, financeira e institucional tem a função de construir o pano de fundo da política onde se dá essa segunda ruptura da qual falamos. A ruptura com o modelo de financiamento é reflexo da política de austeridade econômica que se consolida nos últimos anos, mas que sempre foi uma sombra sobre a gestão dos recursos do SUS, em detrimento dos princípios da universalidade, que deve garantir o atendimento à toda a população, o princípio da integralidade e garantir acesso a um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos e o princípio da equidade. Além disso, deve garantir o atendimento de forma igualitária contemplando a multiplicidade e a desigualdade das condições sociais e sanitárias da população.

Entende-se, assim, que ocorre um processo não intencional de construção da agenda pública, caracterizado pelo surgimento ou reconhecimento de um problema pelo governo. Ademais, pela disputa de ideias e alternativas de solução de especialistas, pesquisadores, gestores políticos ou empreendedores sociais para solucioná-lo – em um contexto político, burocrático e legislativo favorável ao desenvolvimento da ação (Capella, 2007).

3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Inegavelmente, em suas três décadas de existência, o Sistema Único de Saúde (SUS) ampliou de maneira considerável o acesso à assistência à Saúde para grande parte da população brasileira. De acordo com o Relatório de Políticas Sociais - acompanhamento e análise nº 24, 2016 do IPEA, o SUS representa a única forma de assistência médico hospitalar para cerca de 144 milhões de pessoas ou 72% da população de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE, (2015) ou seja, praticamente um em cada quatro brasileiros são SUS-dependentes, ficando o Sistema Privado, representado basicamente pelos Planos de Saúde e Seguro Saúde, responsável pela cobertura do restante da população, mas em muitos casos não de maneira exclusiva.

O Relatório aponta o SUS como um sistema que é apontado por organismos internacionais e por especialistas em avaliação de sistemas de saúde como modelo em uma série de áreas da atenção à saúde. Em Vigilância Epidemiológica o SUS oferece cobertura universal, atingindo de maneira indistinta praticamente toda a população. Também é considerado modelo no atendimento de demandas de Vigilância Sanitária, de ações preventivas, como a vacinação e o combate ao tabagismo, no tratamento de síndromes complexas como a AIDS, na Política de Transplantes de Órgãos e Tecidos, na gestão e produção de hemoderivados e na garantia de acesso a medicamentos de alto custo para portadores de doenças raras, entre outras.

Além de assegurar cobertura exclusiva em assistência médico-hospitalar para 72% da população, como já dito o SUS também é extremamente relevante na estruturação do modelo de Atenção Básica à Saúde:

> O modelo de atenção básica centrado na Estratégia de Saúde da Família promoveu a expansão da cobertura por ações de atenção básica, intensificada após o início do Programa Mais Médicos, e alcançou segmentos populacionais cujo acesso era até então praticamente inexistente, como as populações ribeirinhas, indígenas e quilombolas. (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea 2016 p. 137)

E ainda que parte da população usufrua da cobertura de algum plano de saúde, serão diretamente beneficiados por ações universais de Vigilância Sanitária e Epidemiológica e eventualmente poderão se beneficiar de ações focalizadas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), da política de distribuição de medicamentos de alto custo.

Além disso, em função da falta de oferta privada em pequenos e médios municípios ou dos procedimentos de regulação assistencial dos planos privados que dificultam o acesso de seus beneficiários a determinados procedimentos, a exames mais complexos, e a tratamento para pacientes sob cuidados prolongados ou em reabilitação, o SUS dada sua característica de universalidade receberá estas demandas, muitas vezes sem a devida contrapartida financeira por parte do Sistema Privado.

De acordo com o Ministério da Saúde, em 2014 o SUS ofereceu para seus usuários 4,1 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 1,4 bilhões de consultas médicas, 19 milhões de procedimentos oncológicos, sendo 3,1 milhões destes procedimentos de quimioterapia e 11,5 milhões de internações. Além disso, o SUS desenvolveu ao longo desses quase 30 anos programas e políticas que são referência internacional como o Sistema Nacional de Imunizações, o Programa de Controle de HIV/AIDS e o Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos, que tem a maior produção mundial de transplantes realizados em sistemas públicos de Saúde do mundo com quase 25 mil procedimentos em 2016. Um feito impressionante, sobretudo para um Sistema de Saúde de um país em desenvolvimento.

Para o Unicef, o Brasil é uma das nações que têm se destacado por reduzir a mortalidade infantil: Entre 1990 e 2012, a taxa de mortalidade infantil caiu 68,4%, chegando a 14,9 mortes para cada 1.000 nascidos vivos. Essa taxa aproxima-se do nível considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 10 mortes por 1.000 nascidos vivos, e atende à meta de redução de 2/3 da taxa de mortalidade infantil até 2015. (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2015, p. 11).

O mesmo relatório do IPEA (2016) sobre Políticas Sociais, no seu capítulo sobre Saúde, destaca uma expansão de cobertura da estratégia Saúde da Família (eSF) através da inclusão de profissionais do Programa Mais Médicos para o Brasil[6] (PMMB)

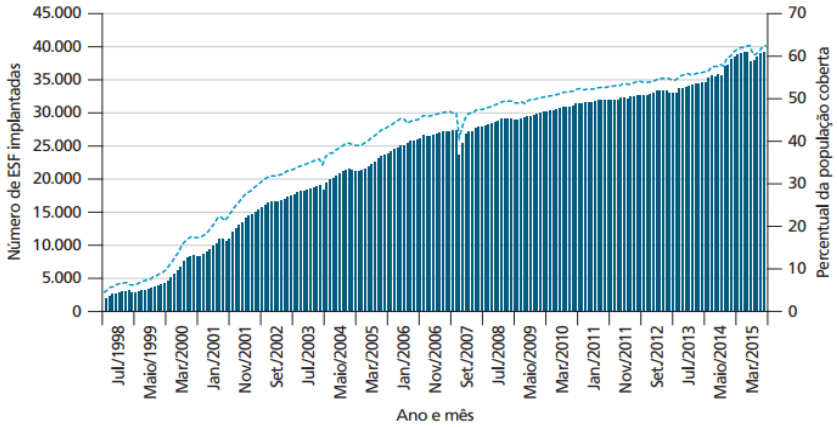
O relatório apresenta essa evolução no Gráfico 1 (abaixo) e destaca que:

> É possível observar a expansão da eSF a partir dos dados de cobertura mensal disponibilizados pelo Ministério. No lado esquerdo do gráfico, apresenta-se o número de Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas e, no lado direito, o percentual estimado da população coberta por essa estratégia. Mesmo antes do PMMB, percebia-se um crescimento gradual no número de equipes, com algumas oscilações. Com o PMMB, percebe-se que o número de

[6] De acordo com o Ministério da Saúde o Mais Médicos para o Brasil é um programa lançado em 8 de julho de 2013, cujo objetivo é suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do Brasil

> equipes implantadas saltou de 34.185 (julho de 2013) para 39.308 (janeiro de 2015), sendo o último dado disponível, junho de 2015, de 39.227 equipes. Embora o número de médicos divulgados pelo programa seja da ordem de 14.000,22 o total de novas equipes ficou, em aproximadamente, 5.000 (período entre julho de 2013 e junho de 2015). (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2016 p 144)

Gráfico 1 – Número de ESF e cobertura estimada da população – 1998 a 2015



Fonte: Portal do SUS -2015

O SUS também tem grande importância como espaço gerador de empregos qualificados. A Pesquisa de Perfil dos estados e dos municípios brasileiros: (IBGE, 2015) mostra que, em 2014, entre os 6,2 milhões de servidores públicos municipais, cerca de 1,6 milhão (25,8%) trabalhavam na área da saúde. Uma expansão do emprego que ultrapassa os grandes centros urbanos de maior dinamismo econômico e espalha-se por 5.570 municípios, em todas as regiões do país.

Um outro documento do IPEA[7] traz um estudo analisando os dados de Macroeconomia diretamente ligados à área da Saúde, onde constatamos que esse setor da economia também é bastante relevante em relação aos seus impactos sobre o Produto Interno Bruto nacional (PIB) e sobre investimentos públicos.

> De acordo com dados da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), a cadeia produtiva da saúde movimenta um volume de recursos superior a 6% do produto interno bruto (PIB), emprega diretamente, com trabalhos qualificados formais, parcela expressiva da força de trabalho brasileira, e é a área de maior expressão no país em termos de investimentos públicos com

[7] Boletim de Análise Político-Institucional | N. 7 | Jan.-Jun. 2015

> pesquisa e desenvolvimento (Brasil, 2013). Em termos de empregos diretos e indiretos, em toda a cadeia produtiva, o conjunto destas atividades representa cerca de 7,5 milhões de trabalhadores inseridos, predominantemente, em atividades intensivas em conhecimento (BRASIL 2007). (WERNECK VIANNA, 2015 p. 25).[8]

Apesar de todos esses números e constatações, não podemos negar que o SUS ainda não conseguiu garantir a equidade de acesso oportuno e de qualidade para toda população brasileira, muito em função de alguns problemas ainda não equacionados dentre os quais se destacam a falta de financiamento, baixa capacidade de gestão no sentido mais *strictu sensu* das capacidades estatais, a concorrência com o Sistema Privado por recursos humanos, financeiros e físicos e, por fim, a imagem negativa que se difunde, sobretudo por meio da grande mídia.

Também é importante destacar qual conceito de equidade está sendo considerado. Neste caso, estamos falando do conceito de equidade formulados por Whitehead (1992), que considera como iniquidade as diferenças evitáveis e injustas, e pela *International Society for Equity in Health (ISEqH)*, segundo a qual a equidade corresponderia à ausência de diferenças sistemáticas potencialmente solucionáveis em subgrupos populacionais definidos social, econômica, demográfica ou geograficamente (MACINKOI& STARFIELD, 2002 apud VIACAVA, 2004).

Entendendo também que o conceito de equidade passa por considerar diferenças em Saúde decorrentes de processos biológicos ou de situações que independem da livre escolha dos usuários e que determinam o surgimento de desigualdades na morbimortalidade e no acesso aos serviços de Saúde. (VIACAVA, 2004: p.716)

Com relação ao subfinanciamento do sistema, por exemplo, enquanto no sistema Privado de Saúde o gasto assistencial correspondia a R$ 1.672,00 per capita (2012), o gasto público per capita, considerados os aportes das três esferas de governo, era de R$ 903,52, ou 46,0% menor. Países com sistemas públicos universais apresentam um gasto público per capita muito superior ao do Brasil. Na Inglaterra, por exemplo, conforme Quadro 2 (abaixo), o gasto público per capita corresponde a 84% do gasto per capita total. E mesmo os Estados Unidos da América, onde a atenção à saúde é eminentemente privada e considerada modelo de mercantilização, o gasto público per capita é cerca de seis vezes superior ao do Brasil e representa percentual similar do gasto total.

---

[8] O documento não explicita a fonte dessa informação. Segundo a Coordenação de Contas Nacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o total de ocupações nas atividades relacionadas à saúde era pouco maior que 4,3 milhões em 2009, último dado disponível (IBGE, 2012a). Possíveis exageros à parte, trata-se, sem dúvida, de uma ordem de grandeza bastante expressiva. (Vianna, 2015 p.25)

Quadro 2 - Gasto total per capita e gasto público per capita com saúde em países selecionados (US$ - 2013)

País	Gasto total	Gasto público	Gasto público (%)
Estados Unidos	9.146	4.307	47
Alemanha	4.812	3.696	77
Canadá	4.759	3.322	70
França	4.334	3.360	78
Inglaterra	3.311	2.766	84
Espanha	2.846	2.004	70
Portugal	2.508	1.622	65
Brasil	1.454	701	48
Argentina	1.725	1.167	68
Chile	1.678	795	47
Uruguai	1.715	1.203	70

Fonte: Organização Mundial de Saúde, ([s.d.]).

No entanto, quando essa comparação entre países considera o percentual do gasto com saúde em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) nacional a situação é diferente. O Brasil, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tinha um dispêndio total (público e privado) em saúde equivalente a 8,8% do PIB (IBGE, 2012). Esse percentual é baixo, quando comparado com o observado nos Estados Unidos (15,7%). No entanto, é bastante próximo ao de outros países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), como o Reino Unido (8,4%), Espanha (8,5%) e Austrália (8,9%), que também possuem sistemas universais.

No caso brasileiro, o que ocorre é que o gasto público não é suficiente para financiar efetivamente um sistema que tenha cobertura universal de fato e integralidade efetiva. O gasto público em saúde foi estimado em 3,8% do PIB em 2009 (IBGE, 2012), o que torna o Brasil o único país do grupo selecionado com sistema de saúde de acesso universal onde o gasto público é inferior ao privado; enquanto nos países da OCDE, a participação do gasto público no financiamento do sistema representa, em média, 70% da despesa total, chegando a 84% em países como a Noruega.

O modelo de financiamento adotado pelo SUS que tem a equidade de oferta de serviços como um dos seus pilares deveria ter os recursos distribuídos de acordo com as necessidades de saúde identificadas na população e não de acordo com a capacidade de pagamento por esses serviços, ou seja, da forma como está estruturado na prática o modelo de financiamento da saúde pública reproduz os dilemas causados pela concentração de renda estrutural do país, que impossibilita a construção de qualquer modelo que tenha a equidade como premissa e diretriz.

Com relação à baixa capacidade de gestão, aparentemente é uma dificuldade inerente às capacidades estatais brasileiras, sobretudo nas esferas subnacionais, reconhecido e descrito pelo governo no documento oficial do programa PSF de março de 1996:

> (...) "Baseado na doença, atuando exclusivamente sobre a demanda espontânea, com ênfase na medicina curativa, tratando o indivíduo como objeto de ação, com baixa capacidade de resolver os problemas de saúde, com saber e poder centrado no médico, geralmente limitado à ação setorial, com desvinculação do pessoal de serviço com as comunidades, e de relação custo-benefício desvantajosa" (BRASIL, 1996).

Segundo Mello (2017) reforçam a baixa capacidade técnica de gerir o sistema público a análise de Vargas et al., (2014), na qual observam que os desafios da regionalização no Brasil na saúde reúnem-se quatros maiores categorias de análise: 1. Implementação baseada em negociação ao invés de planejamento 2. Grande responsabilidade dos municípios com baixa capacidade técnica 3. Falhas no planejamento e coordenação das competências envolvidas 4. Falta de clareza sobre as regras políticas de implementação.

Também segundo Mello (2016), a questão da regionalização do sistema confirma o argumento: "essa onipresente dificuldade com planejamento aflora como resultante de uma cultura política que confere amplo privilégio à negociação em detrimento do planejamento, conformando um ciclo vicioso histórico com alta rotatividade gestora, baixa capacidade técnica, e deficiência de instrumentos. " (MELLO, et al 2016, pg 26).

Além disso, no caso específico da Saúde, a concorrência dentro do mix Público e Privado também é um fator de desestabilização do sistema dada a disputa assimétrica por recursos financeiros, humanos, estruturas hospitalares, capacidades e velocidade de incorporações tecnológicas.

3.1 Atenção Primária em Saúde (APS[9])

O Sistema Único de Saúde é formado por inúmeros subsistemas administrativos e operacionais, de acordo com as normas e legislações pertinentes que foram sendo implementadas ao longo do tempo. Dentre esses subsistemas destacamos: os Instrumentos de

[9] Há uma variação na terminologia referente à "Primary Health Care" (PHC), expressão utilizada inicialmente na Conferência de Alma-Ata. Neste trabalho utilizaremos "Atenção Primária em Saúde" (APS) indo ao encontro de Ribeiro (2002) que entende que apesar de menos presente nos documentos oficiais brasileiros é a que se enquadra com melhor à proposta de universalidade e participação social do SUS.

Planejamento e Gestão do SUS, os Programas de Promoção e Atenção à Saúde, o Sistema de Vigilância em Saúde (Epidemiológica e Sanitária), as Políticas de Ciência e Tecnologia em Saúde e o Sistema de Regulação de Saúde Suplementar.

Por sua vez, cada um desses subsistemas é formado por diversos programas, políticas e instrumentos próprios. Os Programas de Promoção e Atenção à Saúde, por exemplo, é formado pelo Programa de Atenção Básica em Saúde, por Programas Estratégicos, pela Assistência de Média e Alta Complexidade e pelos Programas de Assistência Farmacêutica. Entendendo-se que cada um desses subsistemas tem suas particularidades, e que não é correto fazer qualquer tipo de generalização, neste estudo focaremos a análise nos Programas de Promoção e Atenção em Saúde, mais especificamente na Atenção Primaria em Saúde (APS).

No Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) foi o modelo idealizado de acesso universal para Atenção Primária em Saúde (APS) ou Atenção Básica[10], sendo um modelo teórico, que mantém seu arcabouço constitutivo quase inalterado desde os modelos iniciais do início dos anos 1990.

O debate em torno do PSF aborda com maior frequência temas adjacentes, como: racionalidades do financiamento, interiorização do programa via pacto federativo, integração especializada e capacidades estatais na formação profissional.

A literatura visitada para essa pesquisa sobre atenção primária trata-se de dois grandes temas. O primeiro diz respeito aos modelos comunitários de atendimento à saúde, que atua integrado a um sistema de seguridade social e ao universo político do Estado Bem-Estar Social, do qual também fazem parte os sistemas de previdência e assistência social.

O segundo tema é mais especifico e trata a Atenção Primária como componente específico das Redes de Atenção à Saúde, sem considerar o contexto político social em que está inserido.

Apesar das diferentes denominações e abordagens, a Atenção Primária em Saúde caracteriza-se como a atenção ambulatorial de primeiro nível e de primeiro contato do paciente com o sistema de Saúde do país, onde, por princípio, deveriam ser resolvidos a maioria dos problemas de Saúde da população. Dada a importância da APS dentro das Políticas de Saúde pelo mundo, a Organização Mundial de Saúde desenvolveu um processo de discussão em

---

[10] Embora os dois termos sejam usados como sinônimos, quando se referem às unidades locais de saúde ou nível de atenção, no termo APS a tradução feita direta do inglês (Primary Health Care), não captura a diferença entre Primary e Primária e uma melhor tradução seria, portanto, o termo "essencial" ou "básica". Já segundo o CONASS (2007), o termo "Atenção Básica" utilizada pelo Ministério da Saúde para designar a atenção primária é resultante da necessidade de diferenciar a proposta da saúde da família da proposta dos "cuidados primários de saúde", mais ligados a uma lógica de focalização e de atenção primitiva à saúde; sendo assim a nomenclatura Atenção Básica é adotada para definir a APS no país, tendo como sua estratégia principal de atuação a Saúde da Família.

painéis e conferências que culminaram com a organização da Conferência Mundial de Alma-Atá em 1978[11].

Segundo a Declaração de Alma-Atá, a APS:

> [. . .] é baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de Saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível do contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de Saúde, levando a atenção à Saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem ou trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à Saúde (OMS, 1978).

Mais recentemente, a pesquisadora norte-americana Barbara Starfield também estabeleceu novos critérios gerais da APS em 2002 ao defini-la como:

> "Aquele nível de um sistema de serviço de Saúde que funciona como porta de entrada no sistema, atendendo a todas as necessidades e problemas de Saúde da pessoa (não direcionadas apenas para a enfermidade), ao longo do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra os outros tipos de atenção fornecidos em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária [. . .] A atenção primária aborda os problemas mais comuns da comunidade oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação [. . .] Ela integra a atenção quando existem múltiplos problemas de Saúde [. . .] É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da Saúde" (Starfield, 2002 p.28).

Tratam-se, portanto, de um conceito ampliado de saúde como bem descrito desde Alma-Ata. São modelos construídos com o claro objetivo de atendimento prioritário de populações

---

[11] Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, em setembro de 1978 com a intenção de discutir as diretrizes e implementação da APS pelo mundo. Participaram do evento 3.000 delegados de 134 governos que expressaram "a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo" (OMS, 1978)

em risco e vulnerabilidade, relacionados com o desenvolvimento social da região em que vivem.

Hoje essa necessidade parece óbvia, mas associar o sistema de saúde público com essa função social foi um grande avanço em relação ao modelo que preconiza a APS apenas como porta de entrada do sistema de serviços médicos, sem considerar os fatores sócio econômicos da população atendida.

O sistema de APS, integrado ao contexto sócio econômico da população e território onde atua, apresenta fatores de desvantagens comparativas em relação ao desempenho e ao binômio custo-efetividade, quando comparado com modelos exclusivos do campo médico.

Nesse sentido, o principal problema tratado pela literatura sobre APS é encontrar soluções de gestão e governança do sistema que consiga melhorar sua efetividade clínica, e como atuar de forma integrada aos serviços médicos de alta e média complexidade.

No Brasil, o consultor em Saúde Eugênio Vilaça Mendes, considerado um dos grandes estudiosos do tema, advoga uma visão pragmática que busque integrar os modelos internacionais de APS com as políticas do SUS (Mendes, 2015), em abordagens específicas com o tema das redes (Mendes 2011), das condições crônicas (Mendes, 2012) e do acesso ao Sistema de Saúde Público.

De acordo com esses estudos, estima-se que aproximadamente 70% dos problemas de saúde exigem apenas cuidados rotineiros com grande parcela de auto manejo e de baixo custo. Também de acordo com Mendes (2015), o maior esforço e recursos do sistema são direcionados ao restante dos casos, os 30% dos problemas que podem ser classificados como multi morbidades complexas.

Considerando como certos os indicadores que mapeiam os casos de multi morbidades complexas, a partir do sistema de APS, o número de diabetes e gestações de alto risco, por exemplo, tem protocolos de tratamento bem definidos e linhas de cuidado estabelecidas na programação do sistema. Portanto, boa parte do fluxo tem alto grau de previsibilidade, o que dispensaria à Regulação boa dose de esforço e do custo com erros no referenciamento e contra referenciamento.

A APS no Brasil passou a ser pensada como uma estratégia de reorientação do sistema de serviços do SUS, graças a sua capilaridade e ao movimento de municipalização da saúde que norteou a normatização do sistema em consonância com a institucionalização do SUS na Constituição de 1988. Neste sentido, os esforços na organização da APS, apesar de diversas forças contrárias, direcionam o modelo para o reordenamento da racionalidade do sistema de serviços de saúde.

Apesar do desenho do modelo das redes complexas ter surgido décadas depois da definição do modelo e dos objetivos da APS, por conta da aceitação da lógica que ela deve ser o ordenador do sistema de saúde como um todo, a conformação dessas redes passa a ser desenhada tendo a APS como porta de entrada prioritária.

Percebe-se uma contradição na literatura ao afirmar que, acima da pirâmide de risco é previsto que 30% dos pacientes devam exigir cuidados especializados de alta e média complexidade, mas, por outro lado, defende-se o argumento que coloca a APS como responsável por 80% de resolubilidade da demanda no sistema.

Embora não esteja clara a origem do argumento que estabelece uma ligação direta da APS com uma alta taxa de resolutividade, é possível que esteja ligada ao clássico estudo da ecologia do cuidado médico que de maneira indireta aponta para essa relação e estabelece esse dado (White et al., 1961, apud AGUIAR, 2007).

No entanto, sem um parâmetro que defina claramente o conceito de resolutividade, qualquer indicador fica comprometido a uma taxa de encaminhamento médico. Por exemplo, pode ser um indicador indireto e pontual, no entanto carece de parâmetros de validade que o definam como resolubilidade.

Outro fator que dificulta a mensuração da resolutividade da APS por meio de um indicador objetivo reside no fato que, parte da demanda de saúde da APS não é médica ou ambulatorial, e por isso pode ter resolução espontânea. Sem contar que, dentro do modelo comunitário pode ser abordada por equipe multiprofissional e não especificamente médica. Ou seja, a resolubilidade médica não é a única diretamente relacionada à resolutividade no modelo de PSF e na atuação médica na APS.

De acordo com Campo et al (2014) o modelo do PSF não está consolidado porque a maioria das demandas ainda estão centradas mais no paradigma biomédico e em ações curativas conduzidas por um profissional médico e menos em modelo ligado à proposta da saúde coletiva, baseado na prevenção.

> Percebe-se ainda que, para muitos usuários, o acesso ao sistema de saúde é sinônimo de acesso ao profissional médico, sendo que as diversas ações realizadas antes desse contato são entendidas como formas de triagem, de represamento da demanda com relação a um tipo de profissional que é escasso. A ESF tenta contrapor essa lógica ainda dominante, inserindo na equipe multiprofissional aspectos preventivos e de promoção à saúde, além de uma relação humanizada, valorizando o

> vínculo entre profissionais e população. (CAMPOS, et al, 2014 p. 260)

Para definição dos indicadores de APS utilizados neste trabalho, consideraremos os conceitos definidos por Starfield (2002), in Atenção Primária, que a partir de uma extensa e exaustiva revisão bibliográfica resume o conceito de APS como já colocado e relaciona-o com quatro atributos essenciais: 1. Acesso/porta de entrada; 2. Integralidade/abrangência; 3. Continuidade/transversalidade e 4. Coordenação do cuidado e com três atributos acessórios: 1. Orientação Familiar e 2. Comunitária e 3. Competência cultural.

Apesar de podermos definir um nível de resolutividade de maneira objetiva e, mesmo utilizando uma composição de indicadores nem sempre claramente definidos, não podemos homogeneizar de maneira técnica e generalista as mais diversas realidades sócio econômicas, sem omitir as intencionalidades políticas que contextualizam os diversos sistemas.

Portanto, entendemos que, para efeitos desse estudo, é necessário definir os parâmetros analíticos da atuação do SUS ao limite da APS, além de sua efetiva atuação na redução de mortalidades e morbidades em um território, levando em consideração a consequente percepção dos usuários desse programa específico. Dado que o foco de trabalho será a APS, dentro do contexto do SUS será, como dito anteriormente, necessário selecionar dentre os inúmeros indicadores de Saúde aqueles que possam melhor descrever e mensurar a atuação da APS em uma determinada região e população em situações que seja possível estabelecer relações entre as ações da APS e as modificações no perfil de saúde.

Com relação à atenção básica em saúde é preciso salientar que, o estado de São Paulo, recorte territorial e metodológico deste trabalho, possui considerável rede de unidades básicas de saúde anteriores à estratégia de saúde da família. Além disso, possui uma organização heterogênea dos municípios na prestação de serviços de assistência primária em saúde, com um "mix" de unidades básicas tradicionais e com Estratégia de Saúde da Família (ESF[12]). A maneira que os gestores municipais optaram por organizar a atenção básica em saúde é diversa e reflete o desenvolvimento histórico do sistema de saúde no município como, por exemplo, a existência de rede de unidades de saúde anterior à ESF e os problemas locais de saúde.

---

[12] Atualmente, o PSF (Programa) é definido com ESF (Estratégia) porque o termo programa indica uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização. O Programa Saúde da Família (PSF) teve início em 1994 como um dos programas do Mistério da Saúde para implementar a Atenção Básica à Saúde nos municípios e como a principal estratégia de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação.

A ESF foi iniciada no estado por volta do ano de 1996, por meio do Programa Qualis da SES/SP na capital e, posteriormente, de acordo com as disposições do SUS, este programa foi municipalizado. As demais equipes de saúde da família foram sendo cadastradas pelos municípios respectivos. Atualmente a ESF paulista está com 4,7 mil equipes, com cobertura de 38% da população. De forma geral, existiu um crescimento de 10% da cobertura no estado desde 2010 e todas as regiões registraram aumentos. No entanto, há grandes diferenças na proporção da cobertura da ESF entre as regiões do estado, variando de 32% a 94%. Também é preciso salientar que, como, em média, acima de 30% da população do estado possui seguros e planos privados de saúde, parte da atenção básica de saúde ocorre no sistema de saúde suplementar.

Finalmente, o SUS no estado de São Paulo caracteriza-se por possuir grande quantidade de serviços de alta complexidade em oncologia, cardiologia, nefrologia, neurologia, traumato-ortopedia, que são responsáveis pelo atendimento à população paulista e também como referência para outros estados e regiões do país.

3.2 Financiamento Público do SUS

Quando colocamos a estrutura de financiamento do SUS em uma perspectiva internacional encontramos um crônico processo de subfinanciamento do sistema, gerado pelo baixo nível de gastos públicos no Brasil.

> Utilizando como parâmetro os países da OCDE, os gastos públicos em saúde correspondem a cerca de 7% do PIB, em média, enquanto no Brasil esse mesmo indicador não chega a 4% (GIOVANELLA & STEGMÜLLER, 2014 p.27)

Historicamente, o SUS é subfinanciado e a raiz desse problema surge na sua própria construção histórica como um Sistema de Saúde Pública, fruto mais visível do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira nos anos 1970 e 1980.

O reflexo das decisões que caracterização esse subfinanciamento histórico permanecem presentes até hoje porque pelo conceito de dependência da trajetória o legado do passado condiciona o futuro. Esse conceito de dependência histórica de uma organização ou de uma política em relação ao sua trajetória de construção defende que a ideia de que os indivíduos agem dentro de arranjos institucionais cuja estrutura atual e funcionamento só podem ser entendidos parcialmente se a análise não estiver integrada a uma perspectiva histórica e o esse

conceito (path dependence) é oferecido justamente como a ferramenta analítica para entender a importância de sequências temporais e do desenvolvimento, no tempo, de eventos e processos sociais. (KAY, 2005, p.555, apud BERNARDI, 2012 p. 137)

No entanto, a partir de 2015 o problema se agrava. A proposta aprovada de Emendas Constitucionais (EC) EC 86/2015 e EC 95/2016 que interferem diretamente nas fontes de financiamento do Sistema, seja dando precedência e obrigatoriedade às Emendas Parlamentares dentro do Orçamento, seja implementação de um novo regime fiscal leva o modelo de financiamento para uma situação de redução paulatina dos recursos, em um processo de (des) financiamento em substituição a alocação de recursos abaixo das necessidades da política

> As emendas constitucionais (EC) 86/2015 e 95/2016 introduziram dispositivos na Constituição Federal com efeitos negativos para o planejamento e execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde, agravando o processo de subfinanciamento do SUS: a primeira estabeleceu a execução orçamentária obrigatória das emendas parlamentares individuais em 0,6% da Receita Corrente Líquida; e a segunda retirará recursos de dotações orçamentárias destinadas às despesas sociais a partir de 2017, incluindo da Seguridade Social, e do SUS, a partir de 2018 (e até 2036), por meio de uma regra que estabelece um teto (limite máximo) anual de despesas calculado pela variação anual da inflação (medida pelo IPCA/IBGE) – o que implicará redução dessas despesas em termos per capita como decorrência do crescimento populacional no mesmo período. (FUNCIA, 2017, p.3)

A questão do financiamento do SUS é crucial para o entendimento da alteração das premissas do sistema. O novo regime fiscal estabelece um teto para os gastos sociais de um modo geral, os gastos com a seguridade social de maneira mais específica e os gastos em saúde de maneira ainda mais particular, porque como uma medida neoliberal clássica enseja uma busca constante e obsessiva pela eficiência econômica do sistema, de modo que as premissas sanitárias e políticas em que foi fundado como a garantia do direito à saúde e o acesso aos serviços pelos critérios de equidade que agem como os norteadores da política, são desconsiderados.

Sem considerar a dinâmica de concentração populacional do país não é possível garantir o direito à saúde, o aceso e a equidade do sistema. Segundo o IBGE, em 2017, pouco mais da metade da população brasileira (56,5%), isto é, 117,2 milhões de habitantes vivem em apenas 310 municípios (5,6%), que são os municípios com mais de 100 mil habitantes que comportam

e conseguem estruturar um sistema de saúde mais complexo, e economicamente eficiente em função do nível de economia de escala na produção dos serviços.

O restante da população (43,5%) está em mais de 5.000 municípios com menos de 100 mil habitantes, sendo que cerca de 3.800 municípios (68,3%) possui até 20 mil habitantes e abriga cerca 32,2 milhões de habitantes (15,5%). Dentro dessa parcela dos municípios estão incluídos 1.200 ainda menores com menos de 5.000 mil habitantes.

Um sistema que tenha por premissa a universalidade não pode desconsiderar a realidade da imensa assimetria entre os municípios e se pautar pela eficiência dos gastos nos territórios que possuem economia de escala na produção. Além disso esses territórios também possuem tecnologia instalada para oferecer uma resolutividade efetiva a baixo custo, como preconiza as medidas de cunho eminentemente fiscal e que só conseguem atingir seus objetivos em territórios com grande concentração populacional.

Ao aceitar a eficiência econômica como uma premissa válida, substituímos o conceito de universalidade do sistema pela segmentação da população em 2 grupos. O primeiro formado por cidadãos de grandes centros urbanos com acesso facilitado ao sistema com um maior nível de resolutividade, inclusive na alta e média complexidade e cidadãos de pequenos municípios onde existe a necessidade de maior Regulação Regional com maior dificuldade de acesso, menor nível de resolutividade e maior custo fora da Atenção Primária.

A esse segundo grupo é necessário dispor de serviços acessíveis, que garantam acesso oportuno, mesmo com perda de economia de escala. Neste grupo, o objetivo não pode ser exclusivamente a eficiência, mas sim a garantia do acesso para essa população, ainda que isso implique em algum nível de perda de eficiência econômica.

O processo de descentralização e municipalização implícito na organização do SUS determinou, por consequência, a ampliação do número de hospitais públicos de pequeno porte, baixa oferta de leitos e reduzida incorporação tecnológica. Desse modo, os municípios, sobretudo os de pequeno e médio porte, passaram a assumir responsabilidades na prestação de serviços de saúde, com uma estrutura médico hospitalar, muita aquém da estrutura mínima necessária.

Por um lado, essa ampliação buscou a facilitação do acesso aos serviços dentro do próprio território, sobretudo para as populações residentes fora dos centros urbanos, mas por outro trouxe a expectativa implícita de uma maior oferta de serviços municipalizados que, sem o devido planejamento e integração regional devidamente pactuada, acabou por criar uma duplicação na oferta dos serviços na região, eliminando a economia de escala para garantir serviços com uma melhor qualidade.

A consequência desse processo de ampliação pode ser observada, por exemplo, nos 52,5% dos hospitais integrados à rede pública no estado de São Paulo com até 100 leitos (Pequeno e Médio porte), mas responsável por apenas 17,9% dos leitos SUS. Esse elevado número de hospitais municipais de pequeno e médio porte com baixa incorporação tecnológica e de baixa resolutividade é um dos problemas apontados pelos gestores municipais e tratado pelos pesquisadores que estudam propostas de reestruturação do sistema. (CNES/fev. 2014) (

Entre as propostas está a qualificação destes estabelecimentos de modo que respondam às necessidades regionais trazidas pela mudança do perfil epidemiológico da população nos modelos de regionalização do SUS (BRAGA NETO et al, 2012).

> Em 2014, 44,6% dos hospitais do SUS/SP está na faixa de 100 a 500 leitos (254 hospitais e representam a maior proporção de leitos do sistema (41,8 mil ou 66%). Entretanto, a rede hospitalar do SUS/SP ainda possui 169 pequenos hospitais (30% dos hospitais vinculados ao sistema) que totalizam 4,2 mil leitos SUS, atingindo 6,7% do total de leitos do sistema (63,3 mil leitos) (MENDES, CECÍLIO e OSIANO, 2014 p.27)

Braga Neto et al (2012) afirmam que como 2 em cada 3 leitos no país são privados deve-se destacar que, o equacionamento desta situação precisa contemplar as limitações de acesso geográfico e financeiro, já que uma parte considerável dos privados se negam a ofertar para o SUS certos procedimentos considerados pouco rentáveis, uma vez que sua oferta não tem por objetivo atender necessidades populacionais, mas sim sua sustentabilidade e rentabilidade financeira, enquanto Giovanella & Stegmüller, (2014) destacam que as Políticas de austeridade, como os cortes propostos, acentuam efeitos perversos da crise econômica sobre a saúde, pois reduzem o orçamento público num período de demandas ampliadas, devido às repercussões do desemprego e redução de renda da população sobre o estado de saúde da população.

3.3 A influência de fatores socioeconômicos

A Saúde de uma população é um conceito complexo e, assim como os conceitos de Pobreza e Fome, elas têm suas causas e consequências originadas e direcionadas por fatores multidimensionais e transversais. A influência de fatores econômico, sociais e demográficos, em muitos casos, têm influência muito mais perceptível, além de consequências mais imediatas e abrangentes que ações diretas de Saúde Pública.

De acordo MCkay (2000) em um estudo sobre mortalidade no Canadá, os fatores diretamente ligados à mortalidade, por ordem de importância seriam: o estilo de vida, o ambiente, o sistema de Saúde e os fatores biológicos. Esta identificação e classificação dos fenômenos causais da mortalidade e morbidade permitiram explicar porque fatores exógenos ao sistema de Saúde têm influência significante no nível de Saúde de uma dada população, demonstrando a oportunidade para o desenvolvimento de novas estratégias. Dentre os diversos fatores exógenos que influenciam diretamente as condições de Saúde podemos destacar as condições socioeconômicas, a oferta e a complexidade dos serviços médicos oferecidos à população.

Já no Brasil, de acordo com o Indicador Sintético de Saúde - desenvolvido pelo Grupo de Estudo da Saúde e coordenado pela Professora Ana Luiza D'Ávila Viana, a partir de dados socioeconômicos, de oferta e complexidade foi possível classificar os municípios brasileiros em 5 grupos, conforme Tabela 1 (abaixo), desde os deprimidos economicamente, com os piores indicadores sociais e com baixa oferta de serviços complexos de Saúde (Grupo 1), até os mais socioeconomicamente desenvolvidos e com maior oferta de serviços complexos (Grupo 5) .

Tabela 1 - Distribuição das regiões de Saúde segundo tipologia. Brasil. 2000 e 2016

Tipologia	2000			2016		
	Regiões	**%**	**População**	**Regiões**	**%**	**População**
Grupo 1	336	76,4	79.735.932	175	40,0	45.948.301
Grupo 2	17	4,1	8.395.337	47	10,7	11.652.320
Grupo 3	76	17,4	51.050.166	129	29,5	41.574.787
Grupo 4	6	1,1	15.955.438	27	6,2	21.593.928
Grupo 5	3	0,9	14.662.297	60	13,7	83.713.123
Total	438	100,0	169.799.170	438	100,0	204.482.459

Fonte: Data SUS e IBGE. Elaboração dos Autores

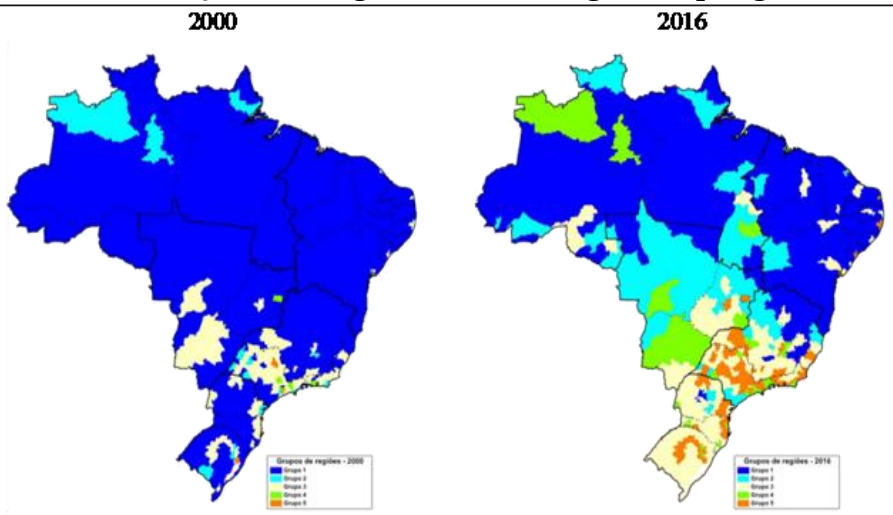
Este estudo comparou o mesmo grupo de indicadores no intervalo de 16 anos (de 2000 a 2016), tornando possível perceber uma evolução considerável no número de municípios que melhoraram sua condição socioeconômica e sanitária nesse período. De acordo com os mapas (Figura 1, abaixo), a distribuição geográfica desses municípios acompanhou o desenvolvimento socioeconômico, que historicamente concentra-se na região Centro Sul.

De acordo com Albuquerque et al (2017 p 1057), diversos fatores podem ser relacionados para explicar as mudanças nas desigualdades territoriais, observadas a partir das regiões de saúde. A primeira hipótese explicativa é de que estas refletem a combinação de políticas sociais e econômicas, com crescimento da renda e da escolaridade, associados a estratégias regionais de desenvolvimento.

Por esta lógica, a combinação de Políticas Sociais, sobretudo as políticas de transferência de renda como o Programa Bolsa Família (PBF), o Benefício de Prestação Continuada (BPC) com Políticas Econômicas, que priorizam incentivos para aumento da produção, aumento do emprego formal e aumento do consumo no mercado interno amplificam a melhoria das condições sanitárias.

A valorização do Salário Mínimo, ademais, impactou fortemente o crescimento da Renda e o aumento da Escolaridade, ou seja, foi desenvolvida uma estratégia de desenvolvimento, utilizando políticas públicas para ciclo virtuoso de expansão da produção e do consumo. Esse conjunto de fatores associados ainda a estratégias regionais, com aumento do investimento público em infraestrutura e expansão de serviços formatou as iniciativas de Estado para redução da pobreza e da desigualdade, impactando indiretamente nos indicadores sintéticos de Saúde.

Figura 1 - Distribuição das Regiões de Saúde segundo tipologia[13] dos municípios



Fonte: Datasus e IBGE. Elaboração dos autores.

Contudo, apesar dos avanços percebidos nos indicadores, as políticas implementadas visando a universalização do sistema de saúde não conseguiu atingir seus objetivos plenamente, gerando um efeito contrário e não previsto. Como ressaltado por Viana e Machado (2014), a partir do crescimento da economia e do emprego formal houve um aumento do Sistema Privado de Saúde através da oferta e compra de serviços de planos e seguros saúde, sobretudo por

[13] Nota: **Grupo 1** = regiões com baixo desenvolvimento socioeconômico e com baixa, média ou alta oferta/complexidade de serviços de Saúde; **Grupo 2** = regiões com médio ou alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta/complexidade de serviços de Saúde; **Grupo 3** = regiões com médio desenvolvimento socioeconômico e com média ou alta oferta/complexidade de serviços de Saúde; **Grupo 4** = regiões com alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta/complexidade de serviços de Saúde; **Grupo 5** = regiões com alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta/complexidade de serviços de Saúde.

empresas que incorporaram este benefício como forma de atrair e reter mão de obra especializada.

Além disso, foi utilizada uma maneira individualizada ou familiar por pequenos empreendedores que costumam ver o Sistema Privado de Saúde de forma aspiracional. Este crescimento foi maior se comparado à expansão do SUS no mesmo período.

> Entretanto, há que se considerarem os limites das políticas implementadas na última década para a universalização do sistema de saúde. Como ressaltado por Viana e Machado, o 'gatilho' acionado pelo crescimento da economia e do emprego formal tem tido um impacto maior na ampliação da comercialização de planos e seguros de saúde se comparado à expansão do SUS, dado a vinculação da elevação do gasto federal à variação nominal do PIB e a canalização de recursos públicos para o financiamento do segmento privado (na forma de impostos, isenções e desonerações fiscais e subsídios diversos, inclusive ao crédito). Neste estudo, isso se evidencia pela elevação de beneficiários da medicina suplementar e de médicos que responderam por grande parte das mudanças observadas em relação à oferta/complexidade do sistema de saúde em várias regiões do país. (ALBUQUERQUE et al, 2014 p. 1062)

De acordo com Viana e Machado (2014) é o estudo de Preston (1975), indica que há uma forte relação positiva entre desenvolvimento econômico e condições de saúde. A relação se dá na medida em que níveis mais elevados de renda decorrentes de baixo nível de desemprego e maiores salários são fatores que possibilitam maior acesso à promoção e manutenção da saúde, através do acesso à alimentação, estruturas de saneamento básico, medicamentos e serviços de saúde, sobretudo, educação. Além da melhoria de fatores socioeconômicos, também estão diretamente relacionados com a melhoria dos indicadores de saúde o desenvolvimento tecnológico, como por exemplo, o setor de diagnósticos, tratamento de enfermidades responsáveis pela mortalidade da população. Além disso, a ampliação e melhoria da complexidade da estrutura dos Sistemas de Saúde, tanto público quanto privado e, por fim, facilitar o acesso a essas tecnologias em tempo oportuno.

Ainda seguindo o raciocínio do ponto de vista de Preston (1975), apontado por Viana e Machado (2014) foram esses dois fatores que possibilitaram a mudança da relação entre renda e expectativa de vida, possibilitando explicar porque a expectativa de vida cresce mesmo quando a renda permanece estável.

É importante destacar que, também há uma relação inversa entre Renda e Saúde na medida que há ganhos de saúde e qualidade de vida também aumenta a capacidade de gerar ou incrementar a Renda e o tempo de vida economicamente ativo através de fatores como: o aumento da produtividade, melhoria dos níveis educacionais, capacidade de investimento e poupança para aposentadoria e bônus demográfico.

No entanto, para os objetivos desse trabalho é importante tentar isolar os fatores exógenos ou indiretamente relacionados aos Sistemas de Saúde à melhoria dos indicadores, buscando encontrar uma relação correlação mais precisa. Por essa razão a seleção de indicadores será direcionada para aqueles que tenham esta relação mais direta entre ações de Saúde Pública e melhoria nos indicadores.

3.4 Contexto político atual de crise da democracia

O contexto político sempre foi determinante para que uma política pública seja corretamente implementada e possa cumprir eficazmente a função social para a qual foi concebida. Este capítulo tem o objetivo de reconstruir na argumentação deste trabalho o contexto de crise da política e suas consequências no Sistema de Saúde, abordando alguns elementos que compõe este quadro de ruptura e corrosão do modelo instituído em 1988.

Após 30 anos da promulgação da atual Constituição Federal de 1988, a Carta que temos hoje guarda poucas semelhanças com a peça jurídica escrita em 1988. A chamada Constituição Cidadã passou por transformações constitucionais incessantes, por meio de 105 Emendas Constitucionais, sendo 99 delas pelo rito regular, e 6 por ocasião da Revisão Constitucional de 1993-94, aprovadas com as mais diversas motivações e interesses.

> À parte o fato de nossa história constitucional ser marcada pela instabilidade (estamos na oitava constituição desde a Independência do país, e a durabilidade média das Cartas, desconsiderados os diferentes tipos de regime que as ensejaram, é pouco maior do que duas décadas), o texto de 1988 parecia refletir um novo estágio de maturidade política e de longevidade institucional, coroando e habilitando ao pleno desenvolvimento a democracia recém-conquistada, desta feita, em bases aparentemente mais sólidas do que em períodos anteriores. No entanto, passada a euforia inicial, também a Carta de 1988 cedeu aos velhos signos da instabilidade e da reforma, e aquele que parecia um texto definitivo, capaz de encerrar uma fase da história política do país e dar início a outra com

> chances de longa durabilidade, foi submetido a frequentes modificações. (COUTO e ARANTES, 2006. p. 42)

Outra característica bastante própria da atual Constituição é a quantidade de políticas públicas presentes em seu texto. Também de acordo com Couto e Arantes (2006) de todas as sete constituições brasileiras desde a Independência, a atual Constituição Federal tem a maior proporção (30,7%) dos dispositivos que podem ser classificados como política pública.

Um dos principais motivos para que a Constituição Federal abrigue tantas políticas públicas é que a própria Carta tem por característica a possibilidade de indefinidos emendamentos. Essa característica que propicia sucessivas alterações do texto constitucional afeta, sobretudo, as políticas públicas.

De acordo com matéria publicada em O Estado de São Paulo de 23 de setembro de 2018, 80,5% das 105 Emendas Constitucionais aprovadas até 2017 tratam de alterações, revisões ou revogações dos dispositivos sobre políticas públicas, sendo o restante (19,5%) sobre as regras gerais constitucionais. Segundo o jornal a conclusão está em um estudo inédito feito pelos professores Cláudio Couto (FGV-SP) e Rogério Arantes (USP), que será publicado em livro organizado por Naercio Menezes, do Insper.

A maior quantidade de Emendas Constitucionais tratarem de políticas públicas deve-se ao fato que os artigos que tratam desses assuntos resumem a detalhes e retratam em muitos casos opiniões e posições partidárias da coalizão, que apresentam a revisão do texto e, em geral esses detalhes e opiniões representam uma maioria volátil.

Além das variações da vontade popular expressa nas urnas e consequentemente da composição do parlamento, mudanças de econômicas, demográficas ou de costumes também influenciam e determinam atualizações mais frequentes desses dispositivos legais, ou seja, uma constituição como a nossa, que incorpora um grande número de políticas públicas termina por ser diretamente impactada pelas mudanças sociais e pelo jogo político partidário.

Outro motivo para que a Constituição Federal trate de tantas políticas públicas deve-se ao fato que o processo constituinte funcionou como um grande fórum descentralizado das mais diversas demandas sociais, que trouxeram para as comissões e subcomissões constituintes propostas e projetos que visavam atender interesses específicos dos mais diversos grupos militantes represados durante as décadas anteriores, por conta do autoritarismo político imposto pelo Regime Militar.

Em relação a política pública da saúde e sobre a instituição do SUS, que são tratadas nos artigos 196 a 200 da atual Constituição Federal, nestes 30 anos foram apresentadas 9

Emendas Constitucionais que alteram ou complementam, direta ou indiretamente a redação original dos artigos ou o "espírito da lei" do legislador constituinte.

As ECs da Saúde tratam desde temas de menor impacto como mudança da redação de artigos originais da Constituição Federal de 1988 até questões mais sensíveis como a financiamento. Por exemplo, seja de maneira positiva como a EC29/2000, que assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde e a EC 37 que introduz a CPMF, seja de maneira negativa como a EC 95 que estabelece um teto para os gastos públicos com saúde.

> A Constituição de 1988 fixou 25% da receita de contribuições da Seguridade Social para o financiamento federal das ações e serviços de saúde. Essa vinculação não prosperou e, em 2000, a Emenda Constitucional 29 estabeleceu uma vinculação das receitas de estados e municípios em 12% e 15%, respectivamente (regulamentada pela Lei Complementar 141/2012), rompendo, para a União, a dedicação das contribuições sociais à Saúde, estabelecendo seu crescimento a variações nominais do PIB.
> Se os anos 1990 trouxeram o engessamento do executivo federal com alguns pontos da lei de Responsabilidade Fiscal e da Desvinculação das Receitas da União, a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016 estabeleceu um padrão ainda mais radical de contenção do Estado. Em realidade, o novo regime fiscal não precisaria da força de uma emenda constitucional não fosse a necessidade de retirar recursos da saúde e educação que possuem regras constitucionais para seus gastos. (Noronha, et al, 2018 p, 2052)

Para além da Política Pública específica da Saúde instituída pelo SUS, o mérito da atual Constituição Federal é que de maneira mais geral ela instaura e, em alguns casos, implementa um forte conjunto de garantias de direitos sociais.

Também é meritório que o "espírito da lei", formalizado pelos constituintes de 1987, tenham trazido de maneira significativa uma melhora na distribuição e consequente diminuição da concentração de renda entre 1995 e 2015, e ainda de maneira mais vigorosa no período dos governos petista, através da normatização dos dispositivos constitucionais que tratam de questões como Saúde, Assistência e Previdência Social, que formam o tripé da Seguridade Social, além de temas como Trabalho e Educação, no entanto esses avanços nunca foram consensuais e em um balanço entre avanços e retrocessos, de reformas e contrarreformas, a

movimentação mais recente pode ser caracterizada pelas medidas de austeridade representadas pela EC 95/2016 que impacta todos os gastos sociais.

No bojo de todas as reformas que a Constituição Federal obriga o Estado brasileiro a implementar, também é notório o esforço da Reforma do próprio Estado e de sua máquina de administração pública, sem a qual pouco se teria avançada na implementação das políticas públicas que garantiram o acesso aos direitos sociais definidos na Constituição.

Cabe registrar que, por mais que os avanços nestes 30 anos sejam perceptíveis, nunca foram alcançados de forma consensual. Sempre houve movimentos e contra movimentos na construção do sistema (Fagnani 2017), e a luta parlamentar travada em cada pauta posta em votação reflete a divisão do Congresso, como espelho da sociedade brasileira como um todo.

De acordo com Cardoso (2018) de um lado, há uma parte da sociedade e seus representantes políticos buscando (re)inaugurar parte de uma ordem constitucional, majoritariamente liberal-conservadora e que para tanto necessitam da revogação, total ou parcial da Constituição Federal, vista como o grande empecilho para diminuição do Estado como pregam os defensores do liberalismo.

Cardoso (2018) também afirma que há, uma outra parte da sociedade e seus representantes políticos buscando mantê-la em seus traços fundamentais, e que para tanto necessitam da implementação de normatizações vis a vis aos artigos originários da atual Constituição Federal, vista como a única maneira para o surgimento de Estado de Bem-Estar Social nos moldes das sociedades europeias mais modernas e avançadas.

Portanto conclui-se que nesses projetos políticos antagônicos ensejados na Constituição Federal de 1988 temos de um lado um modelo de Estado de linha liberal e orientação privatista defendido pelos setores conservadores da sociedade diretamente interessado em assumir o papel do Estado na condução de algumas políticas públicas e de outro lado está um modelo de Estado de linha progressista e orientação estatizante diretamente interessados que o Estado cumpra seu papel na condução das políticas públicas, em busca da universalização integral dos direitos civis, políticos e sociais.

A permanência da disputa permite inferir que nenhum desses projetos políticos tem força política para se impor sobre o outro, ao custo de políticas públicas mal implementadas ou com dispositivos legais de dupla intencionalidade, causando certa “esquizofrenia” nessas políticas que ao mesmo tempo em que são implementadas, são tiradas condições básicas de perenidade como por exemplo, suas fontes de financiamento.

3.5 As Manifestações de 2013

As manifestações populares de junho de 2013 não foram perfeitamente compreendidas e adequadamente enfrentadas pelas forças políticas de esquerda que estavam no poder, seja na esfera Federal com Dilma Rousseff (PT), seja na esfera municipal com Fernando Haddad (PT) porque essas manifestações eram vistas desde o seu início como uma ameaça à manutenção da governabilidade. Os diversos movimentos urbanos, que se insuflaram em 2013 contra as instituições públicas de qualquer espécie e ideologia, mantiveram uma relação deteriorada com os representantes de Governos e com os partidos políticos.

> O fato é que, a partir do momento em que importantes setores de classe média foram para a rua, o que havia sido um movimento da nova esquerda passou a ser um arco-íris, em que ficaram juntos desde a extrema-esquerda até a extrema-direita. As manifestações adquirem, a partir daí um viés oposicionista que não tinha antes[14], tanto ao governo federal quanto aos governos estaduais e municipais. (SINGER, 2013, p. 34)

Em paralelo a isso temos as igrejas evangélicas, em suas mais diversas nomenclaturas e em franco crescimento[15], assumindo o papel de organização dos estratos da nova classe média dentro das comunidades das periferias dos grandes centros, fato que leva no seu bojo uma doutrinação ideológica de direita e uma propaganda subliminar baseada em "valores" éticos e morais de fundo reacionário.

A dificuldade dos movimentos sociais mais tradicionais de reagirem a esse movimento deve-se ao fato de os movimentos urbanos como os sindicatos, por exemplo, assumirem uma postura extremamente corporativista, além dos movimentos agrários estarem desalinhados em relação ao governo pela maneira lenta e contraditória das intervenções das políticas fundiárias.

A atuação da Direita via movimentos religiosos neopentecostais e redes sociais associados à inépcia dos movimentos sociais de Esquerda transferem-se para os primeiros a hegemonia nos protestos contra o sistema político vigente, e ao modelo de representação política sem que houvesse qualquer resposta de igual dimensão por parte das forças políticas antagônicas, das quais vivenciaram uma crise no relacionamento entre os partidos e as massas.

---

[14] A pronunciada queda na aprovação dos governos, percebida pelas pesquisas de opinião realizadas no final de junho, confirmam isso. (SINGER, 2013, p. 34)

[15] A proporção de católicos seguiu a tendência de redução observada nas duas décadas anteriores, embora tenha permanecido majoritária. Em paralelo, consolidou-se o crescimento da população evangélica, que passou de 15,4% em 2000 para 22,2% em 2010) Relatório do Censo 2010 (Link: https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?id=3&idnoticia=2170&view=noticia)

> Enquanto a CNBB entendia os protestos de 2013 de forma bastante ingênua, os Evangélicos Neopentecostais começaram a cobrar cada vez mais caro seu apoio no Congresso, tornando-se uma bancada insurreta e agressiva. Usando não apenas o poder político institucional, os Neopentecostais mobilizaram todo seu aparato midiático e social entre 2013 e 2016 para garantir que o governo não pudesse ter qualquer sombra de governabilidade. A preparação para o golpe estava completa, (HORTA, 2013, p. 65).

O combate à corrupção era o grande mote das manifestações de 2013, e outros objetivos que seguiram até o processo de impeachment tornou-se uma pauta casuística. O instituto da corrupção é quase inerente ao modo como o sistema político brasileiro foi sendo configurado ao longo de anos, e vem sendo utilizado pelos diversos partidos como estratégia decorrente da necessidade de equilibrar o jogo no parlamento brasileiro, a fim de conseguir as bases da governabilidade.

A estratégia vitoriosa das forças políticas conservadoras foi, no entanto, conseguir, não sem o apoio do sistema jurídico e dos grupos da mídia tradicional associá-la, quase que exclusivamente ao partido no governo.

> O debate político atualmente se reduz ao problema da corrupção. Sabemos que ela existe e que deve ser combatida. Porém, sabemos também o quanto o tema da corrupção sempre serviu, historicamente no Brasil, de Getúlio à Dilma Roussef, como justificativa para tirar os adversários do poder conferido pelo povo. (TONELLI,2017, p.89)

Após os eventos de junho de 2013 e sua difícil leitura pelas diversas forças políticas, estava formado o caldo de cultura necessário para a manutenção do estado de crise.

Boa parte da crise política e institucional que deu origem a crise econômica e financeira que o país atravessa, sem interregnos ou tréguas, desde as manifestações populares de junho de 2013, deve- se a negação, por parte dos atores políticos, a máxima apresentada e defendida por Adam Przeworski (1991) em que “a democracia é um regime onde partidos perdem eleições”.

Portanto, aos governos eleitos compete legitimar a atuação do Estado, porque o Estado não tem legitimidade própria. Essa legitimidade ocorre nas eleições, com o voto, ou ainda, no tipo ideal racional-legal weberiano, e é a eleição que confere legitimidade à dominação no mundo moderno.

É exatamente por isso que existem eleições periódicas, para que haja renovação da legitimidade das decisões governamentais e, portanto, fora de um processo eleitoral não há governo legítimo.

A conjuntura dos últimos anos acentuou a crise política na busca por legitimar um Governo não eleito. Segue se um roteiro que envolve uma "aliança" entre o Judiciário, o Ministério Público e a Mídia com o propósito de obter apoio de parcelas da população a um jogo político que viabilize um projeto que estabeleça supremacia do sistema de justiça criminal sobre a democracia.

> O impeachment da presidenta Dilma Rousseff é fruto da reprodução de um arco de alianças de certos setores conservadores políticos, empresariais, midiáticos e de classe média, sempre dispostos a resistir aos mínimos avanços sociais. Tal aliança, engendrada em 1954, culminou com o suicídio do presidente Getúlio Vargas, o que adiou em dez anos a ascensão dos anseios golpistas. A história repetiu-se como tragédia, em 1964, com a deposição do presidente João Goulart pelo golpe civil-militar, abrindo o caminho para a introdução de uma ditadura militar que durou 21 anos e ceifou a vida, a esperança e a liberdade de milhares de brasileiros. Dando razão à Karl Marx, na obra "O Dezoito Brumário de Luís Bonaparte", a história, que da primeira vez reproduziu-se como tragédia, voltou a repetir-se como farsa em 2016. Esse contexto da luta política transformou-se na moralização da política em mote para estabelecer uma sistemática quebra das regras e procedimentos legais, em que o combate a corrupção é utilizado para legitimar o desapego à Constituição e ao devido processo legal. (RIBEIRO, 2017, p. 264).

O Supremo Tribunal Federal tem se mostrado incapaz de entender seu papel como tribunal dos direitos fundamentais, e não entendeu o papel da mídia e da opinião pública nas sociedades complexas, além disso, cabe aos seus ministros funcionar no sistema clássico de freios e contrapesos, como anteparo a vontade da maioria.

Neste processo é óbvia a utilização da mídia para apoiar e proteger os atores políticos, no propósito de contornar as garantias constitucionais e a substituição do direito pela vontade dos grupos de interesses derrotados no processo eleitoral de 2014.

Cabe também ressaltar o importante papel do Ministério Público Federal, em parceria com o Poder Judiciário em processos onde não se distingue o papel institucional de cada um em uma troca de papéis entre Procuradores e Magistrados, de modo que o juiz passa a ser

também o acusador, extrapolando em muito seu direito à discricionariedade e abandonando sua atuação apenas à tutela dos direitos difusos e coletivos, dos direitos sociais, do direito ambiental.

Somadas a todas essas distorções temos um quadro de grave crise institucional com grande risco à democracia e que, não atingirá o objetivo de moralizar a política, mas influirá de maneira decisiva nos processos eleitorais.

3.6 Coalizão Neoliberal

A ruptura institucional, representada pelo impeachment da Presidenta Dilma Rousseff, colocou fim ao ciclo de quatro governos petistas entre os anos de 2003 e 2016, e só pode ser explicada pela ocorrência de uma rara combinação de circunstâncias, transformando-se em um evento difícil de construir como obra do acaso ou do fluxo natural das conjunturas políticas.

A "tempestade perfeita", em que se dão as motivações e as condições políticas para o impeachment, é formada pela conjunção das diversas crises que vinham sendo gestadas durante o primeiro governo Dilma (2011 a 2014), e que pode ser resumida em três conjuntos de fatores: 1. A deterioração do ciclo econômico nacional-desenvolvimentista, causada pela crise internacional. 2. As manifestações de junho de 2013 3. Mudança na política econômica do governo.

Além disso, existe uma crise política e institucional, com a sublevação do PMDB como principal partido da base aliada ao governo e do fim do modelo de presidencialismo de coalizão organizado em torno da hegemonia política dos governos petistas anteriores e por fim, a crise social, alimentada pela polarização entre PT e PSDB após as eleições de 2014.

Com a diminuição da velocidade no crescimento econômico, em função da crise econômica, voltam a surgir na classe trabalhadora e nas periferias das grandes cidades as pautas reivindicatórias anteriores aos ciclos petistas. A grande dificuldade do governo, então, está em sustentar a dinâmica dos investimentos privados e públicos, que se deterioram ao longo da segunda metade do primeiro governo de Dilma impactando diretamente os setores rentistas do empresariado através da redução nas taxas de rentabilidade financeira.

> No Brasil, há duas vertentes antagônicas sobre o papel da política fiscal no governo Dilma. A primeira delas, que podemos chamar de a tese da "gastança", defende que o descontrole fiscal teve papel fundamental para explicar a desaceleração e a crise. O argumento é que o aumento de gastos públicos teria sido elemento característico da

> política econômica do governo Dilma, levando a um aumento da dívida pública e à crise fiscal, da qual decorreria a crise econômica. Nessa interpretação é a crise fiscal que leva à retração do crescimento.
> A segunda vertente defende o oposto: decisões equivocadas de política fiscal do governo Dilma, influenciadas por ideias ortodoxas dentro do governo, levaram à redução de gastos e, principalmente, de investimentos públicos, retirando um impulso fundamental ao modelo de crescimento econômico impulsionado pela demanda que havia sido implantado ainda no governo Lula. Nessa visão, a crise fiscal é que foi consequência da crise econômica, cuja raiz está na guinada ortodoxa da política fiscal. (DWECK e TEIXEIRA, 2017 p.5).

De acordo com Anderson (2016) e Singer (2015), as manifestações de 2013 nas principais cidades do país, inicialmente ligadas às demandas de transporte público, e sua expansão em decorrência da repressão policial corroeu a possibilidade do governo Dilma construir um pacto com a burguesia industrial, com o propósito de enfrentar a voracidade do capital especulativo atacando os interesses dos grandes bancos com a redução das taxas de juros e o spread bancário.

No ponto de vista de Singer (2015), a lógica por trás da captura da agenda de governo ocorrida após as Manifestações de 2013 estabelecem a gestão econômica do governo, conduzida pelo Ministro Guido Mantega. Como causa do baixo crescimento e da alta da inflação do país, tenta-se dessa forma, influir na sua substituição na condução da Economia e na orientação de um ciclo de ajustes. Neste sentido, a mídia é usada como porta voz dos setores descontentes com os rumos da economia que passam a buscando um quadro de instabilidade que propicie a intervenção no modelo de desenvolvimento.

Em grande medida, as manifestações de 2013 e a redução do nível do crescimento econômico no período final do mandato de Dilma pautaram a eleição de 2014. Com uma vitória por estreita margem, o segundo governo Dilma começou com forte contestação de sua legitimidade, recrudescendo a luta política que continuou após o final da disputa eleitoral, no que ficou conhecido como “3º turno”, onde o PSDB como principal partido de oposição optou pela estratégia de não reconhecimento do resultado eleitoral buscando a desestabilização do governo desde o seu início.

Com o fim da disputa eleitoral de 2014 e com a nova disputa em 2018 fora do horizonte de curto prazo, essa tendência de protestos “contra tudo e contra todos” foi capturada por grupos

politizados[16] da sociedade civil por meio das redes sociais, que se mobilizariam contra a continuidade do governo.

Aparentemente, o Governo fez a leitura errada desses movimentos e sua resposta às demandas populares em um cenário de enorme tensão social foi a mais ortodoxa possível tentando implementar o programa político apresentado pela Oposição nas eleições e derrotado nas urnas acreditando que funcionaria como um fator de estabilização política e econômica.

O símbolo mais marcante dessa leitura equivocada foi a nomeação de um economista de um dos maiores bancos privados do país como ministro da Economia. Formado na Universidade de Chicago, reconhecida mundialmente como berço das teorias do liberalismo econômicas, Joaquim Levy assume o posto com uma orientação claramente neoliberal que conflita frontalmente com as propostas de governos defendida pelo PT e por sua candidata na campanha eleitoral poucos meses antes.

> Eleita em 2014 com um programa de governo, logo que assumiu, Dilma Rousseff (PT) adotou outro: foi obrigada a indicar como Ministro da Fazenda, Joaquim Lévy (homem do Bradesco), adotando um programa neoliberal de "combate" à crise da economia (mesmo sendo reeleita em 2014, como Presidenta da República, Dilma Rousseff nunca conseguiu governar). Depois do golpe, Michel Temer indicou Henrique Meirelles como novo Ministro da Fazenda, aprofundando as medidas ortodoxas que agudizaram mais ainda a estagnação da economia brasileira. (ALVES, 2017 p.10)

Com o objetivo de reconstruir um pacto de governança com os setores empresariais, da mesma forma que Lula havia feito com a indicação de Antônio Palocci para a condução da economia no período de 2003 a 2006, Dilma foi gradativamente se isolando das bases sociais do partido.

> Quando se viu isolada da burguesia, Dilma cedeu de imediato no essencial - a elevação da taxa de juros - e depois no corte do gasto público. A partir daí foi obrigada a recuar passo a passo até chegar aquém do ponto de partida. A substituição de Guido Mantega por Joaquim Levy, anunciada no final de 2014, fez retroceder o processo incremental lulista ao início do primeiro mandato de Lula, com a desvantagem de a situação mundial de 2015 ser bem menos propícia às engenhosas soluções pró-camadas populares encontradas a partir de

[16] Diversos Movimentos estiveram presentes nas manifestações de rua desde 2013, mas os mais importantes e com maior capacidade de mobilização eram o Vem Pra Rua, Revoltados Online e Movimento Brasil Livre

> 2003. Em particular, não existe mais o superboom de commodities que ajudou então a reverter o quadro de estagnação. (SINGER, 2015. P. 65)

O ajuste fiscal ortodoxo[17] anunciado por Joaquim Levi logo no início do governo impactava fortemente o setor produtivo e desagradava igualmente a classe trabalhadora, representada por diversas Centrais Sindicais, fazendo com que ela se tornasse o primeiro presidente do ciclo petista a ter recebido com um posicionamento crítico dos movimentos sociais em diferentes plenárias e fóruns de discussão.

A base de sustentação do governo no Congresso também havia mudado drasticamente. Nos governos anteriores a estratégia era formar a base de apoio com pequenos partidos, utilizando-se da fragmentação do Congresso e evitando formar acordos com partidos maiores e mais experientes e estruturados como o PMDB.

A ascensão de Michel Temer e do PMDB à condição de fiadores da governabilidade do governo Dilma e bastiões do modelo de presidencialismo de coalizão, foi fundamental para o agravamento da crise política que terminaria no processo de Impeachment

A base do pedido de impeachment[18] trata de um tema controverso, as chamadas "pedaladas fiscais". No pedido a presidente é acusada de ter autorizado saques em contas de bancos estatais para viabilizar o fluxo de pagamentos de parcelas em atraso de programas sociais como o Bolsa Família, entre outros, com o objetivo de demonstrar um superávit fiscal maior.

Embora o procedimento fosse meramente técnico e tivesse aval de órgão de consultoria fiscal do governo e não fosse inédito na contabilidade estatal, a medida foi tipificada como crime de responsabilidade fiscal em um parecer prévio do Tribunal de Contas da União (TCU) que é um órgão auxiliar do Poder Legislativo, e não tem poderes para condenar o chefe do Executivo, mas que foi a base legal para todo o processo.

A questão de fundo, portanto, não está no processo de impeachment em si, já que há argumentos contra e a favor à utilização desse instrumento como recurso para suspensão de um mandato presidencial. A questão está em um sistema jurídico que legitima um julgamento

---

[17] O ajuste fiscal estabelecia uma meta de superávit primário de 1,2% do Produto Interno Bruto (PIB), o equivalente a R$ 66,3 bilhões, através de medidas como Redução de Benefícios, Renuncias e Isenções Fiscais para alguns setores da Economia, Cortes de Despesas no Orçamento da União, Redução de gastos do PAC, redução dos repasses do Governo ao BNDES e fim dos repasses ao setor elétrico

[18] Até setembro de 2015, havia 37 pedidos de impeachment protocolados na Câmara dos Deputados contra Dilma Rousseff, mas o presidente da Câmara dos Deputados, Eduardo Cunha, viria a acolher apenas o pedido redigido por Hélio Bicudo e pelos advogados Miguel Reale Júnior e Janaina Conceição Paschoal que teve a adesão dos movimentos sociais pró-impeachment e com o apoio de parlamentares e da sociedade civil que organizou um abaixo-assinado com mais de 500 mil assinaturas em apoio ao processo.

político que permita a alternância de poder por vias não eleitorais, em uma sociedade com enorme concentração de poder político e econômico que tem muitos poucos instrumentos que possibilitem a renovação na representação política.

O julgamento da Presidente Dilma Rousseff foi, portanto, conduzido politicamente por um parlamento engessado pelo modelo de representatividade que se retroalimenta, e é o ápice da crise política que junto com as crises econômicas e institucionais, formam a "tempestade perfeita".

O processo de impeachment não é o que classicamente conhecemos como um "Golpe de Estado[19] e embora ainda não tenha um nome, é uma ruptura institucional, classificado por muitos pesquisadores e instituições como efetivamente um Golpe Parlamentar (CARDOSO JUNIOR, REIS 2018).

Portanto, podemos assumir que o afastamento de Dilma Rousseff através do processo de impeachment foi um golpe parlamentar, que encerrou o ciclo petista de governo. A utilização do processo de impeachment como um golpe parlamentar serve como medida de dispersão aos movimentos de oposição e resistência que os golpes de Estado clássicos, como o de 1964 que instaura regime de exceção e costuma fomentar. Diante disso, a oposição parlamentar, os movimentos sociais e a sociedade civil não conseguem articular um movimento de resistência eficiente ao golpe. Isso fica claramente demonstrado com a derrota dos partidos de Esquerda, mas sobretudo do PT, nas eleições municipais de 2016[20] que serve para justificar ainda mais o ajuste neoliberal que estava sendo proposto.

Com a ascensão do poder do vice-presidente Michel Temer do PMDB, inicia-se um ajuste econômico baseada em uma agenda neoliberal, ainda mais radical e ortodoxa do que havia sido tentado durante os meses em que Joaquim Levy comandou a Economia. O Governo Temer imediatamente, ao assumir, estabelece os limites para os gastos sociais e para o

---

[19] O impeachment da Presidenta Dilma Rousseff foi um golpe de estado, mas um golpe de estado menos perceptível do que os tradicionais golpes perpetrados com armas, militares, prisões, violência nas ruas e convulsão social. Não obstante, vários elementos corroboram a conclusão da ilegitimidade do processo de destituição da Presidenta eleita, merecendo recordar os seguintes: 1) violação à retroatividade da lei; 2) ausência de tipicidade estrita; 3) ausência de comprovação de autoria; 4) ausência de dolo específico; 5) extensão de tipo penal por analogia; 6) (na Câmara), violação ao art. 23 da lei 1059, com "fechamento de questão" pelos partidos políticos; 7) desvio de finalidade (impeachment instaurado para "estancar a sangria da lava-jato" (consoante apurado em gravações do Senador Romero Jucá); 8) desvio de finalidade (na Câmara) do ato de recebimento da denúncia pelo Sr. Eduardo Cunha; 9) total ausência de autenticidade e responsabilidade do Parecer do Relator (Senador Anastasia), que em si mesmo constitui um ato de hipocrisia (BUSTAMANTE, 2017 p. 131

[20] O TSE baixa várias restrições às campanhas eleitorais em virtude dos escândalos de corrupção da Lava Jato. Dentre as restrições, as que tem maior impacto na organização das campanhas eleitorais, especialmente nas campanhas digitais, são a proibição do financiamento empresarial e a redução do tempo de campanha na TV para 45 dias. - Grande derrota do PT e dos partidos de esquerda nas eleições, e forte avanço dos partidos de direita. Aparecem os "políticos gestores" com forte apelo personalista nas campanhas que se tornam menos partidarizadas. - O PMDB elege 1.038, o PSDB 803, e o PT somente 254 prefeitos. (BRAGA e CARLOMAGNO, 2018 p. 61)

funcionalismo e inicia os processos para aprovação das reformas da previdência e trabalhista junto ao Congresso.

O PMDB segue seu "plano de governo", um documento chamado "Uma ponte para o futuro" apresentado em de 2015 onde, antes mesmo do impeachment, estabelece as diretrizes de um novo governo com Michel Temer a frente da Presidência. O projeto apresentado no documento direciona com muita clareza as ações do futuro governo para uma agenda e uma cartilha neoliberal extremamente alinhado com as diretrizes de organismos multilaterais, como o FMI, o BIRD e o Banco Mundial, aprofundando o modelo de desenvolvimento dos projetos desenvolvidos durante toda a década de 1990.

O modelo de desenvolvimento econômico e governança das políticas públicas tem a estreita cooperação com as forças e atores do mercado, e tira do Estado e do Governos o protagonismo das iniciativas de agenda, através do aumento das parcerias público-privadas, das concessões públicas e dos projetos de privatizações. Onde os agentes privados se orientam pelas oportunidades de negócios e lucratividade, e não por uma estratégia de desenvolvimento previamente definida ou pela necessidade da população. Esse modelo se materializa nas propostas de desregulamentação das relações de trabalho e nas reformas propostas para previdência, saúde, educação e assistência social, das quais a aprovação da Proposta de Emenda à Constituição – PEC 241, futura EC 95/2016 que congela os gastos públicos por 20 anos, e ápice de um longo e doloroso processo iniciado com as manifestações de junho de 2013.

Não é possível afirmar que todo esse processo teve um plano previamente estabelecido pela coalizão de defesa dos atores do mercado que atuam na política nacional, mas o encadeamento dessas movimentações deixa claro que, se não houvesse um plano ou um "*road map*" que soubesse aproveitar com bastante eficiência as oportunidades para emplacar um projeto, afetaria a lógica das medidas neoliberais, contrárias à proteção social e às políticas sociais implementadas durante o breve ciclo da cidadania social no Brasil (FAGNANI, 2017) como o SUS, por exemplo, que sempre foi objeto de disputa entre esses modelos antagônicos desde antes da Constituição de 1988.

Torna-se necessário reconhecer que os processos de privatização e de retrocessos na política de saúde não começaram no Governo Temer, e que mesmo durante o ciclo petista de governo, em que as políticas sociais de caráter mais inclusivo, redistributivo e universal foram implementadas com algumas inovações importantes, a influência da agenda da estabilidade fiscal se fez presente, fazendo com que o nível dos investimentos sempre estivessem aquém das necessidades e sem apontar na direção de outro projeto para o país.

Esse quadro de sub financiamento das políticas sociais em geral e da política de saúde agrava-se ainda mais com o governo Temer inaugurando, e de maneira particularmente dramática. A partir da implementação da EC 95/2016, inicia-se uma fase de desfinanciamento do SUS, com a aceleração e a intensificação das medidas que contribuem enormemente com o desmonte dessas políticas.

O grande responsável pelo desequilíbrio das contas públicas não foi e não são as políticas sociais, mas sim a dívida pública (FATORELLI; ÁVILA; COLARES, 2016). A partir de 2013 a relação entre os gastos com a dívida pública e o PIB começam a subir até atingir o índice de 53,6% em outubro de 2018. Esse crescimento da relação entre dívida e PIB está diretamente ligado à retração econômica, mas não só, já que a retração econômica é registrada em apenas 2 dos 5 anos dessa série histórica, o que parece indicar que a adoção de medidas econômicas mais ortodoxas, mesmo durante o governo Dilma, contribuíram mais para a degradação do indicador que a própria retração.

A intenção de aprofundar o desfinanciamento da saúde com medidas de cunho neoliberal no governo Temer já estava desenhada no documento "Uma ponte para o futuro", onde o PMDB afirma:

> "Para isso, é necessário em primeiro lugar acabar com as vinculações constitucionais estabelecidas, como no caso dos gastos com saúde e com educação, em razão do receio de que o Executivo pudesse contingenciar, ou mesmo cortar esses gastos em caso de necessidade, porque no Brasil o orçamento não é impositivo e o Poder Executivo pode ou não executar a despesa orçada. (PMDB, Uma ponte para o Futuro, 2015)

Quem assume o Ministério da Saúde na gestão de Michel Temer é o Deputado Federal Ricardo Barros, que em seguidas declarações à imprensa[21] aponta a necessidade de redução do SUS como forma de redução do déficit fiscal. Para o Ministro, o país precisará repensar os direitos consagrados na Constituição Federal de 1988, em função das dificuldades financeiras do país de prover recurso para essas as políticas públicas universais como o SUS.

As declarações do Ministro vão na direção oposta ao pensamento sanitarista representado pelas declarações[22] do médico sanitarista, militante e parlamentar Sérgio Arouca,

---

[21] Em entrevista à Folha de São Paulo o Ministro da Saúde, declara que: "(...) não vamos conseguir sustentar o nível de direitos que a Constituição determina"; "(...) não adianta lutar por direitos que não poderão ser entregues pelo Estado" "(...). Quanto mais pudermos ter brasileiros que tenham plano, mas acesso podemos dar àqueles que não têm recursos para ter o plano. É questão matemática, de oferta e de acesso."

[22] (...)"Trata-se de um processo civilizatório". Referindo dos Ao Movimento Sanitário que deu origem ao SUS. (...)"Conquistamos a universalização na Saúde (o princípio constitucional que estabelece que todo brasileiro tem

principal ideólogo do Movimento Sanitário, que pode ser considerado um dos principais representantes dessa coalizão de defesa que implementou o SUS, durante a 12ª Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 2003

Não é só pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos que o governo Temer acelera os processos de privatização *não clássica* na saúde, pois várias medidas são adotadas neste sentido. Entre elas podemos citar: proposição dos Planos de Saúde Acessíveis, mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a articulação efetiva com o setor privado através da Coalizão Saúde[23].

O início deste processo ocorreu em 2014, primeiramente com a participação da Associação Nacional de Hospitais Privados, em articulação com a Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP). Em julho de 2014 surge o Coalizão Saúde, lançado na Faculdade de Medicina da USP e que reúne parte significativa da cadeia produtiva da saúde. Avalia-se que o objetivo da criação desta articulação foi influenciar nas eleições (MATHIAS, 2016).

Em 2017, o grupo lança o documento intitulado *Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde*, com diagnóstico e propostas mais detalhadas. No diagnóstico, explicita aumento da carga de doenças, falta de promoção e prevenção, alta expectativa e pouca informação do paciente. Além de governança pouco efetiva, alocação de recursos inadequada, práticas de gestão ineficientes, baixo foco no desfecho, uso de dados e inovação limitados e problemas de sustentabilidade.

Com relação às iniciativas a serem priorizadas, ressaltam: estimular mudança cultural para a promoção, fortalecer a atenção primária, ampliar acesso a medicamentos, estimular modelos inovadores de atenção, construir agenda nacional para inovação, estimular modelos assistenciais com foco no idoso e no doente crônico, estabelecer protocolos clínicos de referência nacional; discutir sobre os diferentes modelos de pagamentos, divulgar os dados nos sistemas público e privado, criar o prontuário eletrônico, reorganizar o sistema de redes de atenção (COALIZÃO SAÚDE BRASIL, 2017).

---

direito à saúde), definindo com clareza o dever do Estado e a função complementar da saúde privada". (...)"Por isso, temos que discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente. À Saúde cabe o papel de sensor crítico das políticas econômicas em desenvolvimento. " Ex-Deputado Constituinte Sérgio Arouca na 12ª Conferência Nacional de Saúde de 1 a 11 de dezembro de 2003

[23] O Instituto Coalizão Saúde (ICOS) é formado por representantes da cadeia produtiva do setor de saúde e que tem como objetivo enfrentar e construir um novo sistema de saúde para o Brasil. Do documento Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde, divulgado em 2017 com suas propostas para saúde destacamos os seguintes trechos: "uma oportunidade única de união de toda a cadeia produtiva para pensar o sistema de saúde do Brasil" e o "momento de fortalecer os mecanismos de ação de livre mercado para que haja um reequilíbrio financeiro do setor de forma sustentável".

Esse tipo de iniciativa pode ser entendido como parte dos novos arranjos privatistas (Schamis, 2002), onde organizações e associações ligadas a esfera empresarial e financeira da sociedade se projeta sobre as lacunas deixadas pelo Estado na (des) organização das políticas públicas.

> A consolidação de novos arranjos institucionais, no entanto, tem um incentivo político mais imediato: facilita uma reconcentração no centro, obtida em grande parte pelo aumento do poder no executivo. Neste contexto, cimentar as alocações vencedoras e dispor os grupos de oposição tornam-se mais viáveis, (SCHAMIS, 2002, p.10 Tradução do autor)

Medidas de austeridade fiscal mais ortodoxas como a Emenda Constitucional 95 que estabelece um teto para os gastos sociais, se por um lado engessam as ações de governo porque restringe as fontes tradicionais de financiamento diante de uma demanda crescente pelos serviços de ligados aos sistemas de seguridade social, como Saúde, Assistência e Previdência Social, por outro lado estimula o interesse de atores econômicos privados, apoiados por agentes políticos e setores das burocracia estatal, por uma maior participação na operacionalização desses sistemas entendo este movimento como uma oportunidade de mercados e a possibilidade de incremento da captura de recurso públicos e do orçamento familiar.

Neste sentido, a descrição feita por Schamis (2002) sobre as “Sete Modernizações” feitas no Chile durante o Governo Pinochet parece um retrato fiel do que o Governo Temer estabelece como suas prioridades após a chegada ao poder:

> As "Sete Modernizações" foram o título dado a esse esforço ambicioso. Incluía um novo código trabalhista, a privatização da segurança social e os sistemas de saúde, a introdução de incentivos de mercado na educação (o que implicava uma privatização de fato), a reversão das políticas de reforma agrária passadas, a descentralização regional e o design de novas Atos legislativos. Todas essas peças legais se uniriam na constituição de 1980. (SCHAMIS, 2002, p. 20 Tradução do autor)

Além da atuação direta como parte de um Sistema de Saúde Privado atuando com os mais diversos modelo de atendimento como Seguro Saúde, Planos de Saúde de Baixo Custo e Cooperativas Médicas a iniciativa privada ainda encontra espaço de atuação e captura de recurso públicos através de novos modelos de contratualização de serviços.

A contratação de entidades sem fins lucrativos como ONGs (Organizações Não Governamentais), OSSs (Organizações Sociais de Saúde) OSCIPs (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público) para atuarem na área social ganhou força a partir de 1995 com o movimento de reforma do Estado e os princípios da Nova Administração Pública, que associa os princípios do gerencialismo com noções do campo teórico da microeconomia, buscando entre outros pontos, o controle dos resultados na administração pública e propondo que Organizações Sociais, ou mesmo entidades privadas, passassem a celebrar contratos de gestão com o setor público para prestarem serviços públicos.

Portanto, podemos concluir que, tanto pelas medidas de austeridade econômica que constrange as fontes de financiamento estimula a participação da iniciativa privada quanto os modelos de contratualização que transfere Organizações Sociais a operacionalização e parte significativa dos recursos da Saúde, são medidas que colocam o Sistema Público de Saúde refém de interesses econômicos e mercadológicos que se distanciam muito dos princípios de universalidade, integralidade e equidade norteadores do SUS e previstos no espírito dos artigos da Constituição Federal que o institucionaliza como política pública constitucionalizada e dos princípios da Reforma Sanitária.

Ainda segundo Schamis (2002), processos como esse que promovem a privatização e mercadorização de atividades do Estado não provocam a redução do poder do Estado, mas sim uma mudança no modelo de atuação de agente operacional e definidor do seu papel estratégico e para um modelo em que atua como uma instância de controle e uma fonte de financiamento, sem que isso necessariamente o torne mais eficiente em custos e efetivo em resultados.

> A chave para este processo é a especificação e aplicação dos direitos de propriedade - neste estudo, a política de privatização - porque os governantes devem oferecer benefícios positivos a uma coalizão mínima vencedora para sustentar os sistemas de produção de receita ao longo do tempo, garantir uma regra estável, monopolizar a coerção significa de modo a fornecer proteção, eliminar rivais e centralizar recursos administrativos e políticos.40 O Estado é assim "re-formado".(SCHAMIS, 2002, p. 11 Tradução do autor)

A EC 95/2016 não é uma medida isolada visando impor medidas de austeridade econômica ao conjunto de políticas públicas de seguridade social. Ela faz parte de conjunto mais amplo de medidas apoiadas na nova coalizão de defesa que ascende ao poder através de

um Golpe Parlamentar[24] que redirecionam o Estado para um programa neoliberal de governo, apesar de não ter sido este o desejo do eleitorado manifesto nas eleições de 2014, mas que recebeu apoio do mercado a através da aceitação das teses defendidas pelo PMDB no documento "Uma Ponte Para o Futuro".

Este conjunto de medidas, além do congelamento do gasto público por vinte anos, contempla um conjunto de privatizações e concessões à iniciativa privada, na reforma do ensino médio, mas sobretudo em uma proposta de reforma da previdência, ainda não aprovada, e na reforma trabalhista que altera 201 pontos da Consolidação das Leis do Trabalho de 1941 e na liberalização da terceirização e ampliação dos contratos temporários, aprovada durante o Governo Temer.

A consequência dessas medidas sobre as questões de saúde e sobre o SUS, que é o foco desse trabalho, é que com essas medidas, associada a uma crise econômica renitente e um crescimento nos índices de desemprego, trabalho informal e contratos precarizados tem se um aumento significativo da população SUS – dependente, ou seja, a parcela da população que tem no SUS sua única possibilidade de acesso a programas de saúde e tratamento médico. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) entre dezembro de 2014 e dezembro de 2018, 3,053 milhões usuários de Planos de Saúde deixaram de ter direito a cobertura médica no Sistema Privado de Saúde.[25]

Na visão de Fagnani (2018) explica-se a redução de gastos públicos com seguridade social, vista pela construção da narrativa neoliberal como populistas, na medida em que, apesar de provocar uma queda na arrecadação de impostos e desassistir parte da população, pode ser visto como medida funcional desse projeto porque abre espaço para a iniciativa privada atuar nestas lacunas deixadas pelo Estado. Por essa mesma lógica, o autor entende o processo de recessão econômica como uma necessidade funcional do controle inflacionário porque preserva as receitas financeiras e o nível crescente de desemprego. Associado a essa estratégia de construção de narrativas, tanto pelo governo, mas também pela mídia, sustenta-se a tese de ruptura com o modelo de Estado de Bem-Estar Social sobre alicerces de pouca consistência que sustentam que "demandas sociais não o cabem no orçamento".

---

[24] Segundo Santos (2015) entende-se por 'golpe parlamentar uma substituição fraudulenta de governantes orquestrada e executada por lideranças parlamentares" (p. 31) que está aproximando o Brasil do padrão reacionário de outras democracias com o objetivo de substituir o "Estado de bem-estar" pela consolidação da livre competição do programa neoliberal, que não foi, apoiado pelo voto.

[25] Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS Dados atualizados até 12/2018 e acessados em 21.01.2019 (http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais)

Por fim o autor aponta que o contexto político atual de crise da democracia causando pela ascensão ao poder, por vias não eleitorais caracterizado por um Golpe Institucional em 2016, de uma renitente coalizão neoliberal, atuante desde antes da promulgação da atual Constituição possibilitou a apresentação e aprovação da Emenda Constitucional 95 naquele mesmo ano, como o ápice das medidas de austeridade econômica com vista a promover um forte retrocesso dos direitos trabalhistas dentro de um novo ciclo liberalizante como mais uma etapa do longo processo de ataque às conquistas sociais de da Carta de 1988.

> "Em última instância, o que sempre esteve em jogo é que as elites financeiras jamais aceitaram que o movimento social capturasse uma parcela do orçamento do Governo Federal (cerca de 10% do PIB), a maior parte concentrada na Previdência Social (8% do PIB). Recapturar esses recursos passou a ser tarefa obstinada. Essa ofensiva inicia-se ainda durante os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte (ANC), permanece nas décadas seguintes e ganha vigor em 2015. " (FAGNANI, 2018, p. 6)

4 AUSTERIDADE NA SAÚDE

A função principal deste terceiro capítulo na estrutura do trabalho é discutir as possíveis e potenciais consequências de medidas de austeridade fiscal implementadas a partir das crises que tiveram como marco inicial os eventos de 2013 e a mudança nas tendências dos indicadores selecionados da Atenção Primária em Saúde, bem como no comportamento geral do financiamento público da área e o surgimento de novas modalidades de oferta de serviços de saúde pelo setor privado da saúde buscando atender parte dessa demanda e capturar recursos tanto do estado quanto do cidadão que abandona o Sistema Público.

Dado que o arcabouço jurídico institucionalizado na Constituição Federal de 1988 para o Sistema Público de Saúde sempre deixou espaço para a atuação da iniciativa privada no Setor, não é incorreto dizer que as trajetórias dos dois sistemas estão imbricadas desde a suas origens.

O contexto de múltiplas crises, iniciado em 2013 e chamado aqui de "tempestade perfeita", tem colocado no centro do debate o papel do Estado e sua relação com a sociedade e o mercado. Já no seu nascedouro, a Assembleia Nacional Constituinte, o SUS enfrenta o enorme desafio de se consolidar como um Sistema de Saúde Público e Universal um a vez que essas características contrariam fortemente interesses privados.

Esses interesses privados que atuam na érea da Saúde, por um lado, buscam ampliar espaços de atuação e de captura de investimentos públicos na provisão de serviços conforme estabelece a Constituição[26] e, de outro, tentam ampliar continuamente os recursos da sociedade canalizados para o subsistema de planos privados de saúde e seguros dos mais diversos que atuam nesta área.

Tanto a criação de uma política pública como o SUS, quanto o interesse do setor privado nos recursos que ela aglutina, ordena e distribui são permeados por processos políticos cujas trajetórias são altamente dependentes. Hacker (2002) defende que processos de dependência da trajetória são comuns na política porque:

> "em primeiro lugar, uma política cria ou encoraja a criação de organizações de larga escala com substantivos custos de instalação; em segundo lugar, uma política direta ou indiretamente beneficia grupos organizados ou constituem grupos de tamanho considerável; em terceiro lugar, uma política incorpora compromissos de longa

[26] Art. 199. **A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.**
§ 1º **As instituições privadas** poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (Grifo nosso)

> duração sobre os quais beneficiários e aqueles em torno deles estruturam decisões organizacionais e de vida cruciais; em quarto lugar, as instituições e expectativas que uma política cria são por necessidade densamente entrelaçadas com as características mais amplas da economia e sociedade, criando redes interligadas de instituições complementares; e em quinto lugar, características do ambiente dentro do qual uma política é formulada e implementada tornam mais difícil reconhecer ou responder a resultados de políticas que não são antecipados ou desejados (HACKER, 2002, p.55 apud HOWLETT, 2009, p.248-249 apud BERNARDI, 2012. p. 145).

4.1 Caracterização geral do estudo

Esse trabalho, portanto, tem como finalidade discutir uma eventual correlação entre os efeitos da formação de uma "tempestade perfeita", por meio da simultaneidade e sucessão das diferentes crises políticas, econômicas e sociais, que culminaram na aprovação da EC 95/2016 como sinônimo de medidas de austeridade fiscal e econômica e os indicadores de performance da APS.

A literatura sugere, como já foi dito anteriormente neste trabalho, que fatores sócio econômicos per si tem grande influência sobre indicadores objetivos de saúde e que não é possível afirmar que qualquer mudança de tendência em um indicador em particular esteja diretamente ligado exclusivamente a uma condicionante, seja ele interno ou externo ao Sistema, mesmo um fator potente e importante como o financiamento da Política Pública.

O que se pode afirmar, no entanto, é que se não há ou que é de difícil comprovação, a existência de uma relação direta de causa e efeito entre os processos da austeridade fiscal e a mudança as tendência de determinados indicadores, podemos inferir que, no mínimo, há uma correlação bastante forte entre eles e que, embora não seja suficiente para isoladamente determinar a mudança da tendência, dentro de um conjunto maior de circunstâncias e fatores terá um papel de grande importância para essa mudança.

A finalidade, portanto, é discutir, através do cruzamento de dados secundários tanto de financiamento quanto de epidemiologia, que houve uma alteração significativa no modelo de financiamento público de saúde e que isso pode ter influenciado os indicadores de performance da APS,

Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo identificar os fatores intervenientes e condicionantes da redução do financiamento público de saúde e as mudanças de tendência de

alguns indicadores em curso no estado de São Paulo. Além disso, projeta-se com a identificação dessa correlação no estado de São Paulo, a hipótese que os efeitos sobre os demais entes subnacionais de mesmo nível seja ainda maior, dada a situação econômica privilegiada do estado em relação as demais unidades federativas.

A razão dessa assertiva ocorre porque, reconhecidamente os níveis de investimento, desenvolvimento tecnológico, governança administrativa, integração, regulação e regionalização dos serviços e das ações de saúde no estado de São Paulo estão entre os mais elevados do país.

Discutir essa questão não é uma tarefa metodologicamente fácil. Além do estudo das características do comportamento dos fluxos e das origens do financiamento público da saúde no estado de São Paulo, foi necessário encontrar os indicadores da Atenção Primária mais sensíveis às alterações no fluxo desses recursos.

Para isso são necessários levantamentos de dados secundários, abarcando inúmeros aspectos referentes tanto ao financiamento quando aos indicadores. Ou seja, é necessário um olhar integrado para os diferentes aspectos que compõem a atividade de satisfazer as necessidades em saúde a partir do direcionamento do recurso até a efetivação das medidas sanitárias.

Para isso é preciso definir quais componentes ou sub dimensões dos dois campos são chaves para um diagnóstico que estabeleça uma correlação subsequente e de curto prazo. Nesse sentido, foram definidos alguns estudos auxiliares, considerados fundamentais para subsidiar o atingimento do objetivo geral do estudo.

No caso da saúde são inúmeros processos decisórios que ocorrem em arenas formais e informais, muitas vezes com regras diferentes, segundo os estados federativos e mesmo dentro deles, apoiados em legislação federal, estadual e municipal, o que confere à política de saúde uma maior diversidade nos desenhos das políticas implementadas, além de um importante grau de discricionariedade.

Esta multiplicidade de desenhos e atores dificulta, quando não inviabiliza, a substituição do modelo público de atenção à saúde, de acordo com o modelo privado em larga escala em um curto espaço de tempo e com um custo político suportável.

O financiamento público, sobretudo na oferta de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, é resultado direto da interação entre atores públicos estatais e privados, e a forma de como, em modo geral, define-se o modelo estrutural da política de saúde no Brasil, atuando em serviços como por exemplo, internações e de exames realizados por entidades privadas de vários tipos.

Recentemente, a Atenção Primária em Saúde, que historicamente despertava pouco interesse dessas entidades privadas, dada a sua complexidade operacional e logística e seu baixo custo por procedimento em função do baixo nível de especialização dos serviços ofertados, passou também a ser vista como uma possibilidade de expansão dos interesses comerciais dessas organizações que passaram a se estruturar para substituir a atuação estatal também nos serviços básicos de saúde.

A análise está estruturada em 3 dimensões que tentam explicar, se não o todo, pelo menos uma parte do processo de queda nos indicadores objetivos da Atenção Básica do SUS no estado de São Paulo: histórico político, financiamento público e gestão da política pública.

A dimensão histórica e política referem-se ao processo político propriamente dito e procura identificar os espaços de atuação, negociação e conflitos na construção da política, a partir do Movimento Sanitarista Brasileiro. Até o momento atual, a atuação do Estado como principal operador do sistema vem sendo sistematicamente substituída por entidade privadas, deixando para o Estado as funções de contratação e supervisão dos serviços, funções para as quais a capacidade estatal não está adequadamente preparada para exercer.

A dimensão do financiamento público representa a capacidade e disposição do Estado de direcionar todos os tipos de recursos: humanos, físicos e financeiros, e ademais, suas respectivas formas de contratação desses recursos e serviços e os instrumentos de monitoramento e avaliação presentes na política pública de saúde.

A dimensão gestão da política pública, por sua vez, pretende identificar os conceitos das teorias de gestão de políticas pública neste debate entre público e privado, tendo a oferta de serviços de saúde como pano de fundo e de seus impactos sobre a conformação das Redes de Atenção Primária em Saúde.

4.2 Indicadores de Atenção Primária em Saúde

Para este trabalho utilizaremos alguns dos critérios de seleção da pesquisa desenvolvida por Sala e Mendes (2011) sobre o Perfil de Indicadores da Atenção Primária em Saúde no Estado de São Paulo, tendo por base os valores para o conjunto do Estado. Nesse caso, os dados selecionados para formação dos indicadores são: o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) e o Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero (Siscolo);

todos disponíveis no DATASUS e, por fim, análise da estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Neste caso, selecionamos conforme Quadro 3 (abaixo), 4 indicadores de avaliação dentre os 14 selecionados e divididos em 3 blocos que compõem o Perfil de Indicadores da Atenção Primária: Cobertura do PSF, Coeficiente de mortalidade infantil, subdivididos em Coeficiente de mortalidade neonatal e Coeficiente de mortalidade pós-neonatal, além do Índice de Cobertura Vacinal para Poliomielite e Tríplice Viral.

A escolha por esses Indicadores deve- se aos seguintes critérios: a) estão dentro do escopo mínimo da Atenção Básica, b) possuem baixa taxa de Referenciamento e Regulação, c) são indicadores sensíveis no curto prazo, e d) possuem séries históricas consistentes.

Quadro 3 - Perfil de Indicadores da Atenção Primária em Saúde no Estado de São Paulo

1. Indicadores de estrutura da APS	a) Cobertura do PSF. b) Consultas médicas básicas por hab, por ano, (indicador da oferta de atenção básica nos municípios)
2. Indicadores de desempenho da APS	a) Percentual de nascidos vivos por cesárea. b) Razão de exame cito patológico de colo uterino em mulheres de 25 a 59 anos (número de exames cito patológicos do colo do útero, em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, por local de residência/população feminina nessa faixa etária). c) Percentual de nascidos vivos de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal. d) Percentual de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (número de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados/total de casos novos por 100). e) Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) (número de internações por ICSAB/total de internações por 100). f) Coeficiente de internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC) na faixa etária de 30 a 59 anos (internação por AVC – procedimentos SIH/SUS: 03.03.04.014-9 – por local de residência/população por 10 mil) g) Coeficiente de internação por diabetes (internação por diabetes mellitus e suas complicações por local de residência/população por 10 mil).
3. Indicadores de estado de saúde	a) Coeficiente de mortalidade infantil. b) Coeficiente de mortalidade neonatal. c) Coeficiente de mortalidade pós-neonatal. d) Coeficiente de mortalidade por câncer de colo uterino (C53-CID10). e) Coeficiente de mortalidade por doença do aparelho circulatório (30 a 59 anos).

Fonte: Sala e Mendes (2011)

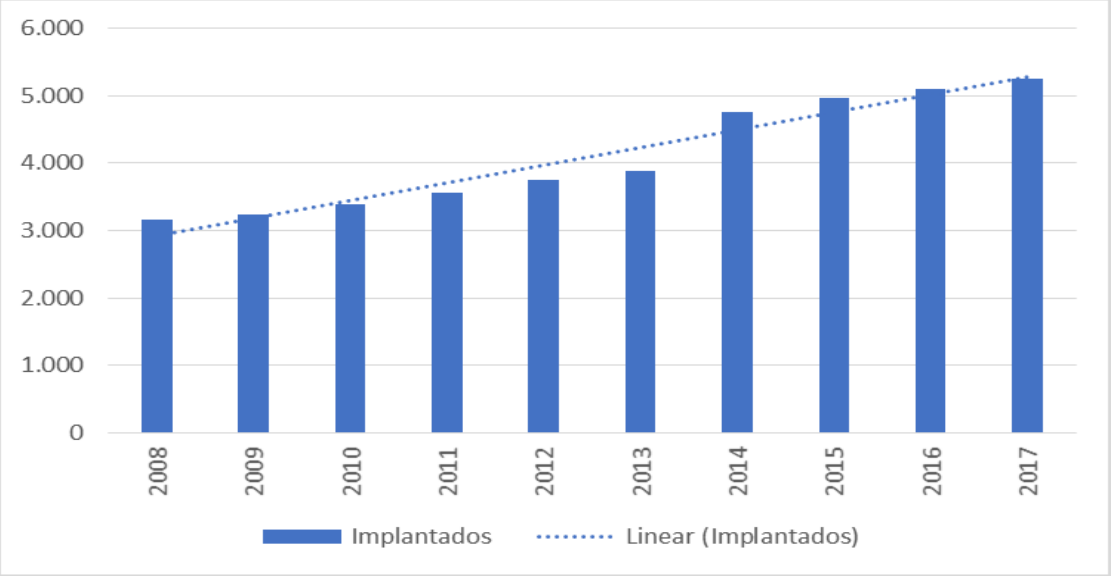
4.2.1 Cobertura de PSF

De acordo com o Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) dentro do PSF visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Formado por equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) composta por, no mínimo: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família ou Comunidade. Além disso, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; agentes comunitários de saúde, em alguns casos a incorporados os profissionais de Saúde Bucal, e por fim, cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Ainda de acordo com o Ministério o desenho do programa estabelece que cada equipe de Saúde da Família (eSF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição.

O estado de São Paulo já possuía uma considerável rede de Unidades Básicas de Saúde anteriores à implementação do Programa Estratégia de Saúde da Família. Essa característica do estado obrigou que houvesse uma organização heterogênea dos municípios na prestação de serviços de Atenção Primária, com um "mix" de unidades básicas tradicionais e com Estratégia de Saúde da Família. A ESF foi iniciada no estado em 1996, na capital do estado, para posteriormente ser expandido para os demais municípios de acordo com as disposições do SUS. No Gráfico 2 (abaixo) vemos a evolução do eSF de 2008 a 2017.

Gráfico 2 – Evolução de Equipes estratégia Saúde da Família (eSF) implantadas - Estado de São Paulo, 2008 a 2017



Fonte: e-Gestor Atenção Básica - Elaboração do autor 2018

Já no Quadro 4 (abaixo) é possível observar a evolução da população, do número de equipes de eSF implementadas e as respectivas coberturas de eSF e de Atenção Básica sobre essa população para o mesmo período.

Quadro 4 - Equipes estratégia Saúde da Família (eSF) implantadas e Cobertura Estimada. Estado de São Paulo, 2008 a 2017

Ano	População	Nº de eSF	Estim. Pop. Cobertura eSF	Cob. Pop. Estimada eSF	Estim. Pop. Cob. AB	Cob. Pop. Estimada AB
2017	44.749.699	5.248	17.678.755	39.51%	27.108.372	60.58%
2016	44.396.484	5.107	17.223.408	38.79%	27.132.068	61.11%
2015	44.035.304	4.976	16.788.957	38.13%	26.229.529	59.56%
2014	43.663.669	4.754	16.016.314	36.68%	25.887.433	59.29%
2013	41.901.219	3.877	13.056.495	31.16%	23.361.123	55.75%
2012	41.586.892	3.744	12.596.661	30.29%	22.652.253	54.47%
2011	41.262.199	3.566	11.989.869	29.06%	21.912.835	53.11%
2010	41.384.039	3.396	11.435.506	27.63%	21.617.619	52.24%
2009	41.011.635	3.244	10.902.780	26.58%	21.021.723	51.26%
2008	39.827.690	3.172	10.609.531	26.64%	20.310.253	51.00%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica (2018). Nota: Nº de eSF x 3,450 (Média de pessoas acompanhadas por um eSF)

De acordo com dados do DatarSUS, atualmente a ESF paulista conta com 5,2 mil equipes, com cobertura de 39,5% da população. De forma geral, houve um crescimento de 13% da cobertura no estado desde 2008. E a Atenção Básica, por sua vez, passou de uma cobertura de 51% da população do estado em 2008 para 61% em 2017. Ou seja, diferentemente do que aconteceu na maioria dos estados, onde 70% deles atingiram uma cobertura acima da média nacional (64%), no estado de São Paulo, nos últimos 10 anos, houve um incremento discreto na estrutura de ESF, que coloca o estado na penúltima posição entre todas as unidades federativas atrás apenas do Distrito Federal, como mostra o Quadro 5 (abaixo). Situação semelhante ao que ocorre com a cobertura de Atenção Básica, onde 77% dos estados estão com uma cobertura populacional superior à média nacional (75%).

Portanto, apesar da importância do estado, em termos populacionais e econômicos, percebe-se que a priorização de investimentos e recurso em políticas de Atenção Básica, especialmente nas Estratégias de Saúde da Família não é repetida no estado como ocorre na maioria dos demais estados.

De acordo com dados do SIOPS referente ao ano de 2015[27] o estado de São Paulo e a unidade federativa com maior Despesa Total em Saúde, representando 28,3% da Despesa Total em Saúde do Brasil, no entanto especificamente na Sub Função de Atenção Básica, onde se contabiliza os gastos com a Estratégia Saúde da Família, ocupa 12ª posição entre todos os estados, com um percentual de 2,32% do Despesa Total com Saúde, estando 42,6% abaixo da média Brasil que é de 4, 04%.

[27] Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) do Ministério da Saúde. Link para consulta: SIOPShttp://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?SIOPS/SerHist/ESTADO/indicuf.def

Ainda de acordo com esses mesmos dados e considerando a projeção de população do IBGE para o mesmo ano, a Despesa Total em Saúde per Capita do estado de São Paulo ocupa a 9ª posição entre as unidades federativas e fica 28,57% acima da média nacional e a Despesa com Atenção Básica ocupa a 11ª posição e fica 26,17 abaixo da média nacional, o que permite afirmar que o estado de São Paulo não se posiciona como um dos estados que mais investem em Atenção Básica ou que seus gastos com Alta e Média Complexidade são muito acima dos demais estados e da média nacional relativizando o investimento com Atenção Primária.

Quadro 5 - Equipes estratégia Saúde da Família (eSF) implantadas e Cobertura Estimada. Brasil, 2017

UF	População	Nº de eSF	Estim. Pop. Cobertura eSF	Cob. Pop. Estimada eSF	Estim. Pop. Cob. AB	Cob. Pop. Estimada AB
PI	3.212.180	1.318	3.191.858	99,37%	3.198.218	99,57%
TO	1.532.902	507	1.457.113	95,06%	1.468.681	95,81%
PB	3.999.415	1.417	3.796.978	94,94%	3.913.641	97,86%
MA	6.954.036	2.110	5.856.521	84,22%	6.041.930	86,88%
SE	2.265.779	620	1.903.077	83,99%	1.989.975	87,83%
CE	8.963.663	2.513	7.394.976	82,50%	7.704.455	85,95%
SC	6.910.553	1.746	5.460.891	79,02%	6.105.232	88,35%
MG	20.997.560	5.381	16.530.368	78,73%	18.530.882	88,25%
RN	3.474.998	1.027	2.729.612	78,55%	2.890.172	83,17%
AC	816.687	222	640.230	78,39%	725.520	88,84%
PE	9.410.336	2.311	7.272.128	77,28%	7.621.561	80,99%
AL	3.358.963	869	2.549.765	75,91%	2.740.107	81,58%
BA	15.276.566	3.592	11.066.874	72,44%	11.829.746	77,44%
RR	514.229	122	362.669	70,53%	397.714	77,34%
MT	3.305.531	722	2.299.202	69,56%	2.523.321	76,34%
RO	1.787.279	371	1.222.797	68,42%	1.315.466	73,60%
MS	2.682.386	563	1.829.448	68,20%	1.991.606	74,25%
GO	6.695.855	1.404	4.370.285	65,27%	4.880.112	72,88%
PR	11.242.720	2.298	7.329.334	65,19%	8.605.146	76,54%
PA	8.305.359	1.507	4.895.826	58,95%	5.511.832	66,36%
RS	11.286.500	2.064	6.639.874	58,83%	8.484.100	75,17%
ES	3.973.697	712	2.319.347	58,37%	2.813.020	70,79%
RJ	16.635.996	2.814	9.460.268	56,87%	11.404.428	68,55%
AM	4.001.667	692	2.217.341	55,41%	2.612.581	65,29%
AP	782.295	126	386.436	49,40%	490.450	62,69%
SP	44.749.699	5.248	17.678.755	39,51%	27.108.372	60,58%
DF	2.977.216	300	1.035.000	34,76%	1.771.230	59,49%
BRASIL	**206.114.067**	**42.576**	**131.896.973**	**63,99%**	**154.669.498**	**75,04%**

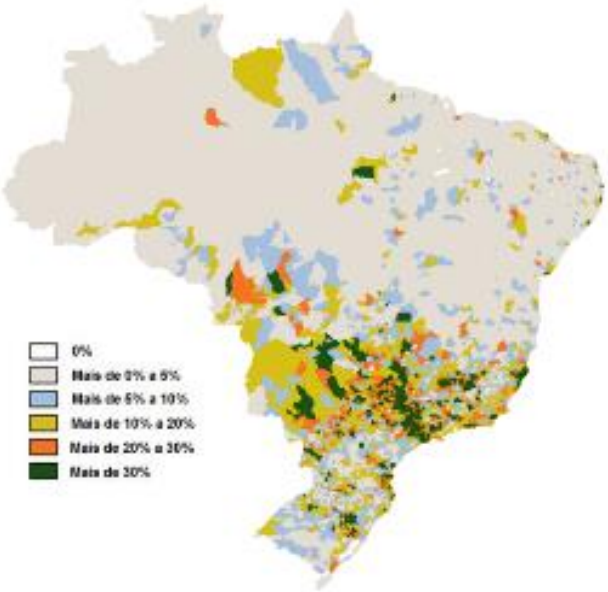
Fonte: e-Gestor Atenção Básica Nota: Nº de eSF x 3,450 (Média de pessoas acompanhadas por um eSF)

Uma das causas dessa baixa cobertura da Atenção Primária pode ser creditada, entre outros fatores, a elevada participação do Sistema de Saúde Suplementar no Sul e Sudeste do País, sobretudo no estado de São Paulo, como pode ser visto no Mapa abaixo (Figura 2).

E a uma das consequências diretas é o enfraquecimento da política de Atenção Básica uma vez que, como, via de regra, o Sistema de Saúde Privado não atua na prevenção e promoção da saúde a rede de APS termina por ficar subdimensionada e a as redes ligadas à Alta e Média

complexidade, e os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia sofrem com importantes gargalos nos fluxos de referenciamento e regulação.

Figura 2 - Taxa de cobertura do PSF e dos planos de assistência médica por Município (Brasil - Julho/2018)



Fonte: e-Gestor Atenção Básica (2018) Fonte: Agência nacional de Saúde Suplementar (2018)

Em um recente estudo[28] publicado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), em colaboração com pesquisadores da Universidade de Stanford e do Imperial College de Londres, projeta-se uma elevação das taxas de mortalidade prematura (antes dos 70 anos) por causas sensíveis à atenção primaria em 8,6% até 2030. Esse índice de aumento equivale a um aumento de quase 50 mil de mortes decorrente das medidas de austeridade fiscal na cobertura da Atenção Primária em Saúde em um cenário que inclui o além do congelamento de gastos públicos em saúde imposto pela EC 95/2016 o recuo do Programa Mais Médicos. Deste total essas medidas de austeridade seriam responsáveis por quase 20.000 mortes infantis evitáveis e 124.000 hospitalizações infantis evitáveis entre 2017 e 2030.

[28] Mortality associated with alternative primary healthcare policies: a nationwide microsimulation modelling study in Brazil. RASELLA, David, HONE, Thomas, SOUZA, Luis E., TASCA, Renato, BASU, Sanjay e MILLETT, Christopher - BMC Medicine2019 17:82
Disponível em https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-019-1316-7

Esse estudo com metodologia mais precisa e aprofundamento teórico e estatístico de maior abrangência que este trabalho, traz uma maior consistência para o que aqui está sendo apenas sugerido. Nas discussões sobre os resultados encontrados os autores afirmam:

> Em cenários de austeridade de redução da cobertura da ESF com e sem a rescisão de PMMB (Programa Mais Médico para o Brasil), as taxas de mortalidade prematura da ACSC seriam 8,6% e 5,8% superiores, respectivamente, em 2030, em comparação com a manutenção da atual cobertura da ESF. O excesso de mortes prematuras por ACSCs (condições sensíveis à atenção primária) no primeiro - mais provável - cenário será de quase 50.000 entre 2017 e 2030. Comparado com a cobertura 100% ESF (cenário UHC - Cobertura Universal de Saúde), as taxas de mortalidade seriam 11,1% maiores em 2030 se os contratos ESF e PMMB terminar, correspondendo a quase 85.000 mortes prematuras. Reduções na cobertura do ESF sob cenários de austeridade teriam um impacto desproporcional nos municípios mais pobres. As tendências existentes de redução das desigualdades na mortalidade entre os municípios mais ricos e mais pobres e os brancos e negros / pardos brasileiros acabariam com as reduções de cobertura do ESF. (RASELLA, et al, 2019 – p. 6 Tradução do autor)

Para Rasella, et al, (2019), no longo prazo as medidas de austeridade fiscal e econômica, simbolizados pela EC 95/2016, mas não só, trará uma redução significativa na cobertura do ESF onde a Estratégia já avançou e impedirá esse avanço onde a cobertura é tímida como no estado de São Paulo, reduzindo com isso os benefícios de saúde associados à Estratégia especialmente entre as pessoas mais pobres do país e limitando o alcance da cobertura universal de saúde.

4.2.2 Mortalidade Infantil

A Taxa de Mortalidade Infantil - TMI (óbitos de menores de 1 ano por 1000 nascidos vivos) é tradicionalmente considerada um dos mais sensíveis indicadores de saúde, e das condições socioeconômicas da população. A TMI mede o risco que tem um nascido vivo de morrer antes de completar um ano de vida, fato que está ligado às condições de habitação, saneamento, nutrição, educação e de assistência à saúde, principalmente ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

De acordo com dados de 2015 e 2016 do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde o número total de óbitos infantis no Brasil diminuiu entre os anos de 2015 e 2016. O Sistema registrou 37.501 óbitos antes de um ano de vida em 2015 e 36.350 em 2016, ou seja, uma redução de 3,07%.

No entanto, esse mesmo dados sugerem que os Coeficientes de Mortalidade Infantil (CMI), onde se considera o quociente do número de óbitos sobre o número de nascidos vivos aumentou em todas as regiões, com exceção da região Sul. De acordo com os dados de 2015 para 2016, o CMI aumentou em 2,4% (12,4 para 12,7 por 1000 nascidos vivos). O aumento dos CMI pode ser explicado pela redução de 5,30% no número de nascidos vivos nesse período:

Embora seja prematuro afirmar que esse aumento da mortalidade infantil será mantido nos próximos anos, é importante observar que a reversão da tendência de queda em 2016 foi decorrente do aumento de óbitos no período pós-neonatal. Óbitos, estes, que ocorrem justamente em consequência da exposição a fatores externos associados à piora das condições de vida e do acesso a serviços de saúde.

No estado de São Paulo, a TMI apresentava redução contínua desde a década de 1970 e tal como já havia ocorrido em outros países que apresentaram significativa redução da mortalidade infantil, o primeiro componente a apresentar queda acentuada foi a taxa de mortalidade pós-neonatal - TMPN (óbitos de 28 dias até 1 ano de vida/mil nascidos vivos).

No início da década de 80, a taxa de mortalidade neonatal - TMNN (óbitos de 0 a 27 dias/mil nascidos vivos) superou a taxa de mortalidade pós-neonatal, tornando-se o principal componente da mortalidade infantil, a partir de 1983, até os dias de hoje.

De acordo com Mendes (2009) a redução dos óbitos em menores de um ano e a mortalidade pós-neonatal são mais sensíveis às ações de saúde mais simples, típicas da atenção primária, como o pré-natal, as vacinações, a terapia de reidratação oral, o estímulo ao aleitamento materno, a atenção adequada às infecções respiratórias agudas, entre outras e a mortalidade neonatal, está ligada às condições de assistência à gravidez, ao parto e ao período perinatal muitas vezes com medidas de alta e média complexidade, que foge ao escopo da Atenção Básica, mas que pode e deve ser referenciado por ela.

Exemplo disso é a enorme redução das taxas de mortalidade infantil decorrentes do impacto da reidratação oral nas últimas décadas e o impacto do programa de saúde da família na redução da mortalidade infantil, ainda que controlado o efeito de outros determinantes tais como escolaridade, saneamento ambiental e outros fatores. Nesse sentido, o conceito de morte evitável pela atenção à saúde persiste com importante significado para o monitoramento do setor. (MALTA e DUARTE, 2007 p.767)

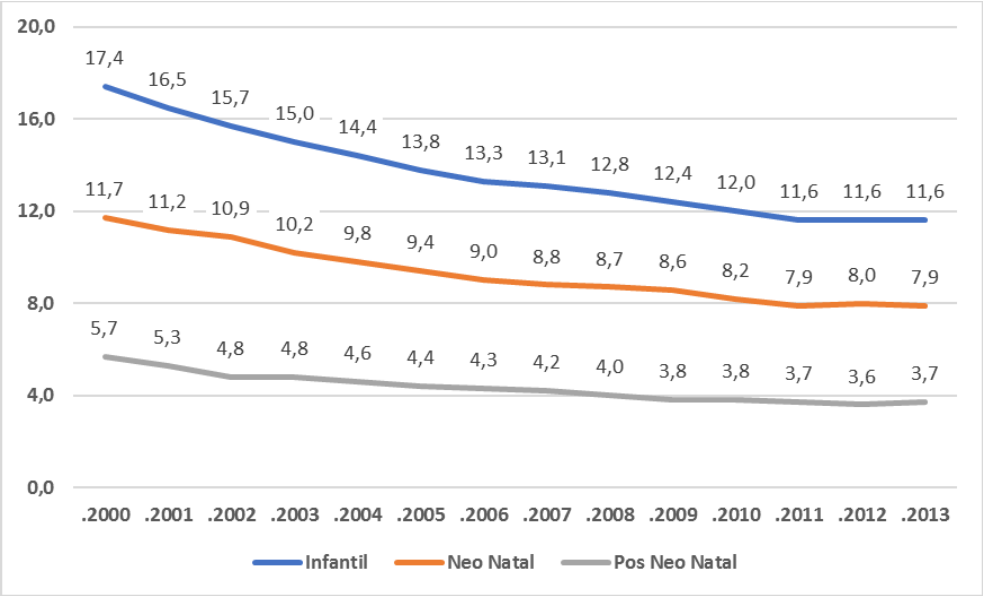
A diminuição da mortalidade neonatal depende da qualidade e acesso à assistência básica pela gestante, durante o protocolo do pré-natal, do atendimento oportuno ao recém-nascido quando esse se faz necessário, mas também da estruturação da Rede Cegonha de Atenção à Saúde, composta por assistência médica hospitalar, rede de maternidades, berçários e UTI pediátricas e neonatais com variados níveis de complexidade, sistema de classificação de risco prévio da mãe e do recém-nascido, protocolos adequados para as intervenções.

Portanto, a diminuição da mortalidade neonatal, além de exigir pessoal tecnicamente habilitado, pode exigir moderna tecnologia, fato que a torna a implementação mais custosa e complexa que o investimento na Atenção primária que comprovadamente diminui a incidência de mortes neste de crianças neste período.

No primeiro gráfico abaixo (Gráfico 3a) vemos a queda da TMI e de seus principais componentes no estado de São Paulo no período de 2000 a 2011, mostrando uma importante redução de 33% no número de óbitos, saindo de 17,4 para 11,6. No triênio de 2011 a 2013 a taxa se estabiliza em 11,6 e mantém se praticamente estável até 2016.

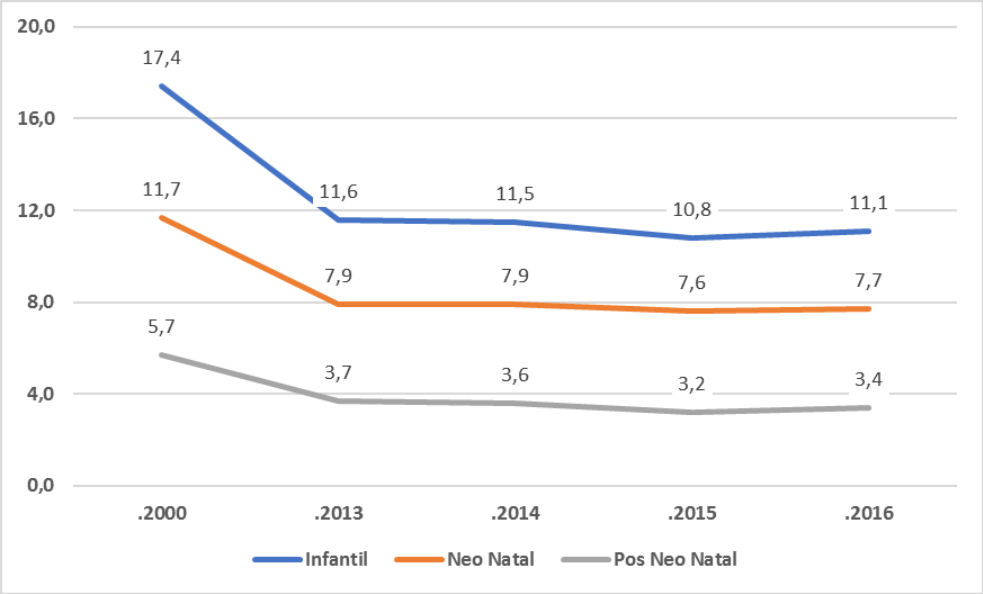
O segundo gráfico também abaixo (gráfico 3b) mostra o platô de estabilidade do indicador no período mais recente, tendo por referência o número de óbitos no ano 2000

Gráfico 3a - Taxa de Mortalidade Infantil, Pós-neonatal e Neonatal Estado de São Paulo, 2000 – 2013



Fonte: SIM/SINASC/SES/SP. Elaboração do autor

Gráfico 3b - Taxa de Mortalidade Infantil, Pós-neonatal e Neonatal Estado de São Paulo, 2013 – 2017



Fonte: SIM/SINASC/SES/SP Elaboração do Autor

Portanto, a TMI no estado de São Paulo apresenta importante redução e passa a se estabilizar mesmo antes das medidas de austeridade fiscal anunciadas recentemente o que sugere que outros fatores já vinham interferindo neste indicador.

Quando olhamos para os mesmos indicadores, no período subsequente a 2013, percebemos que a Taxa de Mortalidade Infantil, e seus principais componentes começam a apresentar novamente uma discreta redução, mas ainda em níveis bem inferiores ao que vinha ocorrendo entre 2000 e 2010.

De acordo com Saltarelli, et al (2019) houve declínio da taxa de mortalidade na infância (0 a 4 anos) entre os anos de 2000 e 2013 por causas evitáveis (3,8% ao ano) e não evitáveis (1,7% ao ano) no estado de São Paulo. Esse estudo de chama a atenção para a menor redução das causas de óbitos reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação com aumento das taxas de mortalidade por afecções maternas que afetam o feto e o recém-nascido e a estabilidade nos transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer, que são, de acordo com os protocolos médicos definidos pelo SUS, causas passeis de ação direta de Regulação da Atenção Básica com potencial de melhoria do indicador se corretamente aplicados.

> O declínio da taxa de mortalidade na infância já era esperado nessa última década[29], levando a acreditar na evolução da resposta dos sistemas de saúde, além das melhorias nas condições de saúde e determinantes sociais. No entanto, o coeficiente se mantém alto quando comparado ao de outros países, mostrando que ainda há muito a se avançar. (SALTARELLI, ET AL, 2019, p.1)

Portanto, em relação a uma potencial mudança de tendência nos indicadores de Atenção Primária em Saúde selecionados este trabalho vai ao encontro de estudos recentes da área de epidemiologia e elaborados com maior rigor cientifico, ao considerar que há uma probabilidade de que essa mudança se confirme e se agudize em decorrência de medidas de austeridade fiscal e econômica sobre as políticas sociais de modo geral e com particular intensidade sobre o SUS.

> Na última década alguns programas foram fundamentais para a melhoria da saúde desta população, como: Rede Cegonha, Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae), com garantia de acesso à alimentação saudável de crianças pobres na pré-escola, expansão da Estratégia Saúde da Família, Mais Médicos, Bolsa Família, Programa Saúde na Escola, articulando ações das equipes de atenção básica e educação, o Plano Juventude VIVA, no enfrentamento dos homicídios contra jovens negros, a estruturação da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com a notificação compulsória das violências domésticas e as redes de proteção à infância. Essas ações resultaram em melhorias de indicadores, como a redução da desnutrição infantil, o alcance das metas do milênio de redução em dois terços da mortalidade infantil (2015), o enfrentamento do trabalho infantil, a ampliação da educação infantil. Entretanto, nos últimos anos, os indicadores retrocederam em função da crise econômica/política, as medidas de austeridade fiscal, os cortes nos programas de proteção social.[30] O aumento do desemprego e da pobreza impactaram imediatamente as crianças, com o retorno de doenças imunopreviníveis, como o sarampo, o aumento da mortalidade infantil (2016), após um ciclo de 15 anos ininterruptos de queda. (MALTA, 2019, p. 348)

---

[29] O estudo refere-se ao período de 2000 a 2013, ou seja, o período imediatamente anterior às crises que tiveram como marco inicial os eventos de 2013, e a mudança nas tendências dos indicadores selecionados da Atenção Primária em Saúde.

[30] Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. PLoS Med 2018; 15(5): e1002570.

4.2.3 Cobertura Vacinal

O Programa Nacional de Imunização (PNI), criado nacionalmente em 1973 e no estado de São Paulo em 1968, indica que a questão já era uma preocupação epidemiológica importante e uma agenda de saúde pública já pautada pela sociedade e pelas comunidades epistêmicas, tem papel fundamental no controle de importantes doenças contagiosas e imunopreveníveis e no estado de saúde geral da população. Em função de seu histórico e relevância, o programa tem atingindo altas taxas de cobertura vacinal em praticamente todo território nacional. São as características do Sistema de Saúde, do próprio programa de imunização e da população que determinará a efetividade do programa de imunização, cujo principal indicador é a cobertura vacinal

Já na sua criação, o PNI define o elenco das vacinas a serem aplicadas e o calendário de imunização, com objetivo de promover o controle do Sarampo, tuberculose, difteria, tétano, coqueluche e Poliomielite, além de manter a erradicação da varíola.

Assim como o SUS, o PNI tem universalidade como característica, portanto, todas as vacinas que foram selecionadas para o calendário atual devem estar disponíveis em todos os postos de vacinação, além de fazer parte dos insumos que as equipes móveis levam quando se deslocam para as áreas de difícil em campanhas e momentos de calamidade pública.

O PNI, juntamente com a Vigilância Epidemiológica, são os dois componentes de um Sistema de Saúde Pública fundamentais para o controle de doenças transmissíveis e o indicador de cobertura vacinal em crianças com um ano de idade ou menos é de fundamental importância para esse controle, porque permite calcular o número de indivíduos suscetíveis naquela população. Além do cálculo, é através desse indicador que as autoridades sanitárias conseguem determinar o grau de imunidade da população em geral, e como essa imunidade atua como barreira efetiva contra a transmissão e proliferação das doenças preveníveis pelas vacinas ofertados pelo PNI.

Como dito anteriormente, o objetivo desse trabalho é verificar as consequências de medidas de austeridade fiscal sobre os indicadores objetivos da Atenção Básica à Saúde, portanto, optou-se por selecionar poucos indicadores, mas que sejam bastante e suficientes para discutir essa correlação. No caso da cobertura vacinal seria desnecessário mostrar a dinâmica dos indicadores de cobertura de 17 tipos de vacinas diferentes. Desse modo, o enfoque da análise será apenas na cobertura da Tríplice Viral e na VIP (Poliomielite), sobretudo porque tem atuação em um grupo de doenças de CID 10 (Classificação Internacional de Doenças) bem definido

Primeiramente analisamos o comportamento da cobertura vacinal da vacinal contra Sarampo, Rubéola e Caxumba, conhecida como Tríplice Viral. Estima-se que a transmissão endêmica do vírus do Sarampo foi interrompida no estado de São Paulo em 2000. De acordo como o informe nº 27 do Ministério da Saúde sobre a situação do Sarampo no Brasil em 2018, os últimos casos de Sarampo foram registrados no ano de 2015, em surtos ocorridos nos estados do Ceará (211 casos), São Paulo (dois casos) e Roraima (um caso), associados ao surto do Ceará. Em 2016, o Brasil recebeu o certificado de eliminação da circulação do vírus do Sarampo pela Organização Mundial de Saúde, declarando a região das Américas livre do Sarampo.

A vacina Tríplice Viral, que é responsável pela imunização dos vírus de Sarampo, Rubéola e Caxumba foi implantada em 1992 no estado de São Paulo, e em 1996 no restante do país. Em 2007 ocorreu o último surto de rubéola notificado, que atingiu quase todo o país incluindo São Paulo. Em 2009 após a Campanha Nacional de Vacinação contra a Rubéola, a circulação do vírus da rubéola foi controlada em todo território nacional.

A Caxumba é outra doença que em situações de surtos ou epidemias deve ser registrada e monitorada para que se conheça melhor o seu comportamento epidemiológico e as mais eficientes medidas de prevenção e controle.

No segundo semestre de 2013, houve ampliação do calendário básico de vacinação com a vacina tetraviral, que além de prevenção ao Sarampo, Caxumba, rubéola passou a incluir também a prevenção contra a varicela para as crianças de 15 meses de idade.

É consenso entre todos os especialistas em Saúde que um PNI bem estruturado, e com um amplo e calendário de vacinação, é a medida de prevenção de maior impacto e menor custo contra essas doenças. Também é consenso que, somente com coberturas vacinais altas de maneira homogênea no território pode garantir e sustentar a interrupção da circulação dos vírus entre uma determinada população.

Especificamente no caso do Sarampo há um recrudescimento da doença em nível global, e a importação de casos constituiu um risco potencial e uma ameaça real aos programas de imunizações regionais e até mesmo nacionais, dada a facilidade e a velocidade de circulação de pessoas dentro do território que pode ser evitado mantendo coberturas vacinais elevadas (acima de 95%), nas faixas etárias recomendadas e vigilância ativa e sensível a todo e qualquer caso suspeito da doença.

Em seguida analisamos o comportamento da cobertura vacinal da vacinal contra Poliomielite conhecida como Vacina Inativada Poliomielite (VIP) e Vacina Oral Poliomielite (VOP). Assim como as demais doenças, cuja transmissão endêmica do vírus foi interrompida em um território em função de campanhas massivas de imunização, o risco de um novo surto

ocorre em decorrência da importação de casos ou do vírus de outros países do mundo onde ainda exista sua circulação. Manter essas barreiras sanitárias é o desafio permanente para as ações de vigilância epidemiológica.

A Poliomielite é outra doença viral erradicada no território paulista graças as ações da Vigilância das Paralisias Flácidas Agudas (PFA), das Campanhas de Vacinação com altas coberturas e do Monitoramento Ambiental de Polioviroses, permitindo identificação de riscos na reintrodução do vírus.

De acordo com o levantamento do Ministério da Saúde através de dados do OPNI disponíveis no Data SUS, a cobertura vacinal das doenças analisadas para este trabalho vem caindo no Brasil de maneira sistemática nos últimos 5 anos e com maior intensidade no território paulista.

Conforme Quadros 6 e 7 (abaixo) houve uma queda de cobertura vacinal da Poliomielite e da Tríplice Viral no Brasil de 22% e 21% e no estado de São Paulo a queda foi de 30% e 28% respectivamente, ficando abaixo dos níveis de imunização recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A cobertura recomendada é de 95% para todos os imunizantes, exceto para BCG e a vacina contra o rotavírus que é de 90%. A situação é especialmente grave no caso da Poliomielite onde os números do Ministério da Saúde indicam que a cobertura vacinal registrada em 2107 é a mais baixa desde 2000:

Quadro 6 - Cobertura Vacinal - Brasil 2013 a 2017

Vacina	2013	2014	2015	2016	2017
Poliomielite	101	97	98	84	78
Tríplice Viral D1	107	113	96	95	85
Tríplice Viral D2	69	93	80	77	70

Fonte: pni.datasus.gov.br - 2018 - dados preliminares coletados em 20.06.2018. Elaboração do autor.

Quadro 7 - Cobertura Vacinal – Estado de São Paulo 2013 a 2017

Vacina	2013	2014	2015	2016	2017
Poliomielite	99	96	100	84	69
Tríplice Viral D1	103	105	98	93	74
Tríplice Viral D2	76	96	92	78	66

Fonte: pni.datasus.gov.br - 2018 - dados preliminares coletados em 20.06.2018. Elaboração do autor.

A queda na cobertura vacinal é um problema de múltiplas causas relativamente recentes para a política de saúde pública, e que ainda não foi totalmente equacionado muito em função da falta de precisão na identificação dessas causas.

De um modo geral, há causas ligadas à própria política de saúde pública na sua área ligada à Atenção Básica onde, via de regra, é o *locus* preferencial para as campanhas de imunização em larga escala, mas também há um grupo causas ligadas ao comportamento do usuário.

As causas apontadas pelos especialistas do Ministério da Saúde, como a socióloga e epidemiologista Carla Domingues, coordenadora-geral do Programa Nacional de Imunizações (PNI) a algumas estão ligadas a problemas de comunicação entre os órgãos responsáveis pela operacionalização da política de imunizações e a população.

Dentre essas falhas na comunicação da política podemos apontar como principais o desconhecimento de quais são as vacinas obrigatórias que integram o calendário nacional, a percepção errada dos usuários os sistemas de que acabou a necessidade de vacinação, porque as doenças desapareceram do território. O receio de que as vacinas causem reações adversas ou que haja um número elevado de imunizantes sobrecarregando os organismos, sobretudo em crianças.

Todos esses motivos acima apontados como principais, apesar de fazerem parte do grupo de motivações ligadas ao comportamento do usuário do sistema de saúde, poderiam ser minimizados enormemente se houvessem campanhas de comunicação mais eficientes e periódicas, com o objetivo de esclarecer essas e outras questões sobre as vacinas oferecidas no sistema público de saúde.

Outros fatores que contribuem para a redução do indicador de cobertura vacinal estão ligados mais diretamente a operacionalização das campanhas e das rotinas de imunização nos pontos de atendimento da rede de Atenção Básica.

Tanto os especialistas do Ministério da Saúde quanto as constatações empíricas, realizadas durante diversas Pesquisas de Campo, apontam para problemas como o horário de funcionamento das salas de vacinação, em particular e das Unidades Básicas de Saúde, de modo geral incompatíveis com o horário de disponibilidade dos usuários, principalmente trabalhadores formais.

Além disso, podemos citar a quantidade insuficiente de profissionais de saúde para atender a demanda e sem a devida capacitação, quantidade de insumos disponíveis e número de sala de vacinas e dificuldade com o novo Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (Sipni).

Ainda que de acordo com o Ministério da Saúde a falta de vacinas não esteja ligada à queda da cobertura vacinal, ocorreram reduções esporadicamente temporárias de abastecimento de alguns imunizantes, na maioria das vezes por problemas na produção, já que no Brasil não

há contingenciamento de recursos para a aquisição de vacinas, uma vez que o PNI integra uma rubrica do orçamento dentro do orçamento do Ministério que tem execução obrigatória.

No entanto, essa mesma segurança na disponibilidade dos recursos para a aquisição e abastecimento das vacinas não está garantida para outros recursos necessários à operação. A falta de profissionais capacitados ligados à Atenção Básica, tanto para o atendimento padrão quanto para atendimento em dias e horários estendidos e, em alguns casos para levar a imunização a áreas remotas de difícil acesso, tem relação direta com a falta de recursos, e com a baixa cobertura da Estratégia de Saúde no estado conforme já indicado.

O indicador de cobertura vacinal é extremante sensível ao vínculo das famílias com o serviço de saúde. Em sua tese de doutorado sobre a cobertura vacinal e fatores associados à vacinação incompleta em municípios de médio porte no estado de São Paulo, a pesquisadora da Faculdade de Saúde Pública da USP, Márcia Tauil, acompanhou de 2012 a 2014 a cobertura de vacinação de 2.612 crianças atendidas no serviço público, no privado ou em ambos.

Segundo a pesquisadora na cidade de Araraquara/SP, as crianças atendidas apenas nas unidades públicas tinham probabilidade maior de estar com o esquema de vacinação em dia do que as que passavam por atendimento em clínicas privadas ou misto, e o motivo principal apontado for o maior vínculo com a unidade de saúde do serviço público, tendo em vista que há ênfase no treinamento dos profissionais para que incentivem a vacinação. (TAUIL, 2017).

Em outro artigo publicado em 2012 no Journal of Epidemiology and Community Health, a médica sanitarista Rita Barradas Barata, da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo analisa a carteira de vacinação de 17.295 crianças com até 1 ano e meio de idade em 26 capitais e no Distrito Federal no período de 2007 a 2008, e constata que 20% da amostra não foram imunizadas de acordo como protocolo de vacinação do SUS.

No entanto, dentro do estudo constata-se que a proporção de crianças com o esquema de vacinação incompleto era significativamente maior (22,8%) na parcela mais rica do que nos extratos mais pobres (variou de 13,8% a 18,8%). (BARATA, et al 2012).

Além disso, mas não menos importante, estima-se que haja problemas no sistema de notificação da cobertura vacinal, em função que foi substituição iniciada em 2012 e ampliada nos dois últimos anos.

O novo sistema exigiu a instalação de computadores com acesso à internet nas mais de 5 mil salas de vacinação do estado e o treinamento dos funcionários enquanto no sistema anterior era necessário um único computador por município, já que o registro era feito em papel ao longo de quatro semanas e só ao final do mês a consolidação dos dados era encaminhado à

gerência de vigilância epidemiológica de cada um dos 645 municípios para a inserção das informações no Sistema de Informação do SUS (DataSUS).

> Desde a década de 1990, as coberturas vacinais infantis estavam acima de 95%, o que indica boa adesão da população à vacinação. No entanto, a partir de 2016, essas coberturas têm declinado cerca de 10 a 20 pontos percentuais[31]. Isso era inesperado e veio acompanhado do aumento da mortalidade infantil e materna[32]. As epidemias de sarampo em Roraima e no Amazonas são consequências imediatas da diminuição das coberturas vacinais[33].Muitos fatores estão relacionados a essa queda, seja o enfraquecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) ou aspectos técnicos como a implantação do novo sistema de informação de imunização, sejam aspectos sociais e culturais que afetam a aceitação da vacinação (SATO, 2018. P. 2)

Uma outra causa, ainda pouco estudada, que influencia diretamente a queda da Cobertura Vacinal é a hesitação vacinal. A hesitação vacinal é definida por Sato (2018) como o atraso em aceitar ou a recusa das vacinas recomendadas quando elas estão disponíveis nos serviços de saúde, sendo um fenômeno que varia ao longo do tempo, do local e dos tipos de vacinas.

Os movimentos anti-vacinas não são novidade em outros países, nem tão pouco no Brasil, onde o caso mais emblemático foi o que ficou conhecido como a Revolta da Vacina.[34]. As consequências desses movimentos são as epidemias de doenças de sarampo e coqueluche que ocorrem atualmente em diversos países e a ameaça da reintrodução da poliomielite em regiões em que já foi eliminada e no ressurgimento da coqueluche.

No Brasil a barreira sanitária criada com seguidas e eficiente Campanhas de Vacinação desde os anos 1990 vem perdendo sua capacidade de contenção. Também de acordo com Sato (2018) entre 2013–2015, foram registrados 1.310 casos de sarampo nos estados de Ceará e

---

[31] Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Imunização. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SIPNI. Brasília (DF); 2018 [citado 10 set 2018]. Disponível em: http://sipni.datasus.gov.br/si-pniweb/faces/inicio.jsf

[32] Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Informações de saúde (TABNET). Brasília (DF): 2018 [citado 10 set 2018]. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/ DATASUS/index.php/

[33] Ministério da Saúde (BR). Sarampo: situação epidemiológica. Inf Epidemiol. 2018 [citado 10 set 2018];(20). Disponível em: http:// portalms.saude.gov.br/saudede-a-z/sarampo-situacaoepidemiologica

[34] A revolta da Vacina foi um movimento de caráter popular na cidade do Rio de Janeiro, então capital do país, ano de 1904, desencadeado pela campanha de vacinação obrigatória contra a varíola. imposta pelo governo federal.

Pernambuco em 2018, essas epidemias voltaram nos estados de Roraima e Amazonas com mais 1.500 casos confirmados.

Esses dados são um alerta sobre o impacto da queda das coberturas vacinais de forma geral no país e no território paulista em particular. Independentemente das causas da queda de cobertura vacinal, que é um fato, estamos falando de doenças com grande capacidade transmissão, em um território bastante integrado fisicamente o que sinaliza para o risco de uma rápida propagação que dê início à uma epidemia em larga escala no estado com maior densidade populacional do pais,

4.2.4 Análise do financiamento e gastos

Em todos os debates sobre o SUS ao longo das 3 últimas décadas há um tema recorrente: o subfinanciamento histórico do sistema e o gasto em saúde. Mesmo tendo a clareza que se trata de um tema bastante específico, que exige uma abordagem mais técnica e um tratamento diferenciado na sua gestão.

O financiamento de Saúde, conforme foi institucionalizado pela Constituição Federal de 1988, tem origem nas três esferas de governo – federal, estadual e municipal de forma tripartite.

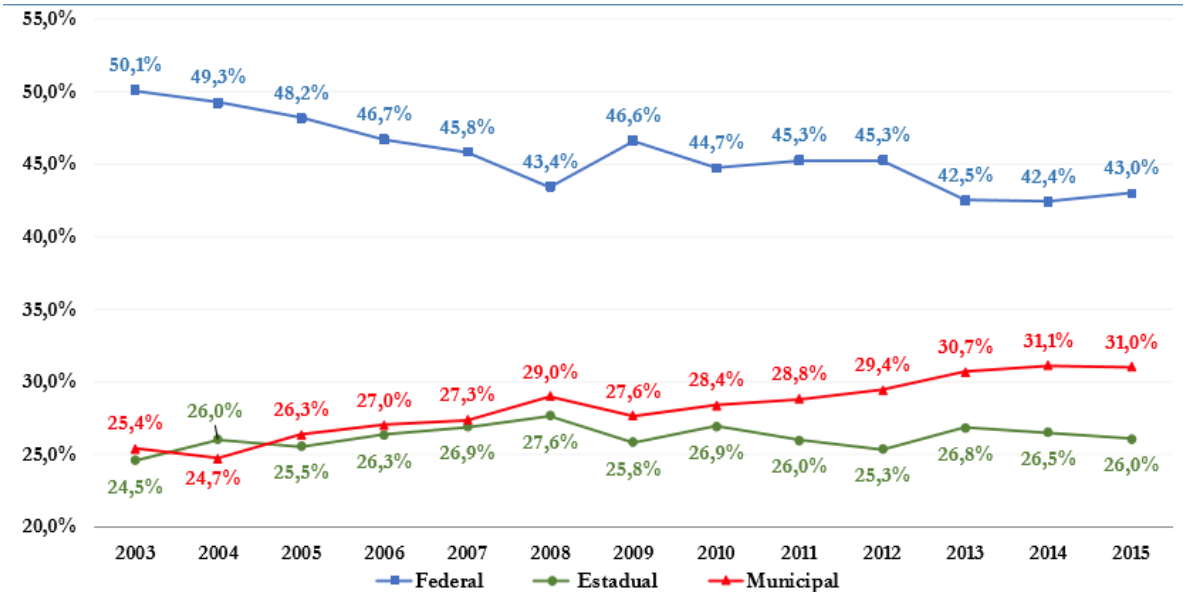
A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29, conhecida como EC 29, estabeleceu a vinculação de recursos nas três esferas de governo para um processo de financiamento do SUS, reforçar o papel do controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde e de prever sanções para o caso de descumprimento dos limites mínimos de aplicação em saúde.

A EC 29 determina os percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS. A Emenda determina que municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente no mínimo 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde. Aos estados foi determinado um percentual mínimo menor de 12%, e no caso da União o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual.

De acordo com o IPEA, em Nota Técnica sobre o tema, a composição do gasto com saúde nas três esferas de governo estabeleceu que a regra para a União de correção do valor da despesa, empenhada pela variação nominal do PIB, manteve a proporção do gasto federal em relação ao PIB, conforme já mencionado.

Já para os demais entes subnacionais, a obrigatoriedade de aplicação de um percentual mínimo de 12% das receitas estaduais e 15% das receitas municipais aumentou a participação de estados e principalmente dos municípios no gasto total com saúde. E a União que em 2003 representava 50,1% do gasto total com saúde, reduziu essa participação para 43% em 2015, pois não houve esforço de aplicar recursos para além do mínimo obrigatório, conforme indicado no Gráfico 4 (abaixo).

Gráfico 4 - Composição do gasto público com saúde por esfera de governo, 2003-2015, % do total



Fonte: Ministério da Saúde – SIOPS – Acesso em junho de 2016

Neste trabalho utilizaremos dados e conceitos utilizados no, ainda inédito, Relatório Técnico do cenário econômico-financeiro de duas Regiões de Saúde do estado de São Paulo[35] elaborado por Áquilas Mende do qual, esse autor participou. Para a análise dos gastos em saúde, utiliza-se o conceito definido por Mendes, et al. (1999), denominado de gasto do SUS realizado pelos municípios. Esse gasto compreende os recursos dos poderes públicos municipais, diretamente aplicados pela Secretarias Municipais de Saúde.

Esses recursos abrangem, além dos recursos municipais, as transferências dos governos federal e estadual contabilizadas no orçamento municipal. São gastos realizados diretamente por essas instâncias governamentais "no" município. Essas categorias de recursos, quando destinadas aos municípios, integram gastos dessas esferas de poder "no" município e não

[35] Relatório Técnico do Cenário Econômico Financeiro de duas Regiões de Saúde do estado de São Paulo elaborado por Paulo Carrara, Áquilas Mendes, Roberto Xavier, Denise Saavedra e Sabrina Souza por solicitação da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo de acordo com Convênio 360/2015. Processo nº 001.0001.005.788

diretamente repassados à Secretaria Municipal de Saúde – e, portanto, não são contabilizadas pelo orçamento municipal.

De acordo com Mendes, et al. (1999), esses recursos não constituem fontes do gasto "do" município e sim "no" município. Autores como Piola e Vianna (2002), posteriormente ao trabalho de Mendes, et al. (1999), sugerem que a análise do gasto público com saúde identifica a abrangência do gasto em observação como "no" e/ou "do".

Este Relatório teve por objetivo apurar o financiamento e o gasto em saúde no Estado de São Paulo, realizado pelas três esferas de governo, a fim de contribuir para a pactuação entre os gestores do SUS na divisão de responsabilidades compartilhadas com saúde.

Importante destacar que esse é um estudo de caráter inédito no campo da apuração do gasto do sistema de saúde, uma vez que busca cotejar diversos sistemas de informações que permitam particularizar o levantamento do gasto público em saúde no âmbito federal, estadual e municipal no Estado de São Paulo no período de 2013 a 2015.

Para elaboração desse relatório foi necessário a utilização de dois sistemas de informações: o Sistema de Informações e Execução Orçamentária (SIGEO) da Secretaria da Fazenda do Estado de São Paulo e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) do Ministério da Saúde.

O SIOPS foi criado em 2000 como um instrumento de gestão e constitui fundamental instrumento para o acompanhamento do cumprimento de dispositivo constitucional que determina aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde. Ele gera automaticamente um conjunto de indicadores que relacionam valores da receita total e da despesa com ações e serviços públicos de saúde dos entes da Federação.

De acordo com Teixeira e Teixeira (2003), o SIOPS é um banco de dados único no contexto dos indicadores das políticas sociais no Brasil. Esse banco de Dados reúne os dados sobre o financiamento e o gasto com saúde pública de municípios de estados e da União, e se propõe a viabilizar o aprimoramento da gestão, a disseminação de experiências bem-sucedidas entre os entes federados e a adequada distribuição dos gastos entre investimento e custeio e entre as esferas governamentais, além de todo tipo de informações relacionadas ao financiamento da saúde no país.

Nas palavras de Mendes (2010), a análise dos indicadores do SIOPS contempla duas dimensões: a magnitude do gasto total e a direção do gasto em saúde, ou seja, é um banco de dados no qual é possível verificar a origem e o tamanho do recurso destinado à saúde por ente subnacional.

Desde 1996, a Contadoria Geral do Estado (CGE) é responsável pela contabilidade do Estado de São Paulo e desenvolveu, através da Prodesp, um sistema próprio de informações para assegurar sua execução orçamentária e financeira. Com a finalidade de garantir a extração de informações gerenciais criou-se, em 1998, o SIGEO e, desde sua criação, o Governo do Estado de São Paulo conta com um banco de dados que processa as informações contábeis, que dizem respeito à execução orçamentária, financeira e de compras, não só da Saúde, mas de todas as áreas da administração estadual. É possível também obter essas informações gerenciais de maneira pública, disponibilizadas através do site da Secretaria da Fazenda do Governo do Estado de São Paulo de amplo acesso público.

Para facilitar o entendimento dos resultados apurados do financiamento da saúde no Estado de São Paulo, e que serão apresentados neste trabalho precisamos apresentar uma síntese sobre a situação mais recente do problemático financiamento do SUS.

Conforme Mendes (2010), a trajetória do financiamento do SUS constitui história de impasses e tensões desde sua criação, passando pela vinculação de recursos federais para aplicação da saúde por meio da Emenda Constitucional (EC) 29/2000, com o frágil esquema baseado no montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB, até a Lei 141/2012 (regulamentação da EC 29) que não modificou essa base de cálculo.

Entre 1995 a 2015, o gasto do Ministério da Saúde não foi alterado, mantendo-se 1,7% do PIB, enquanto que o gasto com juros da dívida representou, em média, 7,1% (MENDES e FUNCIA, 2016).

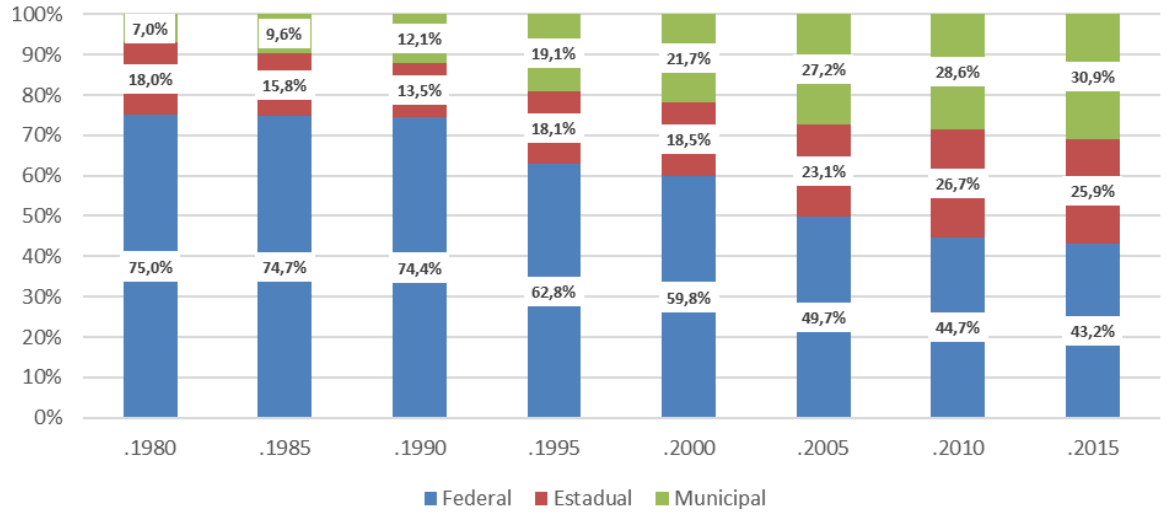
O subfinanciamento do SUS intensificou-se com a EC 86/2015. Ficou alterada a base de cálculo de aplicação do governo federal para 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL), em 2016, elevando-se de forma escalonada, até alcançar 15% da RCL, em 2020. Observa-se uma perda de R$ 9,2 bilhões para o orçamento do MS já em 2016 (MENDES e FUNCIA, 2016). Nessa EC também foi instituído o "Orçamento Impositivo", que obriga a execução total das emendas parlamentares no orçamento da saúde, correspondendo a, no mínimo, 0,6% da RCL, em torno de R$ 4,5 bilhões em 2017.

Apesar do avanço que significou a criação do SUS, o seu gasto é significativamente pequeno. Em 2015, esse gasto correspondeu a 3,9% do PIB (União – 1,7%, estados - 1,0% e municípios – 1,2%), enquanto o gasto público em saúde na média dos países europeus com sistemas universais correspondeu a 8,0% (MENDES e FUNCIA, 2016).

No entanto, conforme podemos observar no Gráfico 5 (abaixo) quando olhamos no longo prazo, a parcela da União no financiamento da saúde foi a que teve a maior redução,

como consequência direta da política de transferência das atribuições dos gastos com Saúde para estados e municípios.

Gráfico 5 – Distribuição dos Gastos de Saúde por Esfera de Governo – São Paulo - 1980 - 2015



Fonte: Elaboração própria de Mendes, 2015

Apesar do evidente subfinanciamento do sistema de saúde do país, chegamos a 2016 com a aprovação da EC 95/2106, entendida por muitos como a maior medida de restrição orçamentária para a consolidação do histórico subfinanciamento do SUS.

Essa Emenda, ao instituir um novo regime fiscal que limita a expansão dos gastos públicos por 20 anos a partir de 2017 e corrigidos apenas pela inflação (IPCA), constitui uma política ainda mais austera desses últimos anos no Brasil.

É importante lembrar que, a medida não limita as despesas com os custos da dívida pública, mas apenas as despesas primárias por duas décadas. A EC 95 revogou o escalonamento previsto na EC 86, passando a incidir o "teto" para a saúde, em 2017, a 15% da RCL. Apesar disso, as projeções dos especialistas estimam que os recursos que não serão repassados aos SUS nos próximos 20 anos, de maneira acumulada, por volta de R$ 433 bilhões, considerando para essa estimativa um crescimento do PIB de 2% ao ano (média mundial) e uma projeção do IPCA de 4,5%.

Como a projeção assume duas variáveis (crescimento do PIB e projeção do IPCA) bastante contingenciáveis, o mesmo cálculo foi feito de maneira retrospectiva, entre 2003 a 2015, para discutir como seria o impacto da medida com dados reais e variáveis conhecidas. O cálculo estimou a perda em R$ 135 bilhões, a preços médios de 2015, diminuindo os recursos federais do SUS de 1,7% do PIB para 1,1% (GTIDF, 2016).

O argumento do governo baseou-se na ideia de que em 2017 haveria um incremento de recursos para a saúde. A estimativa da RCL apresentada pelo governo foi de R$ 758,3 bilhões, o que proporcionaria à saúde o valor de R$ 113,7 bilhões, cerca de R$ 10 bilhões a mais da base de cálculo da EC 86 (13,7% da RCL) (GTIDF, 2016).

Contudo, ainda que tenha havido um aumento da alíquota, observa-se que não há ampliação de recursos. Se analisarmos o quadro problemático do orçamento do MS nos anos recentes tal argumento revela-se impróprio.

A situação de execução orçamentária para 2015 foi pior que o penoso orçamento executado em 2014, que atrasou as transferências federais de dezembro a municípios (R$ 3,8 bilhões), principalmente para Média e Alta complexidade, repassando-as apenas no final de janeiro/2015. Com isso, a insuficiência para 2015 foi de R$ 5,8 bilhões. Já a insuficiência orçamentária para 2016, seguindo a nova base de cálculo definida pela EC 86, está estimada em R$ 16,6 bilhões (MENDES e FUNCIA, 2016).

Nos primeiros anos de sua vigência, a EC 95/2016 não aporta maiores recursos para a saúde, e não limita as despesas financeiras. Porém, nos anos seguintes mostram-se catastróficos para o financiamento do SUS e para as demais despesas primárias.

Começa-se a perceber alguns movimentos, embora ainda tímidos de resistência aos efeitos danosos da EC 95/2016, sobre o financiamento da saúde no país. Ao final de agosto de 2017, o ministro Ricardo Lewandowski do Supremo Tribunal Federal (STF) suspendeu de maneira provisória a regra sobre orçamento impositivo (EC 86) na área da saúde. Na prática, o ministro deferiu liminar na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5595 para suspender a eficácia dos artigos 2 e 3 da EC 86/2015 (Emenda do Orçamento Impositivo).

A justificativa da medida é baseada no fato que o novo regime orçamentário, que passará a submeter também o piso federal da saúde a partir de 2018 pode exacerbar o "quadro crônico de subfinanciamento da saúde pública do país, que causa número formidável de mortes e agravos evitáveis à saúde dos cidadãos brasileiros". Essa liminar constitui medida, ainda que parcial importante diante da EC 95 e da crise nos serviços essenciais de saúde.

Considerando o gasto do SUS apenas no estado de São Paulo, do qual é o recorte territorial desse trabalho, fica definido como *gasto* aquele que compreende os recursos do poder público realizados pelas três esferas de governo / gestores do SUS, diretamente aplicados pelo Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde (SES/SP) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) no Estado de São Paulo.

Esses recursos abrangem, além dos recursos municipais, as transferências dos governos federal e estadual, uma vez que elas são aplicadas "no" Estado de São Paulo[36].

Já o período compreendido pelo trabalho abrange os dados de 2013 a 2017, destacando que a avaliação, nesses anos, restringe-se as mais recentes informações disponíveis pelo Balanço do Governo do Estado de São Paulo, e por uma análise pormenorizada da situação orçamentário-financeira da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, por meio do SIGEO – Sistema de Informações e Execução Orçamentária.

Além disso, as informações municipais foram coletadas por meio de informações orçamentário-financeiro constantes no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) do Ministério da Saúde, o qual disponibiliza informações sobre despesas e receitas em saúde.

As informações anuais, referentes ao período de 2013 a 2017 e extraídas da execução orçamentária (SIGEO) da Secretaria de Estado da Fazenda e do SIOPS, correspondem ao conceito de despesa liquidada, o que indica que os valores não incluem os chamados Restos a Pagar daquele mesmo ano, conforme definidos no artigo 36 da Lei n. 4.320/64.

O Quadro 8 (abaixo) apresenta as categorias das despesas e as fontes utilizadas para apurar o gasto em saúde no estado de São Paulo por Esfera de Governo.

Quadro 8 - Origem e Destino dos Recursos por Fonte de Informação

Origem e Destino dos Recursos	Fonte da Informação
Gasto Federal Transf. para SES SP	SIGEO
Gasto Federal Transf. para Municipios SP	SIOPS
Gasto Estadual Transf. para Municipios SP	SIOPS
Gasto Estadual no ESP	SIGEO
Gasto Estadual no ESP (Tesouro)	SIGEO
Gasto Estadual no ESP (Outras Origens)	SIGEO
D.R.Próprios por Ano segundo Município	SIOPS

Fonte: Elaboração do Autor

Dessa forma, todas as informações financeiras foram deflacionadas, utilizando-se o Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna (IGP/DI – Fundação Getúlio Vargas – base = agosto de 1994[37]) médio do ano, convertidas a preços de dezembro de 2017.

---

[36] A categorização de gasto em saúde "no" Estado de São Paulo foi originalmente trabalhada por Piola e Viana (2002), sendo retomada em Mendes (2005) e utilizada no trabalho de apuração do gasto no Estado de São Paulo em Mendes (2008).

[37] O Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGP-DI) é um indicador econômico de abrangência nacional. Está estruturado para medir as variações médias dos preços recebidos pelos produtores domésticos na

De acordo com a metodologia adotada, considerando o período analisado, vemos que o gasto com saúde teve uma variação[38] nominal de 7,2 % e a variação dos mesmos valores quando deflacionadas pelo IGP/DI foi de 1,3% (Tabela 3).

Já o gasto per capita, quando consideramos o aumento da população projetada pelo IBGE (3,3%) para o mesmo período ficou praticamente estável, tendo uma variação positiva de 0,5%. Em outras palavras, num período de 5 anos o gasto em saúde per capta praticamente não se altera, apesar das mudanças nos padrões sociais, demográficos e epidemiológicos caracterizados pelo progressivo envelhecimento da população e pelas mudanças severas no comportamento das pessoas em relação à qualidade de vida.

Acrescentam-se a isso as alterações relevantes no perfil de morbimortalidade dessa população, onde diminui a incidência de mortes por doenças infectocontagiosas e aumenta aquelas ligadas às doenças crônicas, típicas da população com idade mais avançada que, via de regra, necessitam de diagnósticos e atendimento de média alta complexidade que drenam recursos da atenção básica.

Tabela 2: Gasto em Saúde no Estado de São Paulo por Sub função, 2013-2015

SUB FUNÇÃO	2013		2014		2015		CAGR
	VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%	
ASSISTENCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	30.797,70	55,15	33.416,00	56,70	32.454,1	55,08	2,65
ATENCAO BASICA	14.247,60	25,51	13.551,10	22,99	13.587,7	23,06	2,34
ADMINISTRACAO GERAL	6.756,70	12,10	7.148,50	12,13	7.258,2	12,32	3,64
SUPORTE PROFILATICO E TERAPEUTICO	2.611,00	4,68	3.083,40	5,23	3.040,4	5,16	7,91
OUTROS	638,10	1,14	701,00	1,19	1.567,7	2,66	56,75
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	440,80	0,79	518,10	0,88	532,1	0,90	9,87
VIGILANCIA SANITARIA	203,70	0,36	375,00	0,64	359,9	0,61	32,93
ALIMENTACAO E NUTRICAO	149,70	0,27	141,40	0,24	118,1	0,20	11,20
Total Geral	**55.845,30**	**100,00**	**58.934,60**	**100,00**	**58.918,3**	**100,00**	**2,71**

Fonte SIOPS e SIGEO – Elaboração do Autor

No período analisado como pode ser observado na Tabela 2 (acima), o gasto do SUS realizado no estado de São Paulo concentram-se na sub função Assistência Hospitalar e

venda de seus produtos. A sua composição tem por base as pesquisas estruturais relativas aos setores agropecuário e industrial, além das Contas Nacionais, que envolve inclusive o câmbio fundamental para efeito das contas/dos fundos públicos. Todas as pesquisas são divulgadas pelo IBGE

[38] Para a análise do gasto do SUS no Estado de São Paulo, de 2013 a 2017, foi utilizado o CAGR (Compound Annual Growth Rate) que representa a taxa de crescimento composta de determinado período. A fórmula de cálculo do CAGR é (Valor final / Valor inicial) ^ (1/qtd anos) -1.

Ambulatorial, de modo a ser responsável por 55,15% do gasto total, em 2013, 56,7%, em 2014, e, 55,08%, em 2015[39]. Sua taxa de crescimento composta nesses anos representou 2,65%, enquanto o gasto total público aumentou no mesmo patamar, 2,71%. A sub função da Atenção Básica correspondeu à segunda maior participação no gasto público total no Estado, sendo 25,15%, 22,99% e 23,06%, respectivamente. Sua taxa de crescimento composta no período ficou parecida com a sub função anterior, isto é, 2,34%.

De forma geral, percebe-se que a evolução das receitas próprias[40] das três esferas de Governo foi insuficiente para manutenção dos mesmos níveis e qualidade dos serviços, na medida em que há, segundo projeção de população do IBGE, um aumento de 3,3% na população.

Além do aumento potencial de usuários pelo crescimento populacional, as mudanças nos padrões sociais, demográficos e epidemiológicos têm se caracterizado pelo progressivo envelhecimento da população. Essas mudanças severas no comportamento das pessoas em relação à qualidade de vida acrescentam alterações relevantes no perfil de morbimortalidade, pois ocorreu uma diminuição da incidência de mortes por doenças infectocontagiosas e aumento àquelas ligadas a doenças crônicas, principalmente em relação a população com idade mais avançadas. Isso se dá pelo fato que diagnósticos e tratamento, via de regra, demandam procedimentos mais complexos em casos de pessoas da terceira idade, e necessitam serem mais especializados, por maior tempo e mais onerosos.

De acordo com a Tabela 3 (abaixo), no período analisado, o gasto geral tem uma taxa de crescimento acumulada de 1,2%, sendo possível supor que esse baixo crescimento dos gastos com saúde corresponde ao período em que a crise econômica já em curso no país, com impactos diretos na de queda de arrecadação nas receitas públicas.

Entre 2013 e 2017, a fonte federal foi a única das esferas de governo que apresentou, uma evolução negativa de suas receitas, com taxas de crescimento composta de -0,9%.

Já com relação fonte estadual, no mesmo período, houve um aumento da taxa de crescimento composta de 1,7%. E por fim, em relação à fonte municipal, o comportamento

---

[39] Os dados de 2016/17 não disponíveis no site do SIOPS. A base do SIOPS concentra 98,2% das Despesas com Atenção Básica – Data de Acesso 08/01/2019
Link: http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicSP.def

[40] Receita Própria de cada uma das esferas indica o volume de recursos que os gestores dispõem para realizar as políticas públicas, em geral, e a política de saúde, em particular por esfera de governo, sendo:
1 - Federal, refere-se aos recursos de impostos, deduzidos as parcelas destinadas aos estados e municípios
2 - No estadual, refere-se aos recursos de impostos e transferências constitucionais deduzidos as transferências aos municípios
3 - Nos municípios, refere-se aos recursos de impostos mais as transferências constitucionais (fonte: SIOPS).

entre 2013 a 2017, é semelhante à fonte estadual, ou seja, também teve aumento na taxa de crescimento, mas neste caso a taxa foi de 2,2%.

Tabela 3 - Gasto em Saúde no Estado de São Paulo por Esfera de Governo, 2013-2017

RECURSOS POR ESFERA DE GOVERNO	2013		2014		2015		2016		2017		CAGR
	VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%	%
Federal	13.527,60	24,2	14.820,40	25,1	14.130,50	24,0	13.108,40	22,9	13.066,50	22,2	-0,9%
Estadual	17.372,50	31,1	17.999,90	30,5	18.300,30	31,1	17.687,80	31,0	18.566,20	31,6	1,7%
Municipal	24.945,30	44,7	26.114,40	44,3	26.487,50	45,0	26.353,00	46,1	27.213,20	46,2	2,2%
Total Geral	**55.845,30**	**100,0**	**58.934,60**	**100,0**	**58.918,30**	**100,0**	**57.149,10**	**100,0**	**58.845,90**	**100,0**	**1,3%**

Fonte SIOPS e SIGEO – Elaboração do Autor

Portanto, de maneira resumida, podemos destacar que as receitas destinadas à Saúde no estado de São Paulo, no geral, cresceram particularmente no que se refere à esfera municipal, mas de maneira inconsistente à necessidade do aumento de demanda apresentado no mesmo período, fato que leva a um gasto per capita público de cerca de R$ 1.300,00, conforme tabela 4 (abaixo), aquém dos parâmetros internacionais, mas mesmo assim, acima da média nacional.

Tabela 4 Gasto em Saúde per Capita no Estado de São Paulo, 2013-2017

GASTO PER CAPITA	2013	2014	2015	2016	2017	CRESC/ CAGR
	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	
Projeção População (IBGE)	43.663.670	44.035.291	44.396.476	44.749.689	45.094.858	3,3%
Gasto Per Capita	1.278,99	1.338,35	1.327,09	1.277,08	1.304,94	0,5%

Fonte SIOPS e SIGEO – Elaboração do Autor

Já por Sub Função, os gastos com Assistência Hospitalar e com Atenção Especializada assumem mais de 55% dos gastos, com evolução estável no período estudado. Além disso, a Atenção Básica contabiliza menos de 1/4 dos gastos e com evolução decrescente, o que releva um desfinanciamento preocupante dessa Sub função.

Somando-se esses dois pontos temos que, o aumento dos gastos municipais e redução das despesas com Atenção Básica ocorrem porque os municípios, que de acordo com o desenho institucional da política de saúde pública são os principais responsáveis por esses procedimentos, estão direcionando, proporcionalmente, mais recursos para as outras sub funções de responsabilidade dos demais entes federados, deixando de investir em Atenção

Básica. A consequência dessa estratégia determinada pelas políticas de austeridade fiscal são os efeitos nos indicadores de APS.

> O sistema de saúde no Brasil, que conviveu com um subfinanciamento crônico desde a constitucionalização, está ameaçado por um desfinanciamento do setor decorrente da implementação de uma política econômica austera, que preside e subordina as políticas sociais. Essa política está centrada no ajuste fiscal por meio de cortes nas despesas primárias nos vinte anos de vigência da Emenda Constitucional 95/2016 (de 2017 a 2036), o que, segundo estudos, deve impingir ao setor da saúde uma perda de recursos de R$415 bilhões para financiamento das ações e serviços públicos de saúde (ASPS). Desse modo, projeta-se a manutenção da tendência de queda na participação relativa da União nos gastos totais com ASPS, redução nos investimentos na APS proporcionalmente a outros níveis de atenção e manutenção das iniquidades regionais nos gastos.
> Neste cenário, o presente estudo aponta para a insustentabilidade da política de Atenção Primária em Saúde no estado de São Paulo nos próximos anos, na medida em que se verifica que os municípios participam com 96,3% dos gastos em APS no estado, mesmo no limite da sua capacidade de investimento médio da RCL municipal com saúde (23,8%). (SOARES, 2019, p.9).

Como visto até aqui, se por um lado não podemos afirmar que haja uma relação direta entre as medidas de austeridade fiscal e econômica implementadas em decorrência da "tempestade perfeita" gerada pelas crises iniciadas em 2013, mas sim uma correlação entre os dois fenômenos, por outro lado, podemos afirmar que as esse mesmo conjunto de eventos que geram as medidas de austeridade atuam diretamente no fortalecimento de antigos arranjos privatistas (Schamis, 2002), bem como no surgimento de novos modelos de prestação de serviços de saúde ao largo do Sistema Público, mas competindo com este por recursos, humanos e financeiros, e por seus usuários, com o beneplácito do Estado, quando não, com seu apoio e incentivo direto.

A relação entre as esferas pública e privada no provimento de serviços de saúde não é algo novo no Brasil, mas se intensificou com a Reforma do Estado Brasileiro nos anos 1990[41]

---

[41] A reforma do Estado brasileiro nos anos 90 tem como marco institucional a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado e a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado. O Governo considera que o modelo de Estado vigente intervém fortemente na economia e assume gastos sociais além da sua capacidade financeira o que o obriga a uma reforma do papel do Estado.
"A reforma gerencial de 1995, como as demais reformas desta natureza, respondeu ao grande aumento do tamanho do Estado que implicou sua transformação em um Estado social; ao tornar a administração pública ou a

De acordo com Levi (2016) há quatro tipos de provedores de serviços de saúde: privados com fins lucrativos, privados sem fins lucrativos estatais e Organizações Sociais de Saúde (OSS).

> Essas últimas são modalidades híbridas, envolvendo estruturas formadas com patrimônio público e geridas por entidades privadas sem fins lucrativos, modelo cuja base legal foi dada pela Reforma do Estado empreendida no Brasil em meados dos anos 90. A Reforma criou a figura das Organizações Sociais, novo formato de provisão de serviços no âmbito das áreas de saúde, educação, proteção ao meio ambiente e cultura, integrantes do que foi designado como setor "público não-estatal". O financiamento de suas atividades é feito com recursos públicos, repassados às entidades privadas através de contrato de gestão.

A Reforma, em sintonia com os princípios da Nova Administração Pública, buscava promover o controle dos resultados na administração pública e propunha que Organizações Sociais (OS), ou mesmo entidades privadas, passassem a celebrar contratos de gestão com o setor público para prestarem serviços públicos. Esse movimento repercutiu no Estado de São Paulo que, em 1998, editou a Lei Complementar 846/86 que dispunha sobre a qualificação de Organizações Sociais para atuarem em atividades de saúde e cultura.

Especificamente no caso da saúde em São Paulo as organizações deveriam comprovar experiência de na administração de serviços de saúde e poderiam constituir parceira com o setor público através de contratos de gestão com programa de trabalho, metas e previsão de receitas e despesas, regulamento interno para compra de bens e serviços, prestação de contas e fiscalização externa realizado pelo Tribunal de Contas do Estado.

O Governo Covas (1998-2001) identificou nas OS de Saúde (OSS) como uma solução para o problema contratação de serviços limitados pela Lei Camata[42]. A partir dessa iniciativa o modelo de contratação de serviços via OSS se expandiu pelo Estado, tanto na administração estadual, quanto nas municipais, com o uso de contratos de gestão também em unidades geridas pela administração direta.

Esse dispositivo, conhecido como contratualização de serviços que utiliza contratos que atrelam os pagamentos a indicadores tanto de quantidade de serviços prestados, quanto de

---

organização do Estado mais eficiente, legitimou os grandes serviços sociais de Educação, Saúde, Previdência e Assistência Social que a partir de dois marcos – a Revolução de 1930 e a transição democrática de 1985 - resultaram na transformação do regime oligárquico-liberal brasileiro em um regime democrático e social."(BRESSER PEREIRA, 1995, p.172)

[42] Proposta incorporada na Lei de Responsabilidade Fiscal que determina um limite de 60% do total das receitas dos estados com gastos de pessoal.

qualidade e de impacto sobre a saúde da população cresceu de forma pronunciada no interior do SUS, podendo ser entendido como parte do que neste trabalho chamamos de intensificação de novos arranjos privatistas.

Trabalho de Coelho e Greve (2016) mostrou que o uso de contratos com organizações sociais de saúde vem crescendo nos municípios do estado de São Paulo. Em 2015, quase metade dos 645 municípios (318 em 645) utilizavam a contratualização de serviços na Atenção Básica. De acordo com esse estudo houve aumento no número de consultas e redução das taxas de internação por causas sensíveis à atenção básica, mostrando resultados mais positivos do que aqueles encontrados por autores que analisaram o uso de contratos em outros contextos (Cashew et al 2016; Shroff et al 2017, apud Coelho e Grave (2016), diferentemente do que aponta a literatura internacional que não aponta melhoria de indicadores associados ao uso de contratos de gestão.

> Ou seja, políticos e gestores vêm buscando aprimorar as condições organizacionais a partir de diferentes enfoques, os quais têm levado a diferentes formas de lidar com a contratação indireta. Assim em paralelo à abordagem contratualista, que recebe grande atenção tanto no debate internacional quanto no nacional, passaram a desenvolver outra, mais participativa. Estas abordagens, bastante diferenciadas tanto na retórica, quanto em várias das suas práticas, têm, no entanto, se contaminado permanentemente. (Coelho e Greve, 2016, p 890).

Desde sua criação o SUS sempre dependeu da utilização de estruturas privadas de atendimento, seja no modelo de compra de serviços hospitalares no modelo adotado pelo INAMPS e que perdurou por anos, mesmo depois da institucionalização do SUS na Constituição de 1988, seja no modelo de parcerias com OSS potencializado com a Reforma Administrativa do Estado nos anos 1990. Segundo Levi (2016) o CNES apontava que os hospitais que atendiam tanto ao SUS como a particulares dispunham em 2014 quase 500 mil leitos, sendo que deste total 71% eram leitos destinados ao SUS e o restante voltado ao sistema de acesso privado.

Mesmo com alguma alteração nestes percentuais ocorrida nos últimos anos, o fato é que a escolha, por um modelo híbrido, em que o Estado é ao mesmo tempo provedor e comprador de serviços, organizador e demandante do sistema, fez com que a possibilidades de escolhas políticas para criação de sistema puramente estatal ou eminentemente privado não seja uma escolha possível, dados seus custos políticos de implementação.

Dentro do campo político que norteia as decisões sobre uma política pública tão complexa como o SUS formam as alianças e relações entre indivíduos e entre organizações que criam identidades políticas e de interesses mútuos bastante consolidadas que criam constrangimentos sociais, políticos e econômicos que limitam suas opções de escolha administrativas, ideológicas e racionais. Nesse sentido Pierson (2004) afirma, que atores sociais assumem compromissos baseados nas instituições e políticas existentes. Conforme eles os fazem, o custo de reverter o curso em geral aumenta dramaticamente (PIERSON, 2004, p.35, apud Bernardi, 2012, p.153).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem teórica desta dissertação buscou dialogar com autores que ajudassem a construir categorias analíticas próprias para o entendimento dos processos de permanência da saúde, como um problema de relevância e saliência no rol das políticas públicas estatais. O enfoque está no ataque ao modelo de financiamento do Sistema, através do entendimento das Emendas Constitucionais que atuam como ferramentas de precarização do SUS e provocam consequências mesmo que indiretas em seus indicadores objetivos.

Desde a inclusão do artigo 196 na Constituição de 1988, de acordo com a redação original proposta pelo Movimento Sanitário, a saúde pública conseguiu uma segurança normativa e institucional, como nunca existiu no Brasil.

> "Art. 196. A saúde é direito de todos e **dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao **acesso universal e igualitário** às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". (Grifo nosso)

No entanto, já no artigo seguinte deixa espaço para atuação da iniciativa privada como um operador importante do Sistema, criando um sistema formalmente complementar, mas que na prática se mostra concorrente por recursos financeiros e profissionais, fato que limita sua atuação.

> "Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou **através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. "** (Grifo nosso)

Ao longo desses 30 anos, o SUS passou por diversas normatizações, pactuações e negociações de instrumentos de implementação, e transformou-se de uma política meio assistencialista e focalizada para uma política finalista, universal, de caráter transversal, e que impacta a economia, política, assistência social e o combate à pobreza. O que determinou essa transformação foram fatores como: os constrangimentos históricos, econômicos e ideológicos. Além disso, o motivo principal foi o jogo político do qual todas as políticas públicas são

submetidas, junto às convicções dos seus operadores acerca da sociedade e do mundo, que mantiveram as características do SUS próximas a política pública defendida pelo Movimento Sanitário.

Contudo, a alternância de poder por vias não eleitorais tem a capacidade de criar uma narrativa de falhas, vulnerabilidades e negligências políticas, que possibilita que novos desenhos institucionais, atores e interesses a adentrarem o processo político. Isso é responsável pela mudança da correlação de forças dentro da burocracia estatal, que direciona o Sistema em direção a uma maior participação dos agentes de mercado na política de saúde pública.

Apesar dos indicadores de financiamento da saúde do período analisado, de 2013 a 2017, não demonstrar oscilações relevantes para justificar a mudança na estrutura do financiamento público da saúde, essa foi uma das principais justificativas para que isso ocorresse através da aprovação da EC 95/2015.

No estado de São Paulo, por exemplo, a variação linear corrente dos recursos com Saúde, como será discutido detalhadamente no tópico específico sobre o tema, foi de 1,5% positiva e o gasto per capita também oscilou positivamente em 0,5%.

No âmbito nacional, as despesas públicas com saúde também se mantiveram estáveis em relação ao PIB Nacional. Entre 1995 e 2014, o gasto do Ministério da Saúde não foi alterado, mantendo-se 1,7% do PIB. Apesar do avanço que significou a criação do SUS, em 2014, seu gasto foi de 3,9% do PIB (União – 1,7%; estados – 1,0% e municípios – 1,2%), enquanto o gasto público em saúde na média dos países europeus com sistemas universais correspondeu a 8,0% (MENDES e FUNCIA, 2016).

Ou seja, pela perspectiva dos indicadores de financiamento, uma medida para estabelecer um teto de gastos é contra intuitiva e não deveria servir como justificativa para uma significativa mudança no desenho do modelo de financiamento do sistema, mas também neste caso a dependência da trajetória política e histórica condicionam a construção das narrativas e são mais determinantes do que os indicadores econômicos.

Importante lembrar que também neste momento permanece na arena pública da saúde importante luta política entre as forças defensoras da manutenção da prevalência do Estado à frente da gestão do SUS, e os movimentos empresariais ligados a estrutura da produção médica privada e ao sistema financeiro nacional que também passaram a atuar fortemente no setor da saúde, que se manifesta nos embates políticos ideológicos das eleições de 2014 e que confrontam dois modelos antagônicos de gestão pública de modo geral e da saúde de maneira mais específica.

Essa disputa entre PT e PSDB, como representantes de visões diametralmente opostas do papel do Estado nas gestões das políticas públicas é, em grande medida, resultado da crise econômica que vinha se desenhando desde 2013, mas que ganha corpo a partir da reeleição de Dilma Rousseff e contribuiu para o fim do ciclo petista de poder. Essa crise econômica reduziu brutalmente a capacidade de manobra do governo e reforçou a narrativa que o país estava "quebrado" pela falta de habilidade política de Dilma nas negociações entre Executivo e Legislativo.

Então, apesar de não termos indicadores claros sobre a crise do financiamento temos uma narrativa bem construída neste sentido e uma crise econômica, política e institucional, que reforça a necessidade da busca de uma nova solução para o problema do financiamento da Saúde Pública no país.

O surgimento da "opção Temer" e da "Ponte para o Futuro" é um exemplo desse movimento de busca de uma nova solução. O documento do PMDB é bastante claro ao propor como medida de redução do déficit público, de modo a acabar com as vinculações constitucionais estabelecidas, como no caso dos gastos com saúde e com educação

Mas mesmo com o consenso em torno do impeachment dentro da maioria do Congresso, não era certo que propostas de mudanças constitucionais que ameaçassem explicitamente a continuidade de um sistema como o SUS, fossem aprovadas. Em função disso, a maneira encontrada para que o Estado pudesse buscar alternativas para repassar uma parte ainda maior da política pública de saúde para a iniciativa privada foi atacar sua base de financiamento através da proposição e aprovação da EC 95/2106

Na proposta de um Novo Regime Fiscal, apresentada pelo PMDB, ficou claro que a participação do setor privado iria aumentar, devendo se dar ainda mais sob forma de serviços contratualizados em parecerias público privado, sob as normas do direito público e os modelos estabelecidos na Reforma do Estado Brasileiro de 1995. Quanto aos investimentos dos recursos públicos, estes passariam a seguir um teto de gastos, vetando-se sua ampliação para além da inflação do ano anterior independente de fatores demográficos ou de aumentos dos custos e complexidade dos tratamentos

Através das discussões da EC 95 é que serão apresentadas as teses da Reforma Fiscal, como o fio condutor da construção de um limite para os gastos com as políticas públicas sociais, de maneira alinhada com a narrativa construída durante os últimos anos de falência do Estado e negociada entre as forças políticas majoritárias organizadas e presentes no Congresso Nacional.

Algumas outras considerações sobre a elaboração e os achados desse trabalho precisam ser registradas. Primeiramente, registramos que uma possível correlação entre austeridade econômica e indicadores de Atenção Primária em Saúde nos três Indicadores selecionados (Mortalidade Infantil Cobertura de PSF e Cobertura Vacinal), poderá ficar mais claramente discutida a partir de novas leituras onde o efeito da EC 95/2016 esteja mais presente nos fluxos de financiamento da Saúde e seja possível diferenciá-los dos efeitos da queda das receitas públicas em função da queda na arrecadação de impostos em de uma economia deprimida.

Um segundo ponto é que esses efeitos podem ser ainda mais críticos e potencialmente danosos à saúde da população, já que há outros 11 outros indicadores que compõem o Perfil de Indicadores da Atenção Primária que não atendiam aos critérios de seleção estabelecidos[43] para esse trabalho, mas que podem estar interferindo nos indicadores objetivos, mas de uma maneira que ainda não é possível capturar com as metodologias, recursos e dados de que dispúnhamos.

A análise de outro conjunto de indicadores, como por exemplo: coeficiente de mortalidade por câncer de colo uterino, coeficiente de mortalidade por doença do aparelho circulatório (30 a 59 anos), coeficiente de internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC) (30 a 59 anos) e percentual de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, que neste momento não atende aos critérios estabelecidos, sobretudo no que se refere a possibilidade de mudança no curto prazo pode, em um estudo futuro com outro recorte de indicadores, território e período indicar um efeito ainda mais crítico e potencialmente danoso à saúde da população, sobretudo trabalhadores em idade economicamente ativa.

Para que os efeitos da austeridade sobre o orçamento da Atenção Primária, através da EC 95/2016, pudessem ser capturados durante a pesquisa para esse trabalho, outros grupos de indicadores não puderam ser avaliados. Mas em um estudo futuro esses efeitos podem ser capturados, já que se trata de indicadores e diagnósticos mais complexos, ainda que pouco sensíveis às restrições de financiamento, e que necessitam de um tempo maior para apresentar alterações em sua trajetória inercial, onde as mudanças somente serão percebidas mais adiante, na possibilidade da continuidade do atual ciclo liberalizante.

Também cabe considerar que, grande parte dos dados e indicadores podem ser impactados pelas restrições orçamentárias, e referem-se a diversos entes subnacionais, sobretudo nos municípios mais pobres, e que tem uma dependência maior das transferências federais que, como discutido, foi a esfera de governo que mais contribuiu para a redução dos

---

[43] Critérios de seleção estabelecidos para os indicadores de Atenção Básica: a) estarem dentro do escopo mínimo da Atenção Básica, b) possuírem baixa taxa de Referenciamento e Regulação, c) serem indicadores sensíveis no curto prazo e, d) possuírem séries históricas consistentes.

investimentos nesse período. Por isso, um estudo mais detalhado sobre territórios menores, como as Regiões de Saúde, pode nos mostrar relações de causalidade ainda mais diretas e críticas das medidas de austeridade sobre o financiamento da saúde, que a utilização de um território mais amplo e heterogêneo, como o estado de São Paulo pode ter encoberto.

Por fim, cabe registrar que as dificuldades encontradas com a atualização dos bancos de dados oficiais, sobretudo o SIOPS que concentra 98,2% das despesas com Atenção Básica, impossibilitou uma análise mais profunda que, obrigatoriamente teve que ser feita olhando para a tendência dos dados no período disponível de 2013 a 2015, uma vez que os dados referentes ao biênio 2016/17 não estavam disponíveis em janeiro de 2019.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil, 2007. 136p

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. Ciênc. Saúde coletiva [online]. 2017, vol.22, n.4

ALVES, Giovanni et al. (coord.) Enciclopédia do Golpe. Vol. 1. Projeto Editorial Práxis; Edição: 1ª, 2017.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; PONTES, Ricardo José Soares; MARTINS Junior, Tomaz. A descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil. Rev Panam Salud Publica 2000; 8(Supl 1-2):85-91.

AROUCA Sérgio. Democracia é saúde. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde; 1987. p. 35-42.

BALERA, Wagner. A seguridade social na Constituição de 1988. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989

BARATA, Rita Barradas; RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida; MORAES, José Cássio de; FLANNERY, Brendan. Social inequaities and vaccinaton coverage: results of an immunisation survey in 27 Brazilian cities,2007-2008. Journal of Epidemiology and Community Health (1979) , v. 66, p. 934-941, 2012.

BERLINGUER, Giovanni; TEIXEIRA-FLEURY, Sonia Maria e CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Reforma Sanitária. Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec-Cebes, 1988.

BERNARDI, Bruno Boti, O Conceito de Dependência da Trajetória (Path Dependence): Definições e Controvérsias Teóricas in Perspectivas, São Paulo, v. 41, p. 137-167, jan./jun. 2012

BOBBIO, Norberto. Estado, Governo, Sociedade. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

BRAGA, Sérgio; CARLOMAGNO, Márcio. Eleições como de costume? Uma análise longitudinal das mudanças provocadas nas campanhas eleitorais brasileiras pelas tecnologias digitais (1998-2016). Rev. Bras. Ciênc. Polít., Brasília , n. 26, p. 7-62, Aug. 2018

BRAGA NETO, Francisco Campos; BARBOSA, Pedro Ribeiro; SANTOS, Isabela Soares; OLIVEIRA, Celina Maria Ferro de. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 577-608.

BRASIL IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). Relatório Políticas Sociais - acompanhamento e análise nº 24, 2016

BRASIL IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). Boletim de Análise Político-Institucional nº 7, janeiro - junho 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 1996.

_____ Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da 2006. 300

_____ Anais 12.ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: manual: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003 / – Brasília, 2003.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 252-264, Oct. 2014 .

CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, G. et al. (Org.). Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 87-121

CARDOSO JUNIOR, José Celso Pereira. A CF-1988 na Berlinda: trinta anos de disputas por um projeto nacional de desenvolvimento nos trópicos. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe3, p. 18-32, nov. 2018 .

CARDOSO JUNIOR, José Celso Pereira; REIS, Sérgio Roberto Guedes. Resistência social e contestação popular ao golpe de 2016 no Brasil: aporias a uma era de mediocridades e outros insultos. Revista Interfaces Cientificas, v. 6, p. 11-26, 2018.

COALIZÃO SAÚDE BRASIL - Uma agenda para transformar o Sistema de Saúde – 2017 (on line Acesso em http://icos.org.br/wp-content/uploads/2017/04/Relato%CC%81rioNet.pdf)

COELHO, Vera Schattan P.; GREVE, Jane. As Organizações Sociais de Saúde e o Desempenho do SUS: Um Estudo sobre a Atenção Básica em São Paulo. Dados, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 867-901, Sept. 2016.

COHN, Amélia. "Caminhos da reforma sanitária", revisitado. Estud. av., São Paulo, v. 32, n. 93, p. 225-241, ago. 2018 .

COUTO, Cláudio Gonçalves e ARANTES, Rogério Bastos. Constituição, governo e democracia no Brasil. Rev. bras. Ci. Soc. [online]. 2006, vol.21, n.61 [cited 2018-03-02], pp.41-62.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Cristian. A Nova Razão do Mundo - Ensaio sobre a Sociedade Neoliberal. São Paulo: Editora Boitempo, 2016. 402 p.

ELIAS, Norbert. O Processo civilizador: Uma história dos costumes, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994

ESCOREL, Sara. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário [online]. Rio de. Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p

FAGNANI, Eduardo. O fim do breve ciclo da cidadania social no Brasil (1988-2015). In: Texto para Discussão. Unicamp. IE, Campinas, n. 308, jun. 2017.

FAGNANI, Eduardo. Austeridade e Seguridade: a destruição do marco civilizatório brasileiro In: Pedro Rossi; Esther Dweck; Ana Luíza Matos de Oliveira; (Org.). ECONOMIA PARA POUCOS: Impactos Sociais da Austeridade e Alternativas para o Brasil... São Paulo: 2018, v. 1, p. 57-82.

FLEURY - TEIXEIRA, Sonia Maria; PINHO, Carlos Eduardo Santos. Liquefação da rede de proteção social no Brasil autoritário. Rev. katálysis, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 29-42, jan. 2018 .

FLEURY- TEIXEIRA, Sonia Maria. Reorientação da Assistência Médica Previdenciária; um passo adiante ou dois atrás? Rio de Janeiro, FGV, EBAP, 1984. 15 p.

FUNCIA, Francisco R. Subfinanciamento e Orçamento Federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. Futuros do Brasil: Textos para debate, Rio de Janeiro, n. 6, p. 1-12, jul. 2017.

GIOVANELLA, Lígia; STEGMULLER, Klaus. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 2263-2281, nov. 2014 .

GTIDF. Grupo Técnico Institucional de Discussão do Financiamento do Sus. Nota sobre a PEC 241/2016, 2016.

HOCHMAN Gilberto. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo, Hucitec/Anpocs, 1998.

LEITE, Cristiane Kerches da Silva; FONSECA, Francisco. Nadando contra a maré: Impactos do Golpe Parlamentar de 2016 no campo das políticas públicas no Brasil. Revista Agenda Política, São Carlos, UFSCAR, v.6. Jul. 2018

LEVI, Maria Luiza, Sistema de Saúde no Brasil: redistributividade no modelo de financiamento e provisão financiamento e provisão, Revista Parlamento e Sociedade, São Paulo, v. 4, n. 7, p. 33-63, jul. /dez. 2016

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. Promoção de saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004 166p.

MALTA, Deborah Carvalho; DUARTE, Elisabeth Carmen. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 765-776, June 2007.

MALTA, Deborah Carvalho. Crianças e Adolescentes, políticas de austeridade e os compromissos da Agenda 2030. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2019, v. 24, n. 2, pp. 348.

MATHIAS, Maira. Uma segunda alma para o SUS? Entidades criadas por empresários da saúde abrem caminho para um Sistema Único totalmente integrado e gerido pelo setor privado. Revista POLI: saúde, educação e trabalho. Rio de Janeiro, ano 9, n. 48, nov. /dez. 2016.

MCKAY, L. – Making the Lalonde Report. Towards a New Perspective on Health Project – Background Paper, October 2000

MELLO, Guilherme Arantes et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, Apr. 2017 .

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa M.; LEITE, Marcel G.; TUBONE, Márcia. Financiamento da Saúde: análise dos gastos estaduais e municipais do Estado de São Paulo. Brasília, DF: IPEA, Relatório de Pesquisa, Projeto BRA 97/03, 1999.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 841-850, June 2009.

MENDES, Áquilas (coord.). Financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde (SUS) realizados pelos municípios da Região Metropolitana de São Paulo 2002 a 2008. Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo, São Paulo: FUNDAP, 2010.

MENDES, Áquilas, FUNCIA, Francisco R. O SUS e seu financiamento. Marques, RM et al. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Brasília: Abres/MS/OPAS, 2016, v. 1, p. 139-168.

MENDES, Eugênio Villaça As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

_____ O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il

_____ 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. Estudos Avançados, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

_____ A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.: il.

MENDES, José Dínio Vaz; CECILIO, Mônica Aparecida Marcondes; OSIANO. Vera Lucia Rodrigues Lopes. Hospitais de pequeno porte no SUS do estado de São Paulo SAUDE EM DADOS 2014

MENDES, José Dínio Vaz. A redução da mortalidade infantil no Estado de São Paulo. BEPA, Bol. epidemiol. paul. (Online), São Paulo, v. 6, n. 69, set. 2009

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 320 p

_____ O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, July 2009

_____ História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. Hist. cienc. Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, mar. 2014 .

NORONHA, José Carvalho de et al. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 6 [acessado 30 maio 2019], pp. 2051-2059.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; EGRY, Emiko Yoshikawa. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000 .

OMS, Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma-Ata Alma-Ata: OMS; 1978.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. Hist. cienc. Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014.

PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro). Uma ponte para o futuro. Brasília: Fundação Ulysses Guimarães, 2015.

PIOLA, Sérgio Francisco; NOGUEIRA, Roberto Passos; SERVO, Luciana Mendes; BATISTA DE SÁ, Edvaldo; Paiva, Andrea Barreto. Vinte anos da constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira? Políticas Sociais: acompanhamento e análise - Vinte Anos da Constituição Federal - Brasília, 2009 Volume 1 Diretoria de Estudos e Políticas Sociais / IPEA

PIOLA, Sérgio Francisco;; VIANNA, Solon Magalhães. Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde / Diretoria de Estudos e Políticas Sociais / IPEA Brasília, 2002

PRZEWORSKI, A. Democracia e Mercado – no Leste Europeu e na América Latina. Rio de

Janeiro: Ed. Relume-Dumará, 1991.

RASELLA, David, et al. Mortality associated with alternative primary healthcare policies: a BMC Medicine, 2019, Volume 17, Number 1, Page 1nationwide microsimulation modelling study in Brazil

ROCHA, Antônio Sérgio. Genealogia da constituinte: do autoritarismo à democratização. Lua Nova [online]. 2013, n.88 [cited 2018-03-02], pp.29-87

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Saúde: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2003.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther; OLIVEIRA, Ana Luiza Matos de. Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil. Editora Autonomia Literária; 372 p., 2018.

SALA, Arnaldo; MENDES, José Dínio Vaz. Perfil de indicadores da Atenção Primária em Saúde no estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. Saúde soc., São Paulo, v. 20, n. 4, p. 912-926, Dec. 2011 .

SALTARELLI, Rafaela Magalhães Fernandes et al. Tendência da mortalidade por causas evitáveis na infância: contribuições para a avaliação de desempenho dos serviços públicos de saúde da Região Sudeste do Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. 2019, v. 22

SANTOS, Isabela Sorares; SANTOS, Maria Angélica Borges dos, e BORGES, Danielle da Costa Leite. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. pp. 73-131

SANTOS, Lenir. O poder regulamentador do Estado sobre as ações e os serviços de saúde. In: FLEURY, Sonia. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979. Páginas 15-48; 71-123.

_____ A democracia impedida: o Brasil no século XXI. Editora FGV, Rio de Janeiro, 2017.

SATO, Ana Paula Sayuri. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? Rev Saude Publica. 2018 52:96.

SCHAMIS, Hector F. Re-Forming the State: the politics of privatization in Latin America and Europe. Ann Arbor:Universit of Michigan Press, 2002.

SINGER, André. Brasil, junho de 2013, classes e ideologias cruzadas. Novos estud. - CEBRAP, São Paulo, n. 97, p. 23-40, nov. 2013.

_____. Cutucando onças com varas curtas: o ensaio desenvolvimentista no primeiro mandato de Dilma Rousseff (2011-2014). Novos estud. CEBRAP, São Paulo, n. 102, p. 39-67, July 2015.

SOARES, Adilson. Paradigma de financiamento do SUS no estado de São Paulo: uma análise regional. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 53, 39, 2019.

SOUZA, Jessé. A Radiografia do Golpe. LeYa Editora, Rio de Janeiro, 2016.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STUCKLER, David; BASU, Sanjay. A economia desumana: porque mata a austeridade. Lisboa: Editorial Bizâncio, 2014. 302p.

SWAAN, Abram de. In Care of the State. Health Care, Education and Welfare in Europe and the USA in the Modern Era. Polity Press, Cambridge 1988.

TAUIL, Márcia de Cantuária et al. Coberturas vacinais por doses recebidas e oportunas com base em um registro informatizado de imunização, Araraquara-SP, Brasil, 2012-2014. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 26, n. 4, p. 835-846, Dec. 2017

TEIXEIRA, Hugo Vocurca; TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. Ciência & Saúde Coletiva, vol.8, n.2, 2003, pp. 379-391.

UNICEF - Fundo Das Nações Unidas para a Infância. ECA 25 anos: Estatuto da Criança e do Adolescente: avanços e desafios para a infância e a adolescência no Brasil. [S.l.]: UNICEF, 2015.

VIACAVA, Francisco et al . Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 9, n. 3, p. 711-724, Sept. 2004 .

VIANA, Ana Luiza D´Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Capitalismo e Estado Social: qual o sentido do SUS? A doença holandesa da política social brasileira. In: Plataforma Política Social. SUS: Entre o Estado e o Mercado. Caderno Temático n. 4; maio de 2014.

WERNECK VIANNA, Salvador Teixeira. Macroeconomia e Saúde: apontamentos para uma agenda de pesquisa. Boletim de Análise Político-Institucional, v. 4, p. 25-32, 2015.