



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

AMANDA CAROLINE DA FÉ PEREIRA

**LEI 13.429/2017 E A EMENDA CONSTITUCIONAL 95/2016: UMA ANÁLISE DE
SEUS REBATIMENTOS NAS POLÍTICAS SOCIAIS E DO COTIDIANO, NO PRONTO
SOCORRO CLÓVIS SARINHO NATAL /RN.**

NATAL/RN

2017.2

AMANDA CAROLINE DA FÉ PEREIRA

LEI 13.429/2017 E A EMENDA CONSTITUCIONAL 95/2016: UMA ANÁLISE DE SEUS REBATIMENTOS NAS POLÍTICAS SOCIAIS E DO COTIDIANO, NO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO NATAL /RN.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social. Orientador: Prof. Ms. Tibério Lima Oliveira.

**NATAL/RN
2017.2**

AMANDA CAROLINE DA FÉ PEREIRA

LEI 13.429/2017 E A EMENDA CONSTITUCIONAL 95/2016: UMA ANÁLISE DE SEUS REBATIMENTOS NAS POLÍTICAS SOCIAIS E DO COTIDIANO, NO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO NATAL /RN.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social. Orientador: Prof. Ms. Tibério Lima Oliveira.

Aprovado em: ___ / ___ / ___

Resultado: Aprovada

BANCA EXAMINADORA

Tibério Lima Oliveira

Prof. Ms. Tibério Lima Oliveira. – UFRN
(ORIENTADOR)

Maria de Fátima do Nascimento

Assistente Social Esp. Maria de Fátima do Nascimento – HMWG
(MEMBRO EXTERNO)

Miriam de Oliveira Inacio

Prof. Dra. Miriam de Oliveira Inacio – UFRN
(MEMBRO EXTERNO)

À minha vó Nair Albano,
com a certeza que o seu amor ainda vive em mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ser tão amável e amigo, cotidianamente me provando sua existência, companheirismo e fidelidade de todos os modos possíveis, apesar dos percalços diários para concluir o curso.

Agradeço a meus pais, Newton e Maria de Fátima, que sempre me ensinaram o perceber o valor da vida e tudo que a permeia.

A Thiago, meu companheiro, que me auxiliou por todo o meu percurso acadêmico, pela paciência e pelo amor dedicado. Que os anos continuem passando para nós, juntos, e que assim perseveremos enquanto fizermos bem um ao outro.

Agradeço a minha segunda mãe Adria Santos por sempre ter acreditado em meu potencial até mesmo quando eu não mais acreditava. Que a vida retribua em bênçãos o que esse coração gigantesco e fé tem sido capaz de fazer!

Aos(as) demais familiares: tias, madrinha, primos e primas, agradeço o apoio e o afeto sempre presentes, do momento de euforia do resultado de aprovação na universidade até este momento de finalização.

Agradeço a toda equipe pedagógica que compõe o departamento de Serviço Social da UFRN, por todos os conhecimentos trocados.

Agradeço a toda à equipe do serviço social que compõe o complexo hospitalar Walfredo Gurgel, por ter me acolhido tão bem. Destaco a minha supervisora, a assistente social Fátima Nascimento, por mostrar que não há dicotomia entre teoria e prática e que a luta por direitos deve ser constante.

Agradeço ao meu orientador Tibério Oliveira por ter me acolhido como orientanda, por me acompanhar no fechamento deste ciclo e por sua referência profissional.

E em tempo: Fora Temer!

“Mas se todos corruptos morressem de repente, ia ser tudo diferente, ía sobrar tanto dinheiro que andaríamos na rua sem temer o tempo inteiro. Seu pai não ia ser assaltado, seu filho não iria virar ladrão, sua mãe não iria morrer na fila do hospital.”

Gabriel O Pensador

RESUMO

O presente estudo trata compreender os impactos da emenda constitucional do teto de gastos e da lei da terceirização sobre a política de saúde no Brasil e nos impactos referentes aos serviços fornecidos pelo complexo hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel. A temática foi desenvolvida com base em pesquisa bibliográfica e a partir da experiência de estágio curricular vivenciada no hospital, no período de 2016.2 a 2017.1. A pesquisa tem por objetivo apreender os elementos que compõe a conjuntura política pós-processo de golpe, analisando a materialização desses rebatimentos no Pronto Socorro Clóvis Sarinho e colaborando para o aprofundamento do conhecimento dessas contrarreformas nas políticas de saúde. A pesquisa é de natureza quanti/qualitativa para um maior enfoque de interpretação do objeto de pesquisa. Os dados obtidos foram analisados pelo método histórico e dialético para melhor compreensão da problemática abordada. Na análise desenvolvida, pode-se concluir aprioristicamente que, as contrarreformas foram propostas com o discurso de modernizar as leis para uma saída da crise financeira que se instaurou no país, destacando que o país poderia voltar a crescer economicamente se o estado parasse de ter gastos, considerados desnecessários, como a seguridade social e a educação. Entretanto, como mostra o desenvolvimento da pesquisa, tal discurso é facilmente rebatido quando ressalta-se que de acordo com o orçamento gerado pela união tem-se que 50% é investido apenas para o pagamento da dívida externa e interna do país, enquanto a saúde só ocupa menos de 4% do orçamento. A lei de terceirização e congelamento de gastos públicos por 20 anos desconsidera as condições de trabalho dos indivíduos, não analisa o aumento da população que haverá durante esse período, congelando recursos para os hospitais e para a prevenção e promoção de doenças. As contrarreformas não levam em consideração que a maior parte da população depende do SUS e que sem ele funcionando de forma integral essas pessoas ficaram desassistidas. O SUS se tornará apenas uma via de escape para os casos mais “agudos” de vulnerabilidade.

Palavras – Chave: Saúde; Direitos Sociais; Lei de Terceirização 13.429/2017; Emenda Constitucional nº95/2016; Congelamento de Gastos.

ABSTRACT

The aim of the current study is to comprehend the impacts of the constitutional amendment of the expense ceiling and outsourcing law in health policy on Brazil and the impacts referring to services provided by Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel. This thematic was desenvolved based in a bibliography research and curricular internship experience in the hospital, on a period between 2016.2 to 2017.1. The aim of this research is apprehend the elements of which is composed the post-coup political conjuncture, analysing the materialisation and the consequences in Pronto Socorro Clóvis Sarinho and cooperating for deepening the knowledge of these counter-reformations on health policy. This is a quantitative and qualitative research. The data colleted was analysing based on a historical and dialectical method for a better understanding of the adressed issue. In the analysis developed, a priori is possible to conclude that the counter-reformations were proposed with the updatind law discourse, as a way out of the financial crisis that hit the country, highlighting that the country could stay to economic growing again if the State paralise the expense, considered unnecessary, like social security and education. However, as shows the development of this research, such discourse is easealy refuted when emphasize that, according implementation of the Union budget, 50% is invested just paying the external debt, while health it's only 4%. The outsourcing law and the public expense freezing for 20 years disregard the individual conditions of work, doesn't analysis the increase of population in this period, freezing resources for hospitals and prevention and promotion of deseases. The counter-reformations doesn't take into account that the most part of the population is dependent of SUS and if it is not working in a integral operation those people will be unassisted. The SUS will become only a escape route for acute cases of vulnerability.

Keywords: Cheers; Social Rights; Outsourcing Law 13.429/2017; Constitutional Amendment n°95/2016.

LISTA DE SIGLAS

DRU – Desvinculação de Receitas da União

SUS – Sistema único de Saúde

HMWG – Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel.

EC – Emenda Constitucional

OSs - Organizações Sociais

OSCIPs - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

ONU – Organização das Nações Unidas

IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

CF – Constituição Federal

NOB – Norma de Operação Básica

PAB – Piso Assistencial Básico

FMI – Fundo Monetário Internacional

BRICS – Brasil, Rússia, Índia e China

SAMU – Serviço Atendimento Móvel de Urgência

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

CLT - Consolidação de Leis Trabalhistas

UBS – Unidade Básica de Saúde

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

HPV – Vírus do Papiloma Humano

MEC – Ministério da Educação

FNPS – Fundo Nacional de Proteção Social

MPU – Ministério Público da União

DPU – Defensoria Pública da União

DF – Distrito Federal

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NEP – Núcleo de Ensino e Pesquisa
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
OPO – Organização de Procura de Órgãos
SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Recursos para a saúde no período de 2002 a 2012.	35
Tabela 2 - A DRU e o falso déficit da Previdência Social.	43
Tabela 3 - Estimativa de impacto da PEC 241 para o financiamento federal do SUS - cenários para o período de 2017 a 2036.	62

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Orçamento Geral da União 2017 _____ 49

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1. O SURGIMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS PÓS ANOS 2000	20
1.1 Concepções históricas da saúde pública no Brasil: do Estado restrito ao Estado democrático	21
1.1.1 Sistema único de Saúde Brasileiro: aspectos da Lei 8080/90 e Lei Complementar 8142/90	25
1.1.2 A volta da “democracia”: lacônica análise dos anos 1980 a 2000	28
1.2 O governo Lula e Dilma e os rebatimentos na saúde pública	32
1.3 As contrarreformas do governo Temer Pós-Impeachment de Dilma Rousseff	40
2. AVALANCHE PÓS-GOLPE PÓS IMPECHMEANT DE DILMA ROUSSEFF: DESRESPONSABILIZAÇÃO DO ESTADO COM A SAÚDE PÚBLICA E REPASSE PARA O SETOR PRIVADO	47
2.1 Criação da Lei de Terceirização e da Lei do Teto de Gastos do Fundo Público	54
2.2 Impactos relacionados à política de saúde	60
2.3 Implicações de serviços fornecidos pelo Walfredo Gurgel	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

INTRODUÇÃO

O trabalho foi construído para responder a indagação sobre como a Lei 13.429/2017 e a Emenda Constitucional nº 95/2016 que prevê o teto de gastos públicos possui rebatimentos na política social de saúde e do cotidiano, no complexo hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel - Natal /RN, tendo por objetivo apreender os elementos que compõe a conjuntura política pós-processo de golpe do período de 2016, analisando a materialização desses rebatimentos no hospital. Tal inquietação surgiu durante o período de estágio curricular obrigatório de um ano, observando a dinâmica do hospital e intervindo nas problemáticas observadas a partir da análise da realidade do cotidiano do hospital.

A Emenda a Constituição nº95/2016 tem sua implementação na perspectiva de congelamento de gastos públicos pelo período de 20 anos para custeio da dívida pública enquanto, a Lei 13.429/2017 que libera a terceirização sobre todas as atividades das empresas, poderá então terceirizar a chamada atividade-fim, inclusive na administração pública, põe em perspectiva a precarização do trabalho, que será realizado em grande escala por contratação, podendo ser em regime temporário.

Compreende-se que tal estudo é temática atual colocando a conjuntura política que se encontra no país, frente à quebra de direitos que a classe trabalhadora padece e como tal situação afeta na efetivação e no desmonte das políticas sociais.

Nesse sentido coloca-se a importância do presente estudo para a categoria profissional. Tem-se que a matéria trabalhada pelos profissionais do serviço social são as expressões das desigualdades sociais ¹engendradas na sociedade capitalista em que precisa da intervenção do Estado para mediá-la. Sendo importante ressaltar , que o estado só intervém devido às lutas dos diversos setores da sociedade civil organizada que exige o reconhecimento da garantia dos direitos sociais. Mesmo com tantas lutas ainda há a visão dos direitos como um privilégio, benesse, a partir de uma materialização da ideologia, mas difundido também na classe trabalhadora, principalmente nos que estão em situação de alta vulnerabilidade.

Tal pensamento ganha hegemonia com auxílio da mídia. O que atingiu todas as massas foi à ideologia burguesa e sua cultura. A burguesia se apoderou de tal instrumento, utilizando sua expansão perante as massas populares, a seu favor. Nos anos de 1960, tem-se

¹ Em que se compreende a questão social como um conjunto das expressões sociais existentes na sociedade, a partir de uma análise da produção e reprodução da sociedade em sua totalidade, as contradições entre o capitalismo e trabalho: estando ligada a exploração do capitalista sobre o trabalhador, onde a produção coletiva é apropriada individual pelo detentor dos meios de produção.

uma linha de pensamento mais crítica sobre a influência e o poder da mídia. Inicia-se o debate de que a mídia possui uma influência na opinião pública. Para alguns críticos há preocupação em que o indivíduo diante da enxurrada de informações recebidas, acabe descontextualizando/fragmentando os fatos, tendo um entendimento apenas parcial da realidade, o deixando a se levar pelo conformismo. “A direção da organização jornalística (ou os seus donos) podem influenciar no peso dos valores-notícia com a sua política editorial, às vezes por razões pessoais, dando prioridade a certo assunto ou tema.” (TRAQUINA, 2008, p. 94).

Por isso, alguns políticos utilizam a mídia como meio de propagar a ideologia do capitalismo opressor. Na análise da produção e reprodução da sociedade capitalista, considera-se que a intervenção na questão social deve ser a mais fragmentada possível. Segundo José Paulo Netto, em seu livro *Capitalismo Monopolista e Serviço Social* (1992), indica que esta fragmentação foi uma saída que o sistema capitalista encontrou para descaracterizar a luta da classe trabalhadora, enfraquecendo-a, para que se propague a lógica da individualização, responsabilizando os indivíduos pelas suas mazelas. O direito a políticas públicas atendidas pelo Estado não é uma ideia consensual. Segundo Vianna (2009 apud Boschetti 2010, p. 200) a ideia é focalizar cada vez mais as políticas retirando seu caráter universal, com o discurso de que elas não são as únicas e as mais eficazes para lidar com a questão social.

Nessa lógica é possível perceber que há um desmonte gradual das políticas públicas, com o discurso Neoliberal de que tais políticas são despesas consideradas desnecessárias para o Estado arcar. Tal discurso é propagado com intuito de realizar a desresponsabilização do estado, repassando as atividades para o setor privado. Esse pensamento ainda se encontra presente no atendimento dos sistemas de saúde, parte da população ainda acredita que o atendimento hospitalar é um privilégio concedido pelos políticos de sua cidade, não a encarando como um direito constituído e regulamentado. Com o espraiamento do Neoliberalismo, as políticas de contrarreformas são legitimadas pelo Estado, acarretando perda de direitos constituídos à medida que atende aos interesses do capital e atende parcialmente as demandas requeridas pela classe trabalhadora. Dessa forma ocorre o repasse de maior parcela do orçamento público para o capital/as grandes empresas, de acordo com o que se verificou na pesquisa. Analisa-se que tal fato é percebido a partir de um contexto histórico. O fundo público destinado ao pagamento da seguridade social continuamente demonstra-se como arena de disputa entre privado versus público. A exemplo tem-se o

funcionamento dos extintos INPS e INAMPS, em que ambos os casos o dinheiro arrecado pelos trabalhadores não era investido para as suas previdências e sim transferido para investimento nas empresas industriais de grande porte.

Nessa perspectiva, para uma análise do contexto político, social e econômico atual tem-se que em 2011, entra como sucessora do ex-presidente Lula, a ex-presidente Dilma Rousseff, tendo como vice Michel Temer que sempre esteve por trás de todos os planos e ações realizados até a sua posse ilegítima atual, com o discurso de continuidade do avanço dos direitos aos trabalhadores, mas na prática apresenta-se como um avanço muito mais significativo para a iniciativa privada, em uma perspectiva de conciliação entre capitalistas e trabalhadores, ação que nunca será efetiva pois há interesses antagônicos.

Devido a esse fato e sobre acusações sobre pedaladas fiscais, o Senado Federal aprovou por 61 votos a favor e 20 contra, o impeachment de Dilma Rousseff em uma quarta-feira, de 31 de agosto de 2016. A mesma foi afastada sem provas que identificassem crime de responsabilidade.

O presidente interino Michel Temer após a sua “posse”, numa conferência nos Estados Unidos realizada com a ONU, no dia 21 de setembro de 2016, acaba por declarar que o que culminou a sua posse foi a não aceitação do Projeto Ponte para o Futuro criado pelo partido do PMDB. Seu projeto tem o viés da contrarreforma neoliberal, tanto que após sua assumir ao poder enviou ao congresso várias propostas para a redução de gastos governamentais, entre eles está a PEC 241/2016 e a lei de terceirização 13.429/2017, que já existia, mas passou por modificações.

A finalidade da EC n°95/16, para os opositores da ideia, é de que sirva apenas como uma manutenção do sistema financeiro, sem pensar em outras estratégias como a reforma tributária, como foco nas empresas. São decisões graves que são tomadas por um governo ilegítimo que não obteve seu programa nas urnas, afetam programas que atendem população. Nessa perspectiva tem-se que cada vez mais aumenta o número de pessoas que pagam por plano de saúde, ao invés de usufruir do seu direito ao atendimento à saúde gratuita. Isso porque na prática ela não se efetiva de forma plena; pois, na maior parte dos casos, o dinheiro arrecadado para ser investido na saúde pública não é aplicado em serviços de forma integral, pois acaba por ser desviado pela maior parte dos gestores políticos, sendo em alguns casos repassado para a rede privada e fortalecendo o modelo hospitalocêntrico. Dessa forma, a saúde pública é oferecida a população de forma sucateada, com o discurso de que o serviço privado seria a melhor opção para a população.

Concomitante a criação do teto de gastos, foi retomada a discussão sobre a efetivação da lei de terceirização. Pode-se fazer uma análise crítica de que, se os gastos do governo são reduzidos não há orçamento para contratação de novos servidores públicos, sendo necessário criar contratos temporários ou empresas terceirizadas para suprir a demanda posta pela população e cobrir a ausência de funcionários.

O Pronto Socorro Clóvis Sarinho realiza suas atividades acima da capacidade, devido a esse fato, sempre falta recursos de materiais e profissionais suficientes para os atendimentos da alta demanda. Tal situação pode ainda se agravar com a redução do orçamento repassado ao hospital que atende toda a população do estado Rio Grande do Norte uma parcela de indivíduos dos estados vizinhos. Com base nos estudos realizados no período de estágio obrigatório, tem-se que 30% dos funcionários do hospital já são terceirizados e sofrem com o atraso de salários, benefícios além de más condições de trabalho.

O Projeto de Lei 13.429/2017 que libera a terceirização sobre todas as atividades das empresas, poderá então terceirizar a chamada atividade-fim, inclusive na administração pública, o que põe em perspectiva a precarização do trabalho, que será realizado em grande escala por contratação. O debate acerca dessa nova aprovação é que não haverá mais contratações permanentes, sendo o próximo passo não haver direitos básicos como férias e licença-maternidade, sujeitando a população a submeter-se a condições precarizadas de trabalho para sobreviver.

Em uma análise reflexiva percebe-se que se terão subempregos, sem garantia mínima dos direitos trabalhistas, como o fato de a permanência ser mínima na empresa contratante havendo uma maior rotatividade de mão de obra, quem trabalha terceirizado ganha 30% a menos que um trabalhador com vínculo empregatício. Tal fato implica no funcionamento do pronto socorro Clóvis Sarinho, pois se os funcionários não possuem condições de trabalho adequadas, não há como os serviços funcionarem de forma efetiva.

Com o sucateamento da saúde a maior parte da população afetada é a que se apresenta em condições de hipossuficiência financeira, não pode pagar por um plano privado. Em síntese as contrarreformas podem ser concebidas como um ataque dos direitos dos trabalhadores, que já não se efetivam de forma plena, e elevação de empresários e elitistas. A iniciativa privativa pode participar da saúde pública, mas apenas de forma complementar, de acordo com o Art.199 da Constituição Federal.

Nesse sentido tem-se que há prejudiciamento na efetivação integral das políticas sociais para a classe trabalhadora. Assim, se torna válido salientar a fundamental importância de conhecimento sobre a Lei 13.429/2017 e a Emenda Constitucional nº95/2016 pela categoria profissional já que em seu contexto revela um desmonte de direitos e fragilização das políticas sociais construídas, elemento com que o Assistente Social trabalha, assim como apreender sobre leis e estatutos que regem o cotidiano da população, pois se verifica que quando se trata de investimento para o acesso ao direito para a classe trabalhadora, os recursos são ínfimos, com a efetivação dessas contrarreformas a situação tende a se agravar. Verifica-se a importância de se ter o conhecimento desses projetos e seus rebatimentos nas políticas sociais como forma de manter a categoria profissional crítica, mantendo-se atualizada frente à nova conjuntura, que se modifica a todo instante, garantindo o acesso aos direitos da população.

O presente estudo tem como objeto os rebatimentos das contrarreformas propostas no governo de Michel Temer, pós 2016, na política de saúde e nos serviços fornecidos pelo Pronto Socorro Clóvis Sarinho.

Para esta análise, a pesquisa teve como horizonte os seguintes objetivos específicos: 1) Aprender os elementos que compõe a conjuntura política pós processo de golpe político articulado para o impeachment de Dilma Rousseff, no período de 2016. 2) Analisar a possível materialização desses rebatimentos no Pronto Socorro Clóvis Sarinho. 3) Colaborar para o aprofundamento do conhecimento das contrarreformas nas políticas de saúde.

A pesquisa foi realizada a partir do método materialista histórico dialético. Segundo Netto (2011, 17 p. 20-21), “a teoria é, para Marx, a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa: o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa”. Em que a todo o momento há uma reflexão de construção e desconstrução, a partir das sucessivas aproximações com o objeto de estudo apresentado.

Com base no exposto, o caminho para apreender o movimento do nosso objeto fez uso de fontes bibliográficas e documentais. Para auxílio da análise acrescentam-se as observações realizadas no período de estágio curricular obrigatório a partir de reuniões realizadas com os usuários, com o apoio da supervisora de campo. As reuniões tinham o caráter pedagógico e emancipador de realizar conversações (resolução de dúvidas, apontamentos relevantes sobre a temática) com os acompanhantes do pronto socorro a respeito das contrarreformas analisadas como objeto de estudo deste trabalho.

A escolha pela análise documental e bibliográfica decorreu pela necessidade de aprofundamento teórico, precedentes a análise dos objetivos e por se tratar de um objeto de estudo recente a qual não há uma grande quantidade de material produzido e que precisa ser debatido.

Através dos caminhos percorridos por este estudo, foram obtidos alguns resultados, os quais estão dispostos no decorrer do trabalho, que está estruturado da seguinte forma: a introdução do estudo consta de maneira geral a discussão realizada no trabalho, bem como sua estrutura.

No primeiro capítulo, é feita uma análise do surgimento da política de saúde no Brasil, bem como a trajetória do SUS durante os governos de Lula e Dilma e As contrarreformas do governo Temer Pós-Impeachment de Dilma Rousseff.

No segundo capítulo, a partir do panorama situado, buscou-se analisar as implicações pós impechmeant de Dilma Rousseff, além do estudo sobre o descaso da saúde pública e seu repasse para o setor privado e seus agravantes a partir da aprovação da Lei de terceirização e a Emenda Constitucional que limita os gastos públicos. A discussão segue trazendo a problemática dessa aprovação para a política de saúde pública e em como isso afeta os serviços fornecidos pelo pronto socorro Clóvis Sarinho que faz parte do hospital público, complexo hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel.

O terceiro e último capítulo ressalta os principais resultados e análises construídas no decorrer da pesquisa, tecendo algumas considerações sobre o estudo, e suscitando outros questionamentos para aprofundamento a posteriori. É sucedido pelo referencial bibliográfico e pelos documentos utilizados neste estudo.

1. O SURGIMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS PÓS ANOS 2000.

Nesse capítulo almejamos apresentar sobre a política de saúde no Brasil em que surge interligada com a criação da medicina social² e a expansão do sistema capitalista após a primeira Revolução Industrial. Obtendo a concepção de que o estado só passa a intervir em uma perspectiva de controle e manutenção da ordem sobre o proletariado.

O cuidado com a saúde do trabalhador começa a dar sinais no Brasil a partir do séc. XVIII em uma concepção de filantropia com a ação das igrejas, sem a intervenção estatal. De acordo com (BRAVO, 2005, p.2) “No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas.” Campanhas que foram realizadas em um momento de expansão econômica no país com o exterior com a expansão cafeeira.

Em meados dos anos de 1923 instaura-se a Reforma Carlos Chagas³ em uma visão de ampliar o atendimento à saúde tendo o invista o início da crise política que dá indícios no Rio Grande do Sul entre o Partido Liberal e o Poder Central. Nesse período foi criado as Caixas de Aposentadorias e Pensões, a partir da lei Elói Chaves em que de acordo com o: Decreto Nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923: “Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados” (BRASIL, 2017).

A saúde na época da Era Vargas (1930-1945) teve como mudança a implantação de um Ministério que era conjunto com a educação – Ministério da Educação e da Saúde Pública. Mas, quase não mudou os então serviços centralizados. Nesse período de capitalismo industrial, houve um aumento na urbanização e ampliação da classe trabalhadora que passou a viver em condições precárias, gerando um aumento significativo no aparecimento de doenças.

² Ao lado das condições objetivas de existência, o desenvolvimento teórico das ciências sociais permitiu, no final do século XVIII, a elaboração de uma teoria social da Medicina. O ambiente, origem de todas as causas de doença, deixa, momentaneamente, de ser natural para revestir-se do social. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas. (Gutierrez, 2001: 20).

³ Em 1918, Carlos Chagas foi chamado pelo governo brasileiro para chefiar a campanha contra a epidemia de gripe espanhola, que assolava o Rio de Janeiro. O sucesso de sua atuação pesaria decisivamente na escolha de seu nome para dirigir a reforma dos serviços de saúde pública do país, a partir de 1919. Designado chefe do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado pelo novo regulamento sanitário, Chagas ampliou o poder de intervenção e regulação da União no campo da saúde pública e organizou diversos serviços especializados, como o de higiene infantil, de combate às endemias rurais, à tuberculose, à hanseníase, às doenças venéreas. (BRASIL, Fiocruz, 2017).

As políticas de saúde pensadas nesse período possuíam dois eixos principais: a política pensada numa perspectiva de saúde pública como o conceito sanitarista, e a medicina previdenciária.

No segundo período do Governo de Vargas compreendido por Governo Constitucional – 1934-1937 foi criado o Ministério da Saúde, porém ainda com recursos escassos destinados à saúde. O que ocorreu foi uma pressão popular sobre a legislação previdenciária, e dessa forma, conseguiram que fossem aumentados os salários e pensões. Por outro lado, o setor privado pressionava o governo para manter privilégios (BERTOLLI, 2002, p. 43). Nesse sentido, o governo sancionou a Lei orgânica da previdência social que

A principal medida estabelecida pela Lops foi a uniformização das contribuições a serem pagas pelos trabalhadores para o instituto a que estivessem filiados [...]. Com a nova legislação todos os segurados passaram a contribuir com 8% de seu salário para a Previdência [...]. Tal medida, no entanto, não garantiu o equilíbrio financeiro e melhoria dos serviços prestados pelos institutos. (BERTOLLI, 2002, P. 44)

Portanto, podemos perceber que o governo tenta conciliar medidas que atende a um dos lados, com uma direção política clara em prol da defesa da classe burguesa, o que na maioria das vezes resulta em medidas precarizadas ou insustentáveis. Ademais, no tópico seguinte é realizado um resgate histórico sobre a saúde pública no período de regime ditatorial brasileiro. Destaca-se nesse capítulo a construção da Constituição Federal de 1988 em que partirmos de uma análise crítica da realidade brasileira, com os seus avanços e retrocessos no campo da Saúde Pública brasileira.

1.1 Concepções históricas da saúde pública no Brasil: do governo ditatorial ao Estado democrático

O período do Regime Militar ficou conhecido pela fase do crescimento econômico acelerado, devido aos inúmeros empréstimos realizados pelos governantes que instauraram o regime militar, que em consequência gerou a nossa dívida externa.

Segundo Bertolli (2002) “o primeiro efeito do golpe civil - militar sobre o Ministério da Saúde foi à redução das verbas destinadas à saúde pública”. Isso acarretou, mais uma vez, em serviços que não funcionava como deveria, desencadeando então, epidemias, que eram constantemente desmentidas nos veículos de comunicação, ou seja, o governo desejava passar uma imagem distorcida para a população sobre estarem no controle. Segundo Bravo (2005), o

setor privado era o maior beneficiado com os recursos financeiros, recebendo também o apoio do governo que atendia sempre aos interesses de determinados grupos e não as reais necessidades da população, enquanto isso o serviço público era deixado de lado.

Em relação à Previdência Social, “aproveitando-se das dificuldades das antigas caixas e institutos de aposentadoria e pensões, o governo criou em 1966 o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando todos os órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930”. Com esse novo modelo, o INPS cuidaria da população que contribuía com a previdência e estivesse doente (casos individuais), e o Ministério da saúde estaria à frente das epidemias (BERTOLLI, 2002, P. 54). Teoricamente esse ajuste deveria beneficiar a população, mas ocorreu o inverso, o setor privado é quem lucrava com os recursos vindos de convênios para atender a população, em contrapartida os serviços prestados continuavam em degradação.

A política debatida no cenário político em questão visava “tratar” a questão social⁴ como uma das formas de controlar a insatisfação popular. A área da saúde enfrentou desafios para lidar com alta demanda recebida e não disponibilização de recursos financeiros para o setor público.

No final da década de 1970 e início do ano de 1980, há uma pequena “abertura” política para que os movimentos sociais e o restante da sociedade pudessem demonstrar sua insatisfação com o novo modelo político do regime ditatorial altamente conservador. Salienta-se que tal fato só foi possível a partir do tensionamento dos movimentos sociais, das alas progressistas da Igreja, dos diversos segmentos sociais que lutavam contra o regime autoritário.

Nesse momento de efervescência de luta a Saúde ganha destaque político trazendo um novo direcionamento sendo atrelada a democracia, garantido como direito pelo setor público.

Dentre os principais aspectos discutidos para a reorganização da Saúde Pública estão:

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2005, P. 9)

⁴ “A Questão Social é apreendida como um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho[...]” Yamamoto (1998, p.27)

Movimentos como o de Reforma Sanitária, que se inicia em 1960 na luta contra a ditadura militar, foram de grande importância na construção de um sistema unificado de saúde, nos anos de 1980 elaboraram um documento: Pelo direito universal à saúde, que enfatiza a importância do papel do Estado em garantir assistência à saúde para a população.

Nessa perspectiva,

“[...] a importância desse princípio repercutiu nos trabalhos da Assembleia Constituinte. Após os inevitáveis confrontos com os lobbies patrocinados pelos empresários que lucravam com a falência da saúde pública, a redação final da Constituição promulgada em 1988 incluiu a maior parte das propostas das organizações populares e de especialistas na área da saúde” (BERTOLLI, 2002, P. 63)

Assim, podemos destacar a importância dos movimentos para a construção de serviço de saúde qualificado.

Para análise desses aspectos destaca-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde em que foram discutidas todas as propostas não só pela “cúpula”, mas por todos setores/segmentos da sociedade, obtendo ênfase ao movimento de Reforma Sanitária. A saúde começa a tomar espaço no âmbito político em aspecto democrático atingindo aos profissionais da saúde representados por suas entidades, até a população como um todo.

Posteriormente as novas propostas foram promulgadas na CF de 1988, garantindo a universalidade do atendimento independentemente de renda ou nacionalidade, tendo como direito garantido pelo Estado, aumentando o acesso para que a população pauperizada também fosse atendida colocando a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Assembleia Constituinte com relação à Saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congrega cerca de duas centenas de entidades representativas do setor. A eficácia da Plenária das Entidades, para atingir seus objetivos, foi resultado do uso adequado de três instrumentos de luta: a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade. A proposta de emenda popular apresentada por Sérgio Arouca, indicado pela plenária de Saúde para defendê-la no Plenário da Constituinte, foi assinada por mais de cinquenta (50) mil eleitores, representando 167 entidades. (BRAVO, 2005, P.10).

A Constituição de 1988 foi resultado de grande mobilização popular no período de redemocratização do país, quando se reivindicava eleições diretas para a presidência da República. Isso se constitui como vitória para a população, porque está estabelecido em lei todos os deveres e direitos do Estado perante a sociedade civil. Com interesses antagônicos, no período de 1989 disputam Luiz Inácio Lula da Silva pelo Partido dos Trabalhadores que

possuía traços de uma política de esquerda aliado aos movimentos populares e sindical; e Fernando Collor de Mello pelo Partido da Renovação Nacional com propostas conservadoras de apoio ao modelo econômico liberal em que devido ao apoio midiático foi quem ganhou a eleição, depois de 29 anos sem eleição direta.

Foi com a promulgação da carta Constitucional de 1988 que se inicia o processo de construção do SUS, sendo continuado posteriormente com a lei 8080/90 e a lei 8142/90 destaca-se na Constituição, a Seção II do Capítulo II da Seguridade Social, 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.

Portanto, o Estado tem como dever prover a população dos serviços básicos e de acesso universal para todos. Além disso, a rede de saúde deve ser regionalizada e hierarquizada, sendo também, descentralizada e impulsionando a participação popular.

Ademais, o Estado também possui o dever de executar ações de vigilância sanitária, e ações voltadas para a saúde do trabalhador e saneamento básico entre outros (BRASIL, 1988).

O projeto neoliberal da saúde ganha maior visibilidade, principalmente, em momentos de crise do Estado, em que é colocada a falta de necessidade de sustentar uma política de saúde gratuita que não traz um retorno lucrativo para o governo. Tal cenário é visivelmente percebido nos dias atuais, tanto no âmbito regional, quanto em âmbito nacional. A responsabilidade para a execução de serviços sanitários é repassada para o âmbito civil no sentido de fiscalização e atendimento entre a própria a população. Com isso é colocado em prática a política de mercado com retenção de gastos nas políticas sociais e redução de oferta de serviços. Tais pontos se tornam empecilhos para que os princípios defendidos pelo SUS se efetivem de forma plena.

Identifica-se na situação atual que o Estado muitas vezes torna-se ausente ou repassa seus deveres para setores privados ou para a sociedade civil, se eximindo da responsabilidade, ocorrendo o espraiamento das políticas neoliberais, o que dificulta o acesso a política de saúde pela população. O estado Neoliberal é sistematizado para atender o capital, em que a construção das políticas sociais perpassa pelo eixo focalizado, compensatório. Dessa forma tem-se que sempre houve dois projetos em disputa pela saúde pública, vinculados a um projeto societário.

Para o projeto de contrarreforma,

O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as

atividades que antes eram suas. O referido Plano propôs como principal inovação a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, devem fazê-lo obedecendo às leis do mercado (PEREIRA, 1995).

Prioriza-se o crescimento do setor privado, em que se coloca a vida como produto de mercantilização constituinte do sistema neoliberal, em que como consequência tem-se um aumento das expressões da questão social, deixando a maior parte da população, que hipossuficiente financeira, sem acesso a serviços de qualidade e que são garantidos por lei como direito. O projeto de Reforma Sanitária traz uma nova concepção de saúde, na perspectiva de direito, sendo seu acesso de forma universal e estando condicionada pelos determinantes sociais.

1.1.1 Sistema único de Saúde Brasileiro: aspectos da Lei 8080/90 e Lei Complementar 8142/90

A lei 8080/90 foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo ex-presidente Fernando Collor no período de 1990. Seu objetivo é regulamentar o Sistema Único de Saúde, em que trata sobre condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, trazendo mais detalhes sobre a saúde pública, é ela que institui o Sistema Único de Saúde – SUS, sendo criada logo após o provimento da Constituição Federal de 1988. No Título I, das Disposições Gerais, no Art. 2º: A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Dessa forma inclui os órgãos que podem prestar o serviço, inclusive a iniciativa privada pode participar com caráter suplementar. Os objetivos consistem em formular e promover políticas, dar à devida assistência a população, além de diretrizes com articulação de políticas e programas. (BRASIL, 1990). Torna-se válido salientar o plano neoliberal ainda se constitui como plano de fundo da criação da política de saúde na ocasião em que ainda deixa espaço para a iniciativa privada, apesar de se iniciar de forma indireta; tal participação se expande à medida que o serviço público fornecido se torna sucateado, e os convênios com o setor privado para a execução de serviços aumentam, principalmente quando se trata de exames de alta complexidade e consultas que exijam alta tecnologia em sua execução.

Nesse sentido tem-se que esses convênios resultam em altos repasses financeiros para o setor privado, que deveriam ser investidos na saúde pública, em que “[...] pela quase inexistência de regulação do Estado sobre a incorporação tecnológica e dos mecanismos de

cartelização dos produtores de insumos e de serviços que se utilizam do oligopólio do setor para estabelecer suas tabelas de preços” (ESCORSIM, 2015, pág. 4)

trabalhador, pensando na saúde para além da condicionante doença, porque a saúde abrange outros âmbitos como habitação, saúde, lazer; considerar as formas de administração dos recursos, a organização, a participação, para que dessa forma as necessidades sociais possam minimamente ser atendidas.

A lei 8142/90 foi criada como uma complementação da lei 8080/90 dispondo sobre as interferências governamentais e a distribuição dos recursos financeiros para o Sistema Único de Saúde.

De acordo com a lei complementar,

§2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 2017)

Porém, na prática, na maior parte dos casos, isso não ocorre, pois não há acesso à informação para os usuários de que eles tenham direito a participar e opinar para melhorias no serviço público de saúde de seu município.

Nessa perspectiva, se torna válido salientar a criação da Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, que visa a diminuição de mortalidade do país, considerando a saúde em seu sentido amplo considerando também o aspecto social, e não somente a ausência de doença.

Destaca-se o Art. 2º que traz as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, como: II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes); III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; (BRASIL, 2016).

Tais diretrizes muitas vezes não efetivadas, na medida em que não uma articulação proveitosa com as outras redes de atenção, pois muitos dos casos que chegam à urgência são de violência que poderia ser evitado se houvesse uma maior ênfase de articulação com a

atenção básica, além do fato de que não são todos os municípios que possuem a atenção primária que compromete a integralidade do serviço ao usuário.

Outro aspecto importante da lei é a sua operacionalização, art.13, 2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede; 3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; São identificados os pontos críticos da rede, porém não são solucionados o que prejudica aos usuários que cada vez agravam seu quadro clínico à espera de um atendimento em Pronto Socorro, além da falta de incentivo do governo para os trabalhadores dessa área que cada vez mais estão sobrecarregados com a alta demanda imposta que prejudica no atendimento aos usuários e na qualidade de trabalho dos profissionais da saúde.

Para uma melhor análise da saúde no cenário atual, é necessário analisar o contexto político brasileiro no momento em que foi aprovada as leis 8080/90 e 8142/90. Para isso, no tópico a seguir será abordado de forma breve o momento de transição política com relação a área da saúde com enfoque no contexto político após o a promulgação da Constituição Federal de 1988.

1.1.2 A volta da “democracia”: lacônica análise dos anos 1980 a 2000

Com a entrada na década de 1990 traz ainda uma profunda crise de Estado no Brasil colocando como enfrentamento às políticas de gatilho econômico para a diminuição da inflação e aumento da economia com alianças com os países do exterior. Tem-se que tal fato se teve seu início ainda na década de 1980, pois

“É importante ressaltar que a década de 1980 tem como pano de fundo a queda do muro de Berlim, o fortalecimento do neoliberalismo, os questionamentos sobre o socialismo e as teses pós-modernas de “fim” da história, além do desmoronamento da união do “fordismo/taylorismo e do keynesianismo”. (Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? Cristiane Lopes Simão Lemos. 2015. pág. 914. temas livres free themes)

Tem-se a expansão da mundialização do capital, dessa forma, tem-se que

O Brasil, após um regime político autoritário e fechado, e economicamente de um regime de desenvolvimento autárquico, voltado para dentro, passou por um rápido processo de transição para a abertura econômica e comercial, iniciado na virada da década de 90. A partir de então a economia brasileira reestruturou-se, com o Estado deixando de atuar ativamente no setor produtivo, privatizando grande parte das chamadas empresas estatais, e integrou-se com a economia internacional, de maneira não muito planejada, sendo cada vez mais dependente e influenciada pela lógica do mercado externo. Além disso, após resolver problemas políticos importantes como a redemocratização a partir de 1985, a economia brasileira passou a conviver com problemas econômicos crônicos, como o descontrole inflacionário, que desestabilizava e estagnava qualquer tentativa. (XXII Encontro Nacional de

Devido à grande crise financeira enfrentada foram elaboradas diversas formas de aumentar o financiamento do capital, dentre as medidas tomadas por Collor em seu período de mandato para diminuição da inflação tem-se os planos: Cruzado I e Cruzado II (1986), em que resultou em

Duas medidas importantes, de grande impacto na economia brasileira foram introduzidas no período Collor, o programa de privatização e a alteração da estratégia de comércio exterior, com a liberação das importações. O programa de privatização foi ampliado a partir de 1995, com a decisão de acabar com os monopólios do setor público na área de infraestrutura e à iniciativa dos governos estaduais de desenvolver seus próprios programas de privatização. [...] como nenhum recurso é captado sem custos, ele representou a desnacionalização de nosso parque industrial.”

(Marcos Antônio de Camargos, pág.3, 2002)

Além dos planos cruzados, Collor ainda congelou todo o dinheiro nacional, via salário dos trabalhadores, contas bancárias e preços de produtos comercializáveis, tais ações geram insatisfação por parte da população ocasionando seu pedido de impeachment, assumindo a presidência o seu vice Itamar Franco.

Na saúde, Collor ainda inseriu a Norma de Operação Básica (01/1991) em que regulava o repasse de recursos financeiros para a saúde em âmbitos da união, estado e município, em que o valor era proporcional a quantidade de serviços prestados e procedimentos realizados, não levando em consideração sua qualidade, colocando a lógica produtivista em supremacia. A NOB criada deu base de construção para a lei complementar de 8142/90 que trata sobre o repasse financeiro.

Em 1994 Itamar Franco junto ao ministro Fernando Henrique Cardoso, cria a medida provisória 434/1994⁵ e logo em seguida o Fundo Social de Emergência⁶ na forma de emenda constitucional como forma de um “passe livre” para que o governo redirecione as verbas destinadas às políticas sociais injetando-as em áreas consideradas prioritárias como o pagamento da dívida externa.

⁵Dispõe sobre o Programa de Estabilização Econômica, o Sistema Monetário Nacional, institui a Unidade Real de Valor (URV) e dá outras providências. (BRASIL, 2017)

⁶ Art. 71. Fica instituído, nos exercícios financeiros de 1994 e 1995, o Fundo Social de Emergência, com o objetivo de saneamento financeiro da Fazenda Pública Federal e de estabilização econômica, cujos recursos serão aplicados no custeio das ações dos sistemas de saúde e educação, benefícios previdenciários e auxílios assistenciais de prestação continuada, inclusive liquidação de passivo previdenciário, e outros programas de relevante interesse econômico e social. (BRASIL, 2017)

Nesse sentido tem-se que a aprovação dessas medidas gerou grande impacto para a política de saúde, pois tais medidas se configuraram como uma violação constitucional na medida em que retirava os recursos que deveriam ser destinados a seguridade social, reduzindo suas ações no âmbito social. Em 1996 institui-se a NOB/96⁷ que dá base para que o repasse financeiro seja a partir de um valor fixo estabelecido, não mais por produtividade. Dentro da NOB/96 foi estabelecido o Piso Assistencial Básico (PAB)⁸ como forma de incentivo a assistência básica de saúde, entretanto devido à crise financeira a qual o país se encontrava o incentivo não foi feito de forma efetiva tendo os serviços prestados de forma sucateada e falta de verbas para pagamento dos convênios com o setor privado. Dessa forma tem-se que apesar de um direito ser instituído em forma de lei ainda não se configura como um direito garantido, por devido a disputa constante dos dois projetos na política de saúde, um direito adquirido pode revisado e retirado. A saúde só vem a ser reconhecida como política, sendo parte do tripé da seguridade social, apenas na promulgação da Constituição Federal de 1988, com o nascimento do SUS, com ideários da saúde numa perspectiva totalitária, considerando que o social influencia na saúde do indivíduo.

Entretanto, o SUS surge em um momento de crise financeira no país e a efervescência das políticas neoliberais, em que não se tinha verbas para o pagamento para o aumento de funcionários e equipamentos, sendo o país marcado pela crise financeira internacional no governo de Fernando Henrique Cardoso. Dessa forma a alternativa utilizada como meio de superar a crise, ele propiciou abertura para a privatização de órgãos públicos condicionando o aumento de capital estrangeiro no país, tal situação gerou retrocesso na política de saúde pública do país. Nos anos 2000 foi proposta a emenda constitucional 29 como forma de complementar os artigos que tratam dos recursos destinados aos serviços de saúde, colocando que

Art. 6º§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da

⁷ Art. 1º Aprovar, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. (BRASIL, 2017)

⁸ O PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, ao fundo estadual, conforme condições estipuladas nesta NOB. As transferências do PAB aos estados correspondem, exclusivamente, ao valor para cobertura da população residente em municípios ainda não habilitados na forma desta Norma Operacional. (BRASIL, 2017)

aplicação de percentuais calculados sobre:" (AC). [...]Art. 7º§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei." (AC).§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal." (AC) (BRASIL, 2017)

Nesse prisma, tem-se que a emenda traz uma maior definição do repasse de recursos financeiros, vinculando as três esferas, entretanto, suas ações são reguladas de acordo com o capital financeiro, em processo de contrarreforma do Estado. Com a crise financeira ocorrida no mundo nos anos 1990 e a abertura para a financeirização das políticas sociais com o aumento das privatizações, aumenta-se proporcionalmente a dívida externa acometida ao país. A dívida externa é utilizada como forma de engrandecer o capital monetário⁹ por meio de países periféricos gerando juros, pois

O valor de uso do capital que porta juros é o de ser utilizado como capital, impulsionando a produção de valor por meio do capitalista funcionante. A atividade dos capitalistas funcionantes destina-se a extrair mais valor e o juro ou a remuneração do capital que se converte em mercadoria – corresponde a uma parcela deste mais-valor extraído. Deste modo, os juros são uma parte do lucro, como define Marx: a parte do lucro que lhe paga chama-se juro, o que, portanto, nada mais é que um nome particular, uma rubrica particular para uma parte do lucro, a qual o capital em funcionamento, em vez de pôr no próprio bolso, tem de pagar ao proprietário do capital (1983, p.256). Todo o movimento entre o empréstimo e a devolução deste valor acrescido de dinheiro é camuflado pelos liberais. Porém a mercadoria dinheiro (capital que porta juros) só pode retornar às mãos do seu proprietário acrescida de valor – do contrário não teria ele motivos para abrir mão dele – e só se incrementa no processo de produção de mais-valia. (Bravo & Menezes, p.11, 2011)

Dessa forma, a dívida gera um processo de círculo em que só aumenta o valor, sendo impossível terminá-la de pagar, mas é colocada como estratégia como forma de retirar verbas do social e repassar para o capital. Esse processo acaba por penetrar nas relações sociais da Classe Trabalhadora de forma negativa.

Ressalta-se na junção de quebra de direitos conquistados o fato que de acordo com o site do (SENADO, 2017) a emenda do Fundo Social de Emergência posteriormente se configurou na criação da Desvinculação de Receitas da União (DRU) nos anos 2000, tendo o mesmo propósito do FSE. A DRU acabou sendo prorrogada até o ano de 2015 permitindo que 20% do orçamento ficasse livre de qualquer tributo federal. Tal fato gerou grande rombo no financiamento da Seguridade Social, pois

⁹ Do capital global surge uma forma específica de capital, o capital monetário, que tem função de executar as operações de comércio de dinheiro para toda a classe de capitalistas industriais e comerciais. (p.10)

propiciou repasse de um grande montante de verbas que eram destinadas as políticas sociais e realocaram para o capital. Junto a isso acrescenta-se Lei de Responsabilidade Fiscal de 2000 ou LEI COMPLEMENTAR Nº 101, DE 4 DE MAIO DE 2000 que dispõe sobre

Art. 1º-§ 1º A responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas e a obediência a limites e condições no que tange a renúncia de receita, geração de despesas com pessoal, da seguridade social e outras, dívidas consolidada e mobiliária, operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, concessão de garantia e inscrição em Restos a Pagar. (BRASIL, 2017)

Em termos práticos, a lei desloca os recursos da política social para o pagamento a dívida externa, tal fato exemplifica a ação neoliberal com a redução do estado em ações de cunho social, atendendo o interesse do capital. Para compreender como isso ocorre, é preciso fazer uma análise do que é composto o fundo público, sendo em sua essência por impostos, taxas, e as contribuições da classe trabalhadora. Sua regulação é feita Sistema Tributário em que compreende

O fundo público não se forma especialmente no capitalismo monopolizado e maduro apenas com o trabalho excedente metamorfoseado em valor, mas também com o trabalho necessário, na medida em que os trabalhadores pagam impostos direta e, sobretudo, indiretamente, por meio do consumo, onde os impostos estão embutidos nos preços das mercadorias. (Behring, p. 6, 2010).

Nessa perspectiva salienta-se que a maior parte dos impostos recebidos são de forma indireta provenientes da classe trabalhadora, pois

Estudo realizado com base na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do IBGE, de 1996, revela que, no Brasil, quem ganha até dois salários mínimos gasta 26% de sua renda no pagamento de tributos indiretos, enquanto o peso da carga tributária para as famílias com renda superior a 30 salários mínimos corresponde apenas a 7%.[...]estima-se que as famílias com renda de até dois salários mínimos arcam como uma carga tributária indireta de 46% da renda familiar, enquanto as famílias com renda superior a 30 salários mínimos gastam 16% da renda em tributos indiretos. (SALVADOR, p.12, 2010).

Assim, identifica-se que as reformas propostas sempre no momento que o sistema capitalista entra em um novo ciclo de crise são apenas camuflagens para aumentar o nível de concentração do capital e distribuição incorreta de renda, acarretando em desfinanciamento da seguridade social.

1.2 O governo Lula e Dilma e os rebatimentos na saúde pública

Durante os governos que se sucederam, muitas modificações foram concebidas nas políticas de saúde pública no qual destacam-se os períodos de governabilidade dos ex-presidentes Luiz Inácio Lula da Silva com o período de governabilidade entre (2003 - 2011) e Dilma Vana Rousseff (2011 – 2017).

É com a despolarização da hegemonia dos Estados Unidos que começa a mudança política em toda a América Latina no séc. XXI. O avanço da esquerda começa com a eleição de Hugo Chávez na Venezuela no fim de 1998, Ricardo Lagos no Chile em 1999, Luís Inácio Lula da Silva (Lula) no Brasil em 2002, em um contexto de redemocratização. Tais avanços dos governos progressistas¹⁰ se sucederam após a ascensão de regimes militar-civis ditatoriais que houberam anteriormente entre a década de 60 até a década de 80.

Nesse sentido, com a retomada da esquerda, suas ações em países, promoveram uma diminuição significativa na desigualdade social, diminuição dos indicadores de concentração de renda pelo índice de Gini¹¹. Após a posse do ex-presidente Lula houve uma reordenação na política externa do país em que se parou de seguir apenas a política estadunidense, com a influência de agências multinacionais como: Banco Mundial, FMI, CO, ONU, entre outras; apostando-se em uma política diversa, expandindo as relações diplomáticas, econômicas e sociais com outros países em desenvolvimento, materializada na formação dos BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), sua criação demonstrou a crítica aos países centrais que possuem um monopólio capitalista, refletindo a correlação de forças existentes no mundo.

O ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva iniciou seu mandato em 01 de Janeiro do ano de 2003 com a promessa de políticas voltadas, em sua totalidade, para a classe trabalhadora. Após o momento de efervescência com o projeto privatista, tal fato

¹⁰ Há algumas divergências entre alguns autores sobre o governo de Lula e Dilma ser considerado governos de esquerda. A maioria acredita que o partido do PT tenha se vinculado a linha progressista, já que apenas propõe reformas de base. “O progressismo é a doutrina segundo a qual certas medidas econômicas e sociais – impulsionadas sobretudo pela ciência e tecnologia – são imprescindíveis para a melhoria da condição humana. Também está relacionado à ruptura de padrões sociais tradicionais, que por sua vez promoveriam valores como liberdade e igualdade. O progressismo tem um caráter eminentemente reformista (mas não radical) e secular (não religioso), e por isso acaba se contrapondo ao conservadorismo.” (PROGRESSISMO: O QUE É? [http://www.politize.com.br/progressismo-o-que-e /](http://www.politize.com.br/progressismo-o-que-e/))

¹¹ O Índice de Gini, criado pelo matemático italiano Conrado Gini, é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um (alguns apresentam de zero a cem). O valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um (ou cem) está no extremo oposto, isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza. Na prática, o Índice de Gini costuma comparar os 20% mais pobres com os 20% mais ricos. (IPEA, 2004).

dificultou a implementação do projeto de reforma sanitária. Ocorreu uma polarização dos projetos¹² em que o governo ao invés de priorizar os objetivos da reforma sanitária, colocou em posição os projetos neoliberais de forma que tentasse conciliar ambos os lados do projeto, pois isso garantiu alianças para o mesmo pudesse ser eleito. Continua-se a privatização dos recursos públicos gerando espaços de acumulação do capital, que em consequência gera impactos nos direitos dos trabalhadores, sendo que “nos reservam, como futuro, uma necessidade inarredável de endividamento público, posto que partes significativas das contribuições previdenciárias da força de trabalho estatal e privada foram cedidas aos fundos de pensão e às previdências abertas” (Granemann, p. 32, 2004).

Na saúde, suas ações foram voltadas em alguns momentos para o fortalecimento do projeto de reforma sanitária, como: parte dos conceitos trazidos pelo projeto de reforma sanitária para sua colocação na prática, a organização do Ministério da Saúde, realização de continuidade das Conferências Nacionais de Saúde, entre outros. A partir da criação do Ministério da Saúde, ressalta-se a importância da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde que regulariza os profissionais da área e normaliza os espaços ocupacionais. Outro aspecto importante é a criação da Secretaria de Atenção à Saúde e estabelece ligações entre os níveis de atenção básica, ambulatorial e hospitalar, ademais foi criada a Secretaria de Gestão Social Participativa como forma de organizar o controle social que está pautado no SUS.

A 12ª Conferência Nacional em Saúde, de acordo com o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde, ocorreu em 2003 na perspectiva de debater e propor soluções para os entraves que interferem na plena efetivação do SUS, como a qualidade dos serviços prestados e os recursos humanos. De acordo com o relatório produzido pelo Conselho Nacional de Saúde os eixos temáticos abordados foram: Direito à Saúde, A Seguridade Social e a Saúde, A Intersetorialidade das Ações de Saúde, As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS, A Organização da Atenção à Saúde, O Trabalho na Saúde, Gestão Participativa, Ciência e Tecnologia e a Saúde, O Financiamento do SUS, Informações, Informática e Comunicação. Apesar de na sua descrição enfatizar que foi organizado para o fortalecimento e continuação dos pontos elaborados pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, na prática isso não ocorreu devido à falta de articulação entre as propostas apresentadas.

¹² Salienta-se que tais elementos podem ser encontrados, na íntegra, na carta redigida por Lula em 22 de Junho de 2002, denominada de “Carta ao povo”

Nas ações de saúde foram colocadas como entraves o fato de o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza¹³ ser incluído na política de saúde, pois com isso os recursos que eram destinados apenas para o fundo foram reduzidos, descumprindo com que retrata a Lei de Diretrizes Orçamentárias para o ano de 2004 em que deveria haver um aumento de incentivo.

Apesar de alguns retrocessos cometidos, se torna válido ressaltar a conquista na construção da NOB/ RH-SUS-91 em que é repassada todas as diretrizes com relação aos recursos humanos e investimentos para o sistema único de saúde que apesar de sua primeira versão ter sido elaborada em 1991, ela só foi implementada já no segundo mandato de ex-presidente Lula. A efetivação da NOB/RH-SUS se mostra como um avanço de manter os investimentos para o SUS, em que a todo momento sofre ataques pelo projeto neoliberal.

Em seu governo do primeiro mandato destacam-se importantes programas realizados e ampliados na saúde pública como: a Estratégia de Saúde da Família (traz a visão o atendimento continuado com as famílias numa perspectiva de prevenção e promoção na atenção básica), o Brasil Sorridente (atualmente compõe a Política Nacional de Saúde Bucal - traz ações a nível de promoção, prevenção e recuperação, garantindo tratamento odontológico gratuito pela atenção básica), o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - funcionamento de 24hrs que visa prestar um atendimento pré-hospitalar para toda a população em situações de urgências.), e o programa Farmácia Popular (atualmente faz parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica - visa facilitar o acesso a medicamentos reduzindo de até 90% do valor de mercado). Os investimentos tidos na área da saúde podem ser vistos conforme tabela a seguir.

¹³ Art. 1º O Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, criado pelo art. 79 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, para vigorar até o ano de 2010, tem como objetivo viabilizar a todos os brasileiros o acesso a níveis dignos de subsistência e seus recursos serão aplicados em ações suplementares de nutrição, habitação, saúde, educação, reforço de renda familiar e outros programas de relevante interesse social, voltados para a melhoria da qualidade de vida. (BRASIL,2017)

Tabela 1 – Recursos para a saúde no período de 2002 a 2012

Mais recursos para a Saúde

Evolução de repasses financeiros feitos pelo Ministério da Saúde entre 2002 e 2012 (em R\$ milhões):

Ano	Atenção Básica	Assistência Farmacêutica	Vigilância em Saúde
2002	3.253,0	650,9	662,0
2010	9.658,6	2.631,5	1.553,4
2011	10.920,5	3.189,8	1.683,1
2012	13.334,1	3.315,2	1.908,2

- Atenção Básica: 310% a mais em uma década
- Assistência Farmacêutica: 409% a mais em uma década
- Vigilância em Saúde: 188% a mais em uma década

Execução orçamentária pelo Ministério da Saúde (em R\$ milhões) - Ações e serviços públicos de saúde:

Ano	Execução (R\$ milhões)	Varição %
2003	27.181,2	
2010	61.965,2	128%
2012	80.063,1	195%

Fonte: Ministério da Saúde

Ainda que a criação desses programas se destaque como êxito, sua operacionalização ocorreu de forma seletiva e focalista. De acordo com (BRAVO, p.18, 2005) cita-se a funcionalidade do programa saúde da família, pois não cumpriu com a integralidade dos serviços prestados devido à falta de articulação com os diferentes níveis de assistência. Outro fator apontado é o aumento de contratos terceirizados dentro da saúde pública, que acaba por precarizar os serviços prestados, além da entrada dos agentes comunitários de saúde que entraram nas equipes de saúde da família sem ser regularizada e sem ter atribuições específicas. Salienta-se que até hoje a profissão não é regulamentada havendo apenas um projeto de lei (PLC 56/2017), suas atribuições encontram-se na Política Nacional de Atenção Básica colocada do ano de 2012. Acrescenta-se alguns entraves mostrados nos hospitais universitários, como a deficiência na gestão e a insuficiência de recursos.

Evidenciam-se também que a política do SUS, na prática, se mostra fragmentada e seletiva tendo um desmonte de direitos conquistados com o sucateamento de serviços e profissionais, priorizando o serviço terceirizado para não realizar a contratação de novos profissionais por meio de concursos, não havendo a universalização das ações como coloca um dos princípios da lei que regulamenta o SUS, assim como também não há o pleno financiamento.

Assim percebe-se que a todo o momento o governo coloca os dois projetos em posição, priorizando aquele que lhe convém, de acordo com o contexto - político e econômico a que estiver passando. Ainda verifica-se a problemática de não articulação da saúde com as outras áreas da Seguridade Social, além do desfinanciamento da política para utilização e garantimento do superávit primário¹⁴ positivo, o que resulta no retrocesso do que já é colocado pela Constituição de 1988, utilizaram de discurso ainda no governo de Lula que

A vinculação da saúde e educação inibem de maneira significativa, uma alocação mais justa e eficiente de se usar os recursos públicos. As vinculações que o governo quer derrubar são as da Educação que tem vinculado 18% de receitas da União e 25% dos Estados e Municípios e da Saúde que tem vinculado a ela o gasto do ministério da Saúde no ano anterior, corrigido a cada ano pelo percentual de crescimento nominal do PIB do ano anterior. Estados devem vincular 12% e os municípios 15% das receitas próprias para ações e serviços de saúde. (BRAVO, p.19, 2005)

Tal proposta se tornou mais distante de ser aprovada com a preparação da lei do teto de gastos públicos para ser implementada atualmente como Emenda Constitucional 95.

Em 2011, entra como sucessora do ex-presidente Lula, a ex-presidente Dilma Rousseff com discurso de continuidade do avanço dos direitos aos trabalhadores, mas na prática fora um avanço muito mais significativo para a iniciativa privada, numa perspectiva de conciliação entre capitalistas e trabalhadores resultando em avanços e retrocessos contínuos.

Seu governo inicia-se precisamente em 01 de Janeiro de 2011, tendo como desafios a pressão do setor privado nas Organizações Sociais (OS), Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e as Fundações Estatais de Direito Privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Seu discurso de posse baseia-se na afirmação de Consolidação do SUS, destacando a utilização de recurso público para alianças com o setor privado para que se continue a prestação de serviços à população, além da regulamentação da Emenda Constitucional (EC) 29, para

¹⁴ Superávit primário é o resultado positivo de todas as receitas e despesas do governo, excetuando gastos com pagamento de juros. O déficit primário ocorre quando esse resultado é negativo. Ambos constituem o "resultado primário". O resultado primário é importante porque indica, segundo o Banco Central, a consistência entre as metas de política macroeconômicas e a sustentabilidade da dívida, ou seja, da capacidade do governo de honrar seus compromissos. A formação de superávit primário serve para garantir recursos para pagar os juros da dívida pública e reduzir o endividamento do governo no médio e longo prazos. (BRASIL, 2017)

colocação de uma atenção à saúde voltada para o usuário, com base no nível de atenção básica.

Dentre os programas criados e ampliados evidencia-se a Rede Cegonha ampliando a atenção da saúde da mulher (assegura as melhores o planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e o direito ao nascimento seguro e ao crescimento); ampliação do Programa Farmácia Popular do Brasil com a criação do “Aqui Tem Farmácia Popular”(atende quem não busca assistência no SUS mas tem dificuldade em manter tratamento, distribuição de medicamentos para hipertensos e diabéticos); ampliação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências lançada em 2003 com a criação das Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24H (atendem a nível intermediário, funcionando 24hrs). De acordo com (BRAVO, 2010) as formações das UPAS se deram sem uma política de gestão adequada, no que resultou em aumento de profissionais e serviços terceirizados gerando a precarização do trabalho fortalecendo o modelo hospitalocêntrico. Outro ponto negativo colocado é o gerenciamento do público do privado como o que ocorreu nos Hospitais Universitários que passaram a ser gerenciados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), em que a contratação de funcionários ocorre pela CLT acabando com a estabilidade e implementando a lógica da rotatividade típica da iniciativa privada.

O Ministério da Saúde em 2011 instituiu o Decreto 7.508, que regulamenta a Lei nº 8080/90. Ressalta-se o CAPÍTULO II - DA ORGANIZAÇÃO DO SUS

Art. 3º O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada. (BRASIL,2017).

Há uma maior abertura para iniciativa privada que deixa de participar de forma suplementar como coloca a Lei nº 8080/90, além da não referenciar os conselhos de saúde. Ressalta-se como uma das promessas realizadas em seu governo a segunda edição do programa de aceleração do crescimento (PAC 2) implementado em 2010 que de acordo com o Ministério do Desenvolvimento Agrário os resultados esperados são: melhorias no escoamento da produção principalmente dos agricultores familiares durante as épocas de chuvas e de secas, melhorias no transporte escolar, redução de erosão de terra e da degradação do meio ambiente, incremento do turismo rural e do

acesso à água, principalmente nos municípios em situação emergencial de seca. Além disso, foi colocada a proposta de reforma das Unidades Básicas de Saúde - UBS e ações de saneamento nos municípios. Entretanto as obras não foram realizadas em sua totalidade, pois naquele contexto “ quase 40% das obras continuam como projetos” (ESCORSIM, p.10, 2015).

Destaca-se a realização do XXVII Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde e VIII Congresso Brasileiro de Cultura de Paz e Não Violência em 2011 que trouxe alguns pontos como o processo de consolidação do SUS, fortalecimento da atenção básica, entre outros. Ademais, observa-se a não problematização sobre gestão, usuário e os trabalhadores de saúde, ferindo a o controle social que é defendido no SUS.

Em 2013 houve a criação do programa Mais Médicos, com o propósito de preencher as vagas abertas deixados pelos brasileiros, foram trazidos médicos cubanos para atender onde déficit de profissionais. A ação gerou resistência pelo Conselho Federal de Medicina com o argumento—_de que o déficit de profissionais nos serviços públicos de saúde, principalmente em regiões consideradas interioranas do país, era ocasionado devido a insalubridade dos locais de trabalho, além do baixo salário. De sua criação até o cenário atual ainda há divergências de opiniões sobre o programa, entre os que concordam e os que criticam. Ressalta-se que nesse período o governo aumentou o índice de ações com relação a prevenção de doenças como as vacinas de HPV e de Hepatite A, mas sua operacionalização ocorre de forma pontual.

Assim, compreende-se que o governo de Dilma ainda continua a operacionalizar as ações de saúde, como era feito no governo de Lula: de forma focalizada, dificultando o acesso da população aos serviços de saúde, não cumprindo em seu sentido de universalidade, na medida em que favorece o capital com os sub-financiamentos na política de saúde, gerando precarização no trabalho e propagação do governo de ações centradas na doença sem envolver saúde em seu sentido totalitário. Ressalva-se apenas o movimento de resistência a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (composta por diversos fóruns de saúde a nível Estadual) criada em 2010, além de a constituição de Fóruns de Saúde em 11 estados do país, como forma de continuação da luta contra a mercantilização das políticas sociais.

1.3 As contrarreformas do governo Temer pós-impeachment de Dilma Rousseff

As contrarreformas são existentes há tempos anteriores a posse ilegítima de Michel Temer que recebeu seu mandato em 31 de agosto de 2016, sendo provenientes do projeto neoliberal da concepção de intervenção do Estado na sociedade de forma mínima, com uma vertente de direita.

[...] A democracia blindada brasileira – cada vez mais imune as pressões populares – se mostrou capaz de, por meio dos seus próprios procedimentos constitutivos, substituir peças incomodas quando necessário para o capital sem ter que alterar a si mesma, isto é, sem ter que se autoeliminar, com antes no padrão clássico dos golpes do Estado. (DEMIER, 2017, p.95)

Para a compreensão do espraiamento do Neoliberalismo no cenário atual é preciso analisar o seu início como modelo econômico, logo quando o sistema capitalista se expandiu no período a primeira revolução industrial.

Nesse sentido, compreende-se que o capital começa a ser valorizado, após o início do séc. XX, com a expansão do modelo fordista/keynesiano¹⁵ de produção. Sua influência é tida no âmbito político e econômico dos diversos países, tendo o Estado como regulador da economia, auxiliando as empresas privadas na perspectiva do crescimento econômico. Na via política, o Estado passar a incorporar parcialmente as demandas levantadas pelos trabalhadores via sindical. A exemplo tem-se as políticas implementadas no Estado de bem-estar social¹⁶, tendo seu surgimento no contexto de pós-guerra, em que o estado passa a se responsabilizar por todos independente de seu valor no mercado de trabalho, funcionando como um fiscalizador da economia e também empresário dela. De forma estratégica o Estado passa a ter consenso de ambos os lados: da classe trabalhadora e das empresas.

¹⁵ “[...] Iniciada no séc. XX. [...] a novidade introduzida por Ford, com a linha de produção em série, foi a colocação do objeto de trabalho num mecanismo automático. [...] é elevar a especialização das atividades de trabalho a um plano de limitação e simplificação tão extremo que, a partir de um certo momento, o operário torna-se efetivamente um apêndice da máquina”. (PINTO, p. 35 e 38, 2013)

“O keynesianismo é uma teoria econômica do começo do século XX, baseada nas ideias do economista inglês John Maynard Keynes, que defendia a ação do estado na economia com o objetivo atingir o pleno emprego. Principais características do Keynesianismo: Defesa da intervenção estatal na economia, principalmente em áreas onde a iniciativa privada não tem capacidade ou não deseja atuar; Defesa de ações políticas voltadas para o protecionismo econômico; O Estado tem um papel fundamental de estimular as economias em momentos de crise e recessão econômica.” (Keynesianismo. Disponível em: <https://www.suapesquisa.com/economia/keynesianismo.htm>)

¹⁶ Autores como Titmus, Fiori, Santos (1979), acreditam que o estado de bem estar social, sem moldou em três principais tipos sendo moldada de acordo com o cenário político em que cada país se encontrava. 1. O welfare state liberal, em que predominam a assistência aos comprovadamente pobres. 2. Os welfare state conservadores e fortemente corporativistas, onde predomina a preservação das diferenças de status; 3. Os regimes social-democratas, onde o universalismo e a desmercantilização atingem amplamente a classe média e onde todos os segmentos sociais são incorporados a um sistema universal de seguros no qual todos são simultaneamente beneficiários.

O modelo vingou até o início dos anos de 1970 quando houve a crise econômica. De acordo com KODJA(2009), vários são os fatores como a quebra de autoridade do bloco soviético; a expansão do comércio do petróleo que entra em crise devido a questões políticas, e a luta entre os neoliberais e os keynesianos. Com o aumento do desemprego, os neoliberais começam a intervir para que o Estado não mais interfira na economia, realizando ações mínimas de intervenção e quebrando direitos conquistados, se necessário, para que haja o retorno da superacumulação financeira. Tais ações se caracterizam como estratégias para a retomada das taxas de lucro do capital pós a crise

Denomina como flexível, e que se caracteriza, entre outros fenômenos, pela desregulamentação e flexibilização do processo produtivo, levando à precarização das condições de trabalho e emprego, pelo combate à legislação trabalhista e à redução do poder sindical. (Harvey, p. 140,1993.).

Dessa forma, tem-se a queda das instituições democráticas, colocadas pelos ideais neoliberais, priorizando a valorização do mercado a substituição do acordo consensual da classe trabalhadora por políticas sociais de atuação compensatória; um início das políticas que vigoram até os dias atuais. Tais ações resultam como contrarreformas, pois acabam com o campo dos direitos sociais para em prol a expansão do mercado, consistindo na perda da essência do que é democracia¹⁷ formal, em que o povo é quem exerce a soberania, salientando que enquanto o sistema capitalista predominar, não existirá democracia real do ponto de vista da sua consubstancialidade.

A nova democracia instaurada no processo de avanço do neoliberalismo consiste em “[...] as democracias blindadas têm seus núcleos políticos decisórios (ministérios, secretarias, parlamentos, tribunais etc.) praticamente impermeáveis às demandas populares [...]” (DEMEIR, 2012, p. 8, grifos do autor). em que as demandas populares até podem chegar a ser debatidas nas instâncias governamentais, mas são “atendidas” conforme benefício para o capital. Nesse sentido a democracia se resume a um ato de cidadania de forma representativa, se colocando apenas no direito ao voto de seus representantes nas instâncias governamentais. Sendo que a maior parte desses representantes atende interesses do capital e não da classe trabalhadora.

Nesse prisma percebe-se que o Estado também aumenta seu poder de coerção para aqueles que vão contra seus princípios. Fato palpável em casos de criminalização

¹⁷ De acordo com o autor a democracia deve possuir as seguintes características: a) participação efetiva, com oportunidades iguais e efetivas aos cidadãos; b) igualdade de voto; c) entendimento esclarecido, por meio da oportunidade de compreensão das alternativas possíveis; d) controle do programa de planejamento; e) inclusão ampla dos adultos. (DAHL, Robert A., p. 20,1997)

da pobreza e contra aqueles que protestam e lutam por direitos, sendo represados pela força militar e policial. Acrescenta-se o apoio da mídia que em sua maior parte representa a opinião da classe dominante.

As ações provocadas pelo sistema neoliberal perduram até os dias atuais, apesar de no Brasil se iniciar na década de 1999, ela tem seu aprofundamento no ano de 2008, sendo controlada no país, perpassando diversos mandatos governamentais no Brasil. Dentre eles se torna válido ressaltar o golpe promovido pelo capital para a saída ex-presidente Dilma Rousseff e entrada do presidente Michel Temer.

No segundo mandato da ex-presidenta Dilma, a conjuntura política e econômica do capital se encontrava em crise, fato que não favorecia a realização de políticas sociais ideologizadas pelo governo com o PT. O partido foi colocado como incapaz de realizar as contrarreformas de Estado exigidas pela classe dominante, por ser considerado “fraco” por não conseguir controlar as ondas de protestos massivas devido à crise econômica. Tal fato poderia unir a classe trabalhadora cada vez mais e ocasionar, eventualmente, um levante dos trabalhadores contra as políticas de regime fiscal. Então a oposição de Direita “permitiu” que as manifestações da classe trabalhadora continuassem criando um clima de instabilidade política no governo. A fase em questão fez com que diversos grupos da classe dominante se unissem para o levante do capital, resultando no impeachment da ex-presidente.

As anunciadas reformas exigidas pelo capital financeiro vinham sendo implementadas desde os governos de conciliação de classes de Lula/Dilma, mas não na velocidade e amplitude que o capital esperava. Após o golpe institucional, a ampla base parlamentar que sustenta o governo de Michel Temer recebeu a incumbência de realizar com celeridade as reformas exigidas pelo capital. Seu objetivo declarado é dar segurança ao mercado financeiro, garantindo a transferência de recursos via juros da dívida, além de ampliar a venda de planos de “previdência privada” e desonerar as empresas no que diz respeito aos direitos trabalhistas. (ALMEIDA; FURTADO, p.14, 2017)

Devido a esse fato e sobre acusações sobre pedaladas fiscais¹⁸ noticiado em todos os meios de comunicação, o Senado Federal aprovou, por 61 votos a favor e 20 contra o impeachment de Dilma Rousseff em uma quarta-feira, 31 de agosto. Fora afastada sem provas que identificassem crime de responsabilidade¹⁹.

¹⁸ De acordo com o sítio eletrônico do Senado Federal (2017), as pedaladas fiscais se constituem como um artifício contábil para maquiagem dos gastos, expondo a situação de gastos e despesas realizados de forma proporcional.

¹⁹ “Art. 4º São crimes de responsabilidade os atos do Presidente da República que atentarem contra a Constituição Federal, e, especialmente, contra: I - A existência da União; II - O livre exercício do Poder Legislativo, do Poder Judiciário e dos poderes constitucionais dos Estados; III - O exercício dos direitos políticos, individuais e sociais; IV - A segurança interna do país; V - A probidade na administração; VI - A lei

Nesse contexto entende-se que

Foi um golpe no governo articulado por parte dos aparelhos do Estado como o Parlamento, o Judiciário (com aval da Suprema Corte) e a Polícia Federal; pelos oligopólios da mídia, que atuaram abertamente como os grandes fomentadores e indutores do impeachment; e pela atuação ativa das diferentes frações das classes dominantes e dos setores médios. Não foi um golpe no regime político, e sim – reiteramos – no governo, o que foi possível pelo próprio funcionamento da institucionalidade democrática restrita, blindada. (DURIGUETTO, p.14, 2016)

O presidente interino Michel Temer após a sua “posse”, numa conferência nos Estados Unidos realizada com a ONU, no dia 21 de setembro de 2016, acaba por declarar que o que culminou a sua posse foi a não aceitação do Projeto Ponte para o Futuro criado pelo partido do PMDB. De acordo com a declaração, colocada pelo sítio eletrônico do jornal Carta Capital, Temer relata que "Há muitíssimos meses atrás, nós lançamos um documento chamado 'Ponte para o Futuro' porque verificávamos que seria impossível o governo continuar naquele rumo e até sugerimos ao governo que adotasse as teses que nós apontávamos naquele documento", afirmou Temer. "Como isso não deu certo, não houve a adoção, instaurou-se um processo que culminou, agora, com a minha efetivação como presidente da República", concluiu.

Tal declaração confirma a afirmação da ex-presidenta Dilma Rousseff de seu afastamento ter sido traçado por um golpe à democracia, o projeto composto pelo partido do PMDB trazia reformas que diminuam os direitos trabalhistas, havendo uma regressão com relação a composição da Constituição Federal. A reforma na Seguridade Social é imposta a partir do discurso proveniente do capital sobre a crescente crise financeira. Acrescenta-se que logo após assumir o cargo, Michel Temer enviou ao congresso várias propostas para a redução de gastos governamentais, entre eles está a Emenda Constitucional 95/2016 e a Lei de Terceirização nº 4.308/98. A crise colocada pelo estado está em torno da dívida pública gerada pelo país, em que dessa forma, compreende-se que:

A crise fiscal do Estado possui claros contornos: ela é a metáfora urgente de uma particularidade da exploração do trabalho entregue aos capitais pelo seu Estado, o guardião do fundo público por meio de diferentes funções que lhe cabe desenvolver para a garantia das condições de produção e reprodução da vida social no modo capitalista de produção. (GRANEMANN, p.175, 2016)

orçamentária; VII - A guarda e o legal emprego dos dinheiros públicos; VIII - O cumprimento das decisões judiciais (Constituição, artigo 89)." (BRASIL, 2017).

O pagamento da dívida pública é considerado para alguns autores, fator importante de causador da crise financeira no país em que também é utilizado como justificativa para o desmonte das políticas sociais e aumento do capital especulativo²⁰. Junta-se as contrarreformas a revogação da DRU em que desvincula os gastos públicos constitucionais sobre as políticas sociais até 2023, deixando de 20% e passando para os 30% conforme tabela abaixo,

Tabela 2 - A DRU e o falso déficit da Previdência Social

Período	Ato	Prazo	Percentual
1994 a 1995	ECR1/1994	2 anos	Fundo Social
1996 a 1997	EC 10/1996	1,5 anos	Fundo Fiscal
1997 a 1999	EC 17/1997	2,5 anos	Fundo Fiscal
2000 a 2003	EC27/2000	4 anos	20%
2004 a 2007	EC42/2003	4 anos	20%
2008 a 2011	EC56/2007	4 anos	20%
2012 a 2015	EC68/2011	4 anos	20%
2016 a 2023	PEC87/2015*	8 anos	30%

.Fonte: <http://fundacaoanfp.org.br/site/2016/06/a-dru-e-o-falso-deficit-da-previdencia-social/>

Ressalta-se o projeto intitulado de “Ponte para o Futuro” em que forma o caminho para o avanço do mercado sobre o órgão Estatal, se revelando de forma clara como um retrocesso dos direitos conquistados, a partir de reformas colocadas para o avanço voraz do capital, apontando para uma democracia blindada, de acordo com autor Demier (2017), uma democracia que se torna cada vez mais conservadora, dando a censura em curso. Na apresentação do documento é colocado que:

Programa destina-se a preservar a economia brasileira e tornar viável o seu desenvolvimento, devolvendo ao Estado a capacidade de executar políticas sociais que combatam efetivamente a pobreza e criem oportunidades para todos. Em busca deste horizonte nós nos propomos a buscar a união dos brasileiros de boa vontade. O país clama por pacificação, pois o aprofundamento das divisões e a disseminação do ódio e dos ressentimentos estão inviabilizando os consensos políticos sem os quais nossas crises se tornarão cada vez maiores. (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015)

²⁰ O capital especulativo é aquele que é investido visando apenas a obtenção rápida de lucros. [...]o capital especulativo é volátil. Em um mundo marcado pelos rápidos fluxos internacionais, o capital especulativo pode deixar um país em massa com a mesma velocidade com que entrou. [...] seus investimentos não geram empregos, não são destinados à compra de matérias-primas e equipamentos e não aumentam a oferta de produtos no mercado. (O que é capital especulativo? 2017 - disponível em: <https://www.dicionariofinanceiro.com/capital-especulativo/>)

Coloca-se a romantização da luta de classes e da questão social, a partir de um discurso “amoroso” para atingir as massas. O que há é uma não efetivação dos direitos previstos em lei, suprimindo o que ainda não se concretizou na prática. A pobreza é colocada como argumento para aumentar os lucros do capital e servir de troféu.

Todas as iniciativas aqui expostas constituem uma necessidade, e quase um consenso, no país. A inércia e a imobilidade política têm impedido que elas se concretizem. A presente crise fiscal e, principalmente econômica, com retração do PIB, alta inflação, juros muito elevados, desemprego crescente, paralisação dos investimentos produtivos e a completa ausência de horizontes estão obrigando a sociedade a encarar de frente o seu destino. Nesta hora da verdade, em que o que está em jogo é nada menos que o futuro da nação, impõe-se a formação de uma maioria política, mesmo que transitória ou circunstancial, capaz, de num prazo curto, produzir todas estas decisões na sociedade e no Congresso Nacional. Não temos outro caminho a não ser procurar o entendimento e a cooperação. A nação já mostrou que é capaz de enfrentar e vencer grandes desafios. Vamos submetê-la a um novo e decisivo teste. (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015)

Torna-se perceptível o repasse de responsabilização da crise financeira para a sociedade civil, expondo as contrarreformas como única solução, sem mencionar sobre uma possível reforma tributária, que levem em consideração as grandes empresas. O discurso propagado é para que a população se volte contra as políticas sociais e as enxergue como um gasto supérfluo.

A cada ano a sociedade e o parlamento elegem suas prioridades, conforme os recursos e as necessidades. Se houver erro, poderá ser corrigido no ano seguinte e não perdurar para sempre. 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. [...] Outro elemento para o novo orçamento tem que ser o fim de todas as indexações, seja para salários, benefícios previdenciários e tudo o mais. A cada ano o Congresso, na votação do orçamento, decidirá, em conjunto com o Executivo, os reajustes que serão concedidos[...] Nunca devemos perder de vista que a maioria da sociedade não tem suas rendas indexadas, dependendo sempre do nível de atividade econômica para preservar seu poder de consumo. (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015)

As políticas voltadas para minimização das expressões da questão social são colocadas em segundo plano, sendo sua aplicação submetida aos projetos do capital. Isso se torna perceptível quando se coloca que apesar de toda a destituição de direitos básicos que não mais serão garantidos, deve-se preservar o poder de consumo do indivíduo, garantindo o crescimento econômico (que não será distribuído entre a população) e o aumento de lucro das empresas. Seu enunciado ressalta traços da antiga ementa da Desvinculação de Recursos da União.

Em 2016, de acordo com o Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar (DIAP), tramitaram no Congresso Nacional dezenas de projetos cujos conteúdos vão na direção das contrarreformas, como a da previdência. Também compõem estes projetos prescrições para o ataque às mulheres, aos segmentos LGBTTI e étnico-raciais, como o Estatuto da Família; o Estatuto do Nascituro; redução da maioridade penal e aumento do tempo de internação de adolescentes no sistema socioeducativo; proibição do debate sobre gênero e sexualidade nas políticas educacionais. (DURIGUETTO, 2016, p.15).

Tais ações ressaltam a importância de manter a resistência nos movimentos sociais, intensificando a luta contra o conservadorismo e seu retrocesso de acesso aos direitos da classe trabalhadora. Salienta-se a contrarreforma da previdência social que afeta diretamente os serviços públicos de saúde no qual será retratada com maior ênfase nos próximos capítulos. Percebe-se que o fundo público do Estado sempre é utilizado para a obtenção de soluções em curto prazo, partilhando cada vez mais para as grandes empresas, quando se trata de crise do capital. As políticas sociais tornam-se alvo de investimento do capital se destituindo do caráter de direito. De acordo com (GRANEMANN, 2016), mesmo com essa contrarreforma as políticas sociais não deixam de existir apenas porque se faz necessário a

Transferência de dinheiro para que os mais pauperizados possam comprar as mercadorias, oferecidas pelos capitais, compatíveis com seus ganhos. O plano de saúde, por exemplo, que custa trinta reais por mês para a família e que tem pior atendimento do que qualquer hospital público. Mas, para a saúde se transformar num espaço significativo dos negócios dos capitais, deve-se, antes, assim como todas as outras políticas, degradá-la ao limite. A construção do descrédito de uma política social como a previdência pública, de um hospital público, de uma universidade pública combina, basicamente, dois ingredientes: redução do fundo público para realizar aquela política e destruição das organizações coletivas da classe trabalhadora. (GRANEMANN, 2016, p.178)

É nessa perspectiva que ocorre a propagação do discurso de que o setor privado é o melhor garantidor de serviços do que o setor público, havendo um repasse de responsabilização das políticas para o setor privado, movido por um conjunto de interesses daqueles que detém maior poder e influência sobre a economia. Dessa forma, ressalta-se que a conjuntura pós-golpe exige articulação de classe para que haja uma ofensiva contra o capital. Pois a classe burguesa está cada vez mais estruturada em todos os níveis de poder Parlamento, Judiciário e maior parte da mídia que é financiada; estruturaram o golpe e realizam as movimentações necessárias para manter no poder

²¹apenas aqueles que colaboram com seus interesses.

²¹ Acrescenta-se a esse fato a criação do *Escola Sem Partido* que suprime a liberdade de expressão, tirando o direito do indivíduo pensar a realidade criticamente e coletivamente. Faz com que os jovens se tornem inertes e

2. AVALANCHE PÓS-GOLPE PÓS IMPECHMEANT DE DILMA ROUSSEFF: DESRESPONSABILIZAÇÃO DO ESTADO COM A SAÚDE PÚBLICA E REPASSE PARA O SETOR PRIVADO.

Nesse capítulo almejamos apresentar elementos pertinentes que auxiliam ao entendimento do objeto dessa pesquisa. Para isso, nos remetemos a conjuntura da saúde pública brasileira na cena contemporânea, abordará o desmonte da saúde pública como direito a partir das leis atuais aprovadas, em uma perspectiva de análise crítica.

Com o período de crise compreendido em meados dos anos 1970, há o aumento do desemprego e as políticas sociais começam a receber transformações em nível mundial a partir do séc. XX provocadas pela queda de lucro do capital com incentivo da financeirização pós depressões do capital.. Para contornar a situação o Estado começa a usar as chamadas reformas estruturais de ajuste. Tal contexto traz novas configurações para as políticas sociais em que a classe trabalhadora é quem sofre o maior impacto. O mundo passava pela transição da financeirização do capital, enquanto o Brasil na década de 1980 passava por medidas estruturais restritivas de avanço da crise²², sendo função do Estado amortecê-la é nesse contexto que as reformas neoliberais ganham intensidade, utilizando como pretexto a chamada crise fiscal do Estado para que ocorra uma apropriação do fundo público provocando corte nas políticas sociais, para que o capital possa seguir com a sua reprodução ampliada.

Nesse prisma,

A supremacia do capital fetiche atinge todos os âmbitos da vida social e a sede de lucratividade desta forma de capital se espalha para além dos investimentos privados. As políticas sociais se tornam alvo de investimento

percam a consciência da luta de classes. Para conhecer mais sobre o projeto de lei é possível acessar pelo sítio www.programaescolasempartido.org.

²²“A crise [...] tem a função de se constituir como meio pelo qual a lei do valor se expressa e se impõe. Ela é a consolidação de dificuldades crescentes de realização da mais-valia socialmente produzida, o que gera superprodução, associada à superacumulação.” (Behring e Boschetti, 2007, p.117)

do capital financeiro, na tentativa de solucionar o fenômeno da superacumulação. (SILVA, 2011, p.11)

Em consequência ocorre o aumento do setor terceirizado de forma direta e indireta, principalmente no campo da seguridade social. Mesmo após a promulgação da Constituição de 1998 o projeto de saúde sofre rebatimentos devido ao projeto neoliberal, o que dificulta efetivação do SUS constitucional perfazendo uma proteção social restrita no Brasil. Nos anos de 1990 as políticas são formuladas sob a égide do capital financeiro seguido de inúmeras privatizações estatais táticas.

A saúde pública brasileira tem encontrado diversos empasses para se efetivar de forma plena. Elencam-se alguns aspectos que faz com que tal fato ocorra, como: acesso aos serviços de saúde, os desafios para se alcançar a integralidade e a equidade no atendimento e financiamento da política, avanço precário de controle social, além da articulação de toda a classe com os movimentos sociais.

Em consequência a esses eventos, obtém-se o sucateamento dos serviços de saúde pública em que se verifica um aumento no número de pessoas que pagam por plano de saúde, ao invés de usufruir do seu direito ao atendimento à saúde gratuita. Há uma mercantilização dos direitos sociais, esses direitos se constituem no marco da sociedade neoliberal em políticas de austeridade, os direitos para a serem vendidos como serviços ofertados no mercado. Isso porque na prática ela não se efetiva forma plena. Na atualidade há dificuldades para que os princípios defendidos pela Reforma Sanitária se efetivem na realidade do cotidiano dos serviços públicos hospitalares.

Compreende-se que constitucionalmente, após muitas lutas e reivindicações, a saúde foi concebida como um direito para todos para que seu acesso ocorra de forma igualitária, a partir da Reforma Sanitária e a Constituição de 1988, sendo posteriormente colocada em prática com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da lei 8080/90, a saúde é constituída como um direito para acesso a todos de forma igualitária é pago pelos impostos arrecadados da população. De acordo com que diz a Seção II da Constituição Federal de 1988:

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.

Art.198. § 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: II – no caso

dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (AC) (BRASIL, 2017)

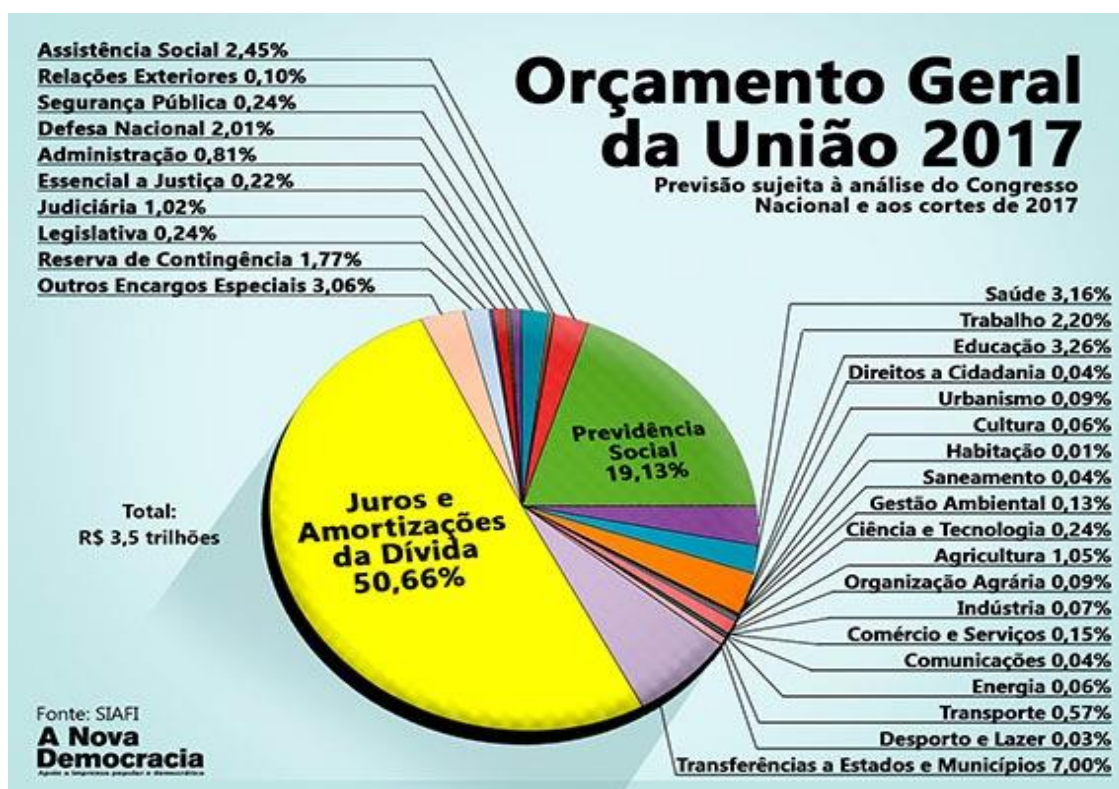
Ressalta-se que ainda na década de 1990, momento após as eleições presidenciais, conforme discutido nos capítulos anteriores, há uma disputa entre dois projetos societários, em que de acordo com NETO (1990) é denominado de Democracia de Massas X Democracia Restrita. O projeto de Democracia Restrita, que prevê ações restrita aos direitos sociais e fragilização das lutas coletivas e populares, ganha força devido à conjuntura política do país na década em questão. Começam ondas de contrarreformas para a reestruturação do capital frente a crise brasileira. Têm-se ações voltadas contra a Constituição, nas seções de seguridade social, principalmente na saúde. “Foi uma construção interrompida de um projeto mais generoso de proteção social gestado a partir da redemocratização do país” (SOARES, 2004, pág.11).

O grande capital investe em ações para aumentar o acesso da classe trabalhadora ao mercado para que se consuma mais, além do fortalecimento do discurso da privatização de órgãos estatais como “salvação” para a “crise” dos cofres públicos. Salienta-se como pontos de reflexão a crescente mercantilização da saúde, da previdência em que consequentemente aumentam ações de assistencialismo.

A Lei nº 141/2012 (regulamentação da EC-29) não garantiu novos recursos financeiros para a saúde universal, especialmente por parte da União e, ainda, nada foi realizado em relação ao estabelecimento de uma política de renúncia fiscal para o setor privado, sem prejuízo dos recursos do Estado, especialmente direcionados às políticas de direitos sociais, como a saúde. (ÁQUILAS, 2015, p.14)

Dessa forma, o dinheiro arrecadado por meio dos impostos e tributos para ser investido na saúde pública não é aplicado em serviços de forma integral, pois acaba por ser desviado pela maior parte dos gestores políticos. Ocorre um sub-financiamento ao SUS, para seu enfrentamento nesse contexto da fase de acumulação financeira do capitalismo e sua crise, deve-se defender a mudança dessa política econômica que prioriza o pagamento de juros da dívida pública. Conforme a tabela a seguir pode identificar quanto se gasta nas políticas de saúde no Brasil:

Gráfico 1 - Orçamento Geral da União 2017



Fonte: Um comitê para gerir os negócios da burguesia. Disponível em: (<http://anovademocracia.com.br/no-188/6968-um-comite-para-gerir-os-negocios-da-burguesia>)

Verifica-se a partir da tabela apresentada que mais de 50% do orçamento público é destinado apenas para pagamento da dívida externa. Nesse prisma, a saúde pública é oferecida a população de forma sucateada, com o discurso de que o serviço privado seria a melhor opção para a população. Ressalta-se que a iniciativa privada pode participar da saúde pública, mas apenas de forma complementar, de acordo com o Art.199 da Constituição Federal

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. § 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. § 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. (BRASIL, 2017)

Entretanto, coloca-se que há um privilegiamento cada vez maior para as empresas privadas, com desresponsabilização do controle social democrático. Tais afirmações podem ser evidenciadas nas crescentes terceirizações de trabalhadores em

instituições públicas, na ampliação da Desvinculação da Receita da União e na aprovação da medida provisória 13.097/2015²³ que foi transformada em lei.

Com isso, as empresas privadas recebem maior incentivo público, e os planos de saúde privado tendem a crescer. “Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o crescimento no número de usuários de planos de saúde saltou de 31 milhões em 2000, para 48,5 milhões em 2016.” (RIBEIRO, p.2, 2017). Percebe-se que o cenário é ainda mais grave quando Michel Temer, em seu governo ilegítimo, aprova a Portaria nº1.482/2016²⁴, tal ação demonstra a fragilidade em que o SUS se encontra enquanto o setor privado fortalece. Tem-se que a além da repartição do fundo público para o setor privado por intermédio da DRU, acrescenta-se segundo SILVA,

[...] os recursos dos orçamentos das políticas sociais que remuneram o rentismo, direta e indiretamente. Referimos-nos à remuneração do capital portador de juros para que operem e atuem na operacionalização das políticas sociais. Esta remuneração acontece das mais diversas formas e atinge a quase totalidade das políticas sociais, que consideramos uma privatização via financeirização por dentro do Estado. (SILVA, 2011, p.12)

Tais ações são um pouco mais difíceis de desvelar, mas podem ser refletidas em diversas formas de privatização como, as Organizações Sociais (OSs), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e as Fundações Estatais de Direito Privado, que funcionam aliados aos setor privado. Dessa forma ocorre uma intensa controvérsia entre a classe trabalhadora para que seus direitos sejam garantidos e

²³“CAPÍTULO XVII - DA ABERTURA AO CAPITAL ESTRANGEIRO NA OFERTA DE SERVIÇOS À SAÚDE: Art. 142. A Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com as seguintes alterações: Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e b) ações e pesquisas de planejamento familiar; III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e IV - demais casos previstos em legislação específica. (NR) Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros.” (BRASIL, 2017)

²⁴“Institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível. O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso I do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve: Art. 1º Fica instituído Grupo de Trabalho para discussão e elaboração de Projeto de Plano de Saúde Acessível. Art. 2º Compete ao Grupo de Trabalho de que trata o art. 1º: I - realizar estudos e elaborar documentos técnicos para a qualificação de Projeto de Plano de Saúde Acessível; II - realizar estudos de impacto financeiro de implantação de Projeto de Plano de Saúde Acessível; e III - apresentar proposta de Projeto de Plano de Saúde Acessível, considerando os resultados dos estudos e discussão realizados pelo Grupo de Trabalho.” (BRASIL, 2017).

financiados pelo Estado, e o setor privado que busca financiamento do Estado através do fundo público²⁵.

As contrarreformas apresentadas na saúde possuem um discurso falacioso de melhora no atendimento à população com o desafogamento do SUS. Os planos populares já criados pelos planos de saúde privado ainda é considerado caro para quem utiliza e os serviços fornecidos são mínimos, não garantindo total cobertura.

O plano de saúde, por exemplo, que custa trinta reais por mês para a família e que tem pior atendimento do que qualquer hospital público. Mas, para a saúde se transformar num espaço significativo dos negócios dos capitais, deve-se, antes, assim como todas as outras políticas, degradá-la ao limite. A construção do descrédito de uma política social como a previdência pública, de um hospital público, de uma universidade pública combina, basicamente, dois ingredientes: redução do fundo público para realizar aquela política e destruição das organizações coletivas da classe trabalhadora. (GRANEMANN, 2016, p.8)

Além disso, os trabalhadores são contundidos à medida que possuem seus direitos devastados duas vezes: por pagar impostos para ter atendimento de saúde de qualidade e por pagar um plano de saúde privado e não ter atendimento quando precisar por não possuir dinheiro para pagar todos os procedimentos. “Os efeitos do avanço dessa proposta são nefastos para trabalhadores e trabalhadoras que, na prática, irão pagar por planos reduzidos em valor e também em cobertura, criando um fundo justificado pela falácia de que ele só será utilizado caso a pessoa adoença.” (RIBEIRO, 2017, p.2.).

Coloca-se que o SUS durante todo o seu período de implementação teve interferência do setor privado, pois sempre foi mais rentável para o Estado incentivar parcerias com o setor privado do que estruturar sua própria rede de serviços. Com isso, houve um aumento de opções de empregos para os trabalhadores da saúde, com salários mais altos. Entretanto, tem-se uma carga horária maior de trabalho com os serviços fornecidos voltados para a lógica produtivista e não de qualidade e humanista.

Assim, os profissionais da saúde também são levados a acreditar no mesmo discurso falacioso que o restante da população, de que a solução para o SUS é privatizar seus serviços. O que se tem é falta de financiamento para realização dos serviços da rede pública e de profissionais que cada vez mais são atraídos para o setor privado. Com

²⁵O fundo público é composto por impostos, taxas e contribuições da classe trabalhadora, do capital e do Estado que as recolhe e reparte de forma desigual entre as classes sob diversas formas. Constitui-se de parte da riqueza socialmente produzida, ou seja, parte do trabalho excedente ,mas também, e de forma majoritária em nosso tempos, pelo trabalho necessário.(SILVA, 2011, p.12)

isso, a população se torna gradativamente obrigada a pagar por um plano de saúde privado, apenas para garantir que em uma situação de urgência e emergência ele seja atendido.

Verifica-se que a classe trabalhadora fica em uma eterna crise pelo não financiamento dos serviços públicos por demanda reprimida, e por planos de saúde que disputam valores e poder. “Definitivamente, a proposta de um sistema universal e integral como o SUS é incompatível com a coexistência de um sistema privado paralelo forte e pior, alimentado pelo próprio sistema público.” (JÚNIOR, 2011, p.36). Dessa forma, percebe-se que o SUS foi gradativamente sucateado desde sua formulação, com discursos falaciosos de parcerias privadas como forma de burlar a burocratização e atender melhor e de forma mais rápida a população.

Com a descentralização promovida pela Lei 8080/90, os municípios ficam encarregados de realizar as contratações dos profissionais de saúde. Porém, a maior parte dos municípios possui seu orçamento comprometido, o que faz com que uma mesma categoria profissional tenha variadas remunerações, de acordo com o seu vínculo de trabalho, podendo ele ser terceirizado ou servidor público. A maior parte das prefeituras abusa do artigo 24 da lei 8.080/90 que traz a ressalva de que “Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada”. É a partir dessa brecha que o Capital administra o negócio mais rentável que é a saúde.

Nessa onda de privatizações da gestão do SUS, ressalta-se a EBSEH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares que foi criada como sendo uma empresa pública de direito privado vinculada ao MEC sendo criada pela Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, mas foi implementada sem ouvir: a população, os trabalhadores da área e o conselho nacional de saúde. De acordo com o próprio site da EBSEH a empresa foi criada ações empreendidas pelo Governo Federal no sentido de recuperar os hospitais vinculados às universidades federais.

Desde 2010, por meio do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), criado pelo Decreto nº 7.082, foram adotadas medidas que contemplam a reestruturação física e tecnológica das unidades, com a modernização do parque tecnológico; a revisão do financiamento da rede, com aumento progressivo do orçamento destinado às instituições; a melhoria dos processos de gestão; a recuperação do quadro de recursos humanos dos hospitais e o aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como

à assistência à saúde. (EBSERH – História, 2017. Fonte: <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/historia>.)

A gestão dos serviços de saúde deixa de ser o órgão estatal para ser dirigido por uma empresa privada, isso faz com que os hospitais universitários percam sua autonomia, e que haja uma separação entre ensino pesquisa e assistência já que essas ações serão fornecidas por vínculos diferentes o que cria dois modos de profissionais dentro da instituição: os concursados, e os contratados por regime de CLT.

A questão que está em debate em relação às fundações estatais e as empresas de direito privado é que sem a obediência aos ditames da legislação e dispondo de toda a autonomia que se desenha, o processo de espoliação política do patrimônio público torna-se mais farto, incontrolável e danoso ao interesse da população. Disso a nossa experiência não deixa qualquer margem de dúvidas. E essa tem sido sim na nossa história pregressa, a forma mais vil e desonesta de privatização do estado brasileiro. (JÚNIOR, 2011, p. 39)

Tal fato vai de encontro aos princípios defendidos pela Reforma Sanitária. Desse modo, ressalta-se a luta constante que deve ser realizada contra a privatização da política de saúde. Nessa luta destacam-se dois importantes movimentos de controle social: a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e os Fóruns da Saúde existentes em diversos estados e municípios. Ambos ganharam ênfase nos anos 2000.

A FNPS é composta por diversos fóruns estaduais em que seu propósito é lutar para efetivação da saúde pública de acordo com os princípios defendidos pela reforma sanitária em 1980, sendo o SUS cem por cento estatal. Os Fóruns da Saúde são espaços de discussões de controle social.

A contrarreforma do estado vem sendo colocada de forma acelerada após o golpe da política brasileira com a refilantropização da assistência social e a defesa do SUS apenas para os mais pobres, sendo fornecido de forma sucateada. O reflexo dessa mercantilização na saúde está sendo materializado nas leis de terceirização e a lei do teto de gastos, que será discutida de forma contextualizada nos tópicos a seguir.

2.1 Criação da lei de terceirização e da lei do teto de gastos do fundo público.

Para debater sobre essas leis gestadas na contrarreforma do estado, foi necessário apreender as temáticas a fundo. A exploração será realizada em uma perspectiva de totalidade, de quanto as contrarreformas atingem a política de saúde no país e como isso chega nos serviços fornecidos pelo hospital públicos no município de

Natal. Entretanto, por se tratar de um assunto recente, não há material bibliográfico, com grande quantitativo, que realize debates com as temáticas que serão abordadas nesse capítulo e nos próximos.

Nesse sentido, para discutir a lei da terceirização utilizamos conceitos como reestruturação produtiva e terceirização como categorias chaves para discutir esse tema e articularmos com as implicações no hospital e como isso afeta os serviços para aqueles que dela necessitam baseados em experiência de estágio curricular do período de 2016.2 a 2017.1. A contrarreforma proposta pelo grande Capital amplia a ação das Fundações de Direito Privado, considerando que a Lei do Teto de Gastos irá limitar a atuação dos órgãos públicos, em que tal defasagem será compensada com acordos entre empresas privadas.

Nesse coloca-se que a lei 241/16 teve seu início quando o presidente interino Michel Temer enviou ao Congresso Nacional, no dia 15 de Junho de 2016, a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 241/2016 visando sua implementação na perspectiva de congelamento de gastos públicos por 20 anos para pagar dívida pública ,tem como objetivo frear a trajetória de crescimento dos gastos públicos e tenta equilibrar as contas públicas, que atualmente consome quase metade do orçamento do país, afetando serviços e servidores públicos da saúde, educação e seguridade social.

Chamada de novo regime fiscal pelo governo federal, a PEC limita as despesas primárias da União aos gastos do ano anterior corrigidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), o que significa que a cada ano, de acordo com o site da câmara (BRASIL, 2016), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) vai definir, com base na regra, o limite orçamentário dos poderes Legislativo (incluindo o Tribunal de Contas da União), Executivo e Judiciário, Ministério Público Federal da União (MPU) e Defensoria Pública da União (DPU). Como o IPCA só é conhecido após o encerramento do ano, a PEC 241 determina que, para calcular o limite, o governo estimará um valor para a inflação, que será usado na elaboração dos projetos da LDO e da lei orçamentária. Na fase de execução das despesas, no ano seguinte, será usado o valor final do IPCA, já conhecido, procedendo-se aos ajustes nos valores dos limites.

Em caso de descumprimento da lei é colocado no § 8º Art. 103, que

No caso de descumprimento do limite de que trata o caput do art. 102 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, aplicam-se, no exercício seguinte, ao Poder ou ao órgão que descumpriu o limite, vedações: I - à concessão, a qualquer título, de vantagem, aumento, reajuste ou adequação de remuneração de servidores

públicos, inclusive do previsto no inciso X do caput do art. 37 da Constituição, exceto os derivados de sentença judicial ou de determinação legal decorrente de atos anteriores à entrada em vigor da Emenda Constitucional que instituiu o Novo Regime Fiscal; II - à criação de cargo, emprego ou função que implique aumento de despesa; III - à alteração de estrutura de carreira que implique aumento de despesa; IV - à admissão ou à contratação de pessoal, a qualquer título, ressalvadas as reposições de cargos de chefia e de direção que não acarretem aumento de despesa e aquelas decorrentes de vacâncias de cargos efetivos; e V - à realização de concurso público. (BRASIL, 2017)

A punição cerceia a gestão para com os recursos financeiros dos órgãos públicos e impedem a contratação de novos profissionais por via de concursos públicos.

A finalidade da Lei de teto de gastos do fundo público, para os opositores da ideia, é de que sirva apenas como uma manutenção do sistema financeiro, sem pensar em outras estratégias como a reforma tributária, com o foco nas empresas, decisões graves que são tomadas por um governo ilegítimo que não obteve seu programa nas urnas, afetam programas que atendem população e já não valorizados da forma que deveriam, a exemplo do sucateamento da educação em que se fosse ofertada de forma qualificada funcionaria como um ponto para diminuição da desigualdade social; com o sucateamento da saúde a maior parte da população afetada é a de baixa renda que não pode pagar por um plano privado, em síntese pode ser concebida como um ataque dos direitos dos trabalhadores, que já não se efetivam de forma plena, e elevação de empresários e elitistas. “Essa PEC congela por 20 anos o orçamento, e se houver crescimento econômico, não há possibilidade de revisão do congelamento. A proposta vai colocar na Constituição Federal [...] ataques à saúde, educação e aos nossos direitos sociais. ”, denunciou Maria Lúcia Fattorelli, da Auditoria Cidadã da Dívida, em palestra no II Encontro Nacional de Educação, que ocorreu nos dias 16 a 18 de junho de 2016 em Brasília (DF).

De acordo com ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva, através de uma carta aberta sobre a PEC 241/16 e seus possíveis impactos fala que

Urge comprovar que a universalização do direito à saúde é possível e necessária. E que o instrumento para a realização deste objetivo é o Sistema Único de Saúde. Um SUS que precisa avançar e não ser recortado e reduzido. Inclusive, mediante a ampliação do financiamento e a realização de reformas da gestão pública que partidos e políticos tradicionais têm sistematicamente impedido. Para esse discurso conservador, o equilíbrio orçamentário e a retomada do crescimento dependeria de drástica redução dos gastos sociais e da própria função do Estado. Uma estratégia para desvelar a falsidade desta linha argumentativa é expor à opinião pública a real estrutura de uso do orçamento público. Como é de fato gasto o imposto arrecadado? Há sistemática proteção aos gastos com despesas financeiras e predisposição e cortar e cortar na área social. (Carta Aberta Abrasco – Contra a PEC 241, em defesa do SUS, dos direitos sociais e da democracia. 2016. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/carta-aberta-abrasco-contra-pec-241-em-defesa-do-sus-dos-direitos-sociais-e-da-Democracia/20711>)

Há uma reestruturação dos processos de trabalho em proporções macroscópicas, que impacta na saúde e nos diversos espaços ocupacionais. Nesse prisma diversas formas de terceirização foram propostas em que seus ideais vão contra ao SUS constitucional e que está contido no projeto de contrarreforma. Além da Lei que define a limitação dos gastos públicos, ressalta-se a Lei 4.302/98 da Terceirização.

A Lei da terceirização é uma nova aprovação da Câmara dos Deputados, da qual houve 231 votos a favor, 188 contra e 8 abstenções, no período de 22 de março de 2017, sendo segundo informações do site carta capital²⁶ os deputados do RN ²⁷foram 3 votos a favor, 3 contra e 1 abstenção, liberando a terceirização para todas as atividades, trazendo à tona implicações nas condições de trabalho para a classe trabalhadora. Compreende-se que a maior parte dos representantes que são eleitos para defender a classe trabalhadora, votou contra ela, tendo sua primeira versão em 1988 e aprovada com algumas alterações em 2017.

Podemos definir a terceirização como um fenômeno do capitalismo contemporâneo, sendo uma das alternativas do modo de produção capitalista de continuar com suas altas porcentagens de lucro em detrimento da exploração da classe trabalhadora. Outra definição é de que a “terceirização é todo processo de contratação de trabalhadores por empresa interposta, cujo objetivo último é a redução de custos com a força de trabalho e/ou a externalização dos conflitos trabalhistas.” (MARCELINO; CAVALCANTE, 2012, p. 338).

A Lei 13.429/2017 que libera a terceirização sobre todas as atividades das empresas, poderá então terceirizar a chamada atividade-fim, inclusive na administração pública, põe em perspectiva a precarização do trabalho, que será realizado em grande escala por contratação, podendo ser em regime temporário. Tal situação acaba por gerar fim dos concursos públicos com isso aumenta a pressão contra os trabalhadores. ²⁸O debate acerca dessa nova aprovação é que não haverá mais contratações permanentes, sendo o próximo passo não haver direitos

²⁶Câmara aprova terceirização total: veja como votaram os deputados. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/parlatorio/camara-aprova-terceirizacao-total-veja-como-votaram-os-deputados>. Acesso em Nov.2017.

²⁷ Felipe Maia – DEM (Sim)/ Walter Alves – PMDB (Não)/ Zenaide Maia – PR (Não)/ Rafael Mota – PSB (Não)/ Fábio Faria – PSD (Sim)/ Rogério Marinho – PSDB (Sim). Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/parlatorio/camara-aprova-terceirizacao-total-veja-como-votaram-os-deputados>. Acesso em Nov.2017.

²⁸ No dia 27 de outubro de 2017 o Supremo Tribunal Federal considerou legítima a possibilidade de órgãos públicos cortarem o salário dos servidores que fizerem greve, já a partir do primeiro dia de paralisação. Disponível em <http://g1.globo.com/politica/noticia/2016/10/supremo-admite-corte-de-salario-de-servidores-e-rn-greve.html> . Acesso em nov. 2017.

básicos como férias e licença-maternidade, sujeitando a população a submeter-se a condições precarizadas de trabalho para sobreviver.

A perspectiva do senado em aprovar a terceirização irrestrita, é de fazer com que o mercado de trabalho aqueça, diminuindo o percentual da maior parte da população que se encontra desempregada, porém o que se terá serão subempregos, sem garantia mínima dos direitos trabalhistas, como o fato de a permanência ser mínima na empresa contratante havendo uma maior rotatividade de mão de obra, quem trabalha terceirizado ganha 30% a menos que um trabalhador com vínculo empregatício. Ronaldo Curado Fleury, Procurador-geral do Trabalho, também explica que a empresa não é obrigada a treinar seus funcionários, motivo de grande preocupação.

A terceirização é uma forma de organização do trabalho que é muito lucrativa para as empresas envolvidas, além da desresponsabilização com direitos trabalhistas. No contexto da conjuntura atual de crise, a dificuldade de encontrar um emprego seja ou não na área de atuação tem acarretado na submissão precária no mercado de trabalho. A globalização e as rápidas transformações tecnológicas têm acarretado em uma alta concorrência capitalista e a consequência disso no mundo do trabalho é a super. exploração, uma grande acumulação de riqueza em detrimento de uma extrema desigualdade social.

De acordo com Marcelino e Cavalcante (2012) a terceirização vem modificando a forma estrutural da base produtiva dos serviços no Brasil, no que se refere as duas últimas décadas. A recorrente ocorrência da terceirização tem marcado o mercado de trabalho e as relações sociais, econômicas e políticas.

A reestruturação produtiva do capital trouxe novas formas de operar as atividades laborais, o modelo toyotista²⁹ possui forte influência nisso, atingindo muitas experiências no modo de produção capitalista, atualmente na forma de modelos de produção mais flexíveis, principalmente na perspectiva de contratos de trabalho, com jornada em tempo integral, sendo regidas pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). As novas formas de contratação e a redução de postos de trabalho, acarretando em desemprego afeta diretamente a “aceitação” da classe trabalhadora por empregos cada vez mais fragilizados.

²⁹ “ A característica principal desse modelo é a flexibilização do produto, ou seja, em oposição a premissa básica do sistema anterior - o fordismo que defendia a máxima acumulação de estoques – o toyotismo preconiza a adequação da estocagem dos produtos conforme demanda. [...] outro ponto do sistema toyotista é a diminuição da oferta de empregos, haja vista, que o processo de trabalho também se flexibiliza e, ao longo do processo produtivo, um mesmo trabalhador realiza diversas funções, diferentemente do fordismo em que o trabalho era mecânico e repetitivo.” Toyotismo. Disponível em: <http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/geografia/toyotismo.htm>. Acesso em nov. de 2017.

Assim, coloca-se que a aprovação da lei de terceirização e a lei de teto do fundo de gastos públicos foram previamente articuladas, pois com terceirização irrestrita será possível realizar diversos contratos com empresas privadas para suprir o déficit de profissionais gerados pela falta de profissionais devido a não realização de novos concursos públicos que será considerada como um gasto desnecessário. Com a implementação das duas leis, seus impactos serão devastadores na saúde. Pois, elas fortalecerão o sub-financiamento do SUS pelo setor privado, com o sucateamento dos serviços públicos, em que se terá a ampliação de empregos devido a abertura ao privado, mas as condições de trabalho serão gestadas de forma precária. Com o passar dos 20 anos de limitação de financiamento público, a rede pública de saúde será relegada apenas a população mais pauperizada que não conseguirá pagar por um plano de saúde. A aprovação dessas leis fará com que a iniciativa privada participe para além de forma complementar nos serviços de saúde, indo de encontro as premissas da lei orgânica de saúde, o que preconiza a reforma sanitária, se constituindo como algo inconstitucional imposto por um governo ilegítimo em que os mais afetados serão os que mais precisão de um atendimento gratuito e de qualidade.

2.2 Impactos relacionados à política de saúde

A saúde faz parte do tripé da Seguridade Social, incluindo também a assistência social e previdência social, estabelecendo como perspectiva a extensão e garantias dos direitos sociais. Constitui-se como uma ampla forma de proteção aos cidadãos brasileiros, além disso, como um modo de melhorar a vida da classe trabalhadora, mesmo que não seja de uma forma emancipatória do sistema capitalista. “Não é vista como um fim, mas como transição a um padrão de civilidade, que começa pela garantia de direitos no capitalismo, mas que não se esgota nele” (CFESS, 2010, p.18).

Dessa forma, a Seguridade Social foi/é produto de luta da classe trabalhadora que foi intensificada na década de 1980, período efervescente dos movimentos sociais, e nessa perspectiva, é também ferramenta estratégica de garantia de direitos. “O que se verificou para os trabalhadores, no final dessa década, foram conquistas no campo da ação política organizada e derrota no campo econômico” (CFESS, 2010, p.18).

Nesse sentido, no âmbito da saúde, a maior conquista foi o Sistema único de saúde (SUS), do qual integra a Seguridade social. “Ao compreender o SUS como uma estratégia, o Projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde” (CFESS, 2010, p.19). A ideia é que a saúde seja abrangente, incluindo além da saúde física, o trabalho, o lazer, saneamento básico, a participação social, entre outros.

Apesar da conquista pelo direitos as políticas sociais, essas sofrem inviabilizações de acesso e efetivação devido à propagação das políticas neoliberais a nível mundial. Tal fato só ocorre devido ao seu apoio no Estado e no setor privado, está sempre tentando restringir e enxugar os direitos e políticas sociais, sendo máximo para o capital e mínimo para as classes subalternas. Partindo para esse caminho, há uma defesa em prol da privatização de serviços como a saúde, mercantilizando e tornando a saúde produto de consumo. Seguindo a lógica, “entende-se que todas essas medidas visam ao estímulo ao seguro privado de saúde, ficando o Sistema Único de Saúde (SUS) restrito aos pobres, por meio de ações mínimas e programas focalizados, havendo outro sistema para os consumidores” (CFESS, 2010, p.21).

Podemos perceber que, infelizmente, o SUS real é diferente do definido no papel, não podemos deixar de exaltar a luta dos movimentos na construção desse documento, mas ainda falta bastante para se alcançar objetivamente todas as propostas colocadas. As contrarreformas aprovadas após o golpe institucional trazem conseqüências em grande escala para a política de saúde, usuários e qualidade de vida do trabalhador da saúde. A lei do teto de gastos públicos e da terceirização limita os recursos, que já não são muitos, para o setor da saúde pública, como se as doenças fossem esperar por 20 anos para começar a atingir a população.

A terceirização do trabalho prejudica as condições de saúde e segurança dos trabalhadores de saúde, além de aumentar os riscos de se ter trabalho escravo, já que a maior parte das empresas que prestam serviços é de médio e pequeno porte, não sendo tão visadas pelo controle do Ministério Público do Trabalho, quanto uma empresa de grande porte. De acordo com uma pesquisa realizada pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina em 2017, “elevado número de acidentes de trabalho no país está relacionado, em sua maioria, à falta de uma ampla fiscalização das empresas terceirizadas. Entre 2012 e 2016, foram registrados pelo governo federal 704 mil acidentes na iniciativa

privada.”³⁰ Não há garantia de que as será efetivado condições de trabalho digno para os trabalhadores. A partir de dados de 2013 do Ministério do Trabalho, terceirizados trabalham em média três horas a mais por semana que os contratados diretos, ao mesmo tempo em que ganham salários em média 25% menores.

A emenda constitucional que propõe o limite gastos públicos traz consequências como:

a) desvinculação das despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) da receita corrente líquida; b) perda de recursos em relação às regras de vinculação das Emendas Constitucionais nº 29 e nº 86; c) redução do gasto público per capita com saúde; d) desobrigação dos governos de alocarem mais recursos em saúde em contextos de crescimento econômico; e) provável aumento das iniquidades no acesso a bens e serviços de saúde; e f) dificuldades para a efetivação do direito à saúde no Brasil. (IPEA, 2017. http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT_n28_Disoc.pdf)

O financiamento do SUS, é um assunto que sempre esteve em pauta, desde a sua regulamentação, por motivos diversos, seja por ser considerado um gasto público desnecessário ou porque seus recursos são insuficientes para atender a alta demanda. Há um consenso de que os problemas existentes no SUS são ocasionados devido à má gestão, ocasionando um déficit na oferta de serviços em diversas regiões do país, refletido em super. lotação em algumas áreas já que o investimento nos diferentes níveis de saúde não é o mesmo em todas as regiões. A emenda prejudica o funcionamento do SUS de acordo com os princípios dos SUS, as quais sejam: Integralidade, Universalidade e Equidade. O novo regime fiscal quebrará a cobertura de atendimentos em todos s municípios, além da qualidade dos serviços. É preciso um debate amplo com a sociedade à altura da complexidade do assunto para que o SUS não faleça.

Nos anos de 1990 houve forte debate a respeito do financiamento do SUS, devido às diversas crises financeiras as quais o país passava nesse período, como já foi debatido nos capítulos anteriores, fez com que o Ministério da Saúde realizasse diversos empréstimos além de diversas parcerias com empresas privadas para continuar com a operacionalização da política de saúde pública, a partir da EC29 é que se colocam os recursos mínimos para a saúde. A emenda para o novo regime fiscal traz a desvinculação da receita da União para o financiamento da saúde. Isso ocasiona em:

Aplicação mínima da União em ASPS em 2017 = 13,2% (ou 15,0%) da RCL de 2016 + correção pelo IPCA de 2016;
Aplicação mínima da União em ASPS em 2018 = 13,2% (ou 15,0%) da RCL de 2016 + correção pelo IPCA de 2016 e 2017;

³⁰ UFSC – Departamento de Saúde Pública. Lei da terceirização e a Reforma trabalhista podem aumentar o número de acidentes no país. 2017. Disponível em: <http://saudepublica.ufsc.br/destaque/lei-da-terceirizacao-e-a-reforma-trabalhista-podem-aumentar-o-numero-de-acidentes-no-pais/#prettyPhoto>. Acesso em nov 2017.

Aplicação mínima da União em ASPS em 2019 = 13,2% (ou 15,0%) da RCL de 2016 + correção pelo IPCA de 2016, 2017 e 2018, e assim por diante. (IPEA, 2017. http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT_n28_Disoc.pdf)

O congelamento dos recursos por 20 anos, levando em consideração apenas o piso de 2016 para o financiamento para os próximos anos excluindo as transformações demográficas e Epidemiológicas, comprometendo as ações e serviços públicos de saúde – ASPS³¹. O argumento utilizado para a sua aprovação é de que a saúde não deixaria de receber recursos, mas isso seria feito a partir da aplicação mínima, entretanto

Ao instituir um teto de gasto para as despesas primárias, congelando as despesas com saúde e educação, e com o já esperado aumento das despesas com benefícios previdenciários (Brasil, 2016c), o espaço para a ampliação do orçamento da saúde ficaria mais reduzido, pois isso implicaria o comprometimento das demais despesas, inclusive das despesas com outras políticas sociais. Segundo, porque a história do financiamento público de saúde no Brasil revela que a sua estabilização somente ocorreu com a vinculação das despesas, estabelecida pela EC 29. (IPEA, 2017. http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT_n28_Disoc.pdf)

Ocorre um retrocesso dos direitos já conquistados, provocados por uma falsa democracia, que trará malefícios em larga escala conforme a tabela abaixo com projeções do impacto da Emenda Constitucional na política de saúde do período de 2017 a 2036.

Tabela 3 - Estimativa de impacto da PEC 241 para o financiamento federal do SUS - cenários para o período de 2017 a 2036.

Limite inicial 2016 Conforme	Taxa de crescimento anual do PIB	Perda Acumulada 2017-2036 em	Valor	Gasto Saúde	Federal	Com
-------------------------------------	---	-------------------------------------	--------------	--------------------	----------------	------------

³¹ Conforme a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (LC 141/2012), são no art. 3º da referida lei, são listadas como sendo aquelas referentes a: I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária; II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais; III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS; V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos; VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar; VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos; VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde; X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais; XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

(<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/5977-financiamento-do-sus-o-que-sao-asps>)

PEC 241		relação à regra da EC 86 ³² (R\$ bilhões de 2016)	R\$ bilhões de 2016	% do PIB	% da RCL	Valor per capita em R\$ de 2016
13,2%	0,0 % ao ano	-205	93,3	1,48	13,4	411
	1,0 % ao ano	-416	93,3	1,22	11,1	411
	2,0% ao ano	-654	93,3	1,01	9,2	411
	LDO 2017 (*)	-999	94,2	0,84	7,6	415
15,0%	0,0 % ao ano	49	106,0	1,68	15,2	467
	1,0 % ao ano	-162	106,0	1,39	12,6	467
	2,0% ao ano	-400	106,0	1,15	10,4	467
	LDO 2017 (*)	-743	107,0	0,95	8,6	472
Orçamento 2016**			106,9	1,71	15,5	519

* LDO 2017 - anexo RGPS. Taxa de crescimento real do PIB das projeções atuariais para o RGPS (LDO 2017 – PL 02/2016). A média no período 2017-2036 é de 3,00% ao ano. IPCA de 6,0% em 2017, 5,4% em 2018, 5,0% em 2019 e 3,5% a partir de 2020.

** Valor para empenho previsto na LOA 2016. Foi calculado com base em uma RCL mais alta. O valor final da RCL pode ficar muito mais baixo, resultando em aplicação mínima inferior àquela prevista na LOA.

Hipóteses: 1) taxa de crescimento real de PIB de 1,1% em 2017 (Focus/Bacen); 2) IPCA de 5,29% em 2017 e 4,5% entre 2018 e 2036; 3) RCL/PIB constante em 11,02% do PIB (estimativa 2016); 4) RCL de 2016 estimada em R\$ 689 bilhões, conforme PLOA 2016 (R\$ 759,4 bilhões), com redução de 9,3%, conforme previsão de queda da receita líquida constante do Relatório de Avaliação de Receitas e Despesas Primárias da Secretaria de Orçamento Federal/SOF - 3º Bimestre/2016; 5) PIB nominal de 2016 estimado em R\$ 6.247,9 bilhões, conforme Relatório de Avaliação de Receitas e Despesas Primárias da SOF/MPOG - 3º Bimestre/2016; 6) Aplicação mínima em ASPS de 13,2% e 15% da RCL de 2016.

Fonte: IPEA, p.13, 2017. (http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT_n28_Disoc.pdf)

Salienta-se ainda a desresponsabilização do setor público no financiamento da saúde, mesmo em período de crescimento econômico, podendo ser esses recursos realocados para o pagamento da dívida externa, isso acarretará na dificuldade de acesso aos serviços pela população hipossuficiente financeira não só na urgência e emergências, mas nas unidades

³² EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 86, DE 17 DE MARÇO DE 2015- [...] "Art. 166, § 11. É obrigatória a execução orçamentária e financeira das programações a que se refere o § 9º deste artigo, em montante correspondente a 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida realizada no exercício anterior, conforme os critérios para a execução equitativa da programação definidos na lei complementar prevista no § 9º do art. 165. [...]§ 13. Quando a transferência obrigatória da União, para a execução da programação prevista no §11 deste artigo, for destinada a Estados, ao Distrito Federal e a Municípios, independerá da adimplência do ente federativo destinatário e não integrará a base de cálculo da receita corrente líquida para fins de aplicação dos limites de despesa de pessoal de que trata o caput do art. 169. § 14. No caso de impedimento de ordem técnica, no empenho de despesa que integre a programação, na forma do § 11 deste artigo, serão adotadas as seguintes medidas: I - até 120 (cento e vinte) dias após a publicação da lei orçamentária, o Poder Executivo, o Poder Legislativo, o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública enviarão ao Poder Legislativo as justificativas do impedimento;II - até 30 (trinta) dias após o término do prazo previsto no inciso I, o Poder Legislativo indicará ao Poder Executivo o remanejamento da programação cujo impedimento seja insuperável;III - até 30 de setembro ou até 30 (trinta) dias após o prazo previsto no inciso II, o Poder Executivo encaminhará projeto de lei sobre o remanejamento da programação cujo impedimento seja insuperável.[...] § 17. Se for verificado que a reestimativa da receita e da despesa poderá resultar no não cumprimento da meta de resultado fiscal estabelecida na lei de diretrizes orçamentárias, o montante previsto no § 11 deste artigo poderá ser reduzido em até a mesma proporção da limitação incidente sobre o conjunto das despesas discricionárias.§ 18. Considera-se equitativa a execução das programações de caráter obrigatório que atenda de forma igualitária e impessoal às emendas apresentadas, independentemente da autoria."(NR) (BRASIL,2017)

básicas com as ações de prevenção e promoção da saúde. O não investimento na atenção básica provocará um aumento de doenças, principalmente para aqueles que vivem em situação de desigualdade social, isso irá gerar uma alta demanda para a rede de urgência e emergência que não conseguirá suprir a todos. A EC95/16 irá provocar, praticamente um possível genocídio³³ da população mais carente que não terá como ser atendido de forma adequada.

Ressalta-se que de acordo, com o IBGE³⁴, para o ano de 2060 a projeção é de 218,2 milhões. No horizonte da EC95/16, a população projetada para 2036 é de 226,9 milhões de habitantes, 10,1% superior à de 2016. Serão mais pessoas desassistidas. A falta de recursos irá aumentar o nível de desigualdade ao acesso a bens e serviços de saúde. As regiões que já sofrem com a problemática de infraestrutura insuficiente, será mais difícil realizar sua manutenção e não será possível ampliar novos serviços.

Aqui é importante recordar o que afirma a Organização Mundial da Saúde sobre a relação entre macroeconomia e saúde. Segundo esta instituição, a angústia da doença e da morte prematura faz com que o controle das doenças seja uma preocupação central de todas as sociedades, motivando a inclusão da saúde entre os direitos humanos fundamentais, consagrado em leis internacionais. Para os indivíduos e famílias, a saúde traz a capacidade para o desenvolvimento pessoal e a segurança econômica no futuro, sendo a base para a produtividade do trabalho, a capacidade de aprender na escola e de crescer intelectual, física e emocionalmente. Em termos econômicos, a saúde e a educação são os dois pilares do capital humano, sendo que a boa saúde da população é insumo fundamental para a redução da pobreza, o crescimento e o desenvolvimento econômico de longo prazo (World Health Organization, 2001). (IPEA, 2017, p.15).

É o direito a saúde de forma integral, que está sendo estrangulada, devido ao avanço de uma “democracia” que propõe como solução da alta demanda que será progressiva, a criação de planos de saúde populares, criados com preços considerados acessíveis a população, terá apenas uma cobertura ínfima assistencial em que não garante medicamentos e tratará apenas de casos emergenciais. Os planos oferecem apenas o considerado o que é “o mínimo do mínimo” de procedimentos do que é considerado obrigatório um plano de saúde privada oferecer, de acordo com o que diz as regras da ANS³⁵ – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Tal fato coloca novamente a saúde do indivíduo como um produto.

³³ O artigo 2º da Convenção para a Prevenção e a Repressão do Crime de Genocídio de 1948 define o crime como: "Na presente Convenção, entende-se por genocídio os atos abaixo indicados, cometidos com a intenção de destruir, no todo ou em parte, um grupo nacional, étnico, racial ou religioso, tais como: a) assassinato de membros do grupo; b) atentado grave à integridade física e mental de membros do grupo; c) submissão deliberada do grupo a condições de existência que acarretarão a sua destruição física, total ou parcial; [...]. (<https://lfg.jusbrasil.com.br/noticias/1497576/crime-de-genocidio-simone-de-alcantara-savazzoni>). Acesso em nov. 2016.

³⁴ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 20 nov. 2016.

³⁵ ALBUQUERQUE, F. Plano de saúde mais barato aliviará gasto com financiamento do SUS, diz Barros. Agência Brasil, São Paulo, 8/8/2016. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-08/plano-de-saude-maisbarato-aliviara-gasto-com-financiamento-do-sus-diz-barros>. Acesso em: 13 nov. 2017.

De acordo com a pesquisa realizada pelo IPEA, os argumentos colocados para aprovação dessas contrarreformas, são facilmente quebrados. Como a falácia de que o orçamento distribuído para a saúde está cada vez mais alto e que precisa ser contido devido à crise financeira pela qual o país enfrenta. Acrescenta ao seu discurso de que a partir da implementação das contrarreformas o investimento na saúde será proporcional ao PIB arrecadado no país. Entretanto, ressalta-se que

O gasto federal com ASPS como participação do PIB está estável desde o início da vigência da EC 29, em 2000, variando de 1,66% em 2002 a 1,69% em 2015 (Ministério da Saúde, 2016). Esta estabilidade foi consequência da regra de vinculação de recursos para a saúde da EC 29, e da não aplicação de recursos pela União além do mínimo obrigatório (Piola et al, 2013). [...]. Desde 2002 não houve aumento da participação das despesas com ASPS nas despesas primárias da União: pelo contrário, observou-se queda da participação. A exposição de motivos nº 83/2016, referente à PEC 241, aponta (parágrafo 4) que “A raiz do problema fiscal do Governo Federal está no crescimento acelerado da despesa pública primária”. A despesa com ASPS, no período em tela, reduziu sua participação na despesa primária do governo federal, de forma acentuada a partir de 2013. (IPEA, p.17, 2017. http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT_n28_Disoc.pdf)

A maior despesa do Estado não é com a saúde e sim com o pagamento de juros e amortização da dívida pública, que não é incluído nas despesas primária do governo. A qualidade saúde de um indivíduo é influenciada de acordo com sua posição socioeconômica. Equivale dizer que quanto maior o nível de desigualdade de um país, menor será seu índice de saúde. A austeridade fiscal imposta não irá diminuir a crise econômica, tão proferida, aumentará apenas o nível de pobreza, por ter estados e municípios que não terão recursos para investir em políticas sociais, além de uma população que ficará cada vez mais doente.

[...]Economistas do Fundo Monetário Internacional (FMI) revissem suas prescrições aos países para o enfrentamento das crises econômicas, reconhecendo que algumas políticas de orientação neoliberal, que propõem a austeridade fiscal para enfrentar o problema do déficit público, aumentam a iniquidade social e colocam em risco a possibilidade de recuperação econômica. Na prática, os benefícios que tais medidas podem trazer ao reduzir a dívida pública, aumentar a confiança e o investimento privado parecem ter sido exagerados, havendo forte evidência de que a iniquidade pode baixar significativamente o nível e a durabilidade do crescimento econômico (Ostry, Loungani e Furceri, 2016). (IPEA, p.21, 2017. http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT_n28_Disoc.pdf)

Diante do exposto identifica-se o quão negativamente as contrarreformas estabelecidas irão impactar de forma hostil a política de saúde no país, constituindo-se como um viés para: aumento dos níveis de desigualdade, menor qualidade de trabalho, menores salários, ou seja, perda de direitos conquistados pela constituição.

2.3 Implicações de serviços fornecidos pelo Walfredo Gurgel

É necessário entender os impactos das contrarreformas não só em uma perspectiva macro, a partir de determinantes políticos econômicos, como a política de saúde. Mas também aliar a análise a uma perspectiva micro em como os serviços de saúde e usuários serão assestados pelas contrarreformas.

O Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel, hospital de origem governamental estando situado na Av. Sen. Salgado Filho, s/n - Lagoa Nova, Natal - RN. O complexo foi inaugurado no contexto da ditadura militar no Brasil, em 14 de março de 1971 sendo denominado na época de Hospital Geral e Pronto Socorro de Natal, posteriormente foi renomeado em homenagem ao governador da época Monsenhor Walfredo Gurgel marcando o início das atividades do hospital em 31 de 6 março de 1973.

O hospital foi construído na década de 1970, momento em que o Brasil passava por um contexto de repressão e censura em face do Regime Militar que tinha iniciado no ano de 1964, nesse sentido a perspectiva era de uma não valorização do serviço público. O atendimento era altamente seletivo e focalista, sendo atendidos apenas a minoria da população que trabalhava de carteira assinada. O modelo de saúde predominante era o hospitalocêntrico³⁶ voltada apenas para ações curativistas sem a atenção do âmbito social.

Segundo Bravo (2005), o setor privado era o maior beneficiado com os recursos financeiros, recebendo também o apoio do governo que atendia sempre o desejo de determinados grupos e não as reais necessidades da população, enquanto isso o serviço público era relegado. No início dos anos de 1980 houve uma pequena abertura política devido às pressões populares, destacando-se o Movimento Sanitário, Movimento Sindical além do "movimento pelas eleições diretas", no qual se tinha reivindicações nas relações de saúde e trabalho, pois a maior parte da população era desassistida no que se refere aos serviços públicos, dessa forma, as reivindicações caminhavam numa perspectiva de propor serviços democráticos com uma reorientação para o sistema de saúde.

Nesse sentido, tem que tal problemática também pode ser evidenciada na saúde pública do município de Natal. Em sua inauguração o hospital Walfredo Gurgel contava com 330 servidores públicos e atendia a uma população de 1.745.400 Norte-rio-grandenses (BRASIL,2016). De acordo com o Núcleo de Educação Permanente (NEP) do hospital, a estrutura do Pronto Socorro Clóvis Sarinho (PSCS) só foi construído em Oito de Março de 2001. A estrutura do Pronto Socorro abrange o Centro Cirúrgico do Hospital Walfredo Gurgel, com 6 salas cirúrgicas e o Centro de Esterilização de Materiais. Além disso, conta

³⁶ Modelo de administração voltado apenas para o hospital. Visão fragmentada dos determinantes da saúde, desconsiderando-se o âmbito social.

com os Serviços Auxiliares de Diagnóstico, que compreendem: Laboratório de Análises Clínicas; Endoscopia Digestiva Alta, Ultrassonografia e Radiologia, com equipamentos de Raio-X e de tomografia computadorizada. O Clóvis Sarinho funciona também com o Serviço Social, recepção informatizada para admissão de pacientes e Classificação de Risco.

Desse modo, com todos os aparatos, o complexo hospitalar constitui-se como referência no Estado do Rio Grande do Norte com atendimento de urgência e emergência pelo SUS, possuindo diversas especialidades como: serviço especializado de queimados, ortopedia, neurologia e neurocirurgia, clínica médica, cirurgia geral, cardiologia há mais de quatro décadas, sendo 284 leitos oficiais. Os recursos de financiamento do hospital, em sua maior parte são provenientes do Governo do Estado, mas também recebe doações que auxiliam em seu funcionamento.

O Hospital Walfredo Gurgel atende em média 250 pacientes/dia. Mensalmente são assistidos cerca de 7.000 potiguares (vindos da capital e do interior do Estado), dos quais 2.100 são internados. A cada mês, são realizados cerca de 600 procedimentos cirúrgicos, entre cirurgias e reduções ortopédicas. Os principais procedimentos realizados são: ortopedia, clínica médica, pediatria, cirurgia geral, UTI Neurológica, cirurgia buco-maxilo-facial, anestesia, análises clínicas, fisioterapia, fonoaudiologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, vascular, urologia e nefrologia. (BRASIL,2016).

Nessa perspectiva, o complexo se apresenta como referência em atendimento e também em ensino em diversas áreas profissionais, como a implementação da residência médica em 2005 reconhecida pelo Ministério da Educação. Atualmente, o Pronto Socorro Clóvis Sarinho é sede da Organização de Procura de Órgãos (OPO) e mantém uma equipe de sobreaviso para captação de órgãos em caso de notificação de óbitos. De acordo com o Governo do Estado o Complexo hospitalar tem como missão oferecer um atendimento de referência à todas as faixas etárias em situações de emergências cirúrgicas e agravos de causas externas em especial ao trauma, e contribuir para a formação e qualificação de recursos humanos à luz dos valores éticos e humanitários.

Sua estrutura foi planejada para o atendimento das demandas advindas da capital Natal e região metropolitana. Porém, devido à falta de hospitais de grande porte municípios do interior do Estado e até regiões vizinhas acabam por ser atendidos no HMWG. De acordo com o site do Governo do Estado, o hospital possui no momento 284 leitos, porém tal número é insuficiente para a quantidade de demanda recebida. Muitos dos pacientes que são atendidos permanecem nos corredores, porque não existe leitos suficientes, acarretando em demora e

transtornos para os usuários. Além disso, é possível presenciar nos corredores situações precárias e desumanas, como por exemplo, casos de pacientes que já se submeteram permanecer em pedaços de papelão no chão do hospital para serem atendidos.

Salienta-se que apesar da portaria que mantém a regulação de atendimento do hospital, para que sejam atendidos primordialmente pacientes que possuam traumas – AVE, os recursos ³⁷ que são transferidos para o hospital não são suficientes para atender a alta demanda. A lei sobre o teto de gastos do governo federal incide diretamente nos serviços ofertados pelo hospital, em que já não é ofertado de forma qualificada e pode se tornar ainda mais precarizado. O teto tem como objetivo o discurso falacioso de frear a trajetória de crescimento dos gastos públicos e tenta equilibrar as contas públicas, que segundo os governantes, atualmente consome quase metade do orçamento do país, afetando serviços e servidores públicos da saúde, educação e seguridade social.

O Complexo é tido como referência em todo o Estado do Rio Grande do Norte, sendo que a predominância de seus usuários é proveniente de cidades do interior do estado, sendo a maior parte hipossuficiente financeira. De acordo com Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), no período de janeiro de 2016 a setembro de 2016, houve um total de 5.727 admissões de internação, é ciente que o hospital só dispõe de 242 leitos. São usuários, em que sua maioria se encontra em situação de desigualdade social. Entendemos que grande parte da precariedade do serviço, é devido à falta de investimentos na saúde pública por parte do governo desde no nível federal ao municipal, deixando subalternizado a resolução das demandas cotidianamente apresentadas.

Tem-se que tanto a lei de terceirização quanto a lei do teto de gastos, trarão grande impacto nos serviços do hospital que já funciona de forma precária devido ao fato de não ter suporte para atender a alta demanda.

De acordo com o site, o hospital possui 2.000 funcionários do qual 300 são de empresas terceirizadas. Apesar do grande contingente de funcionários, ainda não é suficiente para um atendimento de qualidade visto que o hospital atende acima de sua capacidade de lotação. Isso resulta em profissionais sobrecarregados em um ambiente

³⁷ São frequentes as vezes que a saúde pública do Estado do RN perpassa por estado de calamidade. O período mais recente foi em Junho de 2017, quando o Governador Robinson Faria decretou estado de calamidade pública na saúde a partir do Decreto nº 26.988. Disponível em: www.diariooficial.rn.gov.br/dei/dorn3/documentos/00000001/2.

precarizado³⁸, no qual se faltam insumos e equipamentos suficientes para o atendimento de todos os pacientes.

Diante desse cenário se torna válido ressaltar que atualmente a maior parte dos profissionais do hospital são contratados por empresas terceirizadas que possuem vínculo com Estado. Há o repasse financeiro mensal feito pelo Estado para as empresas terceirizadas. Além das empresas terceirizadas, há também contratos com as cooperativas médicas para o atendimento, isso faz com que não haja o acompanhamento continuado com o paciente, além de não manter como prioridade a qualidade do atendimento e sim a quantidade, pois os médicos de cooperativas ganham de acordo com a quantidade de atendimentos realizados. Salienta-se que a terceirização acarreta em grande desordem no funcionamento do hospital, quando há atrasos nos pagamentos desses trabalhadores.

Ressalta-se que o hospital foi campo de estágio obrigatório, sendo o período de um ano. Foi a partir do cotidiano de estágio e observações feitas em reuniões com os usuários, que se obteve a análise das implicações das contrarreformas nos serviços fornecidos pelo hospital. Considera-se que a maior parte dos usuários atendidos no hospital compreende sobre os efeitos da terceirização, mas por vezes desvairam devido ao fato de alguns profissionais do hospital não efetivarem a política de humanização em seu atendimento. Tal fato, aliado à reprodução da mídia faz com que o usuário tem a ideia ilusória de que acabar com cargos públicos é melhor e de que a terceirização, apesar de precariedade do trabalho, gera mais empregos.

Com relação ao teto de gastos públicos, todos pareceram compreender que o hospital já sofre com a falta de insumos, medicamentos, estrutura adequada, profissionais insuficientes e de que a situação irá se agravar gradativamente. Eles temem pelo desamparo, pois sabem que os municípios do interior do Estado não terão como ampliar os serviços fornecidos, e que o Walfredo não poderá assistir a todos. Muitos torcem para que não fiquem doentes pelos próximos 20 anos, pois sabem que seu tratamento e sua reabilitação são incertos.

³⁸ Além da estrutura precarizada dos hospitais públicos do estado do RN, acrescenta-se a problemática dos salários atrasados dos servidores. De acordo com o Sindicato de Saúde do RN (2017), o Instituto de Previdência do Rio Grande do Norte ainda deve quase R\$4 milhões de salários atrasados aos servidores da saúde. Disponível em: www.sindsaudern.org.br/noticias.php?id=2028.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho foi desenvolvido a partir da experiência do estágio curricular obrigatório de Serviço Social no complexo hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel – Natal/RN. De modo, vislumbra-se a partir da conjuntura vivenciada que o direito à saúde já não se efetiva de forma integral conforme é dito na Constituição

Seção II - 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. (BRASIL,2017)

Percebe-se que por toda a trajetória da concepção de saúde como direito, houve sempre dois projetos antagônicos em disputa. Sendo um em prol dos empresários e o outro com teor emancipatório vinculado a luta por direitos dos trabalhadores.

Com o espraiamentos das políticas neoliberais o projeto em prol dos empresários ganhou cada vez mais força. Alterando políticas que se constituíam como direito em diversas áreas, como: educação, seguridade social entre outras. Destaca-se a lei da DRU que em termos práticos, desloca os recursos da política social para o pagamento a dívida externa, tal fato exemplifica a ação neoliberal com a redução do estado em ações de cunho social, atendendo o interesse do capital.

Como foi mostrado no decorrer dos capítulos desta pesquisa, percebe-se que tais ações se intensificaram a partir do golpe articulado pelo presidente Michel Temer, para a sua entrada no poder. O documento intitulado de “ponte para o futuro”, como já mencionado anteriormente, só mostra o retrocesso de perda de direitos que toda a classe trabalhadora vivencia na conjuntura atual. Após sua assumir ao poder enviou ao congresso várias propostas para a redução de gastos governamentais, entre eles está a Emenda Constitucional de limitação de gastos e a lei de terceirização 4.308/98.

Os serviços ofertados pelo sistema público são fornecidos de forma sucateada para a população, propagando o discurso do descrédito dos serviços públicos perante aos serviços da rede privada. Tem-se que as políticas sociais conquistadas no Neoliberalismo só existem porque são necessárias para a burguesia como forma de manter a classe trabalhadora minimante silenciosa e controlável. As políticas não são pensadas com fator emancipador, para que o indivíduo só precise delas em momento temporário. As políticas são construídas de forma focalizadora, o que não permite que o sujeito saia da situação de desigualdade social que se encontra.

Acrescenta-se que há uma mercantilização dos direitos sociais, esses direitos se constituem no marco da sociedade neoliberal em políticas de austeridade, os direitos para a serem vendidos como serviços ofertados no mercado. Isso porque na prática ela não se efetiva forma plena. Há uma reestruturação dos processos de trabalho em proporções macroscópicas, que impacta na saúde e nos diversos espaços ocupacionais. A emenda foi aprovada com o discurso falacioso de que a maior parte dos gastos públicos é proveniente de gastos com a seguridade social, e que o estado precisa repassar essa “conta” para a sociedade como forma de solução para a saída do país da situação de crise financeira. Nesse prisma diversas formas de terceirização foram propostas em que seus ideais vão contra ao SUS constitucional e que está contido no projeto de contrarreforma.

Assim, coloca-se que a emenda constitucional que propõe o limite gastos públicos traz consequências como:

[...]desvinculação das despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) da receita corrente líquida; b) perda de recursos em relação às regras de vinculação das Emendas Constitucionais nº 29 e nº 86; c) redução do gasto público per capita com saúde; d)desobrigação dos governos de alocarem mais recursos em saúde em contextos de crescimento econômico; e) provável aumento das iniquidades no acesso a bens e serviços de saúde; e f) dificuldades para a efetivação do direito à saúde no Brasil. (IPEA, 2017)

A emenda prejudica o funcionamento do SUS de acordo com os princípios dos SUS, as quais sejam: Integralidade, Universalidade e Equidade. O novo regime fiscal quebrará a cobertura de atendimentos em todos s municípios, além da qualidade dos serviços. Enquanto o aumento de contratos terceirizados é proporcional a situações de trabalhos precarizados, em que se trabalha mais e ganha menos do que o profissional que foi contratado de forma direta, tendo sua carteira de trabalho assinada. Conforme discutido nos capítulos evidencia-se que a maior despesa do Estado não é com a saúde e sim com o pagamento de juros e amortização da dívida pública, que não é incluído nas despesas primária do governo.

Com relação aos impactos dessas contrarreformas nos serviços fornecidos pelo HMWG é de alta demanda e recursos cada vez mais insuficientes até para insumos básicos, pois o teto de gastos desconsidera o aumento da população por 20 anos. A terceirização dos serviços meios no hospital pode incitar um atendimento voltado para o quantitativo e não qualitativo. Acrescenta-se que o pagamento das empresas terceirizadas ocorre através de repasse entre o governo e o privado, em caso de atrasos os trabalhadores param e a população ficará totalmente desassistida.

O percurso do estudo suscitou ainda outras questões que podem ser aprofundadas em estudos posteriores, a fim de fundamentar melhor esta discussão, tais como: Condições de saúde e trabalho nos próximos anos para que é da área da saúde, E como tem se dado a atuação dos (as) Assistentes Sociais no contexto desafiador de focalização e seletividade da política de saúde? Esses são questionamentos que não puderam ser respondidos na pesquisa, mas que apareceram no decorrer da análise da pesquisa.

Desse modo, pode-se considerar finalmente, que este trabalho, dentro das proporções e limites possíveis de alcance, atingiu seus objetivos, dentro da perspectiva do método escolhido e velando pelos cuidados éticos em pesquisa, apresentando contribuições a uma discussão cada vez mais urgente e necessária de ser realizada acerca dos direitos a uma política de saúde integral e efetiva, sendo necessária uma luta constante para não perder o SUS que já foi conquistado. Compreende-se que tal fato só pode ser alcançado a partir de uma educação popular emancipadora, para que toda a classe trabalhadora comece a reagir e questionar a realidade de forma crítica. A luta contra essa quebra de direitos conquistados só terá força se for exercida por toda a classe junto aos movimentos populares e não apenas por algumas categorias profissionais.

REFERÊNCIAS

Afastada, Dilma diz que impeachment é golpe; Temer assume como interino. Disponível em: http://www.bbc.com/portuguese/brasil/2016/05/160512_atualizacao_dia_d_impeachment_senado_lgb. Acesso em set. de 2017.

Brasil: a dimensão geopolítica do golpe (parte 2). Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/outras-palavras/brasil-a-dimensao-geopolitica-do-golpe-parte-2>. Acesso em set. de 2017.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. Saúde e Previdência. Estudos de Política Social. São Paulo: HUCITEC, 1986.

Carta Aberta Abrasco – Contra a PEC 241, em defesa do SUS, dos direitos sociais e da democracia. 2016. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/carta-aberta-abrasco-contra-a-pec-241-em-defesa-do-sus-dos-direitos-sociais-e-da-democracia/20711>. Acesso em set.2017

Câmara aprova terceirização total: veja como votaram os deputados. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/parlatorio/camara-aprova-terceirizacao-total-veja-como-votaram-os-deputados>. Acesso em Nov.2017. <http://www.andes.org.br/andes/print-ultimas-noticias.andes?id=8190>. Acesso em nov. de 2017

Câmara aprova PEC do Teto dos Gastos Públicos em 1º turno. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/POLITICA/517619-CAMARA-APROVA-PEC-DO-TETO-DOS-GASTOS-PUBLICOS-EM-1-TURNO.html>. Acesso em set. de 2017.

Conselho Federal de Serviço Social. CFESS MANIFESTA. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/js/library/pdfjs/web/viewer.html?pdf=/arquivos/2017-CfessManifesta-DiaMundialdaSaude.pdf>. Acesso em out. de 2017

CAMARGOS, Marcos Antônio de. Reflexões sobre o cenário econômico brasileiro na década de 90. Curitiba, 2002. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2002_TR30_0918.pdf. Acesso em set. de 2017

Ciência. Disponível em: <http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=109&sid=7>. Acesso em set. de 2017.

Decreto Históricos. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/dpl4682.htm. Acesso em set. de 2017.

DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em set. de 2017

DEMIER, Felipe. Depois do Golpe: A dialética da democracia blindada no Brasil. Mauad. 2017.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. DEMIER, Felipe. Democracia blindada, contrarreformas e luta de classes no Brasil contemporâneo. Argum., Vitória, v. 9, n. 2, p. 8-19, maio./ago. 2017. Disponível em: <http://www.publicacoes.ufes.br/argumentum/article/viewFile/17066/11887>. Acesso em nov. de 2017.

EBSERH – História, 2017. Fonte: <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/historia>. Acesso em set.2017

EMENDA CONSTITUCIONAL DE REVISÃO Nº 1, DE 01 DE MARÇO DE 1994 - disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/ECR/ecr1.htm. Acesso em set. de 2017

EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29, DE 13 DE SETEMBRO DE 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em set. de 2017

Entenda o assunto DRU. Disponível em: <http://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/dru>. Acesso em out. de 2017.

EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 86, DE 17 DE MARÇO DE 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm. Acesso em nov.2017.

Entenda o que é a PEC 241 (ou 55) e como ela pode afetar sua vida. Disponível em: http://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/10/politica/1476125574_221053.html. Acesso em out. de 2017

FUNDAÇÃO ULISSES GUIMARÃES. Uma ponte para o futuro. Brasília (DF), PMDB, 29 out. 2015. Disponível em: <http://pmdb.org.br/wp->

content/uploads/2015/10/RELEASE-TEMER_A4-28.10.15-Online.pdf. Acesso em out. de 2017

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

Métodos de pesquisa. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em set. de 2017.

Governos de Lula e Dilma enfrentaram boicote de forças conservadoras e fortaleceram o SUS Disponível em: <http://www.brasildamudanca.com.br/saude/saude>. Acesso em set. de 2017.

HARVEY, D. A condição pós-moderna. São Paulo: Loyola, 1993. HAYEK, F. Direito, legislação e liberdade. São Paulo: Visão, 1985. (Volume II). p. 140.

Keynesianismo. Disponível em: <https://www.suapesquisa.com/economia/keynesianismo.htm>. Acesso em set. de 2017

LEI COMPLEMENTAR Nº 111, DE 6 DE JULHO DE 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp111.htm. Acesso em set. de 2017.

LEI Nº 13.097, DE 19 DE JANEIRO DE 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113097.htm. Acesso em set. de 2017.

LEI Nº 1.079, DE 10 DE ABRIL DE 1950. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L1079.htm. Acesso em set. de 2017.

MACHADO, Márcio Villela. Aspectos conflitivos entre a democracia e o capitalismo de mercado. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIII, n. 80, set 2010. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8300. Acesso em nov 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 12.^a Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf. Acesso em set. de 2017.

MINISTÉRIO PÚBLICO. Lei eloy chaves. Disponível em: <https://mps.jusbrasil.com.br/noticias/2063032/87-anos-lei-eloy-chaves-e-a-base-da-previdencia-social-brasileira>. Acesso em set. de 2017.

O que é capital especulativo? Disponível em: <https://www.dicionariofinanceiro.com/capital-especulativo/>. Acesso em out. de 2017.

PEC 241: projeto que limita gastos públicos será divisor de águas para Temer. Disponível em: http://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/10/politica/1476052257_522876.html. Acesso em out. de 2017.

PINTO, Geraldo Augusto. A organização do trabalho no século XX: taylorismo, fordismo e toyotismo. 3ªed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

PORTARIA Nº 2.203, DE 5 DE NOVEMBRO DE 1996. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html

Rev. bras. enferm. vol.44 no.1 Brasília Jan./Mar. 1991. Espaço - poder e saúde - a reforma de Carlos Chagas Maria José dos Santos Rossi. TESE DE LIVREDOCÊNCIA Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671991000100015. Acesso em out. de 2017.

Serviço Social e saúde - formação e trabalho profissional. Mota, Ana Elizabete Simões da. Bravo, Maria Inês Souza.Teixeira, Marlene.Uchôa, Roberta. Marsiglia, Regina Maria Giffoni. Gomes, Luciano. Cortez Editora, 2005.

Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade / Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. – 1.ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.76 p.

A História política do Brasil Republicano. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/brasil/a-historia-politica-do-brasil-republicano-regiao-sul/>. Acesso em set. de 2017.

Saúde: por que reverter a privatização. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/outras-palavras/saude-por-que-reverter-a-privatizacao-2346.html>. Acesso em set. de 2017.

Sobre a Democracia. Tradução Beatriz Sidou. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001. Título original: On democracy.

Supremo admite corte de salário de servidores em greve. Disponível em: <http://g1.globo.com/politica/noticia/2016/10/supremo-admite-corte-de-salario-de-servidores-e-rn-greve.html> . Acesso em nov. 2017.

Temer: impeachment ocorreu porque Dilma recusou "Ponte para o Futuro". Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/temer-impeachment-ocorreu-porque-dilma-recusou-ponte-para-o-futuro>. Acesso em set. de 2017.

Toyotismo. Disponível em: <http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/geografia/toyotismo.htm>. Acesso em nov. de 2017.

UFSC – Departamento de Saúde Pública. Lei da terceirização e a Reforma trabalhista podem aumentar o número de acidentes no país. 2017. Disponível em: <http://saudepublica.ufsc.br/destaque/lei-da-terceirizacao-e-a-reforma-trabalhista-podem-aumentar-o-numero-de-acidentes-no-pais/#prettyPhoto>. Acesso em nov 2017.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. Nota Técnica n. 28 (Disoc) : Os Impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). 2016. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7270>. Acesso em nov. 2017