

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL  
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL**

**ELIZABETH CARDOSO DE OLIVEIRA**

**MATERIALIZAÇÃO, RELEVÂNCIA E LIMITES DO SUS:  
UMA ANÁLISE A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA**

VITÓRIA

2022

**ELIZABETH CARDOSO DE OLIVEIRA**

**MATERIALIZAÇÃO, RELEVÂNCIA E LIMITES DO SUS:  
UMA ANÁLISE A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Política Social, sob orientação do Professor Doutor Paulo Nakatani.

VITÓRIA  
2022

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

O48m Oliveira, Elizabeth Cardoso de, 1981-  
Materialização, relevância e limites do SUS : Uma análise a partir da Atenção Básica / Elizabeth Cardoso de Oliveira. - 2022. 168 f. : il.

Orientador: Paulo Nakatani.  
Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas.

1. Política de saúde. 2. Política pública de saúde. 3. Política social. 4. Saúde pública. I. Nakatani, Paulo. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. III. Título.

CDU: 32

---

**ELIZABETH CARDOSO DE OLIVEIRA**

**MATERIALIZAÇÃO, RELEVÂNCIA E LIMITES DO SUS: UMA  
ANÁLISE A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA**

*Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Política Social.*

**Aprovada em 28 de julho de 2022.**

*COMISSÃO EXAMINADORA*

**Professor Doutor Paulo Nakatani**

**Orientador**

**Universidade Federal do Espírito Santo**

**Professora Doutora Ana Targina Rodrigues Ferraz**

**Universidade Federal do Espírito Santo**

**Professora Doutora Maria Lúcia Teixeira Garcia**

**Universidade Federal do Espírito Santo**

**Professora Doutora Aline Fardin Pandolfi**

**Universidade Federal do Espírito Santo**

**Professora Doutora Berenice Rojas Couto**

**Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PROTOCOLO DE ASSINATURA**



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por  
PAULO NAKATANI - SIAPE 350651  
Departamento de Economia - DE/CCJE  
Em 02/08/2022 às 18:55

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:  
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/529075?tipoArquivo=O>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PROTOCOLO DE ASSINATURA**



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por  
ANA TARGINA RODRIGUES FERRAZ - SIAPE 298195  
Departamento de Serviço Social - DSS/CCJE  
Em 04/08/2022 às 20:04

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:  
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/531079?tipoArquivo=O>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PROTOCOLO DE ASSINATURA**



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por  
MARIA LUCIA TEIXEIRA GARCIA - SIAPE 6297244  
Departamento de Serviço Social - DSS/CCJE  
Em 05/08/2022 às 07:33

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:  
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/531152?tipoArquivo=O>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PROTOCOLO DE ASSINATURA**



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por  
ALINE FARDIN PANDOLFI - SIAPE 2859557  
Departamento de Serviço Social - DSS/CCJE  
Em 03/08/2022 às 09:47

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:  
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/529332?tipoArquivo=O>



## DEDICATÓRIA

*Dedico ao meu pai, José Lindolfo de Oliveira, 77 anos de lutas e alegrias.  
À minha cunhada, Ana Elisa Affonso F. de Oliveira, 39 anos de um sorriso contagiante.  
Ao meu amigo, Rafael da Silva Barbosa, 38 anos de muita garra e luz.  
Cada qual, a sua maneira, esteve presente e foi (um) presente ao longo da minha  
trajetória – tanto no doutorado, quanto na vida.  
Nestas linhas, perenizo a minha gratidão e a minha eterna saudade.*

## AGRADECIMENTOS

Concordo com Fernando Pessoa quando dizia, em uma de suas tão célebres passagens, que “o valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis”. Seria, ainda, possível uma eventual troca na ordem dos fatores, já que frequentemente nos deparamos com coisas incomparáveis, momentos inexplicáveis e pessoas inesquecíveis. Entretanto, a terceira variante (aquela com pessoas inexplicáveis), posso dizer que é a minha favorita. Afinal, como já bem nos ensinou Simone de Beauvoir, em uma de suas insígnias e mais belas citações, “que nada [nem ninguém] nos defina; [tampouco] nos sujeite; [e] que a liberdade seja a nossa própria substância”.

Às pessoas imperscrutáveis, singulares, extraordinárias, libertas e libertadoras que fizeram e fazem parte desse percurso de tese e de vida, a elas – vastas de mais para estarem contidas em qualquer etiqueta ou rótulo – dedico meus agradecimentos e escrevo estas linhas, como singelo (mas, igualmente, genuíno e afetuoso) gesto de reconhecimento.

À minha família: Terezinha Cardoso de Oliveira, minha mãe; Eduardo Cardoso de Oliveira, meu irmão; e Martin Affonso Ferreira de Oliveira, meu sobrinho. Pilares da minha existência e resistência.

Aos meus amigos de longa data: Vanessa Alves, Carlos Lobato; (aos amigos e amigas do Núcleo) Shana Barroso, Aquiles Mação, Aline Janaína, Isabelle Oliveira e Rafaela Bravo. Amizades que resistem à erosão que, tantas vezes, o tempo e a distância provocam nos sentimentos.

Aos amigos e amigas de Vitória: Cleidson Nazário, Leila Menandro, Maísa Amaral, Maria de Almeida, Naiara Guimarães, Mariana Rébuli, Shanna Rangel e Vander Meirelles. Amigas e amigos que me receberam de portas, braços, sorrisos e corações abertos.

Ao PPGPS/UFES: aos professores e professoras; à Adriana Pratti, secretária do Programa, sempre solícita com todos e todas nós. Em especial, à Maria Lúcia Garcia, Ana Targina e Paulo Nakatani. Além de professores excepcionais, são pessoas admiradas e admiráveis que batalham pelo Programa e por cada discente que nele ingressa. Agradeço pelo apoio constante, pela compreensão e acolhimento diante das demandas e dificuldades apresentadas, pelo cuidado e atenção que têm com cada um e cada uma de nós.

Ao Nicolas Da Silva, professor que me recebeu na Universidade Paris 13, no período de doutorado sanduíche na França. À Rosa Maria Marques, orientadora do mestrado na PUC/SP. Agradeço a ambos por todos os ensinamentos.

Aos amigos e amigas do Centro Cultural Banco do Brasil (CCBB/RJ) e do Gengibre, locais que frequentei, diariamente, durante alguns meses neste ano de 2022, para escrever a tese. Agradeço pelo carinho de todos e todas, ao longo desse período. A esses amigos e amigas sou grata por terem tornado a minha rotina de trabalho menos difícil, mais amena, mais vivaz, com a receptividade e a alegria cotidiana com que me acolheram, de domingo a domingo, no curso desses meses.

À Kristina Hinz, amiga autêntica e companheira, que conheci nos corredores da biblioteca do CCBB/RJ, ambas (ela e eu) vivenciando o mesmo processo de escrita da tese. Amizade que se consolidou rápida e fortemente.

Ao Pedro Moura, jovem talentoso que integrou a minha vida no momento de escrita da tese e que tem sido, desde então, um porto seguro, um grande companheiro e leal amigo. Sou grata pela sorte de termos nos encontrado.

Agradeço à banca examinadora: Maria Lúcia Garcia, Ana Targina, Berenice Rojas, Aline Pandolfi e ao Paulo Nakatani, meu orientador. Registro minha gratidão pela disponibilidade em aceitarem fazer parte desse momento tão singular na minha vida. Da mesma maneira, agradeço a riqueza das contribuições e sugestões feitas durante a defesa da tese – e que foram incorporadas ao texto final, tanto quanto possível.

Muito obrigada a todos e a todas!

## **SONHEI**

Sonhei que estava morta  
Vi um corpo no caixão  
Em vez de flores eram livros  
Que estavam nas minhas mãos  
Sonhei que estava estendida  
No cimo de uma mesa  
Vi o meu corpo sem vida  
Entre quatro velas acesas

Ao lado o padre rezava  
Comoveu-me a sua oração  
Ao bom Deus ele implorava  
Para dar-me a salvação  
Suplicava ao Pai Eterno  
Para amenizar o meu sofrimento  
Não me enviar para o inferno  
Que deve ser um tormento

Ele deu-me a extrema-unção  
Quanta ternura notei  
Quando foi fechar o caixão  
Eu sorri... e despertei.

**Carolina Maria de Jesus**

## RESUMO

A presente Tese de Doutorado pretende contribuir ao já volumoso mar de análises acadêmicas acerca do Sistema Único de Saúde (SUS). Procurou-se discutir o processo de materialização, a relevância socioeconômica e os limites estruturais do SUS, enfatizando a perspectiva da Atenção Básica – primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial ao sistema público de saúde brasileiro. Nossa pesquisa é permeada pela tese de que – a despeito das inúmeras ofensivas que o SUS padece e que o limitam – o capital privado em saúde não pretende seu fim definitivo. Ao contrário, o capital busca a sobrevivência do SUS em estágio de debilidade e submissão, não lhe permitindo ser pleno nem único, posto que pretende continuar a empregá-lo como mecanismo de transferência de recursos públicos para apropriação privada. Neste sentido, a proposta de criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) revela-se como uma nova investida da iniciativa privada no campo do parasitismo em saúde, buscando, agora, explorar a Atenção Básica, nível de atenção que, historicamente, jamais havia despertado interesse relevante no setor privado. São quatro as partes nucleares da tese, a contar da introdução – que apresenta uma explanação inicial sobre alguns dos inúmeros elementos que condicionam o cenário histórico, social, político e econômico sobre o qual o SUS emerge, materializa-se, existe e resiste. O capítulo 2 foi organizado em cinco tópicos, tendo por objetivo central entender o quadro atual (ou o mais recente possível) das condições de vida e de saúde da população brasileira. O capítulo seguinte pretende ressaltar os avanços do SUS (mesmo sob o contexto de neoliberalismo) e suas limitações inerentes – diante das especificidades da formação sócio-histórica brasileira e de sua posição subalterna e dependente na economia capitalista global. O quarto e último capítulo considera e examina a Atenção Primária à Saúde, na esfera do SUS, discutindo sua abrangência, fins e impactos gerados, sob a perspectiva da saúde enquanto direito de cidadania. Ao fim, são apresentadas algumas conclusões e considerações.

**Palavras-Chave:** Sistema Único de Saúde (SUS), Atenção Básica, Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS).

## ABSTRACT

This PhD Thesis aims to contribute to the already substantial volume of academic analysis on the Unified Health System (SUS). It sought to discuss the materialization process, the socioeconomic relevance and the structural limitations of the SUS, emphasizing the perspective of Primary Care - the first level of care and preferred gateway to the Brazilian public health system. The research is permeated by the thesis that - in spite of the innumerable attacks that the SUS suffers and that limit it - the private capital in health does not intend its ultimate demise. On the contrary, capital seeks the survival of the SUS in a stage of weakness and submission, not allowing it to be full or unique, since it intends to continue to employ it as a mechanism to transfer public resources for private appropriation. In this sense, the proposal for the creation of the Agency for the Development of Primary Health Care (ADAPS) reveals itself as a new attack of private initiative in the field of parasitism in health, seeking now to exploit Primary Care, a level of care that, historically, had never aroused significant interest in the private sector. There are four core parts to the thesis, starting with the introduction - which presents an initial explanation of some of the countless elements that condition the historical, social, political, and economic scenario upon which the SUS emerges, materializes, exists, and resists. Chapter 2 was organized into five topics, with the central objective of understanding the current (or most recent) picture of living and health conditions of the Brazilian population. The next chapter aims to highlight the advances of the SUS (even under the context of neoliberalism) and its inherent limitations - in the face of the specificities of Brazil's socio-historical formation and its subordinate and dependent position in the global capitalist economy. The fourth and last chapter considers and examines Primary Health Care, in the sphere of SUS, discussing its scope, purposes and impacts generated, from the perspective of health as a citizenship right. At the end, some conclusions and considerations are presented.

**Keywords:** Unified Health System SUS, Primary Care, Agency for the Development of Primary Health Care (ADAPS).

## RESUMEN

Esta Tesis Doctoral pretende contribuir al ya voluminoso mar de análisis académicos sobre el Sistema Único de Salud (SUS). Se intentó discutir el proceso de materialización, la relevancia socioeconómica y los límites estructurales del SUS, enfatizando la perspectiva de la Atención Primaria – primer nivel de atención y puerta de entrada preferencial al sistema público de salud brasileño. Nuestra investigación está permeada por la tesis de que, a pesar de las numerosas ofensivas que sufre el SUS y que lo limitan, el capital privado en salud no pretende su fin definitivo. Por el contrario, el capital busca la supervivencia del SUS en una etapa débil y sumisa, no permitiéndole ser pleno o único, ya que pretende seguir utilizándolo como mecanismo de transferencia de recursos públicos para apropiación privada. En este sentido, la propuesta de creación de la Agencia para el Desarrollo de la Atención Primaria de Salud (ADAPS) se revela como una nueva embestida del sector privado en el campo de la parasitosis en salud, buscando ahora explorar la Atención Primaria, un nivel asistencial que, históricamente, nunca había despertado un interés relevante en el sector privado. La tesis consta de cuatro partes centrales, empezando por la introducción, que presenta una explicación inicial de algunos de los numerosos elementos que condicionan el escenario histórico, social, político y económico en el que el SUS emerge, se materializa, existe y resiste. El Capítulo 2 ha organizado en cinco temas, con el objetivo principal de comprender la situación actual (o la más reciente posible) de las condiciones de vida y de salud de la población brasileña. El próximo capítulo pretende resaltar los avances del SUS (incluso en el contexto del neoliberalismo) y sus limitaciones inherentes – dadas las especificidades de la formación socio-histórica brasileña y su posición subalterna y dependiente en la economía capitalista global. El cuarto y último capítulo considera y examina la Atención Primaria de Salud, en el ámbito del SUS, discutiendo sus alcances, finalidades e impactos generados, en la perspectiva de la salud como derecho de la ciudadanía. Al final, se presentan algunas conclusiones y consideraciones.

**Palabras clave:** Sistema Único de Salud (SUS), Atención Primaria, Agencia para el Desarrollo de la Atención Primaria de Salud (ADAPS).

## RÉSUMÉ

Cette thèse de doctorat contribue à la mer déjà volumineuse d'analyses académiques sur le Système Unique de Santé (SUS). On a tenté de débattre le processus de matérialisation, la pertinence socio-économique et les limites structurelles du SUS, en mettant l'accent sur la perspective des soins primaires – le premier niveau de soins et la porte d'entrée préférentielle du système de santé publique brésilien. Notre recherche est imprégnée de la thèse selon laquelle – malgré les nombreuses offensives que subit le SUS et qui le limitent – le capital privé en santé n'entend pas sa fin définitive. Au contraire, le capital cherche la survie du SUS dans une phase faible et soumise, ne lui permettant pas d'être complet ou unique, puisqu'il entend continuer à l'utiliser comme mécanisme de transfert des ressources publiques vers l'appropriation privée. En ce sens, le projet de création de l'Agence pour le Développement des Soins de Santé Primaires (ADAPS) se révèle comme un nouvel assaut du secteur privé dans le domaine du parasitisme en santé, cherchant désormais à explorer les Soins Primaires, un niveau de soins qui, historiquement, n'avait jamais suscité d'intérêt pertinent dans le secteur privé. Il y a quatre parties principales de la thèse, à commencer par l'introduction – qui présente une première explication de certains des nombreux éléments qui conditionnent le scénario historique, social, politique et économique sur lequel le SUS émerge, se matérialise, existe et résiste. Le chapitre 2 a été organisé en cinq thèmes, avec pour objectif principal de comprendre la situation actuelle (ou la plus récente possible) des conditions de vie et de santé de la population brésilienne. Le chapitre suivant cherche souligner les avancées du SUS (même dans le contexte du néolibéralisme) et ses limites inhérentes – compte tenu des spécificités de la formation socio-historique brésilienne et de sa position subalterne et dépendante dans l'économie capitaliste mondiale. Le quatrième et dernier chapitre considère et examine les soins de santé primaires, dans le cadre du SUS, en discutant de leur portée, de leurs objectifs et des impacts générés, du point de vue de la santé comme droit de citoyenneté. À la fin, quelques conclusions et considérations sont présentées.

**Mots-clés** : Système Unique de Santé (SUS), Soins primaires, l'Agence pour le Développement des Soins de Santé Primaires (ADAPS).



## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ASPS	Ações e serviços públicos de saúde
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CEME	Central de Medicamentos
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários (estaduais) de Saúde
COSEMS	Conselhos Municipais de Saúde
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informação da Previdência Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DREM	Desvinculação de Receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EC	Emenda Constitucional
EMI	Exposição de Motivos Interministerial
ESF	Estratégia Saúde da Família

FAZ	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FNS	Fundação Nacional de Saúde
FUNABEM	Fundação Nacional para o Bem-estar do Menor
HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i> (Vírus da imunodeficiência humana)
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por condições sensíveis à Atenção Primária
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MÊS	Ministério da Educação e Saúde
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MF	Ministério da Fazenda
MP	Medida Provisória
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPDG	Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
NHS	<i>National Health Service</i>
NOB	Norma Operacional Básica

NRF	Novo Regime Fiscal
OGU	Orçamento Geral da União
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PEA	População economicamente ativa
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PMB	Programa Médicos pelo Brasil
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPA	Plano de Pronta Ação
PrevSaúde	Programa Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Prorural	Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
PSF	Programa Saúde da Família
RIPSA	Rede Interagencial de Informação para a Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIS	Síntese dos Indicadores Sociais
SS	Seguridade Social
SSA	Serviço Social Autônomo
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS	Unidade Básica de Saúde
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
US	Unidade de serviço
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	<i>World Health Organization</i> (Organização Mundial da Saúde - OMS)

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fatores que afetam as condições de saúde	40
Figura 2	Subconjuntos temáticos de indicadores de saúde	43
Figura 3	Arcabouço político-institucional do SUS	85
Figura 4	Atributos da Atenção Primária à Saúde (APS)	97
Figura 5	Eixos do Programa Mais Médicos	124
Figura 6	Objetivos do Programa Médicos pelo Brasil	126

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Taxa de Urbanização - Brasil, por macrorregiões (1940 a 2015)	49
Tabela 2	Mortalidade Infantil – Brasil, por macrorregião (1930 a 2020)	53
Tabela 3	População ocupada (nº absoluto e %), a partir de 14 anos de idade, por tipo de trabalho formal ou informal – Brasil (2012 a 2017)	61
Tabela 4	Morbidade hospitalar SUS, por grupo de causas – Brasil (2005 a 2021)	68
Tabela 5	Atenção Básica: total de estabelecimentos – Brasil, por região (2005 a 2021)	103
Tabela 6	Centros de Saúde / Unidades Básicas de Saúde – Brasil, por macrorregião (2005 a 2021)	104
Tabela 7	Comparativo da participação (%) de profissionais de medicina e da população residente – Brasil, por macrorregião (1980/2005/2020)	121

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Participação (%) no Orçamento Geral da União (OGU) das despesas financeiras e das despesas primárias – Brasil (2005 a 2020)	22
Gráfico 2	Juros (%) sobre receita total – Brasil (2005 a 2020)	25
Gráfico 3	Taxa bruta de mortalidade - Brasil (1950 a 2020)	50
Gráfico 4	Esperança de vida ao nascer – Brasil (1940 a 2020)	51
Gráfico 5	Municípios (%) com rede de esgoto sanitário – Brasil, por macrorregiões (1989 a 2017)	55
Gráfico 6	Domicílios particulares permanentes (%) com acesso a serviços de saneamento básico, por tipo de serviço, segundo localização rural ou urbana – Brasil (2015)	56
Gráfico 7	População (%) residindo em domicílios com ausência de serviços de saneamento básico, segundo cor ou raça – Brasil (2017)	57
Gráfico 8	Rendimento médio real (R\$/mês) do trabalho principal das pessoas ocupadas, por sexo e raça/cor – Brasil (2017)	59
Gráfico 9	Participação (%), por sexo, segundo grau de instrução formal – Brasil (2017)	60
Gráfico 10	Participação (%) das categorias do trabalho informal – Brasil (2017)	63
Gráfico 11	Taxa de Mortalidade Proporcional, por grupo de causas – Brasil (1930 a 2015)	67
Gráfico 12	Relação de habitantes por Unidade Básica de Saúde – Brasil, por macrorregião (2015/2018/2020)	105
Gráfico 13	Contingente de médicos generalistas (clínico geral) que atendem em UBS – Brasil, por macrorregião (2015/2018/2020)	106
Gráfico 14	Total de pediatras que atendem em UBS – Brasil, por macrorregião (2015/2018/2020)	108
Gráfico 15	Total de ginecologistas que atendem em UBS – Brasil, por macrorregião (2015/2018/2020)	109

Gráfico 16	Odontólogos que atendem em UBS – Brasil, por macrorregião (2015/2018/2020)	110
Gráfico 17	Enfermeiros/as que atendem em UBS – Brasil, por macrorregião (2015/2018/2020)	111
Gráfico 18	Total de profissionais Técnicos de Enfermagem que atuam em UBS – Brasil, por macrorregião (2015/2018/2020)	112
Gráfico 19	Contingente total de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – Brasil, por macrorregião (2015/2018/2020)	114
Gráfico 20	Relação do número de profissionais de saúde, atuantes na Atenção Básica, por mil habitantes – Brasil (2015/2018/2020)	115
Gráfico 21	Progressão do número de equipes da Estratégia de Saúde da Família – Brasil, por macrorregião (2007 a 2021)	117



## SUMÁRIO

1. Introdução.....	1
1.1. <i>Alguns eixos condutores deste trabalho</i> .....	1
1.2. <i>De um não sistema ao nosso Sistema Único (e universal) de Saúde..</i>	5
1.3. <i>Desafios face à conjuntura (ultra)neoliberal</i> .....	13
1.4. <i>O Novo Regime Fiscal: configuração ideopolítica e impactos sobre o financiamento da política de saúde</i> .....	20
1.5. <i>Potenciais efeitos do Novo Regime Fiscal (NFR) sobre as condições de saúde da população</i> .....	26
1.6. <i>Composição da tese</i> .....	36
2. Condições de vida e de saúde da população brasileira e sua complexidade epidemiológica .....	38
2.1. <i>Condições de saúde e condições de vida</i> .....	39
2.2. <i>Indicadores de condições de saúde</i> .....	42
2.3. <i>Evolução das condições de saúde no Brasil</i> .....	44
2.4. <i>Condições de vida no Brasil recente: « un petit portrait »</i> .....	54
2.5. <i>Complexidade epidemiológica da população brasileira</i> .....	64
3. O Sistema Único de Saúde (SUS): antecedentes históricos e os desafios e conquistas na era neoliberal .....	70
3.1. <i>Os antecedentes do SUS: a saúde pública no contexto do Regime Militar (autoritarismo)</i> .....	71

3.2.	<i>Concepção do SUS: diretrizes e princípios do nosso sistema público e universal de saúde.....</i>	81
3.3.	<i>Limites estruturais e avanços do SUS no contexto de neoliberalismo</i>	87
4.	<i>A Atenção Primária à luz da universalidade da Constituição cidadã.....</i>	91
4.1.	<i>Atenção Primária à Saúde: porta de entrada do sistema de saúde....</i>	92
4.2.	<i>Atenção Básica: a Atenção Primária à Saúde brasileira.....</i>	98
4.3.	<i>Oferta de ações e serviços públicos de saúde na Atenção Básica... </i>	100
4.4.	<i>O alcance da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no território brasileiro.....</i>	116
4.5.	<i>A mercantilização da Atenção Básica: a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS).....</i>	118
	CONCLUSÕES .....	129
	REFERÊNCIAS.....	132

# 1. Introdução

## 1.1. Alguns eixos condutores deste trabalho

Como todo objeto em disputa no cerne de uma sociedade, o Sistema Único de Saúde (SUS) há tempos é pauta conhecida, discutida e reivindicada – quer no meio acadêmico, quer no campo político-econômico. Portanto, não se tratando de um assunto novo, abordar esse tema, em uma tese de doutorado, deve se justificar por motivos outros que não o seu ineditismo. Entendemos, nesse caso, que a justificativa está vinculada não apenas à relevância inerente ao tema “saúde” e ao nosso sistema público de saúde (algo que, enquanto sociedade, nos é tão caro), mas também à extensão dos desafios que são histórica e cotidianamente impostos ao Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua instituição (e por que não dizer, mesmo antes). Compreendemos, assim, que o SUS é uma fonte virtualmente inesgotável de estudos, análises, debates e disputas; motivo tal que nos anima – a nós, pesquisadoras e pesquisadores – a nos lançarmos por essa senda.

Neste estudo, perseguimos o objetivo geral de compreender como o SUS se materializa, perdura e resiste, ainda que ladeado por uma lógica adversa – a lógica do capitalismo, em geral, e a do capitalismo dependente, em particular. Visando a lucratividade acima de tudo – inclusive, da saúde das pessoas (que, na lógica de funcionamento do capitalismo, é vista não como um fim em si mesma, mas, como um meio de obtenção de lucro) –, sabemos que essa lógica se opõe à universalização de políticas sociais substantivas, à promoção de equidade e à supressão (ou mesmo à redução, se temos em conta, precipuamente, as economias periféricas) de desigualdades socioeconômicas.

Abarcado na esfera maior do SUS, nosso trabalho, não por acaso, circunscreve-se à análise da Atenção Básica (AB)<sup>1</sup>. O motivo dessa escolha deve-se ao fato de a Atenção Básica sempre ter sido (e continuar sendo), desde sua normatização a partir

---

<sup>1</sup> Para além da óbvia restrição de tempo e espaço; restrição tal que nos impossibilita de dar conta dos três (amplos) níveis de atenção (atenção primária, média e alta complexidades) à saúde que compõem o SUS.

de meados dos anos de 1990, o nível de atenção mais vocacionado a promover a universalidade e a equidade – diretrizes constitucionais do SUS (bem como do conjunto das políticas de Seguridade Social) que, ao lado de outras diretrizes basilares, fundamentam o sistema público de saúde brasileiro. Semelhante vocação atribuída à Atenção Básica justifica-se por sua constituição e equivalência enquanto primeiro nível de assistência e porta preferencial de acesso ao sistema público de saúde.

Abrangendo todo o vasto e heterogêneo território nacional, a Atenção Básica se faz presente onde a iniciativa privada não tem interesse em atender ou em levar suas unidades (físicas ou móveis) – como nas comunidades ribeirinhas e quilombolas, nas aldeias indígenas, nos morros e favelas dos centros urbanos, nas localidades rurais ou, ainda, debaixo dos viadutos e fachadas dos edifícios ou, mesmo, no interior dos presídios. Através da Atenção Básica, o SUS busca alcançar populações que haviam sido, até então, historicamente negligenciadas pelo Poder Público: a população pobre, periférica, favelada, negra, indígena, campesina, as pessoas em situação de rua e aquelas privadas de liberdade, as trabalhadoras e trabalhadores desocupados e os que atuam na informalidade ou em condições de precarização do trabalho<sup>2</sup>, ainda as pessoas com deficiência e o diverso conjunto da população lgbt.

No intento de alcançar o objetivo geral pretendido, algumas questões norteadoras se impõem. Em sua grande parte atendida pelo SUS, qual seria, contemporaneamente, o quadro “geral” das condições de saúde da população brasileira? Tal quadro pressupõe determinações sócio-históricas e sanitárias anteriores ao próprio SUS; isso posto, com que vias de acesso de assistência à saúde a população contava antes da instituição do nosso sistema público? Uma vez instituído esse sistema público, como se deu e (ainda) se dá o processo de edificação e consolidação do SUS, no contexto (ultra)neoliberal? E, particularmente, do que trata e do que se trata a Atenção Básica?

---

<sup>2</sup> Por trabalho precarizado, entendemos os vínculos laborais estabelecidos a critério de contratos temporários, sazonais ou intermitentes, com baixos salários, desprovidos de benefícios trabalhistas e com elevada intensificação do trabalho. Outros elementos caracterizadores poderiam ser listados, mas não temos a pretensão de encerrar o tópico. Ademais, não raramente, basta que um desses elementos esteja presente para caracterizar a precarização da atividade laboral.

Qual seu papel, quais os efeitos e resultados que promoveu e promove e os desafios por ela enfrentados, na conjuntura contemporânea?

A partir das referidas questões norteadoras, traçamos um conjunto de objetivos específicos que foram explorados, progressivamente, nos capítulos consequentes da tese.

O primeiro desses objetivos representa o esforço de entender o quadro recente (tanto quanto possível) das condições de vida e de saúde da população brasileira. Em seguida, objetivamos ressaltar os avanços do SUS (inobstante o contexto de neoliberalismo) e suas limitações inerentes – diante das especificidades da formação sócio-histórica brasileira e de sua alocação subalterna e dependente na economia capitalista global. O terceiro e último objetivo específico proposto consiste em apreciar (em ambos os sentidos do verbo) a Atenção Primária à Saúde – ou seja, a chamada Atenção Básica, na esfera do SUS – discutindo sua abrangência, fins e impactos gerados, sob a perspectiva da saúde enquanto direito de cidadania.

Esquadrinhando os objetivos específicos, aproximamo-nos dos processos pelos quais o SUS foi sendo constituído – ainda que cerceado por limites expressivos –, materializando-se enquanto expressão substantiva do direito à saúde e, simultaneamente, resistindo a uma conjuntura adversa de ininterruptos ataques neoliberais, no campo político, econômico e ideológico.

No que tange à sua relevância, o SUS, de um lado, presta serviços de vida para 75% da população brasileira, cuja única assistência à saúde é através do sistema público. Igualmente, atende a 100% da população, realizando a fiscalização da qualidade da água, dos alimentos, dos medicamentos e de inúmeros produtos de consumo humano que chegam a nós. Realiza, ainda, o que é considerado demasiadamente dispendioso pelos planos de saúde [como transplantes, salvamentos em unidades móveis (helicópteros, ambulâncias), tratamentos de HIV ou doenças raras, campanhas nacionais e gratuitas de imunização, bancos de sangue (hemocentros), etc.] ou o que é tido como não suficientemente rentável para justificar o investimento das corporações médico-hospitalares e empresas privadas do setor (como a atenção primária, as campanhas de aleitamento materno, a prevenção à desnutrição, etc.).

Esse mesmo SUS, por outro lado, também presta serviços na esfera financeira para o setor privado da saúde. Através da compra de serviços e produtos ou mediante subvenções diversas, o SUS é empregado como instrumento de transferência de vultosos montantes do fundo público para empresas, organizações sociais e entidades filantrópicas do setor saúde.

Em que pesem as incontáveis ofensivas que o SUS padece e que o limitam, sob a égide neoliberal e o predomínio dos interesses privados, é plausível supor que sua manutenção é desejável, mas não a sua plena consolidação. Plena consolidação que – possibilitando à totalidade da população brasileira o acesso (universal, gratuito e equitativo) a uma ampla gama de ações e serviços públicos de saúde (ASPS), exames e medicamentos, nos três níveis de atenção (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade), fornecidos por recursos físicos e humanos próprios – significaria a não dependência do SUS em relação ao setor privado, pondo um termo ao parasitismo financeiro e ao forte *lobby* deste setor sobre o sistema público.

Por conseguinte, nossa pesquisa é permeada pela tese de que o capital privado em saúde não pretende o fim definitivo do SUS; antes, ele busca a sobrevivência do SUS em estágio de debilidade e submissão. O capital não permite que o SUS seja pleno nem único, haja vista que almeja continuar a usá-lo como mecanismo de transferência de recursos públicos para apropriação privada.

Neste sentido, o surgimento da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) revela-se como uma nova investida da iniciativa privada no campo do parasitismo em saúde, buscando, agora, explorar o nível de atenção que, historicamente, jamais havia despertado interesse relevante no setor – a saber, a Atenção Básica.

Ao longo do nosso trabalho, realizamos um estudo de perspectiva qualitativa, ancorado em importante literatura afim. A tese apoia-se, do mesmo modo, em pesquisa documental e em certa variedade de dados secundários – em sua maioria, tabulados e disponibilizados por organismos estatais, como, por exemplo, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Quanto à abordagem teórico-metodológica que percorre a nossa pesquisa e, por consequência, o conjunto da nossa análise, ela está cimentada a partir do método histórico-dialético e do amplo arcabouço da teoria social crítica. Partindo do conhecimento dos processos sócio-históricos conformadores da sociedade brasileira, buscamos apreender o nosso objeto sob a perspectiva de totalidade, assumindo a relação de dependência e subalternidade de nosso país na economia mundial.

### *1.2. De um não sistema ao nosso Sistema Único (e universal) de Saúde*

As transformações do capitalismo contemporâneo representam os grandes determinantes estruturais do atual perfil epidemiológico e da qualidade de saúde no mundo. Além da constituição do perfil socioeconômico global – caracterizado pela elevada e crescente concentração de renda e riqueza em uma pequena classe de super ricos –, o modo de produção capitalista responde, igualmente, pela composição do principal pano de fundo do recente padrão planetário de morbidade e mortalidade. Pano de fundo composto pela oferta oligopolizada de mercadorias e serviços, pelo consumo alimentar de base químico-industrial, pela urbanização exacerbada (não raramente, desordenada) e pela poluição resultante – decorrente de processos produtivos que poupam mão de obra, mas que prodigalizam o meio ambiente, dizimando ecossistemas e degradando biomas em todo o globo terrestre. As condições de saúde das populações – e das gerações atuais e futuras – refletem, desse modo, os impactos engendrados por esses elementos.

Segundo o grau de dependência externa e a via de desenvolvimento capitalista<sup>3</sup> historicamente vivida em cada país ou região, tais determinações do capitalismo condicionam diferentes trajetórias societárias; porém, com certa tendência mundial. Em países como o Brasil, de sólida marca escravagista – em que a reprodução da vida permanece assentada na segregação social e na segmentação ao acesso a bens e serviços públicos –, os efeitos deletérios são notórios. Exemplo disso são as enfermidades negligenciadas e infectocontagiosas, oriundas dos séculos XVIII, XIX e

---

<sup>3</sup> Se clássica, se prussiana, ou, se colonial.

início do XX (e, algumas, mesmo de períodos anteriores), ainda contemporaneamente presentes no Brasil, tais como: febre amarela, doença de Chagas, esquistossomose, hanseníase, leishmaniose, malária, tuberculose, dentre outras. São patologias, comumente, associadas ao perfil epidemiológico de sociedades pobres e/ou pouco industrializadas. Ao passo que persistem (em percentual não desprezável), ainda hodiernamente, na periferia do capitalismo, essas doenças foram erradicadas desde a primeira metade do século XX, nos países centrais.

Somado a isso, há uma sobrecarga para os países subdesenvolvidos com o advento das “doenças do progresso”, usualmente conhecidas como doenças comportamentais, nomeadamente: síndrome do pânico, estresse, ansiedade, bipolaridade, distúrbios alimentares, depressão e diversos outros transtornos mentais que estão induzindo ao aumento de suicídios em escala global. Podemos ainda citar os chamados “fatores de risco” (RIBEIRO; BARATA, 2012), como o tabagismo, o alcoolismo, a obesidade, o sedentarismo, etc., que – embora não constituam doenças, em sentido estrito – podem manter algum grau de relação com diferentes comorbidades como: diabetes, câncer, doenças cardiovasculares, pulmonares, dentre outras. Tais comorbidades compõem o vasto grupo das doenças crônico-degenerativas, caracterizadoras, via de regra, do perfil epidemiológico de sociedades industrializadas e socioeconomicamente desenvolvidas.

O Brasil acumula ambos os perfis, tanto o perfil agudo e infectocontagioso (que apresenta manifestação plena da doença, exigindo, muitas vezes, atendimentos emergenciais, internações, etc.), quanto o crônico-degenerativo e comportamental (demandando prevenção, acompanhamento e/ou tratamento contínuos). Isso significa que não houve, no caso brasileiro, uma transição de um perfil epidemiológico para outro, como ocorrera nos países ditos avançados<sup>4</sup>. Antes, o que temos no Brasil é a coexistência de patologias “arcaicas” com enfermidades “modernas”, complexificando o perfil epidemiológico do país (RIBEIRO; BARATA, 2012). O enfrentamento desse

---

<sup>4</sup> Por avançados, lemos aqueles países da Europa Ocidental que se colocaram economicamente à frente dos demais, em nível mundial, graças a séculos de exploração de colônias latino-americanas, asiáticas e africanas. Realizaram – às custas das riquezas e vidas saqueadas – uma acumulação primitiva de capital que lhes permitiu principiar e dominar o processo de industrialização capitalista (com destaque para Inglaterra e França), por certo período – até a ascensão estadunidense, iniciada na Primeira Guerra Mundial e firmada no segundo pós Guerra.



panorama nosológico, por sua vez, requer um duplo esforço do nosso sistema de saúde.

Ao falarmos de sistema de saúde, todavia, podemos considerar que – na história da saúde pública brasileira – é bastante recente a existência de um sistema de saúde propriamente dito (ainda mais de um sistema que pudéssemos chamar de nosso). O grande divisor de águas é, sem qualquer sombra de dúvidas, o tardio reconhecimento formal do direito à saúde na Constituição Federal de 1988 (CF/1988). Direito esse que adquiriu tangibilidade na instituição do Sistema Único de Saúde, o SUS, cuja regulamentação ocorreu com a publicação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) – composta pelo par de Leis nº 8.080 e 8.142, de 19 de setembro e 28 de dezembro, respectivamente, ambas de 1990.

A contar do SUS, passou a existir um sistema público e de acesso universal de saúde no Brasil. Cabe, no entanto, frisar que o sistema de saúde brasileiro contempla não apenas o sistema público, mas também um subsistema privado. Subsistema este que de “sub” tem somente o prefixo, haja vista sua magnitude e robustez – sem mencionar a força política desse setor mercantil, derivada do poder econômico de suas elites. O segmento privado (o empresarial e o sem fins lucrativos) da saúde – que, de acordo com a Constituição de 1988 (CF/1988), deveria ser suplementar ao SUS – constituiu-se, na realidade, como um vigoroso concorrente ao sistema público, funcionando como um subsistema paralelo e (quase) duplicado. Ademais, a saúde, no Brasil, sempre esteve, desde os seus primórdios no período colonial, no âmbito privado. Portanto, o subsistema privado precede o nosso sistema público de saúde; ou seja, é anterior ao SUS e ao próprio reconhecimento da saúde enquanto direito de cidadania.

Antes do SUS, de modo geral e simplificado (porém, não simplista), notamos dois períodos distintos e demarcados, em termos de sistema público de saúde. Consideramos que o primeiro período corresponde ao extenso estágio anterior a 1930, tendo se iniciado em 1500 com a invasão portuguesa-cristã, fase em que não havia qualquer sistema, mínima ou adequadamente, estruturado de saúde. O segundo período, por sua vez, refere-se ao denso íterim que vai de 1930 a 1988, etapa histórica em que havia um “não sistema” [e, aqui, adotamos o termo empregado por Paim (2015)].

Tendo em conta o primeiro interregno, as diferentes moléstias e epidemias conseguintes – trazidas para solo brasileiro pelos dominadores portugueses e missionários católicos –, não foram objeto de cuidado adequado por parte do poder colonial e, ulteriormente, tampouco o foram pelo governo imperial. Não existia algo que se assemelhasse a um sistema de saúde, se pensarmos em termos da definição proposta por Paim (2015, p. 13), isto é, um “[...] conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações”. Sequer havia um ministério dedicado a tal rubrica. As ações de saúde eram dispersas e esporádicas. A saúde era alçada da polícia e da filantropia. Com exceção dos militares – além dos nobres e religiosos, claro – e das famílias ricas que contavam com médicos (particulares) e tratamentos disponíveis naquele tempo, a população em geral dependia unicamente das Santas Casas de Misericórdia e da caridade alheia.

As ações da chamada polícia sanitária – malgrado seu caráter episódico e militarístico –, podem ser consideradas como as primeiras formas de políticas públicas de saúde no Brasil. Eram ações cimentadas na fiscalização e controle de higiene dos portos e das cidades e em campanhas de vacinação (para os poucos antígenos então conhecidos e produzidos). Conjuntamente a essas ações – compondo o minguado rol de políticas sociais implementadas pelo governo imperial – havia também as internações (em regra, compulsórias) de pacientes em estado grave nos lazaretos<sup>5</sup> (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). Assim, a política de saúde pública em vigor no Brasil Império estava fixada sobre o isolamento e o controle do doente e não no tratamento da doença ou na sua cura – a qual, muitas vezes, sequer era conhecida ou acessível aos brasileiros, haja vista o limitado acesso aos avanços científicos da época.

No limiar do século XX – já na etapa conhecida na historiografia como Velha República –, face ao descontrole das epidemias e das doenças endêmicas, o aumento do comércio internacional sob o predomínio do setor agroexportador de café e a incipiente urbanização impulsionaram um movimento médico-científico, com apoio político-econômico, de reorganização sanitária no país. Foi o estágio em que se pode

---

<sup>5</sup> Destinavam-se ao “[...] controle de propagação de epidemias através dos portos brasileiros [...] seus edifícios possibilitavam a vigilância contínua dos internos, que eram submetidos a um regime distinto de isolamento conforme a classe que ocupavam nos navios” (SANTOS, 2007, p. 1173).

verificar a gênese da nacionalização (que abrange o território nacional) e da estatização (que incumbe o Estado) da saúde pública no Brasil (HOCHMAN, 1998). No vintênio inicial do século XX, as ações de saúde coletiva (campanhas vacinais, controle higienista e ações de profilaxia nos portos, ruas, comércios, etc.) tornaram-se centralizadas e, tendo-se iniciado e desenvolvido no eixo Rio de Janeiro – São Paulo, vislumbravam abranger, progressivamente, as demais regiões e adentrar os interiores do país, até aquele momento em quase completa obscuridade sanitária. Foi a era do saneamento (HOCHMAN, 1998), que promoveria modificações substantivas nas condições de vida e, em consequência, nas condições de saúde da população – embora a assistência médica permanecesse preterida pelo governo, conservando-se na esfera da piedade das Ordens católicas e da benevolência dos abastados.

O segundo intervalo, por sua vez, particularizou-se não pela ausência de um sistema, mas pela existência de um “não sistema”. Ao longo do período consolidou-se um arcabouço que se caracterizou pela divisão institucional entre as ações de saúde coletiva e a assistência médica individual. A partir do primeiro governo Vargas, a saúde – antes vinculada ao Ministério da Justiça – deixou a esfera meramente militarista e passou ao domínio do trabalho. Adotava-se no país o modelo de seguro social – já em voga em alguns países da Europa Ocidental, como Alemanha e França –, subordinando o acesso à assistência médica ao vínculo empregatício e, conseqüentemente, à capacidade contributiva dos trabalhadores e de suas famílias. Estabelecia-se a cidadania regulada (SANTOS, 1979), na qual apenas a parcela da classe trabalhadora urbana – profissionalmente regulamentada e formalmente contratada – detinha a prerrogativa de cidadãos. Aos demais, cabia a de pré-cidadãos, como pontificou Santos (1979).

Constituiu-se um “não sistema”, pois, longe de tornar-se orgânico, direcionado, efetivo, ele solidificava a bipartição entre a saúde coletiva (atribuição da Saúde Pública<sup>6</sup>) e a assistência médica (competência da Previdência). Conformou-se,

---

<sup>6</sup> Inicialmente, incumbência do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), criado no início da década de 1930, ainda no primeiro governo Vargas. No ano de 1937, a partir de uma reforma empreendida pelo então ministro Gustavo Capanema, o MESP teve seu nome alterado para Ministério da Educação e Saúde (MES). Em 1953, cria-se o Ministério da Saúde (MS) que manteve ofício semelhante até a instituição do SUS (HOCHMAN, 2005). Com o SUS, enfim, a política nacional de saúde toma seu lugar como atribuição de um ministério próprio e exclusivo da Saúde.

outrossim, uma enorme disparidade em termos de recursos financeiros entre esses órgãos, com exíguo orçamento para a saúde pública em contraste com a medicina previdenciária.

O “não sistema” de saúde – bipartido, desigual e de acesso restrito – consolidado na ditadura Vargas, permaneceu praticamente inalterado no interregno democrático (1945-1964) até o assalto dos militares ao Poder, com o Golpe de 1964. O modelo de “não sistema” passou distante de alterações substanciais. Manteve-se incólume, fundado na dicotomia saúde coletiva *versus* assistência médica, na desigualdade social e regional e na restrição de acesso, contrapondo segurados, num extremo, e não segurados, no outro.

Durante o período militar, o governo autoritário ensaiou uma espécie de universalismo (STEVANIM, 2018) concernente a certos serviços básicos e emergenciais de saúde. Através da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – unificando os institutos previdenciários (entidades de natureza pública) responsáveis pela prestação de assistência médica às diferentes categorias profissionais –, os militares pretendiam expandir a cobertura médico-hospitalar no país. A via escolhida para a efetivação desse objetivo, porém, não foi a expansão da rede pública própria. Opostamente, a escolha governamental foi a de priorizar a compra de serviços ao setor privado de saúde, em detrimento de inversões no setor público, instalando uma engrenagem de operação, abertamente, privatizante no âmago da saúde pública. O governo militar almejava, assim, estabelecer um sistema nacional de saúde que promovesse a cobertura universal (o que não é a mesma coisa de um sistema que promove o acesso universal enquanto direito à saúde, à semelhança do SUS), a partir da compra – ou seja, do financiamento – de serviços ao setor privado, tornando-o o prestador de ações e serviços de saúde para o conjunto do país.

A lógica e os interesses de mercado tornaram-se dominantes, no cerne do INPS (que, posteriormente, converter-se-ia no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS) – instâncias então responsáveis pela assistência médica prestada à população. Os militares impuseram um modelo mercantil que se mostrou bastante favorecedor do enriquecimento ilícito das corporações empresariais do setor saúde, concorrendo decisivamente para a configuração posterior que o

sistema de saúde brasileiro viria a ter, definindo, em boa medida, tanto a robustez do setor privado, quanto a forte imbricação desse setor e sua relação parasitária relativamente ao sistema público de saúde (MENICUCCI, 2011).

Apesar de altamente dispendioso, o ensaio de capitalização da atenção à saúde, entretanto, apresentou pouca efetividade e baixíssima eficiência, já que seus resultados, em termos de acesso aos serviços e mesmo em termos de melhoria nas condições de saúde da população brasileira como um todo (excetuando o núcleo Rio – São Paulo, onde se concentravam os prestadores privados) foram, no mínimo, medíocres. Em 1980, consoante ao relato de Escorel (2012), o próprio Ministério da Saúde (MS) admitiu, em documento institucional, que, aproximadamente, 40 milhões de brasileiros/as não possuíam qualquer forma de acesso às ações e serviços de saúde ou assistência médico-hospitalar.

Diante do nítido fracasso da tentativa militar de universalizar a cobertura da assistência médica via compra de serviços ao setor privado – e frente à grave crise político-econômica que abalava o país nos anos iniciais da década de 1980 –, as experiências já testadas em alguns projetos elaborados por sanitaristas que então ocupavam espaços institucionais, nas três esferas de governo, começaram a ganhar espaço. Esses projetos continham parâmetros e direcionamentos que estavam sendo difundidos em conferências internacionais<sup>7</sup> e nacionais de saúde, bem como sendo aplicados em experiências locais, no âmbito de algumas regiões e, precipuamente, de municípios brasileiros. Parâmetros e direcionamentos esses que constituiriam, em 1988, quando da promulgação da Constituição Federal, os princípios e as diretrizes do nosso sistema brasileiro, público e universal de saúde, o SUS.

Desde meados dos anos de 1970 (com o fim do ciclo expansivo do milagre econômico e o início do processo de distensão democrática) e no decorrer dos anos de 1980

---

<sup>7</sup> Como a Conferência Internacional de Alma-Ata sobre Atenção Primária à Saúde, em 1978, onde foram debatidos e definidos os principais parâmetros para uma Atenção Primária à Saúde (APS) abrangente. Ainda que ao longo das décadas de 1980 e 1990, a concepção seletiva de APS tenha sido a predominante nos países dependentes (por influência dos organismos internacionais), é inegável que a Declaração resultante de Alma-Ata subsidiou a estruturação da Atenção Básica, na esfera do SUS. Igualmente, embasou a mudança de paradigma do próprio modelo de atenção à saúde no Brasil, a partir da implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que alterou o enfoque hospitocêntrico para uma abordagem centrada na atenção primária (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013).

(com a crise da Previdência e o avanço das mobilizações nacionais em prol da redemocratização do país), o SUS foi sendo forjado, de baixo para cima, no seio da sociedade, onde teve seu alicerce assentado. Emergiu como proposta inovadora, de direito total e universal à saúde. Ele foi resultado de um longo processo de debates e de lutas de movimentos sociais, religiosos, de profissionais da saúde e de parcela de intelectuais, pesquisadores e pesquisadoras de universidades do país em torno do direito à saúde. Direito esse que se remete a uma população massacrada pelo modelo primário exportador de base escravista. População que, por séculos, não conheceu qualquer sorte de direito social, econômico, civil ou sequer humano. Ao ser concebido, o SUS materializou o direito social (e humano), até então, historicamente negado ao povo brasileiro.

Ao inscrever a saúde como um direito, “[...] garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário [...]” (BRASIL, 2021b, Art. 196) a serviços e ações de saúde, por meio de um sistema público único – adotando, portanto, um conceito ampliado de saúde, não mais centrado no paradigma mecanicista do binômio doença-cura, mas passando a reconhecer os determinantes socioeconômicos desse processo (NOGUEIRA; MIOTO, 2009) –, a Constituição Federal de 1988 (CF/1988) permitia vislumbrar uma nova perspectiva para a saúde no país, que ia ao encontro dos anseios preconizados e das pautas defendidas pelos movimentos sociais engajados na defesa do direito à saúde.

Tal perspectiva embasava-se, em parte, na experiência reformista e civilizatória vivenciada nos trinta anos subsecutivos ao pós-Segunda Guerra nas sociedades europeias ocidentais, sob a égide do Estado de Bem-Estar Social. O modelo de sistema de atenção à saúde que acabou sendo desenhado no Brasil, configurando o SUS, espelha, em boa medida, o que se estabeleceu como o sistema nacional de saúde inglês, o *National Health Service (NHS)* – padrão de proteção beveridgiano<sup>8</sup> de acesso universal e pautado na cidadania.

---

<sup>8</sup> Segundo a tipologia elaborada por Esping-Andersen (1991), em seu trabalho seminal “As três economias políticas do *Welfare State*”.

Logo, gestada no processo de mobilização e lutas sociais pela redemocratização no Brasil, a materialização do direito à saúde, através da instituição e implantação de um sistema único, público e universal, pode e deve ser entendida como uma importante conquista social. Conquista essa resultante – à semelhança das demais políticas e direitos sociais no capitalismo – de embates que opõem projetos societários e interesses de classes, expressando “[...] a relação de forças sociais ao nível das sociedades concretas” (BRAVO, 2013, p. 27).

### *1.3. Desafios face à conjuntura (ultra)neoliberal*

Todavia, trata-se de uma conquista ainda não plenamente consolidada, pois as disputas travadas entre os projetos antagônicos na área da saúde (BRAVO, 2009) não esmoreceram. Antes, intensificaram-se, a despeito da Constituição. Nesse sentido, embora tenha sido coletiva e democraticamente erguido, o SUS sempre teve sua concretização continuamente tensionada por concepções antagônicas em conflito, presentes desde antes da CF/1988, conformando o “[...] confronto entre o projeto privatista de cuidados de saúde e o projeto [universalista] da reforma sanitária” (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p. 219).

O Movimento da Reforma Sanitária (MRS) – cuja construção se inicia desde meados da década de 1970 “[...] com base nas lutas populares [...] pelo direito à saúde e nos posicionamentos críticos às limitações do modelo médico assistencial previdenciário” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 9) – enfatiza a promoção de ações e serviços de saúde por meio de políticas públicas intersetoriais, primordialmente, desempenhadas pelo Estado. Trata-se de uma visão da saúde como direito universal.

O projeto privatista, por seu turno – que ganhara impulso durante a vigência da ditadura militar no Brasil – representa os interesses dos complexos médico-hospitalar, fármaco-industrial e financeiro-especulativo do setor saúde, cuja “[...] lógica [é] orientada pelas regras de mercado e fundamentada na exploração da doença como sua principal fonte de lucros” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 9). Trata-se da saúde como mercadoria.

Na conjuntura do processo de redemocratização, o choque entre esses projetos parecia pender, ao longo da década de 1980 – e, principalmente, ao fim dessa década, com a promulgação da CF/1988 e, em seu bojo, a instituição da Seguridade Social (SS) e o reconhecimento do direito à saúde –, para uma vitória do projeto universalista. Vitória essa que já se revelara limitada, de partida, com a inclusão da participação da iniciativa privada – em tese, em caráter complementar (de acordo com o Art.199 §1º, da CF/1988) – no SUS.

Tal direção, contudo, sofreu uma inflexão radical, já a partir dos primeiros anos da década seguinte, quando as diretrizes e políticas de ajuste neoliberais passaram a ser adotadas e implementadas no Brasil (BRAVO, 2009). Vale, aqui, destacar as observações presentes em Oliveira e Da Silva (2019, p. 16):

Le système de santé brésilien est marqué par des paradoxes dès sa naissance à la fin des années 1980. Au niveau national, le SUS naît du mouvement de démocratisation et de progrès social consécutif à la fin de la dictature militaire. Mais, au niveau international, la situation du Brésil contraste avec le regain des politiques libérales mises en œuvre tant au sein des pays industrialisés (austérité, privatisation, nouvelle gestion publique, etc.) que des pays en développement (Consensus de Washington).<sup>9</sup>

O caráter anacrônico da Seguridade Social brasileira e, em consequência, do SUS – erigidos, formalmente, sob uma concepção social-democrata de ampliação de direitos com base na cidadania e na ação do Estado, quando o neoliberalismo já se impunha como novo *mainstream* econômico, político e ideológico, apregoando o Estado mínimo – acarretou que nascessem sob a guarida dos ajustes e reformas neoliberais.

Em função disso, não obstante à adoção, em 1988, de um conceito de Seguridade Social (SS) pública e com vocação à universalidade de cobertura e acesso, já a partir do início da década de 1990, o país adotou medidas neoliberais preconizadas pelo Consenso de Washington, processo que incentivou a ampliação do setor mercantil na

---

<sup>9</sup> O sistema de saúde brasileiro é marcado por paradoxos desde o seu nascimento, ao fim dos anos de 1980. Em nível nacional, o SUS nasce do movimento de democratização e de progresso social consecutivo ao fim da ditadura militar. Mas, em nível internacional, a situação do Brasil contrasta com a retomada das políticas liberais implementadas tanto no seio dos países industrializados (austeridade, privatização, nova gestão pública etc.) quanto dos países em desenvolvimento (Consenso de Washington) (tradução nossa).



cobertura de riscos sociais. O resultado desse processo foi o crescimento dos planos e seguros de saúde.

Ao lado do sistema público (e em seu prejuízo), floresce o subsistema privado. Sua expansão – que beneficia, de modo precípua, segmentos populacionais de renda mais elevada – é, nos dias atuais, significativamente financiada mediante renúncia fiscal. Essa e outras práticas que vigoram no país indicam que, de fato, não houve a opção pelo público em matéria de saúde (MARQUES, 2016).

Nesse quadro – quase que imediatamente após a instituição de uma Constituição que se pretendia cidadã –, teve início, no limiar da década de 1990, um processo de contrarreformas do Estado. Este último deveria ser então reformado, redefinindo suas funções em conformidade às orientações da cartilha neoliberal (o Consenso de Washington), para garantir condições favoráveis nas quais a neoliberalização pudesse se consolidar (HARVEY, 2014; BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Em vista disso, em consonância a Teixeira (2018), a partir dos anos de 1990 – já nos governos de Collor (1990-1992) e de Itamar Franco (1993-1994), porém, com maior ênfase nos Governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1994-2002) – as políticas sociais, em geral, e a saúde, em particular, passaram a ser submetidas aos processos derivados da crise estrutural do capital, presentes nos países centrais, desde 1970, e, a partir de então, progressivamente importados para as economias periféricas e dependentes.

Os referidos processos compreendem, dentre outros elementos: a mudança do padrão de acumulação, com o esgotamento do keynesianismo-fordismo; a reestruturação produtiva, implicando uma crescente reprimarização das economias subdesenvolvidas e um avassalador processo de flexibilização e precarização das relações e condições de trabalho; a dominância do capital portador de juros (sobretudo em sua forma mais parasitária, a fictícia), em detrimento do capital produtivo; e a implementação de políticas macroeconômicas de austeridade (pautadas, invariavelmente, em cortes de gastos sociais), centradas na obtenção de superávit primário para transferência de parcelas crescentes do fundo público ao mercado financeiro.

Em termos globais, conquanto o neoliberalismo tenha se consolidado como promessa de ser um “[...] potencial antídoto para ameaças à ordem social capitalista” (HARVEY, 2014, p. 29), propondo-se como um modelo de crescimento, ante a crise estrutural dos anos 1970 – quando se observava o recrudescimento da tendência à queda das taxas de lucro nas economias capitalistas centrais, evidenciando o esgotamento do padrão de acumulação fordista-keynesiano até então vigente – na atualidade, já há muito ele se revelou “[...] um modelo desfavorável à acumulação e ao crescimento” (DUMÉNIL; LÉVY, 2005, p. 92). E não poderia ser diferente. Afinal, ele está radicado sob um regime de dominância financeira, enquanto mecanismo de contratendência, na busca de restabelecer o patamar de lucros anterior à crise estrutural. Nesse ensejo, “[...] o sistema capitalista entra no caminho da valorização financeira [...]” (MENDES; FUNCIA, 2016, p. 157), engendrando um processo de financeirização, em nível global, tendo o capital portador de juros, particularmente sob a forma parasitária de capital fictício, como protagonista. Processo que Chesnais (2005) designou como a mundialização do capital.

Por outro lado, a mesma inabilidade neoliberal para promover níveis elevados (ou razoavelmente adequados) de crescimento econômico não encontra paralelo na extrema eficiência que esse modelo de acumulação demonstra no que se refere à recomposição da renda das elites econômicas. Vale lembrar que, na era neoliberal, como ressalta Chesnais (2005), a riqueza se tornou ainda mais concentrada. De fato, os aumentos nos níveis de concentração da riqueza e, conseqüentemente, da desigualdade social são “[...] uma característica tão persistente do neoliberalismo que podem ser considerados estruturais em relação ao projeto como um todo” (HARVEY, 2014, p. 26).

Um exemplo ilustrativo ocorreu não faz muito tempo, em meio à crise sanitária (e por que não dizer crise civilizatória?) eclodida a partir da pandemia de Covid-19 – mas instalada bem antes. O bilionário mais bilionário do planeta – Jeff Bezos, dono da Amazon – bateu o inusitado recorde de “ficar ainda mais podre de rico”, ampliando sua fortuna em aproximadamente 13 bilhões de dólares<sup>10</sup> em um único dia. Assim, em

---

<sup>10</sup> **DONO** da Amazon aumenta sua fortuna em US\$13 bilhões em um dia. **G1**, Rio de Janeiro, 21/07/2020. Seção: Economia. Disponível em:

plena pandemia do coronavírus, quando milhares de pessoas morriam ao redor do mundo e os sistemas de saúde não eram capazes de absorver toda a demanda que emergia, as ações da Amazon saltavam às alturas, valendo-se da precarização do trabalho de tantos milhões de trabalhadores, para enriquecer com alguns bilhões um único indivíduo. Aos cinquenta anos de idade – desde sua implementação inicial nos países do centro capitalista –, o projeto neoliberal comprova, nos dias atuais, o seu vigor.

Não constituindo, portanto, um modelo de acumulação com vistas ao crescimento produtivo, faz sentido entender o neoliberalismo como um projeto específico com fins outros que não o desenvolvimento socioeconômico. Sob este prisma, em consonância a Harvey (2014), assumimos, por premissa, tratar-se o neoliberalismo – e sua versão mais violenta e golpista, o ultraneoliberalismo – de um projeto político das elites capitalistas pela recomposição de sua supremacia política e econômica.

O SUS ultrapassa três décadas de existência, tendo que enfrentar, cotidianamente – por meio de seus e de suas profissionais, gestores, militantes, usuários e usuárias – o desafio de se concretizar verdadeiramente universal e integral, sob uma conjuntura de ultraneoliberalismo; ou seja, sob um cenário de mais uma onda “[...] ofensiva do neoliberalismo [impregnada de elementos que] revelam a direção autoritária do capitalismo hoje” (RIZZOTTO, 2018, p. 1717).

Com o Golpe de 2016, que usurpou o poder da primeira mulher eleita presidenta no Brasil, o ultraneoliberalismo instalou-se violentamente não apenas na política econômica brasileira – por meio da aceleração das contrarreformas e da radicalização da austeridade fiscal – mas também no discurso ideopolítico. O ultraneoliberalismo – principalmente, o que passamos a vivenciar a partir da eleição de (e com) Bolsonaro<sup>11</sup> – mostra valer-se dos instrumentos mais espúrios para alcançar seus objetivos de

---

<<https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/07/21/dono-da-amazon-aumenta-sua-fortuna-em-us-13-bilhoes-em-um-dia.ghtml>>. Acesso: 13 fev. 2022.

<sup>11</sup> Ex-deputado, de obscura carreira enquanto congressista (sem falarmos, de sua trajetória nas Forças Armadas), que – ao firmar-se como representante da vertente ultraneoliberal – deixou a bruma política à qual sempre pertenceu (para o espanto de alguns e a tristeza de milhões), ganhando o palco e os holofotes políticos pelas atrocidades de seu discurso retrógrado, violento e preconceituoso [mesmo sem ter subido aos palanques para apresentar alguma proposta política (caso essa existisse)], galgando o maior posto do Poder Executivo nacional.

lucro e poder. Não tem qualquer pudor em adotar a necropolítica como política de governo e em assediar vulgarmente um fascismo pútrido.

No Brasil, a nosso ver, o ultraneoliberalismo constitui o resultado da mescla de uma formação sócio-histórica fortemente conservadora (de privilégios) atrelada a uma inserção mundial subalterna e dependente – e, por isso mesmo, pronto a realizar a meta do projeto neoliberal a qualquer custo; inclusive, ao preço de vidas e do desenvolvimento social e humano do país.

No bojo desses amplos processos, as políticas sociais são contundentemente afetadas. De um lado, expressam o resultado da permanente e histórica correlação de forças entre as classes fundamentais do capitalismo, concretizando-se sob a forma de gestão da questão social, por parte do Estado. Por outro lado, os recursos fiscais provenientes do fundo público, que as financiam, passam a ser capturados pela lógica e pelo movimento de financeirização. O fundo público passa a assumir “[...] tarefas e proporções cada vez maiores no capitalismo contemporâneo [...]” (BEHRING, 2010, p. 14), haja vista que a disputa social em torno de seus recursos recrudesce, em função da maior relevância que ele assume em contextos de crise pelo seu caráter potencialmente anticíclico (SALVADOR, 2010).

Sob a vigência do modelo de acumulação fordista-keynesiano, o fundo público cumprira um papel fundamental na reprodução social e na reprodução do capital. Sua relevância para a reprodução social concernia (e ainda concerne, em boa medida, para certos países) no financiamento das políticas de seguridade, instituindo uma espécie de “propriedade social”, como denominado por Castel (2015). Já para a reprodução do capital, correspondia à redução de custos de produção, ao remunerar parte do valor da força de trabalho e, em seguida, ao retornar ao processo produtivo por meio do consumo (BEHRING, 2010; SALVADOR, 2010). Havia, portanto, um papel estrutural no desenvolvimento capitalista para o fundo público. Sob o capitalismo tardio, por outro lado, o fundo público passa a garantir, cada vez mais diretamente, a reprodução e ampliação do capital (particularmente, o financeiro) em detrimento da reprodução social.

Os processos de captura do fundo público pelo capital ocorrem de forma institucionalizada, sob a tutela do Estado. Ocorrem, igualmente, de forma jurídica,

constitucional e legítima – ainda que, frequentemente, sem legitimidade –, sob a guarda do Direito e da Justiça.

Podemos identificar diferentes mecanismos de apropriação do fundo público instituídos pelo Estado brasileiro. Dentre os diversos mecanismos existentes, merece destaque a Desvinculação de Receitas da União (DRU). Esse instrumento foi criado pelo governo FHC, em 1994, sob a denominação de Fundo Social de Emergência (FSE).

Tendo por finalidade ampliar os recursos disponíveis para livre uso do Tesouro Nacional – sob a alegação de que “[...] a estrutura orçamentária e fiscal brasileira possui elevado volume de despesas obrigatórias, tais como as relativas a pessoal e a benefícios previdenciários, e também vinculação expressiva das receitas orçamentárias a finalidades específicas” (BRASIL, 2015b, p. 1) –, a Desvinculação de Receitas da União (DRU) consiste na desvinculação de determinado percentual das receitas arrecadadas e que têm vinculação específica de gasto pela União (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012). Esse percentual correspondeu a 20% dessas receitas, desde sua instituição, ainda como Fundo Social de Emergência (FSE), assim permanecendo por vinte e dois anos. Mas isso mudou.

Em 2016, foi aprovada, no Congresso Nacional, a Emenda Constitucional (EC) 93 (BRASIL, 2016c; BARBOSA, 2019). As principais proposições contidas na EC 93 são de três ordens e consistem: i) na renovação e extensão da DRU até 2023; ii) na elevação da alíquota de 20% para 30% das receitas federais – incluindo os recursos arrecadados no âmbito do Orçamento da Seguridade Social (OSS); e iii) na criação de um novo instrumento, a Desvinculação de Receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios (DREM), com alíquota de 30%.

Conquanto, na Exposição de Motivos Interministerial (EMI) nº 88/2015, a relevância da DRU seja destacada por constituir-se como um instrumento que “[...] tem permitido à Administração Pública Federal não só estabelecer prioridades, mas também prover e alocar recursos para torná-las exequíveis” (BRASIL, 2015b, p. 1), a real finalidade desse mecanismo tem sido a de transformar “[...] recursos direcionados ao financiamento da seguridade social em recursos fiscais para contribuir para o superávit primário, defendido pela política fiscal restritiva do governo federal, e a sua

utilização em pagamento de juros da dívida pública” (MENDES; FUNCIA, 2016, p. 146).

Simultânea e coerentemente aos processos de apropriação privada do fundo público, outro mecanismo que vale destacar é o Novo Regime Fiscal (NRF), instituído pelo governo de Michel Temer<sup>12</sup>, desde fins de 2016, através da Emenda Constitucional (EC) 95.

#### *1.4. O Novo Regime Fiscal: configuração ideopolítica e impactos sobre o financiamento da política de saúde*

Instituído pela Emenda Constitucional (EC) 95/2016, o Novo Regime Fiscal (NRF) impõe, por vinte anos, o congelamento, em termos reais, do gasto social federal – sendo apenas corrigido, anualmente, pela variação da inflação, segundo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Promulgada em 15 de dezembro de 2016, a EC 95 não precisou de mais do que seis meses, desde sua apresentação em junho do mesmo ano – então como Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 241/2016 (BRASIL, 2016a) –, para ser aprovada nas duas Casas do Congresso Nacional. A aprovação relâmpago da EC 95 expressou a prioridade e urgência que lhe foi conferida nos primeiros meses do governo (golpista) de Michel Temer. Prioridade essa justificada por fazer-se “[...] necessária [a/uma] mudança de rumos nas contas públicas, para que o País consiga, *com a maior brevidade possível, restabelecer a confiança na sustentabilidade dos gastos e da dívida pública*” (BRASIL, 2016b, p. 1, grifos nossos), nas palavras dos então ministros Henrique Meirelles<sup>13</sup> e Dyogo de Oliveira<sup>14</sup> – que assinaram a Exposição de Motivos

---

<sup>12</sup> Ex-vice-Presidente da República que galgou o Poder Executivo em agosto de 2016, após consumado o Golpe institucional contra a Presidenta eleita, democraticamente, Dilma Rousseff.

<sup>13</sup> Ministério da Fazenda (MF).

<sup>14</sup> Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPDG).

Interministerial (EMI) nº 83/2016, apresentando as argumentações em prol da PEC 241.

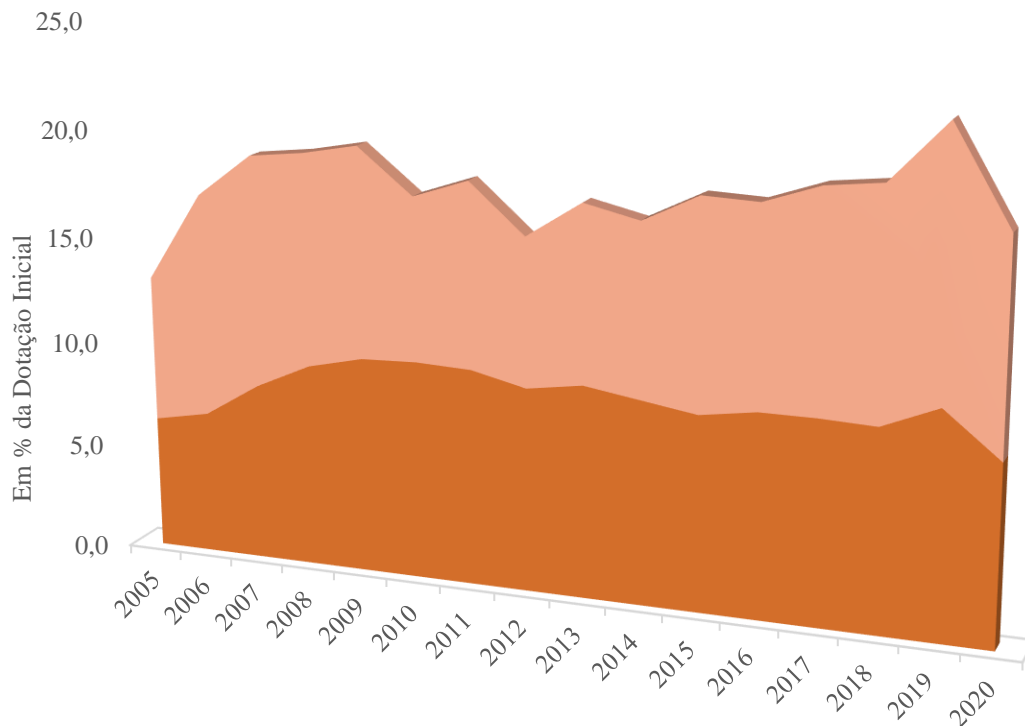
A despesa primária é identificada, na EMI nº 83/2016, como “[...] a raiz do problema fiscal do Governo Federal [...]”, sendo responsabilizada pelo “[...] aumento sem precedentes da dívida pública federal [bem como] pelos elevados prêmios de risco [e] perda da confiança dos agentes econômicos”, de maneira que – inferem os ministros/autores do documento – o corte dessas despesas é “[...] o único caminho para a recuperação da confiança” (BRASIL, 2016b, p. 1). Por conseguinte, recuperar a confiança (do mercado) no pagamento da dívida pública está no cerne dessa proposta, a despeito dos custos sociais que possa acarretar.

Declarada em seu projeto como um “[...] instrumento [que] visa reverter, no horizonte de médio e longo prazo, o quadro de agudo desequilíbrio fiscal em que nos últimos anos foi colocado o Governo Federal” (BRASIL, 2016b, p. 1), a EC 95 concentra-se no resultado primário, isto é, aquele que considera os gastos do governo central não contabilizando as despesas financeiras (juros e encargos da dívida pública). O paradoxo reside, justamente, no fato de as despesas financeiras corresponderem ao componente que representa o maior percentual de comprometimento do Orçamento Geral da União (OGU), como verificamos no Gráfico 1, na página seguinte.

Chama a atenção nesse gráfico, ao examiná-lo, o intervalo entre 2009 e 2016 (excetuando o ano de 2015) durante o qual – diferentemente do restante da série histórica – os dispêndios da União com pessoal e encargos sociais superaram os gastos com juros e encargos da Dívida Pública. Tal íterim corresponde ao período em que Dilma Rousseff esteve à frente do Poder Executivo do país – enquanto Presidenta da República, por duas vezes democraticamente eleita. Em 2016, entretanto, momento em que Dilma sofreu o Golpe institucional/midiático, a série retoma o sentido precedente de sua trajetória; qual seja, de juros e encargos da Dívida superiores aos gastos com pessoal e encargos sociais.

Gráfico 1

**Participação (%) no Orçamento Geral da União (OGU) das despesas financeiras e das despesas primárias – Brasil (2005 a 2020)**



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
■ Juros e encargos da Dívida	6,8	10,4	10,8	9,9	9,8	7,6	8,6	6,9	8,2	8,0	9,7	9,2	10,1	10,5	12,2	9,8
■ Pessoal e encargos sociais	6,2	6,7	8,3	9,5	10,1	10,2	10,1	9,5	9,9	9,5	9,1	9,5	9,5	9,4	10,5	8,4

Fonte: SIOP, 2022. Elaboração própria.

A EC 95 determina um teto para as despesas primárias, no âmbito do Orçamento Fiscal do Governo Federal e do Orçamento da Seguridade Social (OSS), a vigorar por 20 anos a partir de 2017, definindo uma base fixa (o valor corrente gasto em 2016), apenas corrigida a cada exercício financeiro pela variação do IPCA, o que impede qualquer crescimento em termos reais dessas despesas, como dito acima.

Ao congelar as despesas primárias, essa emenda afeta, precipuamente, as áreas e políticas sociais. Isso porque o gasto primário da União é composto basicamente de pagamentos com pessoal, encargos sociais, subsídios, custeio e investimento (esses dois últimos compondo os chamados gastos discricionários e estando relacionados à



previsão de receitas). Sendo os pagamentos de pessoal e encargos (incluindo benefícios e encargos previdenciários e transferências governamentais e assistenciais) aqueles que não podem deixar de ser feitos, o ajuste recai de fato sobre os gastos discricionários, onde enquadram-se o custeio e possíveis investimentos em áreas sociais, como educação e saúde. Por conseguinte, a EC 95 impõe a desvinculação das despesas federais primárias em relação às receitas, posto que a fórmula do ajuste congela os gastos, independentemente de possíveis variações positivas do PIB e/ou eventuais aumentos de arrecadação (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

No caso da saúde, em particular, a EC 95 revoga a vinculação de gastos da União para as ações e serviços públicos de saúde (ASPS). Essa vinculação fora estabelecida pela EC nº 86, de 2015, que alterou a forma de participação do Governo Federal no financiamento do sistema público de saúde, que tornava obrigatória “[...] a aplicação mínima [de] um percentual da Receita Corrente Líquida (RCL), de forma escalonada, como segue: 13,2% da RCL em 2016, 13,7% em 2017, 14,2% em 2018, 14,7% em 2019 e 15,0% em 2020” (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p. 6).

A EC 86/2015 modificou a regra até então em vigor, concernente à União, que estava definida na EC 29/2000. Nessa última, foram estabelecidos os percentuais mínimos de participação dos entes federados no financiamento do SUS. De acordo com a EC 29, os estados e municípios teriam a maior participação, com a obrigatoriedade de destinar às ASPS 12% e 15%, respectivamente, de seus recursos fiscais próprios. A União, por outro lado – não obstante houvesse, inicialmente, proposta de destinar 10% dos recursos federais – acabou não arcando com maiores comprometimentos, sendo isenta de vinculação (BARBOSA, 2019). A EC 29 terminou por estabelecer que “[...] a União aplicaria o montante do valor empenhado no ano imediatamente anterior, mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) (e não os 10% da receita própria federal como proposto inicialmente)” (BARBOSA, 2019, p. 47).

Conferir e garantir estabilidade ao financiamento do SUS sempre foi uma das principais, se não a principal, pauta de lutas e debates por parte dos diversos agentes implicados na gestão e funcionamento do sistema público (OCKÉ-REIS, 2012) – como gestores, profissionais da área, usuários, militantes de movimentos sociais, membros

das Comissões de Saúde, etc. No bojo dessas lutas, é que foi estabelecida, não sem resistência e impasses, a EC 29, que possibilitou uma certa estabilidade ao financiamento do SUS.

Mesmo com a alteração provocada pela EC 86, que apontava avanço quanto à participação federal no financiamento do SUS – embora os percentuais sugeridos para o escalonamento fossem considerados passíveis de comprometer a capacidade financeira do sistema (BARBOSA, 2019) – mantinha-se, a princípio, certa estabilidade de recursos, posto que vinculados a determinado percentual da RCL e ao crescimento do PIB. Não foi possível, porém, avaliar seu impacto efetivo, uma vez que a EC 86 não vigorou de fato e, com a EC 95, a regra que passou a ser válida, já a partir de 2017, foi a imposta pelo Novo Regime Fiscal, que, explicitamente, desobrigou os “[...] governos de alocarem mais recursos em saúde em contextos de crescimento econômico” (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p. 4).

O Novo Regime Fiscal, imposto pela EC 95, “[...] visa reverter uma trajetória histórica de crescimento real do gasto público, o que implica uma ruptura dos acordos políticos e sociais relacionados com essa dinâmica” (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p. 5). Implica, em última instância – ao determinar um regime draconiano de redução de recursos para as políticas sociais, em geral, e para a saúde, em particular –, a rescisão do pacto social tardiamente estabelecido no Brasil pela CF/1988, negando mesmo o papel civilizatório que essas políticas exerceram e exercem no capitalismo contemporâneo (OLIVEIRA, 2017).

Durante a vigência, até 2036, da EC 95 – excluindo, durante 20 anos, qualquer possibilidade de maior alocação de recursos para o SUS, mesmo sob um possível cenário de crescimento econômico, não tendo em conta os processos dinâmicos de metamorfose demográfica e epidemiológica, como também a conjuntura global de crise do capitalismo e a conseqüente desestruturação do mundo do trabalho (institucionalizando a precariedade e informalidade como formas de organização e funcionamento do mercado laboral) que afetam diretamente a saúde e a vida dos trabalhadores/as e suas famílias –, suas determinações impactarão de maneira preocupante, quando não dramática, a vida dos brasileiros/as, corroendo, pela base

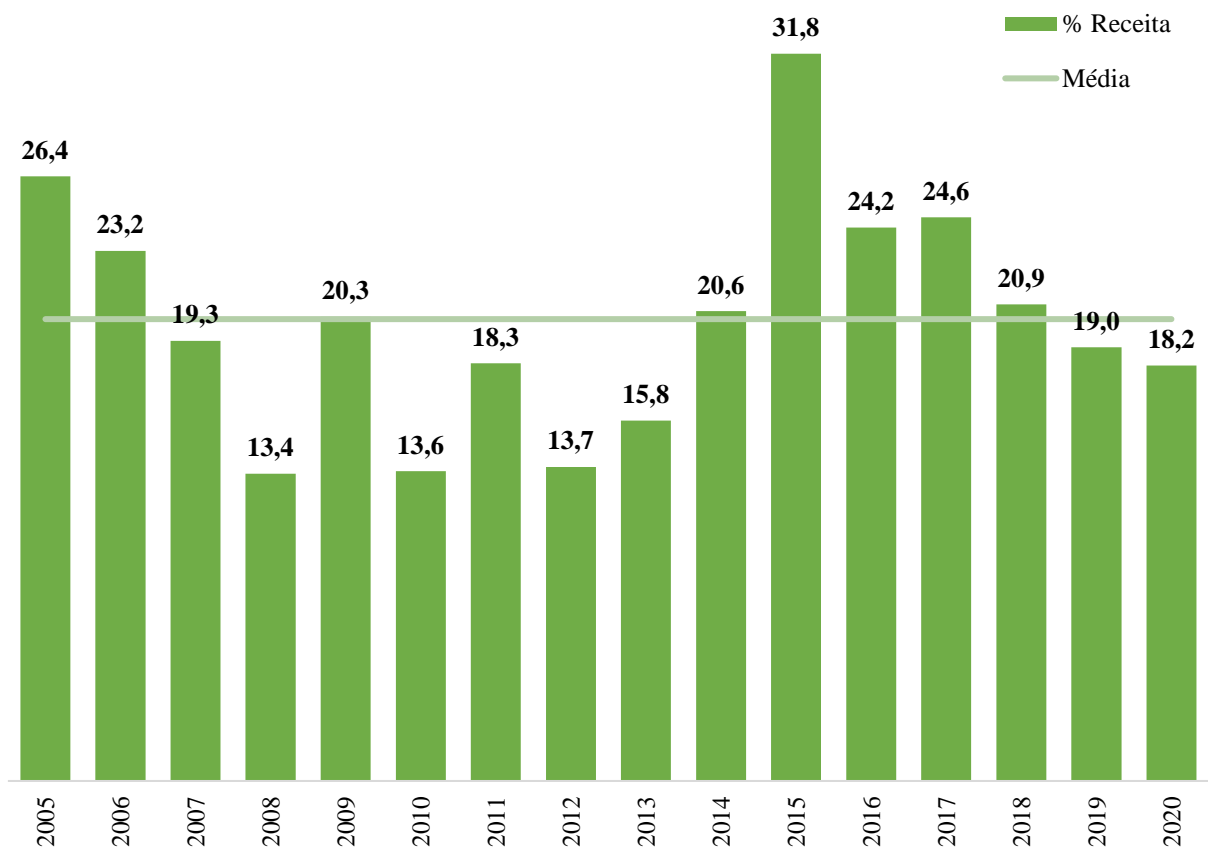
de sustentação (financeira), o sistema de proteção social e o sistema público de saúde que lhes atendem.

Ante a gravidade e dimensão dos efeitos perversos que a EC 95 pode ocasionar no financiamento do sistema público de saúde no Brasil, cabe uma série de considerações acerca desses impactos.

A primeira delas é que a EC 95, em seus primeiros anos, evidencia não reduzir consideravelmente a dívida pública, uma vez que, não obstante a contenção sobre os gastos primários, o pagamento com juros continua representando elevado percentual da receita pública federal. O Gráfico 2 apresenta o percentual de juros sobre a receita total, nos últimos quinze anos (2005-2020).

**Gráfico 2**

**Juros (%) sobre receita total – Brasil (2005 a 2020)**



Fonte: TESOURO NACIONAL, 2022. Elaboração própria.

No texto final de sua aprovação, a EC 95 acabou por antecipar o percentual de 15% da RCL (BARBOSA, 2019), previsto apenas para 2020 na EC 86. Conquanto essa antecipação tenha possibilitado certo incremento da capacidade financeira do SUS, ela não é capaz de contra-arrestar as perdas a serem acumuladas nos próximos dezoito anos (BARBOSA, 2019).

É possível inferir que a EC 95, ao longo de seus 20 anos de vigência, acarretará consideráveis – e, frequentemente, incontornáveis (posto que concernem a vidas e a direitos) – perdas para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (ASPS) no Brasil. E quando se tem em conta que o sistema público, desde sua instituição na CF/1988, sempre foi subfinanciado – não dispondo em nenhum momento de capacidade financeira condizente com suas atribuições e diretrizes constitucionais, enquanto sistema público e de acesso universal –, esse quadro torna-se ainda mais preocupante, pois significa o agravamento/recrudescimento de uma situação já historicamente deteriorada.

#### *1.5. Potenciais efeitos do Novo Regime Fiscal (NFR) sobre as condições de saúde da população*

Além da própria concepção constitucional do SUS, concebido para atender de forma universal, integral e igualitária o conjunto da população brasileira, a EC 95 desconsidera um rol de questões medulares à política de saúde do país.

Um primeiro ponto diz respeito à participação dos gastos com as ASPS nas despesas primárias da União. Como apontado por Vieira e Benevides (2016), essa participação tem decrescido, desde 2002 – e de forma acentuada a partir de 2012.

A EMI 83/2016 (BRASIL, 2016b, p. 1) identifica que “a raiz do problema fiscal do Governo Federal está no crescimento acelerado da despesa pública primária”, justificando a necessidade de implementação do Novo Regime Fiscal “[...] como instrumento para conter a expansão da dívida pública”. Embora valor expressivo do OGU esteja comprometido com os juros da dívida (não contemplados pelo conceito de despesa primária), a EC 95 passe ao largo dessa questão, o alegado aumento da

dívida primária (como suposto maior problema da dívida pública) não foi pressionado pelos gastos com saúde, que, ao contrário, tiveram sua participação na despesa primária reduzida. Logo, uma redução, ainda maior, desses gastos não se justifica.

Sob esse prisma, é preciso ter em conta que as despesas públicas em saúde no país são muito baixas, principalmente, quando cotejadas a países que possuem sistemas de saúde de caráter Beveridgiano, como o SUS. Enquanto países como Inglaterra, Dinamarca e Suécia têm financiamento público da saúde superior a 80% dos gastos totais do setor, o Brasil responde por pouco mais de 42%, constituindo-se no único país do mundo com um sistema público de saúde onde os gastos públicos são inferiores aos gastos privados.

O gasto público *per capita*, igualmente, é muito inferior no Brasil quando comparado aos países com sistema universal de saúde. Para o ano de 2015, o gasto público *per capita* no país foi de US\$ 594,93 (em dólares PPP – paridade do poder de compra), montante aproximadamente 7 vezes inferior aos apresentados por Dinamarca, Suécia e Inglaterra que responderam por US\$ 4.277,15, US\$ 4.433,00 e US\$ 3.330,25, respectivamente (WORLD BANK, 2018).

Ademais, desde os primeiros anos da década de 2000, o esforço macroeconômico federal para financiar o SUS, medido como proporção do PIB, não tem aumentado, mas se mantido estável, em torno de 1,6% – para dados entre 2002 e 2015 (STN, 2015). Essa estabilidade deriva da EC 29, pois, ao estabelecer para a União que o montante mínimo de despesas em ASPS deveria ser aquele do ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB, acabou por ter como efeito concreto a aplicação de gastos federais em saúde restritos ao piso obrigatório (STN, 2015; PIOLA et al., 2013).

Tal estabilidade, contudo, sob a vigência da EC 95, dará lugar a um processo de constante declínio do gasto federal em saúde, como percentual do PIB, sendo tanto menor o gasto quanto maior for a taxa de crescimento econômico.

Em função dessa estabilidade – ou, em outros termos, do não aumento – do esforço federal no financiamento do SUS e da vinculação dos percentuais de 12% e 15% de recursos fiscais próprios dos estados e municípios, respectivamente, atribuindo-se maior responsabilidade *vis-à-vis* à União (também decorrente da EC 29), observa-se

a redução da participação federal na composição do financiamento público total em saúde que, paulatina e crescentemente, fica cada vez mais a encargo das esferas estadual e, principalmente, municipal, o que vem gerando um peso considerável para seus orçamentos.

Todavia, com a EC 95, esse quadro se agrava, posto que o esforço federal é reduzido, implicando o necessário aumento das participações dos estados e municípios. Não há evidências, entretanto, de que esses entes federados terão condições de contrabalançar as perdas decorrentes da diminuição dos aportes federais. Ao contrário, sob o atual contexto de crise, estando gravemente afetadas “[...] as finanças de estados e municípios [...] e com o esforço [crescente] já feito pelos municípios, pouco ou nenhum espaço fiscal existe para que estes entes compensem os recursos que [deixarão] de ser alocados pela União” (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p. 18-19).

Outra questão fundamental, simplesmente ignorada na EC 95, diz respeito à dinâmica dos processos demográficos no país. Atualmente, o Brasil vivencia alterações em sua estrutura demográfica, decorrentes da ampliação da expectativa de vida e do decréscimo da taxa de natalidade (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). Essas alterações – segundo projeções da composição da população brasileira por faixas etárias, produzidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – apontam para uma redução relativa da população mais jovem (de 0 a 29 anos), uma certa estabilidade da população entre 30 e 59 anos e um expressivo aumento da população idosa (a partir de 60 anos).

A população com 60 anos ou mais, que em 2016 representava 12,1% do conjunto da população brasileira, corresponderá a 21,5%, em 2036, alcançando o patamar de 48,9 milhões de pessoas (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). Esse crescimento da população idosa exercerá grande pressão sobre os gastos públicos com saúde, pois “[...] mais pessoas idosas implicam maiores necessidades de acesso a serviços de saúde e a medicamentos em um contexto de rápida evolução na oferta de tecnologias e de aumento dos custos para tratamento e prevenção das doenças” (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p. 19-20). Para além dos efeitos da dinâmica demográfica, o SUS também se depara com um contexto no qual ele tem de lidar com resultados de outra dinâmica, a epidemiológica, que em seus movimentos leva a um crescente “[...]”

protagonismo das doenças crônicas não transmissíveis entre as causas de adoecimento da população” (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p. 19).

No caso do Brasil, contudo, as transformações epidemiológicas não implicaram “[...] uma evolução linear, na qual tipos de problemas considerados ‘arcaicos’ são substituídos por problemas ‘modernos’ [haja vista que] todos os tipos de problemas de saúde coexistem na sociedade como um todo” (RIBEIRO; BARATA, 2012, p. 159).

A complexidade de tal contexto e perfil epidemiológico exige o aprimoramento de recursos humanos e tecnológicos – e mesmo de infraestrutura física, posto que parcela majoritária dos equipamentos (principalmente, de diagnose) existentes no país, pertencem ao setor privado, tendo o sistema público que pagar por seu uso – o que somado às transformações de caráter demográfico, enfatizam a necessidade de ampliação de recursos financeiros para o SUS, e não de sua contenção e, mesmo, drástica redução, como ocorre sob a tutela da EC 95.

Ainda outro aspecto crucial concerne ao efeito multiplicador e propulsor sobre o crescimento econômico e o desenvolvimento que o gasto público em saúde possui (VIEIRA; BENEVIDES, 2016), tendo-se em conta que o complexo econômico-industrial da saúde (CEIS)<sup>15</sup> “[...] responde por parcela significativa do Produto Interno Bruto (PIB) e da geração de empregos diretos e indiretos, mobilizando ainda parte significativa do investimento em pesquisa e desenvolvimento (P&D)” (GADELHA; MALDONADO; COSTA, 2012, p. 209).

Como exemplificado por Vieira e Benevides (2016), o setor saúde foi responsável, em 2013, por gerar um valor adicionado bruto da ordem de 6,5% do PIB. Esse montante foi de 2,3% do PIB, quando considerada somente a saúde pública. Ainda sobre os potenciais resultados virtuosos do gasto público em saúde, seu efeito multiplicador do PIB foi mensurado em 1,7, significando que a cada R\$ 1,00 adicional aplicado na

---

<sup>15</sup> Segundo Gadelha, Maldonado e Costa (2012, p. 217), “o CEIS pode ser definido como um como um complexo econômico com base em um conjunto selecionado de atividades produtivas que mantêm relações intersetoriais de compra e venda de bens e serviços ou de conhecimentos e tecnologias”. Para além de sua função social, a área da saúde exerce também uma importante função econômica, haja vista que ela “[...] articula um conjunto altamente dinâmico de atividades econômicas que podem se relacionar virtuosamente em um padrão de desenvolvimento voltado para o crescimento econômico e a equidade [...]” (GADELHA; MALDONADO; COSTA, 2012, p. 233).

saúde, seria esperado um acréscimo do PIB de R\$ 1,70 (ABRAHÃO; MOSTAFA; HERCULANO, 2011).

Todas essas questões, de extrema relevância socioeconômica, são, no entanto, simplesmente desconsideradas na EC 95, que determina o congelamento (em termos reais) e a conseqüente diminuição *per capita*, dos gastos sociais federais, reduzindo sua participação no financiamento das políticas públicas, incluindo a saúde, a despeito dos diversos e perversos impactos e custos sociais que acarreta.

A perspectiva, portanto, é de agravamento das (históricas e já bastante conhecidas) dificuldades e desigualdades de acesso às ações e serviços públicos de saúde (ASPS), de grave recrudescimento das condições de saúde e até mesmo aumento das taxas de morbidade da população. Conjetura essa ratificada por dados históricos e empíricos, difundidos na literatura, que demonstram que a adoção de políticas de austeridade, sob contexto e pretexto de crise econômica – pautadas, invariavelmente, na redução do gasto público social, em geral, e com saúde, em particular – pioram as condições de saúde da população, além de retardar, ou mesmo pôr em risco, as possibilidades de recuperação da economia (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

No momento em que a austeridade [institucionalizada e radicalizada sob a vigência do Novo Regime Fiscal, através da promulgação da EC 95] ameaça o Sistema Único de Saúde (SUS), aplicar as lições aprendidas com a experiência de outros países é o caminho a seguir. A solução é revogar a Emenda Constitucional 95/2016 e, com ela, extinguir, o teto da morte.

Segundo a Exposição de Motivos Interministerial (EMI) nº 83/2016, o Novo Regime Fiscal (NRF) persegue “[...] o maior resultado primário possível [com vistas a] restabelecer a confiança na sustentabilidade dos gastos e da dívida pública” (BRASIL, 2016b, p. 1-2). Novo apenas no adjetivo que lhe qualifica – já que a austeridade fiscal é velha conhecida do país –, seu objetivo (escuso nas entrelinhas) é o de garantir o pagamento das despesas financeiras, em detrimento e em prejuízo dos gastos públicos sociais. Manobra essa que afeta sobremaneira o conjunto das políticas sociais e, particularmente, o SUS, impactando seu financiamento (que transita de um histórico e crônico subfinanciamento para um acelerado e agudo desfinanciamento)



e, em consequência, atinge diretamente as condições de saúde de grande parte da população brasileira.

O Novo Regime Fiscal (NRF) atua concomitantemente para “poupar” (leia-se saquear) recursos das políticas sociais (dentre elas, a política de saúde), ampliando o superávit primário, para garantir o pagamento dos juros da dívida pública aos agentes privados, via mercado. Em outros termos, o NRF, assim como a DRU, retira recursos financeiros que seriam para o custeio de políticas sociais, direcionadas à população, e os transferem a agentes privados, sejam indivíduos e/ou empresas nacionais e estrangeiras.

No que concerne especificamente ao SUS – que ao longo de seus mais de 30 anos de existência sofre com a crônica, persistente e ininterrupta insuficiência de recursos –, a partir do NRF, o que até então era tratado como um subfinanciamento, comutou-se em franco e nítido desfinanciamento. Além disso, o SUS vem sendo submetido, de forma continuada, a um consistente parasitismo do setor privado, como também a inúmeros cerceamentos (para não chamar de *lobbies*) institucionais, políticos, econômicos e ideológicos das elites internacionais e domésticas.

Inobstante os constrangimentos político-econômicos que, no curso dos anos, obstaculizaram (e ainda obstaculizam) a plena concretização do SUS, estabelecendo um hiato entre seu desenho constitucional e sua realidade cotidiana, há numerosos domínios nos quais o nosso sistema público de saúde detém reconhecida excelência. Esses domínios constituem “trincheiras” [para usar o termo de Santos (2018)] de excelência e resistência que – mesmo sob declarada insuficiência de condições financeiras e, em consequência, de recursos materiais e/ou humanos – mantêm elevados padrões de efetividade e qualidade, em níveis equiparáveis (e, por vezes, superiores) aos internacionais. Batalhas, não raramente, travadas em meio à escassez e que têm como protagonistas as equipes multiprofissionais atuantes em inúmeros equipamentos de atendimento e prestação de serviços à população, tais como: os Centros Regionais de Saúde do Trabalhador, os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), os Hemocentros, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), dentre tantos outros.

Desde seu limiar, o SUS vem alcançando e promovendo resultados e melhorias sistêmicas nos indicadores de saúde do país e é o único provedor de ações e serviços de saúde para cerca de 75% da população brasileira. Ademais, oferece tratamentos e medicamentos de urgência e médico-hospitalares de alta complexidade e elevado custo acessados por todos (segurados ou não de planos privados), além de ser a entidade responsável por serviços e controles concernentes à vigilância sanitária e epidemiológica, bem como nutricional e farmacológica, que tangem a todas as pessoas residentes ou visitantes no Brasil.

São profusos os bons exemplos da relevância e da excelência do SUS, mas vamos apenas citar alguns poucos. Merecem relevo o papel e o desempenho dos programas de transplante de órgãos e o de controle de HIV/Aids, que atendem dezenas de milhares de pessoas anualmente no país e que, não bastando, são considerados como referências mundial e continental, respectivamente.

Contudo – uma vez que as investidas contra o SUS não cessam –, desde 2019, por decreto do (des)governo Bolsonaro, o programa de combate à Aids sofreu um forte abalo. Ele foi rebaixado hierarquicamente dentro do Ministério da Saúde (MS), passando de departamento a uma coordenação, e, mesmo, incumbido de se ocupar de outros agravos (como hanseníase e tuberculose), distanciados de seu público-alvo. Isso significou uma importante redução de orçamento para a política de controle e combate ao HIV/Aids. Redução orçamentaria que constituiu uma clara manobra de inviabilizar (e invisibilizar) os resultados desse programa, posto que seu êxito na promoção de diagnósticos colocou o Brasil entre os países com maior número de soropositivos no mundo (ANDES, 2020) – o que parece ter tirado o sono dos moralistas de plantão. Lamentavelmente, esses mesmos moralistas fingem não entender a óbvia relação de que o acerto no diagnóstico é o fator necessário para que possamos ter, posteriormente, sucesso no tratamento – no qual o SUS também se destaca.

Quando falamos do setor saúde no Brasil, é preciso ter claro que o Estado favoreceu – particularmente, no período do regime militar – e permanece favorecendo e sustentando o crescimento do segmento privado da saúde e que tal favorecimento se dá, frequentemente, em prejuízo do sistema público. O Estado brasileiro não somente

transfere recursos do fundo público para o subsistema privado, mas o faz reduzindo dispêndios e/ou investimento das políticas sociais (inclusive, e em particular, a de saúde).

Desde seu nascimento, o SUS é constantemente defrontado a processos de privatização. Processos tais gerenciados pelo Estado e que ocorrem por dentro e por fora do sistema público de saúde. Consoante a Santos (2012, p. 15), “[...] o peso de interesses privados e pessoais dentro do sistema público, no processo de oferta de serviços [...]” é o que leva à privatização por dentro do sistema. Privatização por dentro que decorre diretamente do crônico e histórico subfinanciamento federal da política de saúde e da opção histórica do Estado pelo não público, impelindo o SUS a realizar considerável parte de suas ações via setor privado (contratado ou conveniado), alocando e/ou contratando desde leitos e equipamentos a profissionais terceirizados de distintos ramos de atuação. Assim, o setor privado – que deveria ser complementar ao SUS, como orienta o texto constitucional –, não raramente, ocupa maior espaço do que o próprio setor público no interior do sistema público (em determinados ramos, como, por exemplo, nos serviços de exames laboratoriais e de apoio à diagnose e terapia).

Como também ratifica Santos (2012), a privatização por fora do SUS está pautada nos crescentes incentivos públicos às corporações de saúde. Tais incentivos – por meio de (principalmente, mas não apenas) mecanismos de renúncia fiscal (ou gasto tributário) – funcionam como “patrocínio” do Estado às empresas de planos e seguros de saúde domésticas e, inclusive, de capital estrangeiro. Vale lembrar que estas últimas, desde 2015 – com a aprovação da participação do capital privado internacional na saúde – têm detido progressivamente mais unidades hospitalares no país.

O sistema público de saúde padece, ainda, processos de privatização que ocorrem, concomitantemente, por dentro e por fora (SANTOS, 2012). No âmbito das políticas sociais, a privatização simultânea do sistema público – que vai além da compra de serviços e/ou da concessão de financiamentos e favorecimentos – é sinônimo da redução do Estado. Significa que ele está limitado, restrito a um mero papel de outorgante de débitos (eventualmente, de créditos) ao setor privado. Isso acontece

quando a própria gestão da saúde pública se torna privatizada, mercantilizando com ela, em boa medida, a política de saúde que passa a obedecer à lógica mercantil, adotando critérios, com frequência, mais voltados à redução e/ou corte de custos do que à oferta integral de cuidados. Esse é, justamente, o processo que ameaça a Atenção Primária à Saúde (APS), nos tempos recentes, face à criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária (ADAPS), entidade paraestatal que tende a gerir e implementar as políticas de saúde na Atenção Básica.

Para efeitos do nosso trabalho, podemos admitir que os processos de privatização por dentro e por fora do sistema público (que configuram o hibridismo estrutural característico da conformação do SUS) e as diversas subvenções fiscais existentes [diretamente derivadas do sub/desfinanciamento do nosso sistema público, que, historicamente, beneficiaram (e seguem beneficiando) a robustez e a magnitude alçadas pelo segmento privado] favorecem a expansão do volume de serviços prestados pelo setor privado ao sistema público. Desse modo, “[...] esses serviços perderam seu caráter complementar [conforme prescrevera a Constituição de 1988, em seu Art. 199], tornando-se o centro nervoso do sistema” (SANTOS, 2012, p. 13).

A despeito de sua dimensão, o subsistema privado não é apto (tampouco interessado) a dar conta da complexidade epidemiológica da população brasileira. Por esse motivo, a existência de um sistema de saúde com ações e serviços médico-hospitalares de excelência, com custos financiados socialmente e acesso universal (inclusive, para quem tem plano de saúde), à semelhança do SUS, é de extrema pertinência socioeconômica – além de bastante lucrativo para as corporações do setor saúde.

Em um passado não muito remoto, o Estado brasileiro – então sob o regime ditatorial militar – aprofundou e, pode-se dizer, institucionalizou os processos de privatização da saúde pública, pela via da compra de serviços ao setor privado. Buscou-se uma quase completa privatização das ações e serviços de saúde prestados pela então medicina previdenciária, mas que já principiava a ensaiar algum universalismo em serviços médico-hospitalares básicos e que visava alcançar a cobertura universal através do pagamento a prestadores privados.

Não tardou para que a estratégia se revelasse equivocada (e oportunista). O resultado obtido: muito recurso público despendido para pouca melhora nas condições de saúde

da população. Logo ficou evidente que o segmento privado não se interessava em assumir riscos (como o de atuar na alta complexidade) ou prestar serviços em áreas da saúde de pouca rentabilidade (como a atenção primária). Ademais, localidades pouco povoadas, rurais ou periféricas, de difícil acesso ou sem estrutura urbana de transportes ou sanitárias adequadas não eram igualmente atraentes para a atuação do setor privado. Caberia, portanto, ao setor público cobrir, em termos de atenção à saúde, essa população (pobre, no campo ou na cidade) que – diga-se de passagem – compunha e compõe a maior parcela da população do país.

Apenas houve melhor fruto com o advento do SUS, que veio acompanhado de uma concepção ampliada de saúde, da adoção do conceito de Seguridade Social (SS) e de direitos vinculados à cidadania, do reconhecimento do direito universal à saúde e, enfim, da mudança de paradigma [de uma lógica medicamentosa, curativa e hospitalocêntrica, para uma lógica de prevenção e promoção da saúde por meio da atenção primária (a partir da Estratégia Saúde da Família)].

O hibridismo estrutural e o sub/desfinanciamento são processos indissociáveis dos mecanismos de privatização do sistema público de saúde no Brasil. A prevalência dos interesses privados na área da saúde sobre o setor público se mantém através desses processos. Processos esses tornados historicamente estruturais e dos quais decorreram parte crucial dos recursos financiadores do crescimento do setor privado. Ainda nos dias atuais, tais processos respondem por fatia não negligenciável dos faturamentos das corporações médico-hospitalares, planos e seguradoras do setor saúde.

Assistimos a um “sucateamento” crescente e acelerado do SUS e a manifestações constantes de enaltecimento da “saúde privada”. No (falacioso) discurso oficial, ela aparece como necessária para “desafogar” o sistema público – quando sabemos que, claramente, é o oposto o que de fato ocorre. Além disso, a “saúde privada” oferece planos populares que “todos podem pagar” – mesmo que não deixe nítido para os/as usuários/as que os serviços ofertados são ainda mais módicos que os preços propostos.

Detentor do maior percentual de leitos no Brasil, o segmento privado teve relevante participação no atendimento à população durante a pandemia do coronavírus, tendo

sido remunerado pelo SUS. Entretanto, não foi (e não seria) capaz de lidar com a complexidade do grave panorama pandêmico no país, de gerenciar e promover a campanha de vacinação em território nacional e, sequer, de ter quadros de pessoal para tarefa semelhante. A dimensão da pandemia frente à complexidade epidemiológica e socioeconômica brasileira corroborou a colossalidade, a grandiosidade do nosso sistema público e universal de saúde. Se havia dúvidas sobre a relevância do SUS para o país, elas se dissiparam.

### *1.6. Composição da tese*

A tese ora proposta compõe-se de cinco partes principais: a contar com esta extensa introdução, há quatro capítulos e a conclusão.

Tendo apresentado uma explanação introdutória sobre alguns dos inúmeros elementos que condicionam o cenário histórico, social, político e econômico sobre o qual o SUS emerge, materializa-se, existe e resiste, avançamos para os capítulos subsequentes da tese.

O capítulo 2 tem o objetivo mais geral de examinar o percurso histórico e a configuração vigente da complexidade epidemiológica da população brasileira, a partir da análise de fatores que alicerçam as condições de saúde, tendo em vista sua determinação social.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o cerne do capítulo 3. Abordam-se os antecedentes históricos do SUS, os desafios e limites, as conquistas e avanços, sob o cenário neoliberal. De forma global, o capítulo pretende traçar a magnitude estrutural e socioeconômica do SUS e defender sua relevância para a totalidade da sociedade brasileira.

O Capítulo 4 versa sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) e seus pilares fundamentais, na atualidade: a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), destacando seus objetivos, alcance e resultados. Ademais, discute-se a instituição da Agência para o Desenvolvimento da

Atenção Primária à Saúde (ADAPS), processo que abre as portas para a mercantilização da Atenção Básica (AB) no SUS.

Na conclusão, enfim, expressamos as inferências a que chegamos. Apresentamos, igualmente, nossas reticências, interrogações, inquietudes e surpresas resultantes do processo de pesquisa em torno desta tese. Temos ciência de que o verdadeiro conhecimento é reconhecer que a aprendizagem é contínua, cumulativa e incessante. Não por outro motivo, esperamos contribuir com nossa singela, mas vivaz, porção de perspectivas e esperanças.

## **2. Condições de vida e de saúde da população brasileira e sua complexidade epidemiológica**

Tendo por objetivo nuclear entender o quadro atual (ou o mais recente possível) das condições de vida e de saúde da população brasileira, o capítulo foi organizado em cinco tópicos.

No primeiro tópico, buscamos explicitar o que queremos dizer com “condições de vida” e “condições de saúde”.

No tópico seguinte, abordamos, de maneira breve, os diferentes subconjuntos temáticos de indicadores de saúde existentes, passíveis de emprego para analisar as condições de saúde de uma determinada população.

O tópico 1.3 se propõe a revisitar e a examinar a trajetória histórico-sanitária da sociedade brasileira, no que concerne à saúde pública e à conformação do atual quadro epidemiológico da população.

Em seguida, realizamos um esforço de “fotografar” as condições recentes de vida da população, mediante o exame de alguns indicadores sociais e de saúde.

Enfim, no último tópico do presente capítulo, apresentamos, em linhas gerais, o quadro vigente de complexidade epidemiológica da população brasileira.



## 2.1. Condições de saúde e condições de vida

Inicialmente, cabe precisar que as condições de saúde compreendem “[...] um conjunto de informações sobre o estado de saúde e sobre os principais problemas de saúde que uma população apresenta”, segundo a definição proposta em Ribeiro e Barata (2012, p. 143), cuja perspectiva adotamos.

Tais condições associam-se a quatro ordens de fatores (de ampla anuência na área da Saúde), como apontado em Carvalho e Buss (2012):

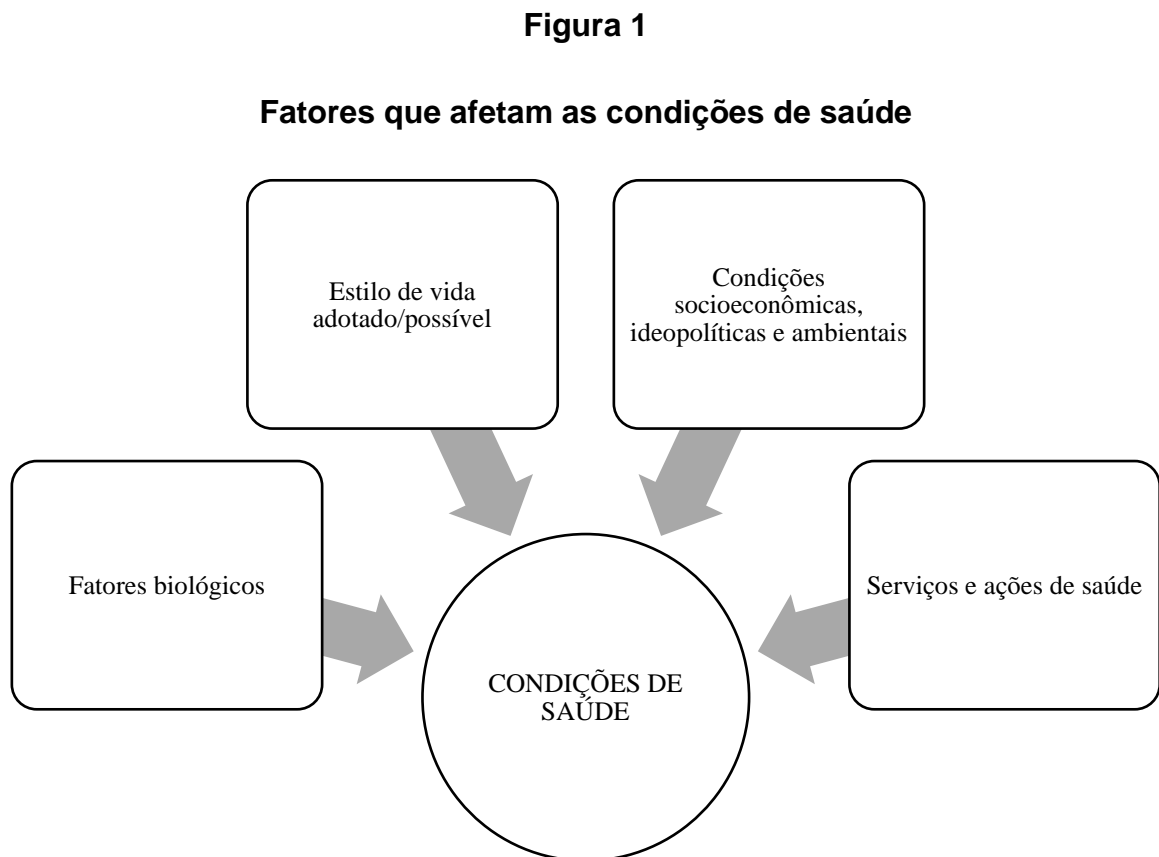
- i. a herança genética ou o patrimônio biológico: diz respeito aos processos fisiológicos, físicos e mentais, inerentes à vida humana, como o envelhecimento e/ou o desenvolvimento e estabelecimento de enfermidades no organismo;
- ii. o ambiente (isto é, as condições socioeconômicas, culturais e ambientais): concernem aos aspectos do cotidiano e da vida em sociedade, cujo domínio escapa ao indivíduo, envolvendo todo o amplo conjunto de elementos econômico-sociais, político-ideológicos, culturais e ambientais (englobando desde o ar que respiramos ao local que trabalhamos, por exemplo);
- iii. o estilo de vida adotado<sup>16</sup>: refere-se a componentes que estariam (pelo menos, a princípio) sob maior comando do indivíduo (alguns hábitos culturais ou pessoais, como fumar ou ingerir bebidas alcólicas, por exemplo), advindos, na maior parte das vezes, de espontânea adesão pessoal;
- iv. a organização e o acesso da assistência à saúde: concernem à trama de instituições, profissionais e serviços (públicos e/ou privados) que prestam

---

<sup>16</sup> Contudo, importa frisar que, segundo nosso entendimento, boa parte da população brasileira (para não dizer, mundial) não “opta” espontaneamente por um estilo de vida; antes, ela aceita determinado estilo que lhe é “(semi)imposto” dentre uma gama estreita de opções (quando existentes) – e para uma certa parcela populacional que possui a prerrogativa do acesso e do poder de escolha. Sendo tal gama de opções desproporcionalmente menor à medida que aumenta o nível de pobreza e desigualdade, é quase intuitivo que, para grande parte das populações nas sociedades do capitalismo periférico, o estilo de vida que se vive não foi adotado, mas pura e simplesmente seguido enquanto um dos poucos possíveis, quando não o único.

assistência à saúde, em diferentes níveis de complexidade e distintas frentes de trabalho.

A Figura 1 ilustra, esquematicamente, os quatro conjuntos de fatores.



Fonte: CARVALHO; BUSS, 2012.

De acordo com os autores supracitados, o movimento dinâmico entre esses conjuntos de fatores configura o perfil sanitário populacional e deve pautar a formulação, implantação e avaliação de políticas de saúde (CARVALHO; BUSS, 2012).

O esquema ilustrado na Figura 1 é uma versão (que adaptamos) do modelo canadense conhecido como Campo da Saúde (SCLiar, 1987). Ele ressalta que enfoques intersetoriais e multidisciplinares são imprescindíveis em se tratando de

buscar melhores condições de saúde para a população (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Se é certo que a área da saúde, tradicionalmente, tem um forte enraizamento nas ciências médicas e biológicas, não é menos certo que é bastante amplo o espaço que a determinação dos fatores sociais ocupa nas condições de saúde de uma população. Não apenas o conjunto de fatores concernentes às “condições socioeconômicas”, mas também os conjuntos de “serviços de saúde” e “estilo de vida” correspondem, de igual maneira, a determinantes sociais da saúde, haja vista que ambos são construtos da vida em sociedade – e não derivados de legado hereditário ou produtos naturalmente obtidos. Dessa maneira, podem ser entendidos como elementos pertencentes às condições de vida.

Ao falarmos de condições de vida, referimo-nos ao imensurável e complexo conjunto de fatores materiais e imateriais que constituem os diferentes modos como as pessoas vivem. Ao longo do percurso histórico da humanidade, esses fatores sofreram e sofrem alterações, espelhando as metamorfoses operadas na organização sociopolítica e nas relações econômicas e produtivas das sociedades (RIBEIRO; BARATA, 2012).

As condições de saúde de uma população estão atadas, histórica e estruturalmente, às condições socioeconômicas, ideopolíticas e culturais, sob as quais ela vive. Em outras palavras, dependem diretamente de suas condições de vida. Estas últimas, por sua vez, são afetadas pelas condições de saúde de sua população, sob a constante dinâmica de mútua determinação.

Podemos entender que, igualmente, compõem as condições de vida de uma dada população (afetando, portanto, suas condições de saúde) os direitos e políticas sociais (nas áreas de educação, saúde, previdência, assistência, etc.), arduamente conquistados pela classe trabalhadora no âmbito da luta de classes e, ainda, vigentes (não sem enfrentamentos) nas sociedades burguesas.

Tendo em consideração tais aspectos, fica claro que mudanças nas condições de saúde (enquanto componentes fortemente correlacionados a fatores de ordem

político-econômico-social) acompanham os processos históricos, bem como conjunturais, ocorridos em cada país, região ou mesmo aqueles que se desencadeiam em nível planetário. Significa dizer que, à semelhança das sociedades, as condições de saúde variam, geográfica e temporalmente –, podendo, inclusive, refletir desigualdades internas, espelhando a estrutura social.

As diferentes maneiras como os elementos “estado de saúde” e “principais problemas de saúde” agrupam-se e se correlacionam no conjunto de condições de saúde, formando variados padrões de distribuição entre a presença e a ausência de enfermidades, em cada sociedade e momento histórico, configuram o que se denomina de perfil epidemiológico populacional (RIBEIRO; BARATA, 2012).

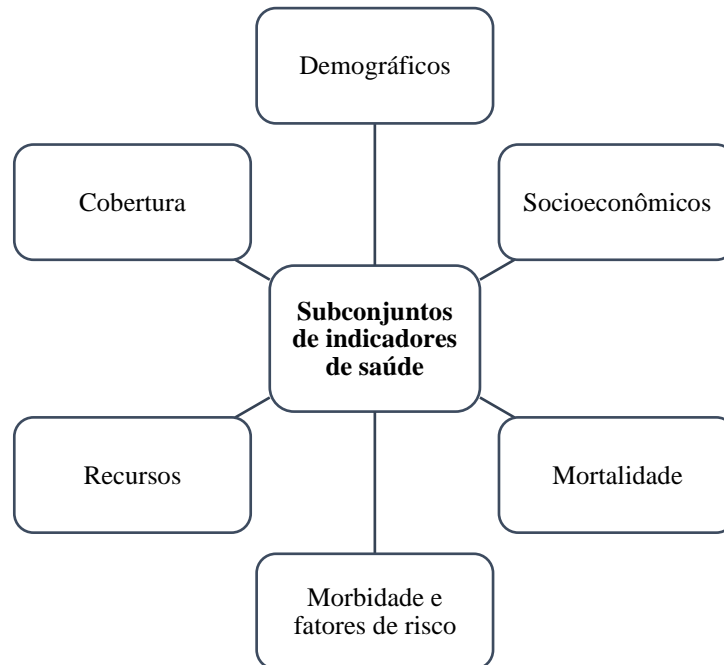
## *2.2. Indicadores de condições de saúde*

Para mensurar a evolução de alguns fatores acerca das condições de vida, existe um largo número de ferramentas atualmente disponíveis, entre as quais constam os indicadores sociais. Em meio aos múltiplos determinantes possíveis e indicadores existentes, aqueles de caráter macrossocial representam importantes referências, tais como: coeficiente de Gini, renda *per capita*, taxa de analfabetismo, saneamento básico, taxa de desemprego, informalidade e mortalidade infantil, dentre outros.

Similarmente, no que tange às condições de saúde, há um leque amplo de indicadores à disposição. Compõem uma matriz de indicadores<sup>17</sup> e estão categorizados em seis subconjuntos temáticos – expostos na Figura 2 – que buscam contemplar a complexidade dos múltiplos fatores que afetam as condições de saúde:

---

<sup>17</sup> A matriz de indicadores é produto de cooperação entre a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA), a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde (MS). A RIPSA é responsável pela publicação regular do produto dessa cooperação, a saber: o livro *Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações*.

**Figura 2****Subconjuntos temáticos de indicadores de saúde**

Fonte: RIPSA, 2008. Elaboração própria.

Os indicadores de saúde:

- i. Demográficos – fornecem informações acerca das dinâmicas inerentes aos movimentos populacionais, tais como: população total, grau de urbanização, índice de envelhecimento, taxa de fecundidade total, esperança de vida ao nascer, dentre outras.
- ii. Socioeconômicos – são relativos às condições econômicas, laborais e educacionais, como, por exemplo: taxa de analfabetismo, renda *per capita*, taxa de desemprego etc.
- iii. Mortalidade – agrupa o conjunto de indicadores informativos das causas e quantidade de óbitos ocorridos, considerando o padrão etário.

- iv. Morbidade e fatores de risco – compreende o bloco de indicadores sobre a incidência de doenças no país, bem como da prevalência de fatores ligados ao estilo de vida e que podem constituir potenciais riscos à saúde.
- v. Recursos – referem-se às informações acerca dos recursos destinados aos cuidados em saúde, tendo em conta as despesas financeiras das famílias, os gastos orçamentários dos governos e da União, como também os recursos físicos e humanos disponíveis e aptos à prestação de serviços no setor saúde.
- vi. Cobertura – notifica o acesso populacional às ações e serviços de assistência à saúde, tanto no setor público quanto privado, e ao conjunto de políticas públicas de saneamento e abastecimento hídrico.

### *2.3. Evolução das condições de saúde no Brasil*

Desde o período colonial, as condições de saúde da população brasileira passaram por diversas mudanças. Tais condições seguiram e testemunharam os processos de transformação social que influenciaram os modos de vida do povo brasileiro por mais de cinco séculos. Atreladas a tais processos, as condições de saúde, por eles determinadas, também os determinam, haja vista o movimento dialético da realidade.

A contar da invasão dos colonizadores portugueses, patologias distintas passaram a se somar às doenças nativas. Aquelas eram então trazidas pelas incessantes embarcações que aportavam nas terras recém-tomadas, carregadas de contingentes humanos (BRASIL, 1966). “A varíola, introduzida em 1563, e outros males, vindos com os colonizadores, castigavam, periodicamente, as populações, com surtos epidêmicos devastadores” (Idem, p. 7).

O perfil epidemiológico dos brasileiros e brasileiras, à época, caracterizava-se por doenças intestinais parasitárias e por doenças transmissíveis, como tuberculose, sífilis, febre amarela e malária – associadas às péssimas condições de vida da população pobre e da população escravizada (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Os séculos como colônia portuguesa não conheceram, no Brasil, a existência de um sistema, ou uma rede, governamental de atenção à saúde. Conforme Escorel e Teixeira (2012), a assistência médica existente, naquele período histórico, era privilégio restrito às famílias opulentas, passando a léguas de distância do povo [ou seja, dos pobres e escravizados]. A esses últimos, os escassos cuidados em saúde provinham de curandeiros/as e dos centros hospitalares vinculados a ordens religiosas, a exemplo das Santas Casas<sup>18</sup>, presentes no país desde 1543. Na completa ausência de uma estrutura metropolitana dedicada à saúde da população de sua maior colônia, “[...] era o Brasil, à época, campo livre para a atividade de curandeiros, mandingueiros, médicos empíricos” (BRASIL, 1966, p. 7)<sup>19</sup>.

Com a fuga da Família Real Portuguesa para o Brasil e a instalação da Corte na colônia, pouca coisa mudou, no que tange à saúde pública. A Coroa implantou um serviço de inspeção e profilaxia nos portos, visando amenizar epidemias que, ao dizimar centenas ou mesmo milhares de trabalhadores, impactariam a produção nos latifúndios (integralmente dependente da mão de obra da população negra, traficada e escravizada) e terminariam por prejudicar o comércio ultramarino, com a Inglaterra, principalmente.

A partir da Independência, como registram Escorel e Teixeira (2012), as poucas instâncias de controle de higiene e saúde, vigentes nessa fase, tornaram-se descentralizadas, legando as funções aos estados e municípios. As ações no âmbito da saúde limitaram-se a internação (por muitas vezes, compulsória), controle de doentes e a vacinação (para os antígenos então disponíveis naquela época) em períodos de pandemia.

---

<sup>18</sup> A primeira Santa Casa da Misericórdia foi fundada no Brasil, em 1543, em Santos. A essa, seguiram-se as Santas Casas de: Olinda, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e São Paulo (PAIM, 2015).

<sup>19</sup> Scliar (1987, p.12) chama a atenção para o fato, por vezes, esquecido, de que, “de algum modo, a prática dos feiticeiros e curandeiros beneficiou a prática médica. Assim, o uso de plantas traduziu-se na descoberta de substâncias terapêuticas”. Porém, ao serem também absorvidas pelo modo capitalista de produzir, substâncias medicinais e de produtos diversos de base vegetal custaram e têm custado a exploração de incontáveis sistemas naturais; tendo, no caso brasileiro, já devastado enorme parte da mata atlântica originária e, na atualidade, ameaça sobremaneira a região amazônica e a diversidade da fauna e flora locais.

O prelúdio do século XX, entretanto, sinalizava as primeiras alterações significativas nas condições de vida e, conseqüentemente, nas condições de saúde da população brasileira. A economia – que desde 1840 gravitava em torno da produção e exportação de café, centradas no Rio de Janeiro – teve seu núcleo dinâmico deslocado para São Paulo, ao longo da década de 1880 (SILVA, 1976). Outra marca desse período foi “[...] a passagem de uma agricultura fundada sobre a escravidão negra no Rio, para outra fundada sobre o assalariamento branco em torno de São Paulo e do Sul”<sup>20</sup> (MAURO, 1991, p. 74, tradução nossa).

A capital da recém-nascida República – maior porto e principal porta de entrada do Brasil naquele período – era então a mais populosa e uma das mais enfermas cidades do país. Atingido regularmente por epidemias que massacravam milhares de seus habitantes, o Rio de Janeiro sofria, ademais, com as infaustas condições de abastecimento de água, de saneamento e higiene, acentuadas pelo afluxo migratório que, em menos de duas décadas, dobrara a população da cidade, saltando de 266 mil para 522 mil pessoas, entre 1872 e 1890 (CARVALHO, 1987). O acelerado crescimento populacional, por seu turno, agravava os problemas habitacionais e de inexistência de uma estrutura básica de saneamento, degradando ainda mais as já deploráveis condições de vida.

Dos mais de meio milhão de habitantes da cidade do Rio de Janeiro na última década do século XIX, segundo Carvalho (1987), 45% não eram cariocas, corroborando a intensidade dos fluxos migratórios vivenciados à época. A imigração – principalmente de portugueses e italianos – representava o recurso chave para levar a cabo a estratégia de desenvolvimento então adotada, a de constituir uma mão de obra branca, assalariada e barata para o trabalho nas lavouras de café da região Sudeste, em substituição ao trabalho escravo que havia sido recentemente abolido no país, fazendo emergir, assim, um mercado de trabalho aos moldes capitalistas (BRAGA; PAULA, 1986), porém, perpassado pela segmentação racial e pela informalidade laboral como seus elementos estruturais e estruturantes.

---

<sup>20</sup> « Le passage d’une agriculture fondée sur l’esclavage noir autour du Rio, à une autre fondée sur le salariat blanc autour de São Paulo et au Sud ».



Um tal panorama, face ao descontrolo das epidemias e das doenças endêmicas, o aumento do comércio internacional sob o predomínio do setor agroexportador de café e a incipiente urbanização impulsionaram um movimento médico-científico, com apoio político-económico, de reorganização sanitária no país. A partir do aprofundamento da economia agroexportadora de café, no começo do referido século, a saúde tornou-se uma preocupação não apenas do governo, como também das elites económicas – e, inclusive, científicas –, ante um cenário de precariedade sanitária nacional.

Foi o estágio em que se pode verificar a limiar da nacionalização (abrangendo o território nacional) e da estatização (responsabilizando o Estado) da saúde pública no país (HOCHMAN, 1998). No vintênio inicial do século XX, as ações de saúde coletiva (campanhas vacinais, controle higienista nos portos, ruas, comércios, etc.) tornaram-se centralizadas, pretendendo incorporar, de maneira gradativa, as demais regiões de fora do eixo Rio de Janeiro – São Paulo e adentrar os interiores do país. Foi a fase batizada por Hochman (1998) como a era do saneamento. Os frutos dessa era promoveriam modificações substantivas nas condições de vida e, em consequência, nas condições de saúde da população – ainda que a assistência médica permanecesse ignorada pelo governo, mantendo-se sob a guarida da caridade católica e da benesse dos ricos e poderosos.

A contar da década de 1930, o país começou a experimentar transformações significativas vinculadas à aceleração dos processos de industrialização e urbanização – que acarretariam importantes mudanças estruturais na sociedade. Vale lembrar que, na referida época, a sociedade brasileira estava organizada – considerando, precipuamente, o seu centro político e económico, isto é, a região Sudeste – a partir da dinâmica circunscrita à economia exportadora de café. O complexo económico agroexportador cafeeiro era então composto por um núcleo agrário [produtor de café e alimentos] e por outro, urbano [envolvendo atividades de financiamento, comércio, transporte, administração e indústrias – boa parte voltadas para o beneficiamento do café] (RISI JUNIOR; NOGUEIRA, 2002). Ainda que avanços industriais e urbanos existissem e, progressivamente, se ampliassem, mantinham-se no perímetro da formação histórico-económica brasileira, isto é, preservando a centralidade da monocultura exportadora e do latifúndio (NAKATANI; FALEIROS;

VARGAS, 2012). Foram precisos choques adversos – como a Crise de 1929 –, para que a dependência em relação à economia cafeeira fosse parcialmente superada.

Em seguida, o processo de industrialização adquiriu uma natureza diferente, quando a indústria – que até então era reflexo da demanda internacional – voltou-se para dentro, buscando internamente elementos econômicos fomentadores. De 1933 a 1955, o Brasil adentrou em um período de industrialização restringida<sup>21</sup>, com expansão do esforço industrialista a partir da sobreutilização da capacidade instalada, da ampliação da jornada de trabalho e da substituição de importações (NAKATANI; FALEIROS; VARGAS, 2012).

Esse amplo processo provocou profundas alterações no perfil populacional do Brasil ao longo do século XX. Com o processo de industrialização, o país passou a registrar um grande fluxo migratório da população rural para as cidades, caracterizando a rápida e intensa urbanização ocorrida no país. As principais capitais brasileiras, aliás, sofreram explosões demográficas que repercutem até a atualidade em suas estruturas sociais (NAKATANI; FALEIROS; VARGAS, 2012). Tornadas metrópoles em relativo pouco tempo, boa parte dessas cidades não contaram com o planejamento adequado para receber e abrigar devida e dignamente as respectivas populações migrantes, culminando nos múltiplos problemas urbanos com os quais convivemos – como a profusão de favelas, de pessoas em situação de rua, ascensão da violência, etc.

O fluxo migratório campo-cidade se intensificou na década de 1950, como consta na Tabela 1. Consoante aos dados, vemos que não foram precisos mais do que 30 anos para que o Brasil transitasse de uma sociedade essencialmente agrária para uma sociedade predominantemente urbana. Dessa forma, se tomarmos a média nacional, percebemos que o percentual de habitantes residentes nas áreas urbanas, em 1970, equivalia a 55,9% da população residente total do país, ultrapassando o quantitativo da população da área rural – sendo o Sudeste a região responsável por aumentar esta média (CAMARANO; BELTRÃO, 2000; IBGE, 2010). Em 1980, no entanto, todas as

---

<sup>21</sup> Posto que, no período em foco, “[...] a capacidade de importar permanecia reduzida em função das guerras e dos baixos preços das exportações nacionais” (NAKATANI; FALEIROS; VARGAS, 2012, p. 221).

regiões do país apresentaram uma população urbana maior do que a rural, como pode ser também observado na referida tabela.

**Tabela 1**

**Taxa de Urbanização - Brasil, por macrorregiões (1940 a 2015)**

<b>Região</b>	<b>1940</b>	<b>1950</b>	<b>1960</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2007</b>	<b>2010</b>	<b>2015</b>
<b>Norte</b>	27,7	31,5	37,4	45,1	51,6	59,0	69,8	76,4	73,5	75,0
<b>Nordeste</b>	23,4	26,4	33,9	41,8	50,5	60,6	69,0	71,8	73,1	73,1
<b>Sudeste</b>	39,4	47,5	57,0	72,7	82,8	88,0	90,5	92,0	92,9	93,1
<b>Sul</b>	27,7	29,5	37,1	44,3	62,4	74,1	80,9	82,9	84,9	85,6
<b>Centro-Oeste</b>	21,5	24,4	34,2	48,0	67,8	81,3	86,7	86,8	88,8	89,8
<b>Brasil</b>	<b>31,2</b>	<b>36,2</b>	<b>44,7</b>	<b>55,9</b>	<b>67,6</b>	<b>75,6</b>	<b>81,2</b>	<b>83,5</b>	<b>84,4</b>	<b>84,7</b>

Fonte: IBGE, 2010; 2016. Elaboração própria.

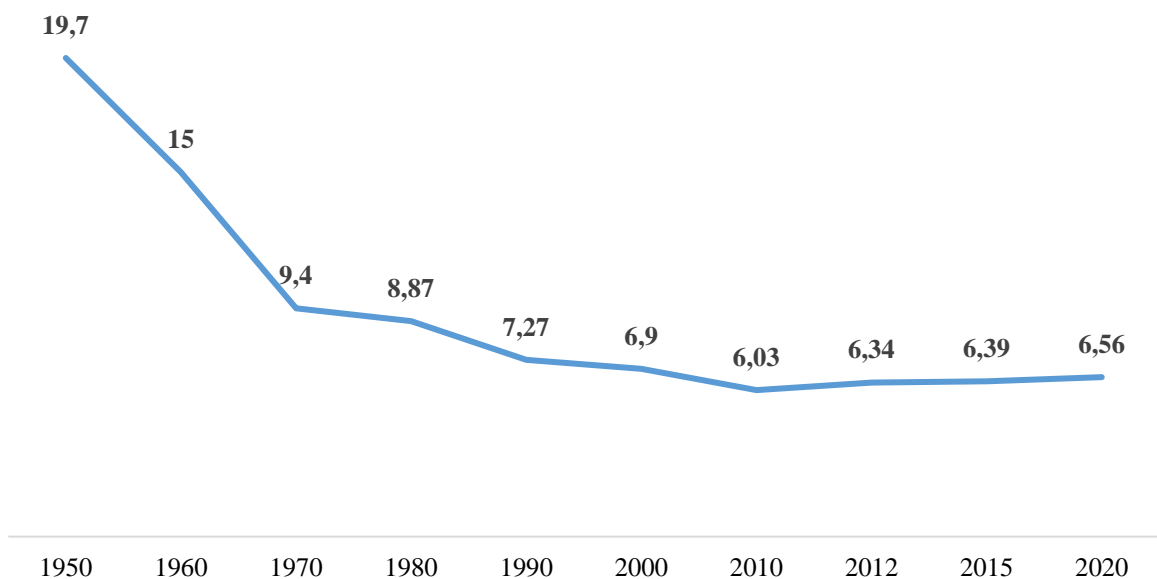
Sabemos que as mudanças e dinâmicas sociais impactam direta e dialeticamente as condições de saúde. Estas, por sua vez, acompanham e refletem aquelas. Logo, podemos tomar alguns indicadores, para, em termos empíricos, notar a evolução dos fenômenos e processos históricos e socioeconômicos, assim como seus efeitos e impactos nas condições de vida e de saúde das pessoas.

A taxa bruta de mortalidade – que “expressa a intensidade com a qual a mortalidade atua sobre determinada população [e que, quando em grau elevado, pode relacionar-se com] baixas condições socioeconômicas ou refletir elevada proporção de pessoas idosas na população total” (RIPSA, 2008, p. 84) – é um indicador que já vinha decrescendo, ainda que lentamente, desde meados do século XIX (YUNES; RONCHEZEL, 1974), quando a formação de profissionais na área médica, as

campanhas de vacinação e ações higienistas começaram a evoluir (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). No entanto, podemos observar que, ao passo em que os processos de desenvolvimento industrial e urbano se aceleraram, a partir da metade do século XX, sincronicamente, o declínio da referida taxa ganha fôlego [embora já seja visível uma leve tendência de aumento ao fim da série], como ilustrado no Gráfico 3, que retrata seu percurso de 1950 a 2020.

**Gráfico 3**

**Taxa bruta de mortalidade - Brasil (1950 a 2020)**



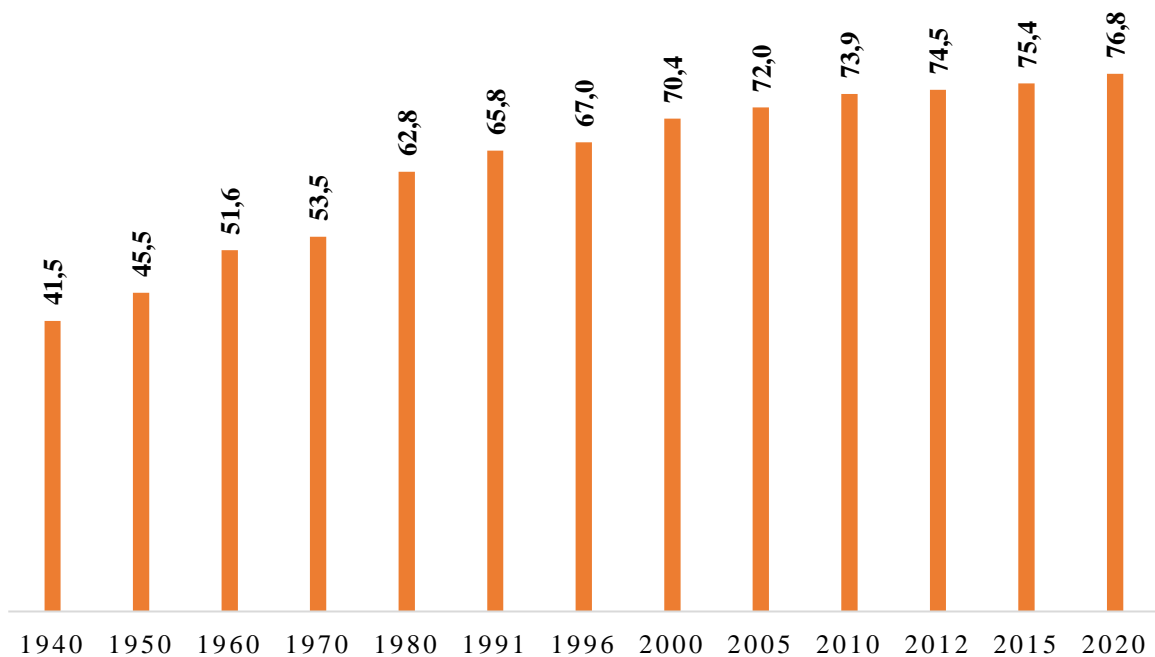
Fonte: IBGE, 2007; 2021a. Elaboração própria.

Em retratando somente a taxa bruta de mortalidade em nível nacional (como está aqui representado), o Gráfico 3 oculta as disparidades regionais perduravelmente presentes nas estatísticas e indicadores socioeconômicos brasileiros. As regiões Norte e Nordeste são, historicamente, as mais desfavorecidas e detêm os índices de mortalidade mais elevados (RIPSA, 2008; RIBEIRO; BARATA, 2012).

Para sintetizar o impacto da mortalidade sobre uma população, é empregada, comumente, a esperança de vida ao nascer – como apresentada no Gráfico 4. Trata-se de uma medida analisada como um indicador global de saúde (RIBEIRO; BARATA, 2012). A esperança de vida ao nascer corresponde ao “número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido [...]” (RIPSA, 2008, p. 86), se mantido constante o padrão de mortalidade existente na população residente.

**Gráfico 4**

**Esperança de vida ao nascer – Brasil (1940 a 2020)**



Fonte: IBGE, 2015; 2021b; 2021c. Elaboração própria.

Em 2020, a população brasileira alcançou uma esperança de vida ao nascer de 76,8 anos. Isso pode ser considerado como um valor regular, haja vista que cerca de dois terços dos países do mundo possuem esperança de vida superior à nossa – posto que ocupamos a posição 66<sup>a</sup>, de um total de 192 nações.

Como ilustra o Gráfico 4, a trajetória desse indicador é ascendente – e não apenas para a média nacional, mas também para todas as macrorregiões do país e para ambos os sexos (RIPSA, 2008). Entretanto, as desigualdades regionais e de gênero se fazem, igualmente, presentes. Em um polo, o Nordeste é a região que detém a menor<sup>22</sup> expectativa de vida ao nascer. No polo oposto, a região Sul, que possui o maior indicador. Em 2005, por exemplo, a população nordestina, registrava uma expectativa de 69 anos; enquanto a sulista, pouco mais de 74 anos (RIPSA, 2008).

O aumento da esperança de vida ao nascer correlaciona-se, diretamente, com a queda contínua da taxa de mortalidade infantil, apresentada na Tabela 2. Ambos os indicadores se afetam mutuamente e refletem os avanços médico-sanitários obtidos, no decorrer da evolução histórica da saúde pública, bem como os processos socioeconômicos que implicam melhorias nas condições de vida e de saúde da população (RIBEIRO; BARATA, 2012).

A taxa de mortalidade infantil estima o risco de que uma criança [nascida viva] venha a falecer, antes de um ano completo de idade. Como detalhado em Ripsa (2008), essa taxa pode ser decomposta em três elementos: i) mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias), ii) neonatal tardia (7 a 27 dias) e iii) pós-neonatal (28 a 364 dias). A mortalidade neonatal (precoce + tardia) – que se refere, aproximadamente, ao primeiro mês de vida do/a recém-nascido/a – vincula-se às condições relacionadas ao parto e aos primeiros cuidados com o/a bebê; significando dizer que depende sobremaneira do sistema de saúde existente e, principalmente, do acesso imediato às ações e serviços pré e pós-natais, incluindo, portanto, o acompanhamento da gestação e o atendimento integral à gestante.

A pós-natal, por sua vez, concerne, via de regra, às condições de nutrição e alimentação, moradia, saneamento básico, imunização etc. Nesse caso, o aspecto central são as condições socioeconômicas e ambientais. Em outras palavras, trata-se das próprias condições de vida – que perpassam as probabilidades e possibilidades de existência da criança e de seus familiares. Nesse bojo, são diversos os

---

<sup>22</sup> Ainda que seja a região que possui o maior número de anos de vida média adquiridos, nas décadas recentes (RIPSA, 2008, p. 87).

condicionantes – desde o PIB do país, à taxa de desemprego, ao grau de instrução materno (o qual é afetado pela raça/cor e/ou região de residência e/ou idade da mãe), passando pelas políticas sociais existentes, chegando à política nacional de saúde e à rede pública de assistência à saúde.

**Tabela 2**

**Mortalidade Infantil – Brasil, por macrorregião (1930 a 2020)**

Região	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	1996	2010	2015	2017	2018	2020
Norte	193	166	145	123	104	79	45	34	24	18	15	15	15
Nordeste	193	187	175	164	146	118	74	53	33	18	14	14	13
Sudeste	153	140	122	110	96	57	34	24	17	11	11	11	11
Sul	121	118	109	96	82	59	27	19	15	10	10	10	9
Centro-Oeste	146	133	119	115	90	70	31	24	18	15	12	12	11
Brasil	162	150	135	124	115	83	48	20	17	14	13	12	12

Fonte: IBGE, 1999; 2010; 2016; RIBEIRO; BARATA, 2012; DATASUS; 2022. Elaboração própria.

Por conseguinte, pelos múltiplos determinantes socioeconômicos que, direta ou indiretamente, estão implicados em sua estipulação, a taxa de mortalidade infantil constitui um poderoso indicador do grau de desenvolvimento econômico e social de um país.

Demonstra-se, na Tabela 2, a evolução continuamente declinante da taxa de mortalidade infantil, ao longo dos [quase] últimos cem anos contidos na série. A desigualdade regional mais uma vez é evidente, ratificando seu inequívoco lugar estrutural na formação histórica e social brasileira. As regiões Norte e Nordeste mantêm os piores indicadores, relativamente às demais regiões. Há dois subperíodos

marcantes e notórios, ao longo da série, que retratam fortes declínios da taxa de mortalidade infantil. O primeiro íterim se situa de 1940 a 1970 e corresponde ao período de maior esforço industrialista e do acelerado aumento da urbanização no país. O segundo intervalo, por sua vez, instala-se a partir da instituição do SUS até os dias vigentes.

#### 2.4. Condições de vida no Brasil recente: « un petit portrait »<sup>23</sup>

Para adensar o debate acerca das condições de saúde, expomos alguns aspectos socioeconômicos [que consideramos] centrais. Ao fim, percebemos esboçado um sucinto retrato das condições de vida da população brasileira, nos anos recentes.

São condicionantes socioeconômicos [e, ao mesmo tempo, indicadores sociais] nucleares para a determinação e compreensão do patamar de qualidade de vida e, em consequência, do padrão de saúde da população. Em vista disso, enfatizando o período pós 1988, em um quadro de democratização política e das políticas [com o SUS e o conjunto da Seguridade Social], escolhemos os seguintes determinantes socioeconômicos: saneamento essencial, rendimento do trabalho principal, estrutura e patamar de ocupação e grau de informalidade, perpassadas pelas questões de gênero, de raça e de desigualdade regional.

Emblemático acerca das desigualdades historicamente persistentes quanto ao direito a condições sanitárias elementares, o Gráfico 5, a seguir, apresenta o percentual de municípios, em cada uma das cinco grandes regiões brasileiras, que contêm rede de esgoto sanitário, nos respectivos anos de 1989, 2000, 2008 e 2017.

Quatro fotografias, em quatro momentos distintos. Porém, a mesma imagem retratada. Aquela já tão conhecida de todos e todas nós, a da permanente desigualdade regional de acesso e de direitos no Brasil. Em um extremo, a região Sudeste, onde praticamente 97% de sua população possui acesso a redes de esgoto

---

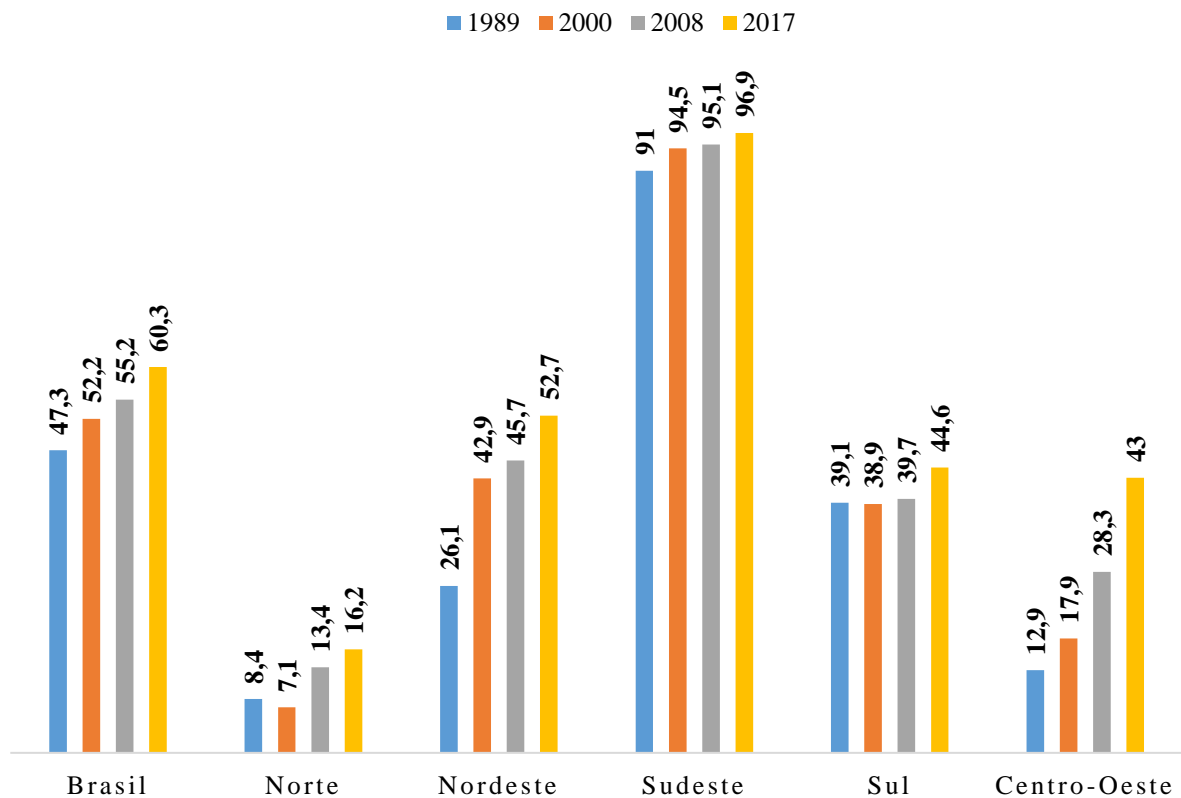
<sup>23</sup> Uma pequena fotografia, tradução nossa.



sanitário. No lado oposto, a região Norte, com aproximadamente 84% de sua população desprovida de rede coletora de esgoto. De acordo com o IBGE (2020, p. 55), em 2017, das 27 unidades federativas brasileiras somente 11 possuíam mais de 50% de seus municípios com rede coletora de esgoto sanitário<sup>24</sup>, “[...] sendo os extremos representados pelos Estados de São Paulo (100%) e Maranhão (6,5%)”.

**Gráfico 5**

**Municípios (%) com rede de esgoto sanitário – Brasil, por macrorregiões (1989 a 2017)**



Fonte: IBGE, 2020.

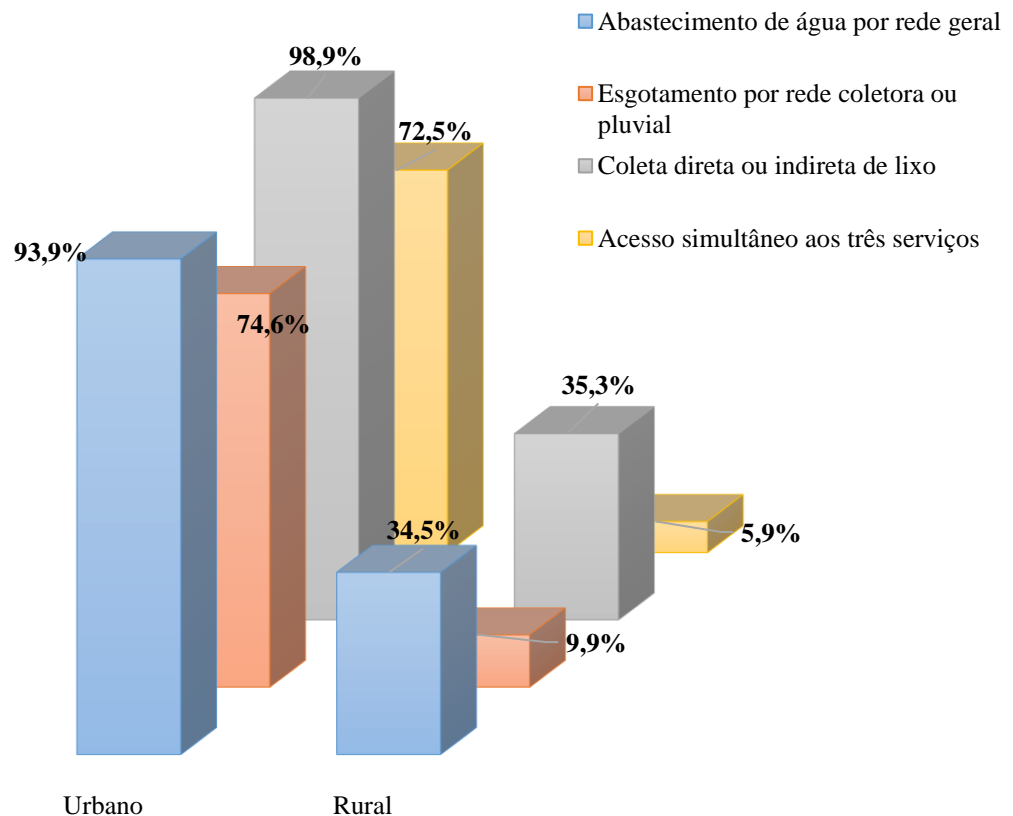
<sup>24</sup> Há que se considerar, como observado em IBGE (2016), a diversidade geográfica/geológica/ambiental brasileira que, por vezes, dificulta ou inviabiliza a implantação ou extensão de serviços sanitários, que são substituídos por poços artesianos ou fossas sépticas. Em 2015, prossegue IBGE (2016), cerca de 29% dos domicílios rurais brasileiros possuíam fossas sépticas. Uma justificativa seria, ainda segundo a mesma pesquisa, o fato de que os custos de redes coletoras de esgoto aumentam com a redução da densidade populacional; por isso, nos municípios e localidades de baixa densidade populacional, onde as economias de escala seriam muito reduzidas, as fossas sépticas individuais se apresentariam como uma solução viável.

Distante de universalizar o esgoto sanitário – que deveria “[...] ter uma destinação adequada a fim de garantir não só a prevenção de uma série de doenças, como também condições dignas de habitação e a preservação do meio ambiente” (IBGE, 2020, p. 55) –, em 2017, o Brasil ainda detinha aproximadamente 40% de sua população sem acesso a esse serviço vital, como é possível observar no Gráfico 5.

Além das marcantes desigualdades regionais, sobressaltam as acentuadas disparidades do binômio campo-cidade, na esfera dos serviços concernentes ao abastecimento de água, coleta de lixo e rede de esgoto sanitário, que figuram no Gráfico 6.

**Gráfico 6**

**Domicílios particulares permanentes (%) com acesso a serviços de saneamento básico, por tipo de serviço, segundo localização rural ou urbana – Brasil (2015)**



Fonte: IBGE, 2016.

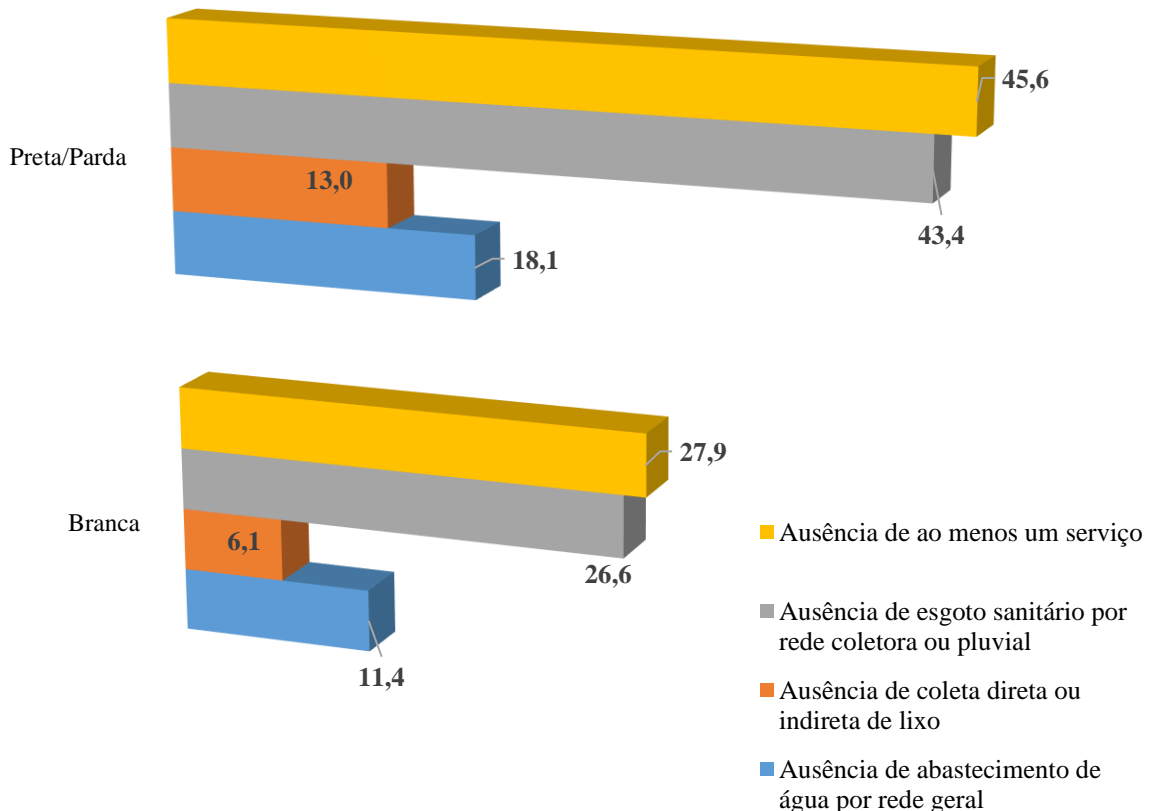
Em 2015, menos de 6% dos domicílios rurais brasileiros contavam com os três serviços simultaneamente. Mesmo o abastecimento de água – elemento indiscutivelmente imprescindível –, se considerado de maneira isolada, alcançava quase três vezes mais domicílios urbanos, quando comparado à área rural.

As desigualdades regionais e as disparidades campo-cidade são, ainda e inclusive, perpassadas pela questão étnico-racial – que marca e macula nossa construção sócio-histórica, acometendo-nos também no processo saúde-doença.

Como afirma IBGE (2016, p. 102), “o acesso domiciliar aos serviços de saneamento guarda forte correlação com a cor ou raça da pessoa de referência do domicílio”.

**Gráfico 7**

**População (%) residindo em domicílios com ausência de serviços de saneamento básico, segundo cor ou raça – Brasil (2017)**



Fonte: IBGE, 2018.

A partir do recorte étnico-racial, o acesso ao conjunto de serviços vitais de saneamento, no Gráfico 7, expresso em termos da negação a esses serviços, revela a face perversa da ambivalência “direito formal x direito substantivo”. No Brasil recente, mais de 45% da população negra não dispõe de algum gênero de serviço de saneamento básico, seja água tratada e distribuída por rede geral, seja rede de esgoto sanitário, seja coleta direta ou indireta de lixo domiciliar.

Obviamente, as disparidades vinculadas à questão étnico-racial afetam o conjunto do arcabouço socioeconômico, inclusive e fortemente, a inserção laboral. Nessa perspectiva, tal como a questão racial, também a questão de gênero se manifesta nas diferentes expressões de desigualdade presentes no mercado de trabalho: como a desigualdade de rendimentos e a desigualdade de participação (independentemente do grau de instrução).

Tendo em conta o rendimento médio real<sup>25</sup> do trabalho central dos indivíduos ocupados, considerados por sexo e raça ou cor, em 2017, são notórias as desproporções salariais entre homens e mulheres e entre brancos e negros, como figura no Gráfico 8. Homens angariavam rendimentos médios em torno de 30% maiores do que os das mulheres. Comparados a pessoas negras, brancos obtinham ganhos superiores a 72%.

Além da desigualdade de rendimentos, mulheres enfrentam iniquidades no acesso ao mercado de trabalho. Conforme IBGE (2018, p. 32), “a maior escolaridade das mulheres não é [...] suficiente para levá-las à força de trabalho em proporção maior ou similar à dos homens”, como evidencia o Gráfico 9. Para o ano de 2017, enquanto pouco menos de 80% das mulheres com graduação completa estavam inseridas no mercado de trabalho, mais de 87% dos homens – com nível de instrução idêntico – participavam do mercado laboral. Por outro lado, consideradas as pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto, embora 60% dos homens participem da força de trabalho, a taxa de participação das mulheres é praticamente a metade desse valor. Efetivamente, significa dizer que as mulheres continuam sendo menos

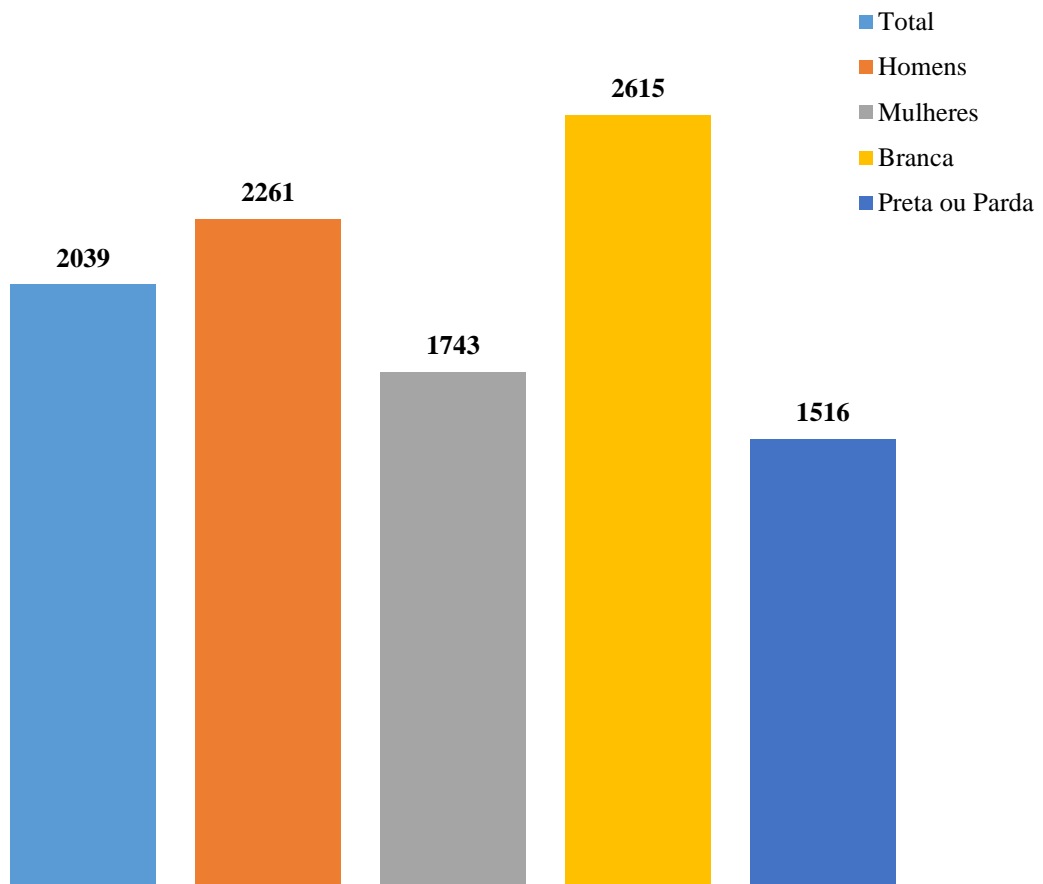
---

<sup>25</sup> Ou seja, todo o rendimento anual do indivíduo, dividido pela quantidade de meses de um ano.

presentes no mercado de trabalho do que os homens, independentemente do grau ou nível de instrução formal.

**Gráfico 8**

**Rendimento médio real (R\$/mês) do trabalho principal das pessoas ocupadas, por sexo e raça/cor – Brasil (2017)**



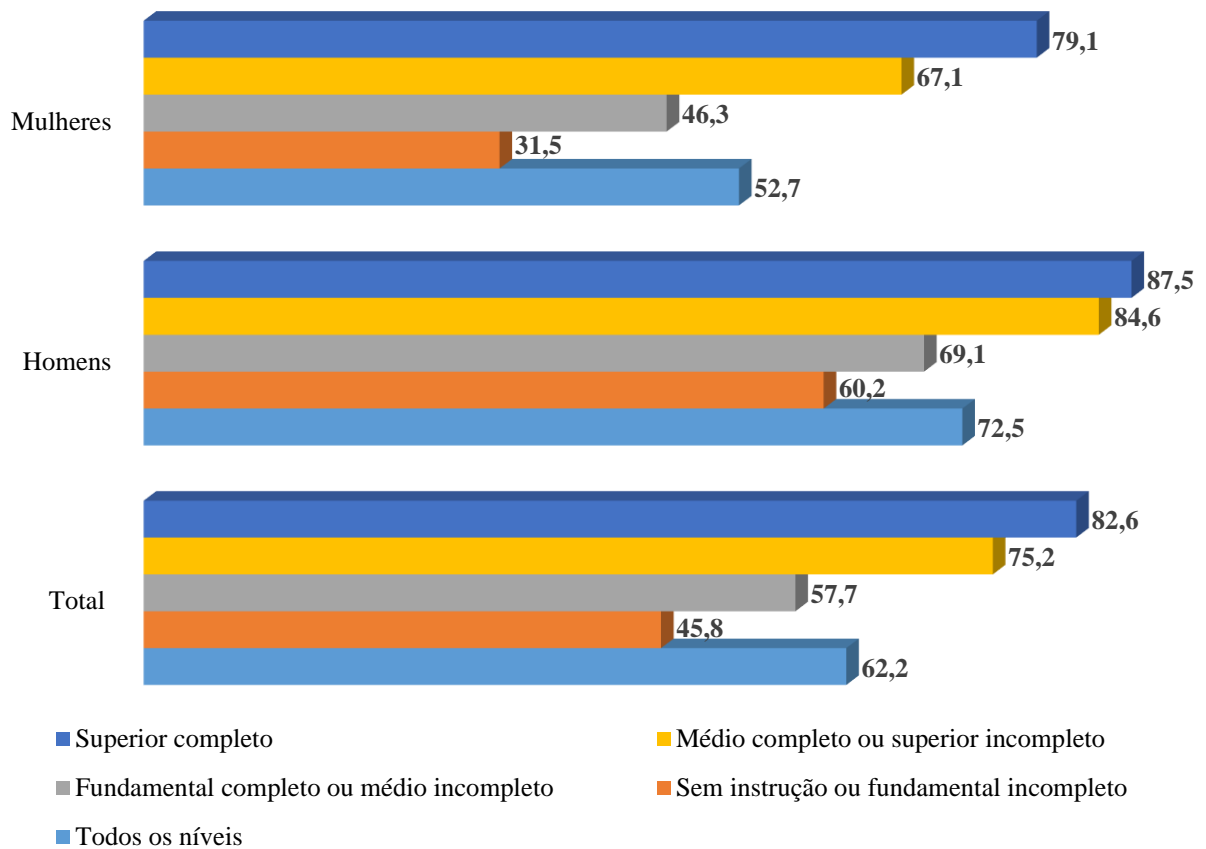
Fonte: IBGE, 2018.

A desigualdade de participação entre os sexos, no mercado de trabalho, tem relação direta com as diversas discriminações e assédios dos quais as mulheres são vítimas rotineiramente. Outrossim, o papel assumido quanto à divisão social por gênero tanto nas profissões quanto e, principalmente, nas tarefas domésticas é um condicionante de grande relevância. Em média, no ano de 2017, mulheres dedicavam cerca de 21

horas por semana para realizar atividades domésticas e/ou para cuidar de algum familiar, seja em sua própria residência ou na casa de algum parente. Homens não chegavam a dedicar 11 horas semanais a esse tipo de atividade (IBGE, 2018).

**Gráfico 9**

**Participação (%), por sexo, segundo grau de instrução formal – Brasil (2017)**



Fonte: IBGE, 2018.

Foram também as mulheres e pessoas negras as que tiveram, em 2017, as maiores taxas de desocupação e de subocupação por insuficiência de horas, em relação aos homens e aos brancos, respectivamente (IBGE, 2018). Nesse mesmo ano, a taxa total de desocupação de pessoas negras (pretas ou pardas) foi de aproximadamente 15%, ao passo que a de pessoas brancas representou 10%.

Tabela 3

**População ocupada (nº absoluto e %), a partir de 14 anos de idade, por tipo de trabalho formal ou informal – Brasil (2012 a 2017)**

<b>População ocupada</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Números absolutos (1000)						
<b>Total</b>	<b>89668</b>	<b>91196</b>	<b>92442</b>	<b>92626</b>	<b>91191</b>	<b>91449</b>
Empregado com carteira	35867	36999	37676	37088	35512	34452
Trabalhador doméstico	6216	6100	6028	6134	6184	6208
Militar ou funcionário público	7365	7538	7887	7769	7793	7735
Empregado sem carteira	13396	13192	12960	12667	12727	13470
Conta própria	20488	20981	21418	22386	22496	23105
Empregador	3560	3749	3831	4041	4265	4232
Trabalhador familiar auxiliar	2776	2728	2642	2542	2214	2247
<b>Formal</b>	<b>52450</b>	<b>54418</b>	<b>56312</b>	<b>56493</b>	<b>55577</b>	<b>54167</b>
Empregado com vínculo	43232	44537	45562	44857	43305	42187
Trabalhador doméstico com carteira	1892	1827	1923	1994	1980	1869
Conta própria contribuinte	4864	5354	5968	6544	7014	6999
Empregador contribuinte	2462	2700	2859	3097	3277	3112
<b>Informal</b>	<b>37218</b>	<b>36778</b>	<b>36131</b>	<b>36133</b>	<b>35615</b>	<b>37283</b>
Empregado sem carteira	13396	13192	12960	12667	12727	13470
Trabalhador doméstico sem carteira	4324	4273	4105	4140	4204	4339
Conta própria não contribuinte	15624	15537	15451	15842	15482	16106
Empregador não contribuinte	1097	1049	972	944	988	1121
Trabalhador familiar auxiliar	2776	2728	2642	2542	2214	2247
Proporção						
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Formal	58,5	59,7	60,9	61	60,9	59,2
Informal	41,5	40,3	39,1	39	39,1	40,8

Fonte: IBGE, 2018.

Outro determinante fulcral é a segmentação histórico-estrutural do mercado de trabalho brasileiro. Segmentação que aprisiona na informalidade e, conseqüentemente, fora de parte importante do sistema de proteção social – a Previdência, único ramo contributivo da Seguridade – um contingente muito elevado da população brasileira.

Na Tabela 3, entre 2012 e 2017, o grau de informalidade manteve-se praticamente estável, oscilando entre 41 e 39%. Em 2017, atingiu o patamar exato de 40,8%, equivalendo a cerca de 37,3 milhões de brasileiros e brasileiras (IBGE, 2018). Uma variação módica, ao longo de todo o período, corroborando a relativa constância temporal e a considerável resistência estrutural desse condicionante socioeconômico.

Por outro lado, durante o mesmo intervalo, teve lugar um leve aumento na proporção de trabalhadores formais, que variou de 58,5% (2012) para 59,2% (2017). Entretanto, a Tabela 3 revela que o número de trabalhadores com carteira assinada declinou no período.

Na realidade, como consta na Tabela 3, a elevação na ocupação formal foi decorrente do aumento da participação de trabalhadores contribuintes por conta própria e empregadores contribuintes. Significando, por conseqüência, uma expansão da atividade autônoma e não [necessariamente] da oferta de vagas de emprego. Antes, podemos cogitar que ocorrera um incremento do chamado “empreendedorismo”. Esse gênero de ocupação laboral, ao ser classificado como “formal”, pode contribuir para maquiar o nível de desemprego efetivo na economia.

Em seguida, o Gráfico 10 traça a configuração do mercado informal de trabalho brasileiro, para o ano de 2017. Tendo em conta a participação relativa de cada categoria do trabalho informal<sup>26</sup> no país, é possível verificarmos que apenas duas categorias somam quase 80% do contingente da força de trabalho em situação de informalidade. No ano considerado, predomina a categoria de trabalhadores por conta própria não contribuintes, equivalendo a 43% do total. Os empregados sem carteira

---

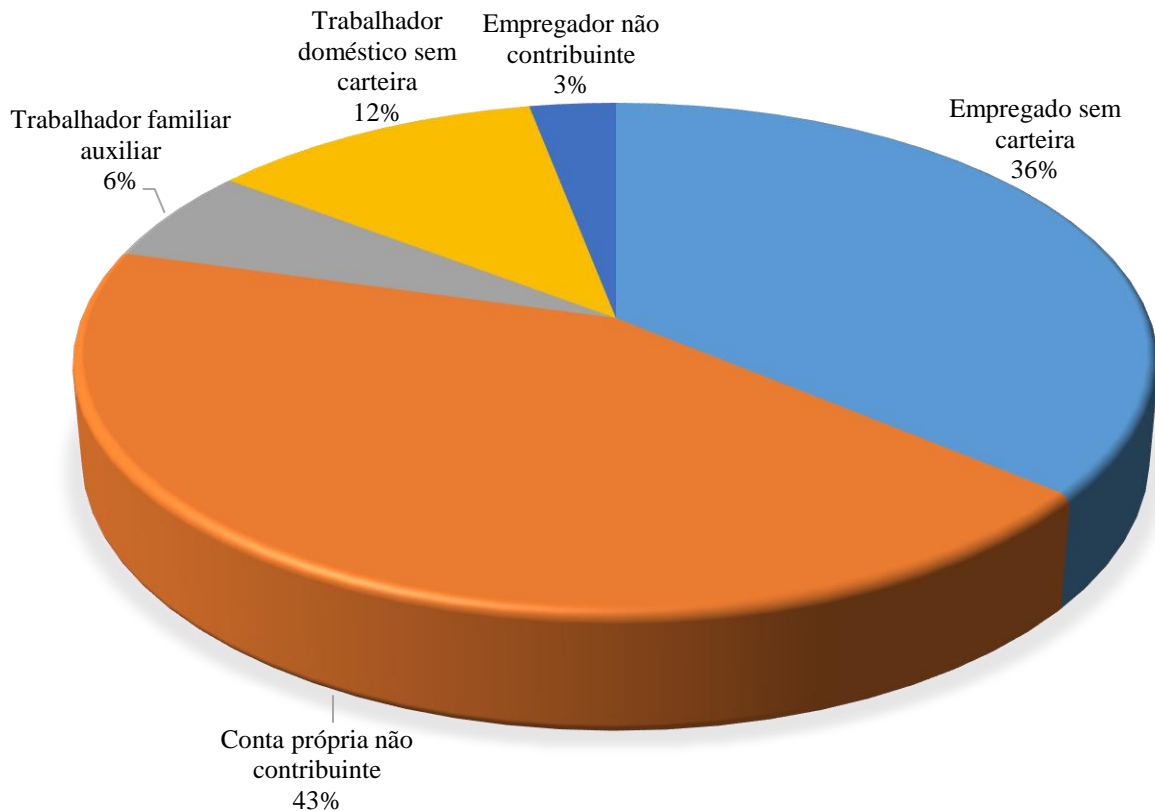
<sup>26</sup> Segundo a definição adotada pelo próprio IBGE.



assinada são a segunda categoria de maior participação proporcional, com 36% (IBGE, 2018).

**Gráfico 10**

**Participação (%) das categorias do trabalho informal – Brasil (2017)**



Fonte: IBGE, 2018.

No tocante à divisão por sexo, as mulheres ocupam, praticamente em sua integralidade, a categoria de trabalhador/a doméstico/a sem carteira, além de estarem em número superior aos homens também na categoria de trabalhador/a familiar auxiliar. Resultados que em nada surpreendem, pois apenas corroboram as funções de gênero histórica e socialmente imputadas às mulheres (IBGE, 2018).

O recorte racial, por sua vez, retrata a maior participação relativa de pretos/as e pardos/as, aproximadamente 47%, quando cotejada aos brancos/as, cuja proporção corresponde a cerca de 34% da população total em informalidade (IBGE, 2018).

Sabemos que o Brasil possui um grau de informalidade historicamente elevado, representando grande parcela do conjunto da população ocupada no país. Por conseguinte, o trabalho informal está distante de representar um gênero de inserção marginal ou residual no mercado de trabalho brasileiro. Trata-se de uma inserção laboral crucial ao funcionamento da engrenagem de sociedades burguesas economicamente dependentes, como a nossa.

### *2.5. Complexidade epidemiológica da população brasileira*

Acompanhando e refletindo o processo de evolução das condições de vida e de saúde das populações, o perfil epidemiológico consiste em certo padrão de distribuição, histórica e socialmente estabelecido, entre as doenças e/ou os fatores prevalentes como principais causas de morbimortalidade populacional num determinado tempo. É entendido como um “[...] um indicador relativamente sensível das condições de vida e do modelo de desenvolvimento de uma população” (PRATA, 1992, p. 168).

Sendo a subsistência e reprodução humanas intrinsecamente vinculadas e dependentes do modo de produção das condições materiais de existência, não é possível, por conseguinte, “[...] separar o nível de mortalidade de sua estrutura e de sua relação com fatores históricos, sócio-econômicos, demográficos e ambientais” (Idem, p. 168).

Conquanto a definição do perfil epidemiológico seja um fenômeno de natureza dinâmica, como bem ressalta Prata (1992, p. 169), no qual “[...] as variáveis são interdependentes e podem ter um peso diferenciado de acordo com o local, com a sociedade e com o tempo histórico”, foram convencionados dois gêneros elementares de perfis a partir do grau de desenvolvimento socioeconômico das sociedades. Doenças parasitárias e transmissíveis – muitas das quais constituíam moléstias

características do período pré-industrial e que ainda não foram erradicadas nos países da periferia do capitalismo – marcam o perfil de sociedades socioeconomicamente pouco desenvolvidas. Por outro lado, as sociedades industrializadas e que, igualmente, lograram se desenvolver no plano social detêm um perfil caracterizado pelo amplo grupo das enfermidades crônicas e degenerativas.

Ao processo de passagem de um perfil de elevada mortalidade centrada em doenças infectocontagiosas (tais como malária, cólera, ebola etc.), para um perfil de mortalidade primordialmente pautado em fatores ou doenças crônicas (como câncer, doenças cardiovasculares, diabetes etc.) – observado, preliminar e precipuamente, nas sociedades industrializadas da Europa Ocidental –, Abdel Omran<sup>27</sup>, em 1971, foi o primeiro a designar como transição epidemiológica. Transição essa que “[...] foi paralela às transições demográfica e tecnológica nos países agora desenvolvidos do mundo e [que] está ainda em andamento nas sociedades menos desenvolvidas”<sup>28</sup> (OMRAN, 1971, p. 510, tradução nossa).

Desde quando concebida por Omran, a noção de transição epidemiológica tornou-se o conceito chave para a análise das metamorfoses ocorridas nas condições de saúde das populações. Contudo, sua aplicabilidade no que tange às economias subdesenvolvidas tem suscitado debates. Alguns países latino-americanos – a exemplo do Brasil, dentre outros subdesenvolvidos – experimentaram um declínio considerável na prevalência de doenças infectocontagiosas como causas precípua de morte desde, aproximadamente, a segunda metade do século passado. Ao mesmo tempo, esses países vivenciaram o incremento da participação de enfermidades crônicas na mortalidade proporcional, com destaque para as doenças do aparelho circulatório e neoplasias. No entanto, as doenças parasitárias e transmissíveis nesses países, embora tenham atenuado sobremaneira sua participação no valor total da taxa de mortalidade por grupo de causas, guardam percentuais elevados quando comparados aos valores mantidos nos países ditos avançados.

---

<sup>27</sup> Professor de epidemiologia da Escola de Saúde Pública da Universidade da Carolina do Norte, que cunhou o termo em seu artigo seminal, publicado em 1971.

<sup>28</sup> An epidemiologic transition “has paralleled the demographic and technologic transitions in the now developed countries in the worlds and is still underway in less-developed societies”.

Isso posto, entendemos que não cabe falar propriamente de transição epidemiológica, no caso brasileiro – a exemplo de outros países dependentes –, no que se refere ao perfil de mortalidade. A noção de transição remete a um movimento linear que em praticamente nada se assemelha à complexidade das relações estabelecidas histórica e socialmente entre os determinantes das condições de vida e, em consequência, das condições de saúde no Brasil. Em realidade, ratificamos a posição de Ribeiro e Barata (2012, p. 148-149), acerca do conceito de transição epidemiológica, de que se trata de uma noção limitada, visto que:

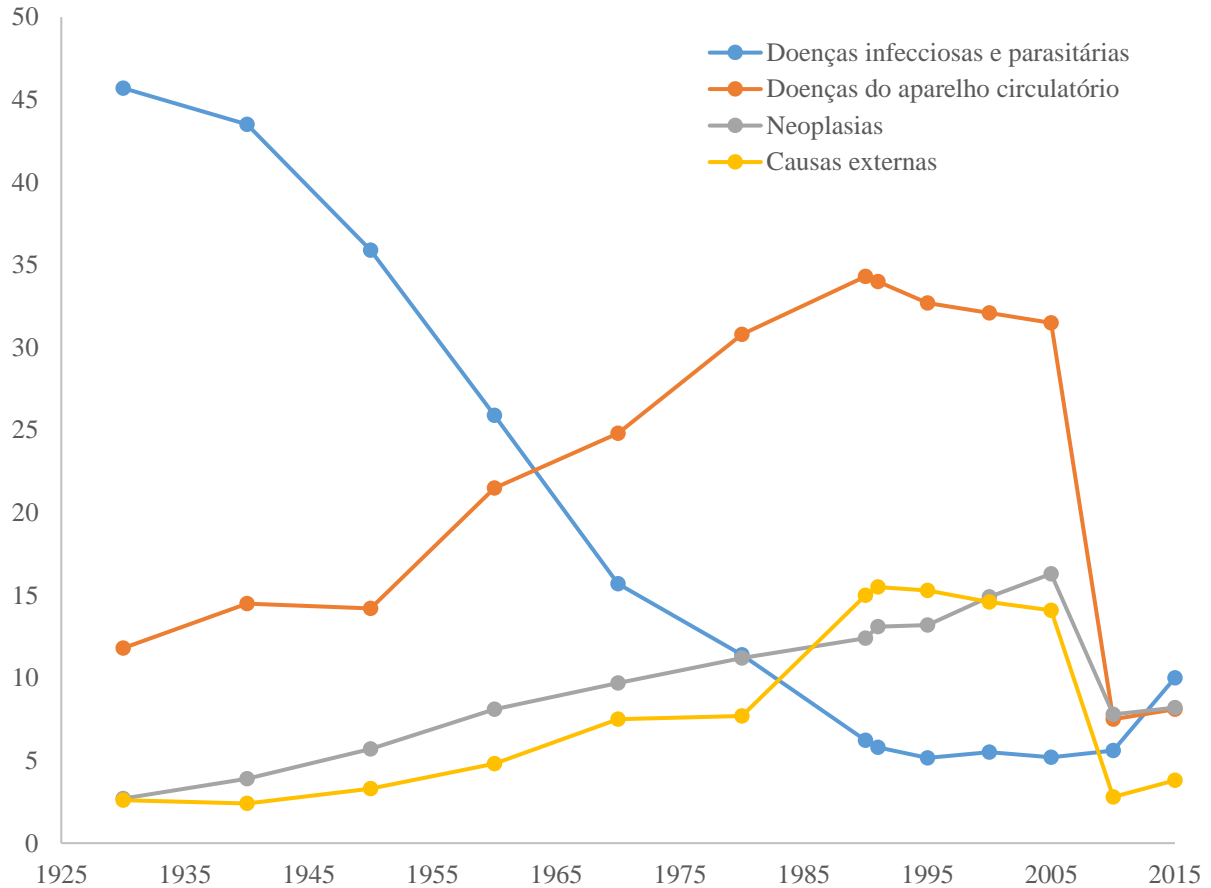
Adota uma visão simplista de evolução entre 'doenças carenciais' e 'doenças da abundância', que não encontra respaldo nem na teoria sobre o processo saúde-doença, nem nos dados empíricos; supõe uma sucessão de fases pelas quais todas as populações passariam, o que também não se verifica historicamente. Preferimos, portanto, [...] o conceito de complexidade, que é mais apropriado para retratar o quadro multifacetado que caracteriza as condições de saúde em todas as populações.

Ao longo do século XX, o perfil epidemiológico de mortalidade da população brasileira passou por alterações significativas, modificando substancialmente sua configuração, como pode ser verificado no Gráfico 11. Esse gráfico demonstra que, em 1930, as patologias infectocontagiosas constituíam as causas precípua de morte no Brasil, respondendo por mais de 45% do total. Vigorava ainda no país, na verdade, o perfil epidemiológico herdado da era colonial. Perfil esse considerado típico de sociedades economicamente empobrecidas, com altas taxas de mortalidade por doenças parasitárias e transmissíveis. As mortes por doenças cardiovasculares, por seu turno, gravitavam em torno de 12%.

Setenta anos mais tarde, o quadro revelava-se bastante diverso. Os agravos do aparelho circulatório ultrapassavam os 34% e as enfermidades infectocontagiosas, um pouco mais de 6%. Em 2005, as doenças cardiovasculares ocupavam o topo das causas de morte no país, com 31,5%, seguidas das neoplasias (cânceres), 16,3%, causas externas (grupo heterogêneo que inclui acidentes de trânsito, homicídios etc.), com cerca de 14%, e das doenças transmissíveis representando pouco mais de 5% das mortes no país no referido ano.

Gráfico 11

## Taxa de Mortalidade Proporcional, por grupo de causas – Brasil (1930 a 2015)



Fonte: VANZELLA, 2019; DATASUS, 2022.

A trajetória declinante da taxa de mortalidade por doenças transmissíveis e parasitárias, por outro lado, não foi seguida de redução similar na sua medida de morbidade hospitalar<sup>29</sup>, que oscila sem demonstrar tendência sustentável de queda, tal como é possível verificar na Tabela 4. Cumpre destacar os anos de 2010 e 2021, cujos números agregam os “resultados” das pandemias de H1N1 e de Covid-19, respectivamente.

<sup>29</sup> Mensura as internações hospitalares ocorridas no âmbito do SUS, por grupo de causas.

Tabela 4

**Morbidade hospitalar SUS, por grupo de causas – Brasil (2005 a 2021)**

<b>Ano</b>	<b>Doenças transmissíveis e parasitárias</b>	<b>Doenças cardiovasculares</b>	<b>Neoplasias</b>	<b>Transtornos mentais e comportamentais</b>	<b>Causas externas</b>
2005	992.503	1.181.612	600.740	305.560	788.701
2006	996.549	1.146.867	614.003	317.441	793.823
2007	915.763	1.157.509	640.325	290.079	832.858
2008	978.823	1.096.888	545.863	304.522	769.001
2009	928.304	1.139.140	575.371	275.286	884.665
2010	1.021.324	1.153.213	604.809	285.736	929.245
2011	918.804	1.159.210	624.035	287.126	973.015
2012	855.957	1.137.024	659.788	273.607	999.005
2013	867.074	1.133.235	691.543	251.752	1.056.867
2014	826.607	1.140.792	725.685	243.796	1.119.856
2015	809.351	1.128.521	755.534	228.776	1.118.717
2016	831.528	1.126.140	768.355	215.793	1.136.310
2017	752.994	1.131.769	795.243	216.701	1.154.776
2018	751.091	1.152.011	832.326	225.800	1.184.048
2019	809.024	1.179.365	882.613	237.330	1.240.599
2020	1.101.962	993.600	758.407	197.977	1.180.703
2021	1.737.943	975.378	775.158	199.766	1.206.000

Fonte: DATASUS, 2022. Elaboração e sistematização própria.

As doenças cardiovasculares são o grupo de causa mais reiteradamente presente nas hospitalizações ocorridas pelo SUS. Entretanto, não é hegemônico, pois tanto as doenças infectocontagiosas, quanto as causas externas também aparecem, em

alguns anos, como grupos detentores do maior volume de interações. Os dados ratificam o grau de complexidade epidemiológica da população brasileira, demonstrando que não há um fator de adoecimento predominante ou linear.

### **3. O Sistema Único de Saúde (SUS): antecedentes históricos e os desafios e conquistas na era neoliberal**

No que tange à organização e conteúdo do presente capítulo, ele conta com três tópicos. Seu objetivo geral ressalta os avanços do SUS (inobstante o contexto de neoliberalismo) e suas limitações inerentes – diante das especificidades da formação sócio-histórica brasileira e de sua alocação subalterna e dependente na economia capitalista global.

O tópico 3.1 intenciona revistar o passado de autoritarismo do período de vigência do modelo (privatizante) de atenção à saúde precedente ao SUS. Modelo tal que foi uma franca (e fracassada) tentativa do governo militar de capitalizar a saúde no país, além de ter possibilitado e financiado o crescimento sem precedentes do setor privado.

Em seguida, vemos que, apesar de tudo e com todos os limites, as mobilizações sociais angariam resultados, obtendo o reconhecimento do direito à saúde e a instituição do SUS na Constituição Federal de 1988. O tópico 3.2 expõe a concepção do SUS, tal como constitucionalmente instituído, abordando suas diretrizes e princípios alicerçadores.

No tópico final do capítulo, são debatidos os limites estruturais do SUS e seus avanços, no e apesar do cenário neoliberal. Cenário esse que se tornou hegemônico no Brasil a partir do início da década de 1990 – ou seja, pouco após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e da instituição do SUS.



### *3.1. Os antecedentes do SUS: a saúde pública no contexto do Regime Militar (autoritarismo)*

O Sistema Único de Saúde (SUS) consiste, antes de tudo, na materialização do direito à saúde no Brasil, cujo tardio reconhecimento foi arduamente conquistado pela população – com grande destaque para os movimentos sociais do campo da saúde. A Constituição Federal de 1988 (CF/1988) lhe deu vida, instituindo-o e elencando suas principais diretrizes; além de inseri-lo em um conjunto mais amplo de direitos sociais que, junto à Saúde, engloba a Previdência e a Assistência Social, constituindo a Seguridade Social (SS) brasileira<sup>30</sup>.

Nascido com a Constituição Federal de 1988, o SUS fora gestado não apenas durante a assembleia constituinte que a precedeu. Antes, a concepção e a edificação desse sistema foram construídas paulatinamente ao longo de todo o processo de redemocratização que o Brasil atravessara. No decurso desse processo confluíram os elementos conjunturais, os fatores político-econômicos e os sujeitos sociais que, sob constante correlação de forças e interesses em disputa, concorreram para a gênese e conformação de bases e pilares vitais ao SUS, enquanto materialidade do direito à saúde no país.

Isso posto, a construção do SUS, tanto ideopolítica quanto material, possui uma trajetória que precede a sua instituição. Trajetória que se reporta à segunda metade da vigência da ditadura militar no Brasil, quando teve início a chamada distensão do regime, sob os auspícios do governo Geisel, no poder de 1974 a 1979. Esse percurso atravessa, ainda, o governo Figueiredo, de 1979 a 1985; adentra o que se convencionou chamar de Nova República, sob o comando de Sarney, a partir de 1985, para, enfim, chegar à instituição do SUS, em outubro de 1988.

---

<sup>30</sup> De acordo com o Art.194 da Constituição Federal do Brasil de 1988, “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2021b, p. 83).

A contar de 1974, iniciou-se um pretenso processo de abertura do regime autoritário. Essa abertura – adequadamente denominada pelos militares como distensão – deveria ser “lenta, gradativa e segura”, nas palavras do então presidente, o general Geisel<sup>31</sup>. Efetivamente, foi um longo e moroso processo de transição para a democracia, apenas concluído com as eleições diretas de 1989, após a promulgação da Constituição em outubro do ano anterior. Desse modo, ainda que, protocolarmente, o regime militar tenha sido findado em 1985 – ocasião em que Sarney assumiu a presidência do país por meio de eleições indiretas<sup>32</sup>, o que atropelou a vontade popular massivamente expressa nas manifestações do “Diretas Já” –, a democracia representativa somente foi estabelecida ao fim daquela década.

Acuradamente tecido e executado, o processo de distensão cumpriu, com folga, a sua finalidade – já bem sinalizada no próprio termo, afinal, distender significa “estirar”, “estender muito”<sup>33</sup> –, a de preservar e perpetuar as elites políticas conservadoras nos cargos de poder. Além disso, a liberalização progressiva do regime não prejudicou a manutenção da repressão e da violência institucionalizadas.

Adotada pelos militares como recurso mediador entre o governo autoritário e a sociedade civil, a gradual abertura democrática mostrava-se impreterível, diante da necessidade de legitimar a ditadura em função da crise econômica e social que o país

---

<sup>31</sup> Ernesto Geisel foi o penúltimo dos cinco presidentes do regime militar no Brasil. Ele governou de 1974 a 1979.

<sup>32</sup> Em decorrência da morte de Tancredo Neves – que fora eleito Presidente da República pelo Colégio Eleitoral (instituído em 1967 pelos militares) –, José Sarney, enquanto vice, assumiu o Poder Executivo no ano de 1985. Logo, o primeiro governo civil – após 21 anos do Golpe Militar – foi estabelecido no poder por meio de eleições indiretas. Essas eleições seguiram-se à derrota da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) n.5, de março de 1983 – conhecida pelo nome de seu proponente, o deputado Dante de Oliveira – que preconizava a realização de eleições diretas para a Presidência. Rejeitada ainda na Câmara dos Deputados – feito bastante devido às pressões do governo militar pelo esvaziamento da plenária, levando à ausência de 113 parlamentares –, a Emenda Dante de Oliveira não alcançou o mínimo de votos necessários para ser apreciada no Senado. Malgrado sua rejeição no Congresso, essa emenda havia se constituído como um importante fator na mobilização de diferentes segmentos populacionais em prol da democratização, o que tomou volumoso corpo nas manifestações do movimento “Diretas Já”. O referido movimento adquirira amplitude nacional, mobilizando a população em comícios e passeatas que reuniram milhares, centenas de milhares e até mais de um milhão de pessoas em manifestações nas principais cidades e capitais brasileiras.

<sup>33</sup> Segundo o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2021), no qual ainda aparecem os significados de “dilatado, inchar”, “estender para vários lados”, dentre outros.

então atravessava com o fim da fase expansiva do chamado “milagre econômico”<sup>34</sup>. Apoiada nas altas taxas de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) obtidas durante o “milagre”, a legitimidade do regime ditatorial parecia derruir frente ao cenário que se delineava naquele momento: inflação ascendente, desaceleração do nível de atividade econômica e do emprego, perda de poder de compra e aprofundamento da desigualdade social. A marcha forçada<sup>35</sup> então operada, no governo Geisel, não promoveu melhor distribuição de renda ou melhora substancial nas condições de vida da população, mas possibilitou a continuidade do crescimento a todo custo, ainda que a taxas menores do que as vigentes no “milagre econômico brasileiro”.

A crise político-econômica brasileira – abarcada no quadro maior da crise estrutural do capitalismo, que já se havia instalado nos países centrais – impulsionava, igualmente, uma crise sanitária, uma vez que não é possível separar a conjuntura socioeconômica das condições de vida e saúde da população. Consoante a Escorel (2012), o país então vivenciava desde uma epidemia de meningite ao reaparecimento de doenças antes controladas e mesmo denúncias de aumento da mortalidade infantil – há algumas décadas em progressivo declínio. Inclusive, com o fim do ciclo expansivo do “milagre econômico”, houve redução de recursos para as ações de saúde pública do Ministério da Saúde (MS) – que sempre detivera orçamento limitado. Além de que, com a desaceleração da atividade produtiva e menor geração de postos de trabalho formal, também a assistência médica previdenciária – dependente das contribuições de empregados e empregadores – não passou ilesa frente à perda de receitas.

---

<sup>34</sup> O termo “milagre econômico” refere-se ao período de elevado crescimento do PIB e de notório aumento da produção industrial, experimentado pela economia brasileira entre 1968 e 1973, ainda no primeiro decênio da ditadura militar. Favorecido pela maior mobilidade global de capitais, o “milagre econômico” caracterizou-se pela forte presença de capital estrangeiro sob a forma de empréstimos e de investimentos externos diretos (REGO; MARQUES, 2005), acentuando o caráter dependente do modelo capitalista aqui implantado. O “milagre”, entretanto, não representou qualquer salvação para a população brasileira. Ao contrário, promoveu forte concentração de renda – acompanhada de arrocho salarial, como política econômica do período militar – com conseqüente agravamento dos indicadores sociais e das disparidades socioeconômicas.

<sup>35</sup> Concebido por Castro e Souza (1985, p.8), o termo “marcha forçada” refere-se à “sustentação de taxas de investimento excepcionalmente elevadas [financiadas por empréstimos tomados ao capital estrangeiro], não obstante as dificuldades trazidas pela crise” – possibilitando que, durante o período de 1974 a 1980, o Brasil alcançasse consideráveis taxas de crescimento econômico, ainda que sob uma conjuntura, tanto externa quanto internamente, desfavorável.

À época, a atenção pública à saúde no Brasil caracterizava-se por uma dicotomia, funcional e institucional, entre os órgãos estatais da Saúde e da Previdência. De maneira que, como registra Menicucci (2011, p. 62), as atribuições eram assim divididas:

Ao Ministério da Saúde couberam as ações de caráter coletivo que desde o início do século XX se difundiram no Brasil, sob a forma de 'sanitarismo campanhista'. À Previdência Social, nos diversos formatos institucionais que assumiu ao longo de sua trajetória, coube a assistência à saúde de caráter individual, restrita aos segurados e seus dependentes.

Tal bipartição vigorou dos anos de 1930, com a institucionalização da Previdência Social e da medicina previdenciária, no governo Vargas, até os anos finais da década de 1980, quando teve lugar a promulgação da Constituição Federal de 1988 e o reconhecimento do direito à saúde. Por conseguinte, essa dicotomia trespassou o período militar.

No âmbito da assistência médica à saúde, vigorava o subsistema de medicina previdenciária, subordinado à Previdência, constituindo um seguro social na esfera do direito trabalhista – aos moldes dos sistemas de proteção social de caráter bismarckiano<sup>36</sup>. Tal modelo, nos países centrais onde se originou, aplicava-se a

---

<sup>36</sup> Em texto considerado referência no tema, Esping-Andersen (1991) propõe uma tipologia para classificar os sistemas de proteção social existentes nos países centrais: i) o beveridgiano (institucional, redistributivo ou socialdemocrata), ii) o bismarckiano (corporativista ou meritocrático) e iii) o liberal (ou, ainda, residual). Essa classificação está diretamente relacionada a uma certa concepção societária que embasa os princípios desses sistemas, norteados também suas formas de financiamento, bem como o grau de universalidade de acesso às políticas (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012). Por manterem uma estreita ligação com os sistemas de proteção social (MARQUES, 2016), posto que neles inseridos, os sistemas de saúde podem, igualmente, ser abordados a partir da mesma tipologia.

Sistemas beveridgianos (em homenagem ao inglês Beveridge, que, em 1942, propôs pela primeira vez um sistema de acesso universal) são fortemente financiados por recursos públicos e possuem acesso universal. Nesse gênero, enquadram-se o sistema nacional inglês (National Health Service – NHS) e também (pelo menos, em tese) o sistema público brasileiro (o SUS).

Sistemas bismarckianos (em referência ao alemão Bismarck, que instituiu os primeiros seguros sociais em seu país) são financiados por contribuições de empregados e empregadores, com participação de recursos públicos. É o caso do sistema alemão e dos extintos IAPs brasileiros.

Por fim, o modelo liberal é aquele onde há prevalência do mercado na prestação de serviços de saúde, cabendo ao Estado o atendimento, de forma residual, à parcela da população que não tiver condições de acessar os serviços privados.

Hodiernamente, contudo, não há um tipo totalmente “puro” de sistema de saúde, pois, em cada sociedade, eles sofreram e sofrem mudanças que alteram sua composição (UGÁ; PORTO; PIOLA,

economias de quase pleno emprego (formal), garantindo o acesso a ações e serviços de saúde a vasta parcela de suas populações, ou seja, com a formalização do emprego tanto urbano quanto rural. Diametralmente oposto era o caso brasileiro, haja vista que a informalidade equivale a um pilar estrutural e historicamente constitutivo do mercado de trabalho nacional – que representava e segue representando elevado percentual da população ocupada no país. Constituiu-se, portanto, um padrão de atenção à saúde e de proteção social sob um modelo corporativista de “cidadania regulada”<sup>37</sup>, pautado sob a lógica contributiva de seguro social.

Por consequência, submetida a tal modelo, “a saúde ficou a reboque da [questão] trabalhista” (BARBOSA, 2019, p. 20), sendo um anexo dela. Ter acesso à assistência médica individual era prerrogativa dos trabalhadores urbanos formais, contribuintes da Previdência. Aos demais, trabalhadores rurais e urbanos em desemprego ou informalidade – portanto, não contemplados pela medicina previdenciária –, a atenção à saúde se restringia às ações filantrópicas, aos serviços (pagos, para aqueles que pudessem custeá-los) prestados por profissionais liberais ou aos serviços públicos – que correspondiam, basicamente, a ações centralizadas “[...] na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo” (BRAVO, 2013, p. 132), promovidas pelo Ministério da Saúde (MS).

A medicina previdenciária foi herdada desde o primeiro governo Vargas pelos governos subsequentes, apenas renunciada em 1988 com a então nova Constituição. Contudo, antes do Golpe de 1964, os segurados da Previdência eram atendidos, em boa medida, em hospitais próprios dos institutos de aposentadorias de suas categorias profissionais, isto é, por órgãos do setor público. O advento dos militares

---

2012), sem, entretanto, abalar totalmente sua morfologia e determinadas características fundamentais que permitem identificar o tipo de proteção/concepção a qual se filiam.

<sup>37</sup> Cidadania regulada é um conceito definido por Wanderley Guilherme dos Santos, na obra *Cidadania e Justiça* (publicada pela primeira vez em 1979, pela editora Campus), que se tornou seminal para os estudos e análises acerca da formação e estruturação da previdência e da proteção social no Brasil. Esse conceito “[...] se refere a uma modalidade de cidadania em que a base dos direitos não se encontra em valores políticos universais, e sim em um sistema de estratificação ocupacional definido por norma legal, com benefícios desiguais” (SCOREL; TEIXEIRA, 2012, p.300).

ao poder reverteu drasticamente esse quadro, pois, sob sua gestão, a medicina previdenciária tomou forte viés privatizante.

No decurso da ditadura militar, a atenção à saúde começou a adquirir certas feições de uma política de Estado de caráter nacional, a partir da proposição governamental de universalizar a cobertura médico-assistencial vinculada à Previdência. Nesse escopo, em 1966, no governo Castelo Branco<sup>38</sup>, o passo primordial foi a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs)<sup>39</sup>, fundindo-os no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)<sup>40</sup>. Esse processo centralizou a administração do sistema, buscou homogeneizar em alguma medida os serviços de saúde conferidos ao conjunto dos segurados e expandiu consideravelmente a procura por esses serviços – tendo em conta que existia uma ampla demanda reprimida. De maneira gradativa, em especial a contar do início dos anos de 1970, foram sendo incorporados outros segmentos de trabalhadores – como os autônomos e parcela dos trabalhadores rurais<sup>41</sup> – e ampliado o rol de ações e serviços ofertados (ESCOREL, 2012).

A rede pública própria<sup>42</sup>, herdada dos IAPs – via de regra, suficiente ao atendimento dos segurados, antes da unificação –, não foi capaz de comportar o crescimento da demanda. Com o argumento de viabilizar a expansão da cobertura, o governo militar, de modo expresso, optou por “[...] recorrer maciçamente a credenciamentos da rede

---

<sup>38</sup> Primeiro presidente do regime militar, de 1964 a 1967.

<sup>39</sup> Os IAPs eram autarquias estatais, criados na década de 1930 – momento no qual o Estado passou a gerir e promover a política previdenciária, na qual se inseria a assistência médica. Eles sucederam e absorveram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) – entidades de natureza essencialmente civil e gestão privada, surgidas na década anterior (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). Com os IAPs, os trabalhadores passaram a ser agregados por categoria profissional – e não mais por empresa como anteriormente com as CAPs –, ampliando a cobertura previdenciária. Os IAPs organizavam-se e funcionavam de modo distinto, segundo a categoria profissional. Outrossim, eles se diferenciavam em recursos, benefícios e serviços oferecidos aos segurados e seus dependentes. Constituíam, portanto, uma proteção social sob um modelo corporativista de “cidadania regulada”, pautado na lógica contributiva de seguro social.

<sup>40</sup> Tal unificação desagradou as categorias profissionais dos IAPs de maior poder econômico, que temiam uma queda na qualidade dos serviços prestados.

<sup>41</sup> Estes últimos por meio de duas iniciativas: o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural) e o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural, ambos criados em 1971, financiados por recursos previdenciários.

<sup>42</sup> De acordo com Menicucci (2011, p.72), em 1964, essa rede contava com “22 hospitais em atividade e cinco em construção, 505 ambulatórios e 28 consultórios médicos, com a estimativa de atendimento a 22% da população brasileira”.

privada de serviços de saúde então existente, investindo inclusive na ampliação e modernização dessa rede” (SANTOS; SERVO, 2016, p. 216).

A rede médico-hospitalar empresarial, naquele momento, detinha uma considerável estruturada instalada – processo que teve início na década de 1940 –, tendo se desenvolvido de forma relativamente autônoma até o estabelecimento do INPS (BRAVO, 2013; MENICUCCI, 2011). Ao lado do crescimento em termos estruturais, as corporações médico-hospitalares avolumaram seu peso econômico e sua força política – em particular, após a criação do INPS, quando suas entidades representativas passaram a exercer influência crescente sobre o Poder Executivo pela obtenção de investimentos estatais no setor.

A predileção pela compra de serviços a prestadores privados do setor saúde se fez em prejuízo da rede pública, que – entre as décadas de 1970 e 1990 – teve seu crescimento praticamente estancado. Resultou disso um forte estímulo ao setor privado, que passou a ter “[...] no setor público a garantia de um mercado cativo” (MENICUCCI, 2011, p. 58). Ao longo de seu percurso, o regime militar assegurou um mercado institucional – com inversões, recursos financeiros e larga clientela – que contribuiu, decisivamente, para a robustez alcançada pelo setor privado, em contraste à debilidade crescente do setor público.

A partir da instituição do INPS, “tornam-se dominantes as forças institucionais liberais e privatistas da corporação médica” (MENICUCCI, 2011, p. 73), no âmago da assistência previdenciária. Essas forças defendiam uma prática médico-assistencial de cunho hospitalar e curativo, centrada no tratamento de doenças através de medicamentos e intervenções clínicas e/ou cirúrgicas, tendo o hospital como a porta de entrada da atenção à saúde.

De acordo com Menicucci (2011), os contratos e convênios com o setor privado expandiram-se de modo indiscriminado, chegando a equivaler a quase 90%, em média, das despesas do INPS no âmbito da assistência médica, entre 1969 e 1975. Nesse bojo, ainda se incluem os financiamentos estatais (a juros subsidiados) para a modernização e expansão da rede hospitalar privada.

Nos anos Geisel, mais especificamente, o carro-chefe de seu governo, o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND)<sup>43</sup>, que visava fomentar projetos e políticas sociais – com ênfase para a assistência médica –, teve parcela considerável dos investimentos na área da saúde<sup>44</sup> “[...] majoritariamente canalizados para a construção e o equipamento de unidades hospitalares privadas” (SCOREL, 2012, p. 338).

Um conjunto de reformas institucionais foi ainda operado na gestão Geisel. Nessas reformas, destacam-se a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) – gestor central da política previdenciária e da assistência médica – e do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) –, ambos em 1974. No ano seguinte, é formulado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) – financiador, a fundo perdido (para a União) e a juros subsidiados (para entidades públicas e privadas), de projetos na área social (principalmente, educação e saúde) vinculados às diretrizes do II PND. No entanto, tais reformas não promoveram alterações na vocação privatizante – assumida pelos militares desde o início do regime – do modelo de assistência médico-previdenciária, mantendo intacta a preponderância do setor privado na esfera da saúde.

---

<sup>43</sup> O II PND foi o projeto de políticas econômico-sociais implementado no governo Geisel, como resposta aos problemas de ordem conjuntural e estrutural então enfrentados pela economia brasileira. Tratou-se de um ambicioso plano que pretendia enfrentar dois desafios principais (e, segundo a ortodoxia econômica, em certa medida incompatíveis): i) controlar a ascensão inflacionária e os desequilíbrios nas contas externas e ii) assegurar o prosseguimento do crescimento econômico, enquanto elemento chave de legitimação do regime militar. Ao invés de políticas de austeridade fiscal e restrição monetária, que caracterizariam um ajustamento recessivo (clássico remédio defendido pelo *mainstream* econômico), o II PND trazia a ousada proposta de uma transformação estrutural da economia, de modo a – em médio prazo – superar a crise econômica conjuntural e a própria condição de subdesenvolvimento do país. Para realizar esses intentos – e respaldado em uma leitura de que a crise doméstica e as adversidades que então emergiam na economia mundial seriam efêmeras –, o plano pautava-se em uma estratégia de “fuga para a frente”. Essa estratégia consistia em assumir o risco de aumentar temporariamente a dívida externa, mediante empréstimos tomados ao capital estrangeiro – em um contexto de elevada liquidez internacional e ainda boas condições de financiamento externo –, para financiar a edificação de um arcabouço industrial avançado, buscando transpor a dependência externa do país quanto a bens de capital, insumos e combustíveis, principalmente. Ademais, seria ainda necessário enfrentar algumas das expressões mais agudas da questão social, como a fome e o não acesso à saúde (logo, o adoecimento da mão de obra), o que elucida o certo destaque concedido no plano à política de saúde e à agricultura.

<sup>44</sup> A título de exemplo, em 1977, do total de financiamento do setor saúde com recursos do FAS, o governo Geisel direcionou 79,5% para o setor privado, cabendo ao setor público os 29,5% restantes (MENICUCCI, 2011).



Em 1977, o INPS – que geria e executava tanto a política previdenciária quanto a assistência médica – foi desagregado, originando o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Este último se tornou o órgão responsável pela assistência médica. O INPS, por sua vez, direcionou-se exclusivamente aos benefícios previdenciários. Ambos os institutos passaram a compor, juntamente com outros órgãos<sup>45</sup>, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), subordinado ao MPAS. Todavia, nem mesmo essa ramificação alterou a arquitetura e a hegemonia do modelo médico-assistencial – privatizante, hospitalar, farmacológico – em vigor no período em foco.

O padrão de favoritismo para com o setor privado engendrava elevados dispêndios ao INPS (e, a partir de 1977, ao INAMPS) que, paulatinamente, assistia à corrosão de suas receitas em favor de galopantes – e, não raramente, fraudados – faturamentos das corporações médico-hospitalares contratadas ou conveniadas ao Estado.

Os elevados custos, porém, não se traduziram em melhorias nas condições de vida e de saúde da população como um todo. Longe disso, excetuando-se o eixo Sul-Sudeste, destacadamente Rio de Janeiro e São Paulo, a cobertura não alcançara imensas partes do território nacional, dado o desinteresse do setor privado em atuar nas demais regiões, negando o acesso a serviços médico-hospitalares à ampla parte da população brasileira.

Uma expressão do privilegiamento facultado aos interesses mercantis acabou sendo o Plano de Pronta Ação (PPA). Criado em setembro de 1974, no cerne do INPS, o PPA tinha como objetivo nuclear estender a cobertura assistencial, empregando a totalidade da capacidade médico-hospitalar instalada no país, tanto do setor público quanto do privado. E – como objetivo específico – pretendia promover, em casos de urgência, o atendimento universal; isto é, a despeito da capacidade contributiva ou da (in)existência de vínculo previdenciário da pessoa assistida (MENICUCCI, 2011). Para isso, o plano contou com a canalização de recursos do FAS, asseverando o

---

<sup>45</sup> Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS); Legião Brasileira de Assistência (LBA); Fundação Nacional para o Bem-estar do Menor (FUNABEM); Empresa de Tecnologia e Informação da Previdência Social (DATAPREV); Central de Medicamentos (CEME) (SCOREL, 2012).

pagamento dos serviços de saúde a ambos os setores. Entretanto, na prática, o PPA foi aplicado, em demasia, como mecanismo de enriquecimento das corporações hospitalares. A prevalência de contratos com o setor empresarial, a remuneração por Unidade de Serviço (US) que estimulava mais procedimentos<sup>46</sup> e as milhares de internações dispensáveis realizadas por essas empresas (como admitido pelo próprio INPS, à época) – ou seja, as próprias engrenagens de funcionamento desse mecanismo – oportunizaram tal processo.

Concretamente, as reformas institucionais promovidas na era Geisel não remodelaram a configuração do sistema de saúde e tampouco abalaram a predominância dos interesses mercantis. Porém, essas reformas foram coetâneas e, em algum grau, partícipes de um processo gradual de metamorfose no ambiente político do campo da saúde. Conquanto se mantivessem prevalentes, as forças privatistas começavam a se defrontar, gradativa e crescentemente, com resistências maiores e mais articuladas que se opunham ao paradigma privatizante. Pouco a pouco, ao longo dos anos Geisel, foi se configurando um cenário de embate entre um projeto privatista, então hegemônico, e um projeto publicista<sup>47</sup>, ainda embrionário. Semelhante alteração na arena política do campo da saúde foi, singularmente, possibilitada pelo próprio contexto político-econômico com o qual o regime ditatorial se defrontava.

Diretamente decorrente da necessidade de legitimar o regime, o relevo deferido à saúde no II PND possibilitou inversões no setor como um todo – ainda que em maior proporção no segmento de mercado –, fomentando projetos e programas sociais e ampliando a gama de ações e serviços prestados. Em consequência, exigiu o

---

<sup>46</sup> Os contratos de assistência médica com as corporações hospitalares eram remunerados por unidade de serviço (US), isto é, por procedimento médico, clínico ou hospitalar. Em outras palavras, constituía um “sistema de pagamento que incentivava a realização de maior número de procedimentos para aumentar a lucratividade dos prestadores” (MENICUCCI, 2011, p.88). Por outro lado, os convênios com as secretarias de saúde de alguns estados e municípios (que começavam a ser firmados), além de hospitais universitários, eram remunerados por certo valor global previamente acordado. Esse valor era transferido para o órgão responsável, que deveria se encarregar dos atendimentos. Mesmo na modalidade de convênios, entretanto, prevalecia o favorecimento a empresas do setor saúde (SCOREL, 1999).

<sup>47</sup> Publicistas: como ficou conhecida a vertente defensora da atuação direta do Estado no setor saúde, por meio de um sistema público e universal.

aumento do aparato estatal para operar e gerir o conjunto do sistema de saúde. Isso se traduziu na admissão de novos quadros de pessoal para ocupar os espaços institucionais que então se abriam, nos três níveis de governo. Nessa dinâmica, acabaram por ser também incorporados profissionais adversos/as ao regime militar e, dentre esses/as, aqueles/as que advogavam em prol do fortalecimento do setor público e por uma abordagem social da saúde.

Igualmente contrários ao padrão vigente de assistência médica, esses e essas profissionais engajaram-se na proposição e condução de projetos alternativos no âmbito da atenção pública à saúde. Esses projetos pautavam-se, precipuamente, em uma ótica racionalizadora – buscando otimizar o emprego da rede pública, reduzindo custos com serviços contratados – e em um conjunto de diretrizes sob uma perspectiva histórico-social, e não apenas biológica, da relação entre saúde e doença – reconhecendo seus condicionantes socioeconômicos.

O Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) foi o expoente desses projetos. Coordenado pelo MS, em cooperação com o MPAS, em parceria com as secretarias estaduais de saúde. Pela primeira vez, a Previdência participava financeira e programaticamente de um projeto de saúde pública. O PIASS fortaleceu política e institucionalmente o setor público da saúde, ampliando a crítica ao modelo privatizante então em vigor.

### *3.2. Concepção do SUS: diretrizes e princípios do nosso sistema público e universal de saúde*

De forma então inédita na história do país, a Constituição Federal de 1988 (CF/1988), no seu Art. 196, afirma a saúde como um direito de cidadania e incumbe ao Estado a execução de ações e serviços públicos de saúde (ASPS), os quais “integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (BRASIL, 2021b, p.85). É a tal sistema único e público, de “[...] acesso universal e igualitário” (BRASIL, 2021b, p.84), financiado por recursos tributários e contributivos e alicerçado por um

corpo de diretrizes constitucionais que orientam seu funcionamento, que se designa Sistema Único de Saúde (SUS).

Conquanto tenha sido instituído com a promulgação da CF/1988, o SUS teve sua implantação iniciada no início da década de 1990, com a aprovação da Lei nº 8.080 e de sua complementar a Lei nº 8.142, que compõem a chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS). Essas leis definem a arquitetura político-institucional do sistema, seus objetivos e atribuições, diretrizes e princípios norteadores, as fontes de recursos e financiamento, as formas de participação democrática na gestão, implantação e controle do sistema, além da participação complementar do setor privado. Já prevista no texto constitucional, a atuação do setor privado no SUS – que, em tese, deveria ser apenas em caráter complementar – é sancionada na LOS. Por conseguinte, ao conjunto das ações e serviços públicos de saúde (ASPS), mantidas pelo Poder Público, soma-se a parcela de serviços privados ofertados no âmbito do SUS e, igualmente, remunerados por recursos públicos.

Tal como especificado na Lei 8.080 (BRASIL, 1990a), constituem objetivos do SUS:

- i) Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- ii) Formulação da política nacional de saúde – considerando seus determinantes socioeconômicos;
- iii) Atendimento às pessoas, através da oferta e realização de ASPS, integrados, em todos os níveis de assistência.

Ainda na Lei 8.080, ratificando e ampliando os princípios estabelecidos no Art.198 da CF/1988, encontra-se um conjunto de diretrizes que norteiam o funcionamento do SUS.

Dentre tais diretrizes, destacam-se (BRASIL, 1990a):

- i) Universalidade no acesso às ASPS,
- ii) Igualdade na assistência à saúde,

- iii) Integralidade da assistência,
- iv) Participação da comunidade
- v) Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

Os princípios constitucionais de universalidade e igualdade afirmam que todos os cidadãos têm direito, de forma equânime e sem sofrer discriminação, às ações e serviços de saúde de que necessitem, independentemente do nível de complexidade, custo ou natureza desses serviços (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012). Tais princípios rompem com o caráter, até então, corporativo e meritocrático do modelo de saúde anterior (LOBATO, 2012), cujo acesso, condicionado à contribuição prévia, era restrito aos trabalhadores urbanos do mercado formal, vinculados ao sistema previdenciário (BARROS; PIOLA, 2016). Aos demais, o acesso a serviços de saúde dava-se por pagamento direto, para aqueles que podiam fazê-lo, ou por intermédio de instituições e ações filantrópicas (BARROS, PIOLA, 2016) e/ou alguns poucos serviços públicos então existentes (NOGUEIRA; MIOTO, 2009), para a grande parcela da população desempregada, pobre e/ou ocupada no setor informal.

A integralidade da assistência é compreendida como “[...] um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade” (BRASIL, 1990a, Art. 7º). Assim, o atendimento deve se dar de forma integral, assegurando ao indivíduo o acesso a ações e serviços de saúde em qualquer nível de atenção necessário. A integralidade implica a não dissociação dos serviços de saúde nos diferentes âmbitos, do preventivo, ambulatorial e hospitalar, aos serviços de diagnóstico, tratamento e reabilitação. Ainda, no que concerne à política de saúde no domínio mais amplo, “a integralidade também remete à articulação necessária entre as políticas de cunho econômico e social no sentido de atuar sobre os determinantes do processo saúde e doença [...]” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012, p. 368).

O princípio da participação da comunidade busca fortalecer e garantir a presença popular, por meio de entidades representativas, nos processos de formulação, fiscalização e acompanhamento da execução de políticas de saúde nas diferentes esferas de governo – federal, estadual e municipal (NORONHA; LIMA; MACHADO,

2012). Tal princípio materializa-se nos foros institucionais, a partir da constituição dos Conselhos de Saúde (Nacional, Estaduais e Municipais), bem como das Conferências de Saúde. Estas, realizadas a cada quatro anos, são convocadas pelo Poder Executivo (gestor institucional) correspondente, ou, de modo extraordinário, pelo Conselho de Saúde. Os Conselhos, por sua vez, de caráter permanente e deliberativo, são órgãos colegiados – constituídos por representantes do governo, profissionais e prestadores de serviços em saúde e usuários (BRASIL, 1990b, Art. 1º) –, vinculados a cada esfera de governo, tendo por atribuição a formulação, aprovação e controle de “[...] políticas e diretrizes destinadas a assegurar a oferta de ações e serviços de saúde” (BARROS; PIOLA, 2016, p. 105). Cabe ressaltar que a participação dos usuários, tanto nos Conselhos quanto nas Conferências, é “[...] paritária ao conjunto dos demais segmentos” (BRASIL, 1990b, Art. 1º, § 4º), isto é, os usuários representam 50% de sua composição, com os outros 50% abarcando os gestores institucionais, profissionais e servidores da saúde.

Destacam-se, ainda, as instâncias colegiadas dos gestores: i) as comissões intergestores – a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de âmbito nacional, e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), de âmbito estadual, e ii) os conselhos de secretários de saúde – no nível nacional, o Conselho Nacional de Secretários (estaduais) de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), e no nível municipal, os Conselhos Municipais de Saúde (COSEMS).

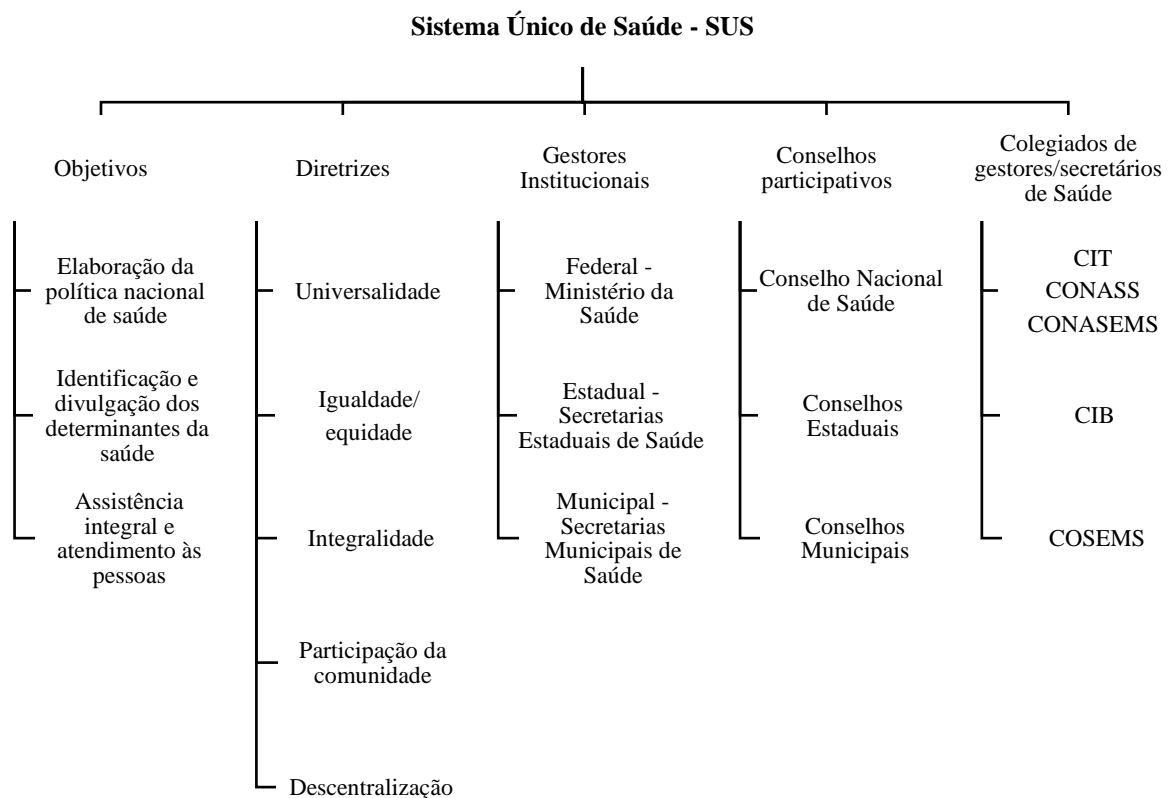
A diretriz de descentralização implica a partilha e articulação de responsabilidades, de gestão e financiamento, entre os entes federativos, nos três níveis de governo (União, Estados e Municípios), com ênfase para o nível municipal (BRASIL, 1990b). A essa diretriz está associada a premissa de comando único, a qual determina a direção única do SUS, em cada esfera de governo – de modo a garantir o princípio federalista de autonomia relativa dos entes federados (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2012). A direção única é exercida pelo gestor institucional, responsável pela implantação da política de saúde em sua respectiva esfera. Dessa forma, no âmbito federal, o gestor da política nacional de saúde e do SUS é o Ministério da Saúde (MS). A ele se vinculam a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquias públicas que, em nível federal, exercem as

atribuições do SUS de regulação, fiscalização e controle das atividades do setor privado, desde a oferta de ações e serviços à produção de medicamentos e produtos de interesse à saúde (BARROS; PIOLA, 2016). Nos níveis estadual e municipal, a gestão e direção única do SUS são exercidas “[...] pelas 27 Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e por mais de 5.570 Secretarias Municipais de Saúde (SMS)” (BARROS; PIOLA, 2016, p. 103).

Essas diretrizes delineiam o arcabouço político-institucional do SUS, fundamentando sua estrutura sociopolítica e organizacional, esboçada sinteticamente na Figura 3.

**Figura 3**

**Arcabouço político-institucional do SUS**



Fonte: NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012; BARROS; PIOLA, 2016; BRASIL, 1990a. Elaboração própria.

A partilha de responsabilidades entre os entes federativos, derivada do princípio de descentralização, consubstancia-se na implementação de uma rede de atenção à saúde, articulada e ordenada, na qual as ASPS distribuem-se “[...] por níveis de atenção (hierarquização), segundo necessidades diferenciadas de saúde e dinâmicas territoriais específicas (regionalização)” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012, p. 369). Desse modo, as ASPS são hierarquizadas do nível mais básico (postos de saúde que fornecem vacinas e realizam consultas em clínica médica, pediatria, ginecologia, etc.) ao mais especializado (ambulatórios e hospitais especializados, unidades de pronto-socorro, de diagnose e terapia, etc.). Esses níveis são regionalizados por esfera de governo, cabendo aos municípios a implementação e prestação de ASPS, precipuamente, na Atenção Básica, e aos Estados e à União a oferta nos níveis de maior especialização, tecnologia e complexidade.

São os objetivos e diretrizes constitucionais, definidos e corroborados na legislação complementar pertinente, que embasam o desenho institucional do SUS, constituindo-o como um sistema público, universal e descentralizado, sob responsabilidade partilhada entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal), tendo a formulação, acompanhamento e avaliação de sua política desenvolvidas pelos gestores institucionais do sistema e as instâncias colegiadas e representativas, por meio das comissões intergestores, dos conselhos e das conferências de saúde.

Ademais, os objetivos e diretrizes assentam-se sobre uma concepção ampla de saúde, assumida na CF/1988. Abandonando o paradigma mecanicista do binômio doença-cura, o conceito ampliado de saúde admite também seus determinantes históricos e socioeconômicos. Em função disso, a atenção à saúde não se restringe mais a cuidados médico-hospitalares. Antes, deve ser garantida “[...] mediante políticas econômicas e sociais que visem a [...] sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2021b, p. 84).

Por conseguinte, tendo em vista os objetivos, diretrizes e o conceito amplo de saúde, o domínio de atuação do SUS ultrapassa os muros das unidades de atendimento (como postos de saúde e hospitais). Ele abrange diferentes órgãos e serviços na área da saúde, tais como: a vigilância sanitária e epidemiológica, a cobertura vacinal do



conjunto da população, a assistência terapêutica e farmacêutica<sup>48</sup>, a fiscalização e inspeção de produtos e substâncias pertinentes à saúde e consumo humano e ainda o controle de qualidade da água, dentre outros. Enfim, o SUS é tão extenso quanto o país que o abriga.

### *3.3. Limites estruturais e avanços do SUS no contexto de neoliberalismo*

Não se contesta a relevância do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto conquista do povo brasileiro pelo reconhecimento do direito à saúde e pelo acesso público e universal às ações e serviços médico-assistenciais. A construção e consolidação desse Sistema, no entanto, permanecem como desafios cotidianos. Desafios que se colocam para seus e suas milhares de profissionais em todo o território nacional; para os movimentos sociais; para os gestores, gestoras e conselhos representativos; e para a população usuária que diariamente luta por seu direito cidadão, social e humano de viver com dignidade.

#### *Os limites*

O SUS possui limites estruturais em seu papel civilizatório de defesa da saúde e da vida. Podemos presumir que esses limites são constituídos pela estrutura sócio-histórica, pela conjuntura socioeconômica e política existente e pelo grau de correlação de forças entre as classes sociais fundamentais e concomitantemente antagônicas no capitalismo. Em outras palavras, pelas condições materiais e imateriais de vida e de reprodução social.

Temos clareza que o SUS sozinho não conseguiria, tampouco conseguirá, dar respostas a todos os problemas de saúde do Brasil. Embora desempenhe um papel

---

<sup>48</sup> Englobando sua atuação no que tange a registros, pesquisas, produção e controle de qualidade de medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, insumos e equipamentos de uso clínico/hospitalar.

medular enquanto sistema público, único e universal, na ausência de avanços sinérgicos das demais políticas públicas relativas às condições de vida da população e, principalmente, do conjunto da classe que vive [da venda] do [seu próprio] trabalho, dificilmente serão sanadas as questões sanitárias estruturais do país.

Outra importante ordem de limites estruturais, que obstam a consolidação do SUS, corresponde ao parasitismo das empresas do setor saúde – resultante do histórico hibridismo público-privado do setor [enraizado desde o regime militar] no país – e o subfinanciamento crônico [tornado desfinanciamento, a partir da EC 95].

Não sendo possível [nem plausível] ao SUS resolver sozinho todos os problemas de saúde<sup>49</sup> do país, é preciso que sua evolução – ao longo da trajetória ainda inconclusa de seu processo de consolidação – seja simultânea ao desenvolvimento de certos requisitos basilares de cidadania, tais como:

- i. Políticas de redistribuição – que são mais difíceis e importantes do que as de distribuição – de renda e da riqueza socialmente produzida, a partir de uma tributação progressiva e da taxação de grandes fortunas;
- ii. Políticas ativas de emprego para trabalhadores e trabalhadoras, baseadas em ganhos reais de renda e em redução da jornada de trabalho;
- iii. Condições dignas de habitação, locomoção, mobilidade e acessibilidade (direito à cidade);
- iv. Condições sanitárias essenciais (universalização do saneamento básico);
- v. Combate à discriminação racial, de gênero, de condição de deficiência; dentre tantos outros.

Requisitos esses que constituem, desse modo, respostas verossímeis aos limites estruturais colocados ao SUS pela realidade histórico-social brasileira. Afetando diretamente as condições de saúde, esses limites refletem as condições de vida e existência da população.

---

<sup>49</sup> Tendo em conta [inclusive] a própria concepção ampla, atual e mundialmente, vigente dessa categoria.

## *Os avanços*

Presente no dia a dia do povo brasileiro – desde os 75% de cidadãos e cidadãs, cujos atendimentos hospitalar e ambulatorial se fazem unicamente através do setor público, como também dos demais 25% que, a despeito de utilizarem serviços privados de saúde, acessam inúmeros serviços imprescindíveis ao conjunto da população, o SUS é responsável, em grande medida, pela evolução positiva dos principais indicadores de saúde nacionais (BARBOSA, 2019).

Ele possui o potencial de gerar benefícios sistêmicos na economia e na sociedade (BARBOSA, 2019), dado o manifesto caráter multiplicador do gasto público em saúde e bem-estar social (ABRAHÃO; MOSTAFA; HERCULANO, 2011). O sistema público de saúde brasileiro obtém tais resultados, apesar de, histórica e fortemente, marcado pelo hibridismo e parasitismo do setor privado e pelo subfinanciamento crônico [convertido em um aberto processo de desfinanciamento, a partir da Emenda Constitucional (EC) 95 e a instituição do Novo Regime Fiscal (NRF)].

É ponto pacífico que “um dos principais sucessos do SUS foi a unificação e integração de vários sistemas independentes de prestação de serviços de saúde sob diferentes modalidades de financiamento, em um único sistema para toda a população com financiamento público” (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013, p. 3). Dessa maneira, foi possível a criação de um sistema de saúde de orçamento, gestão e diretrizes unificadas. Sistema efetivamente apto a promover a universalidade de acesso, tendo a saúde como direito e seu financiamento custeado pelo fundo público oriundo da tributação de todos os cidadãos e cidadãs.

Outro avanço incontestado foi o êxito alcançado com a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto parâmetro de reorientação para o modelo de assistência à saúde no país. Historicamente canalizado para o padrão hospitalocêntrico, a atenção à saúde no Brasil passou por uma importante inflexão, a partir da ESF como modelo para a estruturação da Atenção Básica. Essa inflexão possibilitou que a natureza hospitalocêntrica, até então predominante, do sistema

perdesse fôlego para uma crescente organização pautada nos cuidados primários e na promoção da saúde (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013).

Nesse sentido, consideramos que “[...] o SUS realmente existente, com todas as suas dificuldades e fragilidades, produziu conquistas e resultados significativos nessas [mais de] três décadas” (PAIM, 2018, p. 1726).

#### **4. A Atenção Primária à luz da universalidade da Constituição cidadã**

O propósito deste quarto capítulo consiste em apreciar (em ambos os sentidos) a Atenção Primária à Saúde, na esfera do SUS. Discutimos sua abrangência, fins e impactos gerados, sob a perspectiva da saúde enquanto direito de cidadania.

O primeiro tópico encerra um caráter conceitual e está aplicado à definição e exame dos princípios centrais concernentes à Atenção Primária.

No tópico subsequente, trata-se acerca da Atenção Básica, no que se refere à sua conformação e elementos estruturantes principais.

O terceiro tópico visa explicitar a oferta de (alguns) serviços públicos de saúde, no campo da Atenção Básica. Para tal, são elencados certos elementos da oferta da rede assistencial da Atenção Básica – considerando estabelecimentos e recursos humanos (profissionais de saúde).

Em sequência, são discutidos o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF). Examinamos a evolução desses programas, destacando seus objetivos, alcance e resultados na Atenção Básica, enquanto primeiro nível de atenção no sistema público de saúde brasileiro.

O tópico quinto intenta suscitar o debate a respeito da recente aprovação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). Processo esse que abre as portas para a mercantilização da Atenção Básica no SUS.

#### 4.1. Atenção Primária à Saúde: porta de entrada do sistema de saúde

Podemos definir a Atenção Primária à Saúde (APS), consoante a Giovanella e Mendonça (2012, p. 493), como:

[...] um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder a necessidades individuais e coletivas que, no Brasil, passou [...] a ser denominado de atenção básica à saúde [... abrangendo os] serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, de fácil acesso, direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população.

Equivalentemente ao primeiro nível de atenção nos serviços de saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) possui dois enfoques ou abordagens centrais: i) a abrangente (ou integral) e ii) a seletiva (ou focalizada). A primeira abordagem<sup>50</sup> concede centralidade à função da APS no sistema de saúde, para além de seu ofício de porta de entrada e de primeiro contato do/a usuário/a com o sistema. É uma perspectiva que toma em conta os determinantes socioeconômicos da saúde; enfatiza os princípios de universalidade, equidade, integralidade, acessibilidade e solidariedade; compreende a saúde como direito humano e enfoca a proteção e promoção da saúde.

Por outro lado, a abordagem seletiva – resultante de críticas à amplitude supostamente exacerbada do enfoque anterior – corresponde a certo conjunto de ações de baixo custo para enfrentar enfermidades específicas nas sociedades periféricas, sem colocar em questão os aspectos socioeconômicos do processo de saúde-adoecimento (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Entre as décadas de 1980 e 1990, esse conjunto de ações [que fora largamente difundido e devidamente financiado por organismos internacionais – como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef)] consistia em quatro intervenções designadas pela sigla GOBI<sup>51</sup> que, de acordo com Cueto (2004, p. 1869, tradução

<sup>50</sup> Concepção expressa na Declaração de Alma-Ata, realizado em 1978.

<sup>51</sup> Sigla de suas iniciais em inglês: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (da criança) – growth monitoring; reidratação oral – oral rehydration; aleitamento materno – breast feeding; imunização – immunization.

nossa), “[...] pareciam fáceis de monitorar e avaliar. Além do mais, eram mensuráveis e tinham finalidades claras”<sup>52</sup>.

No caso brasileiro, no âmbito do SUS, foi cunhado o termo “Atenção Básica” para denominar a totalidade de cuidados, ações e serviços característicos da Atenção Primária à Saúde (APS). Quando da idealização do termo, seus proponentes pretendiam estabelecer distinções nítidas entre as propostas do Movimento da Reforma Sanitária (MRS) e os programas de cunho focalizado da APS seletiva. Seguida do adjetivo “básico”, a atenção à saúde poderia ser interpretada como “aquilo que é essencial, fundamental”. Diferentemente aconteceria com o adjetivo “primário”, cuja acepção, em português, guarda bastante vínculo com a ideia de “algo rudimentar, simples” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Ainda de acordo com as autoras supracitadas, ao longo das décadas de 1980 e 1990, foi a abordagem da APS seletiva que predominou nas economias capitalistas dependentes. Entretanto, a saúde não apenas se manteve na pauta de discussões, em nível global, como tais debates adensaram-se em torno de questões já manifestas na esfera do enfoque integral, nomeadamente:

- i. Imprescindibilidade de tratar os condicionantes socioeconômicos do binômio saúde-doença;
- ii. Entendimento da saúde enquanto direito humano;
- iii. Essencialidade de uma cobertura universal de saúde.

Nesse aspecto, é notória a ambivalência atribuída à conotação de cobertura universal por parte das agências multilaterais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), em cujo documento de sua 58ª Assembleia Geral (WHO, 2005, p. 2, tradução nossa)<sup>53</sup> afirmava que a:

---

<sup>52</sup> “[...] appeared easy to monitor and evaluate. Moreover, they were measurable and had clear targets”.

<sup>53</sup> “[...] universal coverage [...] which can be classified into two broad strategies. The first is use of general tax revenue as the main source of risk pooling [...]. The second is introduction of **social health insurance**, used here to describe the situations where specific contributions for health are collected from workers, self-employed people, enterprises and government, and are pooled into a single, or a multiple, ‘social health insurance fund’” (WHO, 2005, p. 2).

[...] cobertura universal [...] pode ser classificada em duas grandes categorias. A primeira é a utilização de receitas fiscais gerais como a principal fonte de financiamento para o conjunto de riscos [...]. A segunda é a introdução de um seguro social de saúde, [termo] usado aqui para descrever a situação na qual contribuições específicas para a saúde são recolhidas dos trabalhadores [formais], trabalhadores autônomos, empresas e governo, e são agrupadas em 'fundos de seguros sociais de saúde' únicos ou múltiplos.

Conquanto a OMS reduza as duas categorias a diferentes manifestações do mesmo objeto – ou seja, duas formas de financiamento vigentes nas sociedades capitalistas com vistas a promover a cobertura universal – elas, efetivamente, não se equiparam. Isso porque a primeira é sinônimo de acesso universal e de direito à saúde (a princípio, pleno e incondicional); ao passo que a segunda pode variar entre propiciar uma cobertura médico-assistencial (quer pública, quer privada, quer mista) territorialmente ampla ou um universalismo de certos serviços básicos.

O modelo de financiamento por impostos gerais, via de regra, vincula-se a países desenvolvidos. Historicamente, fora concebido em determinados países da Europa Ocidental que estabeleceram sistemas de atenção universal à saúde – tendo o sistema de saúde inglês, *National Health System* (NHS), como um de seus principais expoentes.

Por outro lado, a segunda forma de financiamento – a do seguro social, na qual [somente e/ou preferencialmente] as pessoas que contribuem acessam o sistema de saúde –, fez e faz parte de sociedades com diferentes graus de desenvolvimento socioeconômico. Surgido na Alemanha, em fins do século XIX, é o padrão de assistência à saúde atualmente vigente na França e, também (até o momento), aquele que mais tempo se manteve em vigor no Brasil (da década de 1930, quando implantado por Vargas com a criação dos IAPs – atravessando a ditadura –, até a superação do INAMPS, com a promulgação da CF/1988 e a instituição do SUS).

Todavia, o modelo de seguro social na saúde apenas pode funcionar, de modo adequado, nos países centrais do capitalismo. O motivo é bastante óbvio: sua lógica de funcionamento demanda um mercado de trabalho que não seja estruturalmente segmentado, já que o acesso à saúde passa, necessariamente, pelo acesso ao emprego, diga-se, ao trabalho formal. Os trabalhadores ocupados, mas sem vínculos



formais de trabalho – ou seja, em condições de informalidade – são, em grande medida, não contribuintes<sup>54</sup> e, em consequência, não segurados em um sistema baseado em seguros sociais. Em outras palavras, a existência de um mercado informal consistente [como o brasileiro (e o de diversas outras economias da periferia do capitalismo)], anula a possibilidade de se alcançar a universalização por esta via.

No Brasil, esse modelo já foi adotado e – embora tenha persistido por décadas – limitou-se a estabelecer uma “cidadania regulada” (Santos, 1979), possibilitando o acesso à saúde somente aos cidadãos detentores de uma profissão regulamentada e de uma carteira de trabalho assinada. Aos demais [que representavam nada menos que cerca da metade da população brasileira, à época] restavam a já conhecida caridade cristã e a bem quista filantropia civil, como ratificam Pinto e Giovanella (2018, p. 1904):

O direito à assistência à saúde estava restrito à parcela da população vinculada ao mercado de trabalho formal urbano, que contribuía compulsoriamente para a previdência social com uma taxa proporcional do seu salário. Decorrente da elevada informalidade do mercado de trabalho, a cobertura desse seguro social alcançava menos de 50% da população. O restante estava excluído da atenção à saúde e recorria em casos extremos a serviços filantrópicos, sendo tratados como indigentes.

Sobre as características da Atenção Primária, quando concebida e implementada em sua perspectiva integral, a APS detém determinadas insígnias que lhes são distintivas dos demais níveis de atenção em saúde. Totalizam sete atributos: quatro essenciais – primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, integração – e três derivados – ênfase na família, competência cultural e orientação para a comunidade. Com base em Stanford (2007), esses atributos podem ser assim entendidos:

- i. Primeiro contato: funciona como a porta de entrada preferencial para acessar o sistema de saúde, constituindo-se enquanto triagem para os demais níveis de atenção;

---

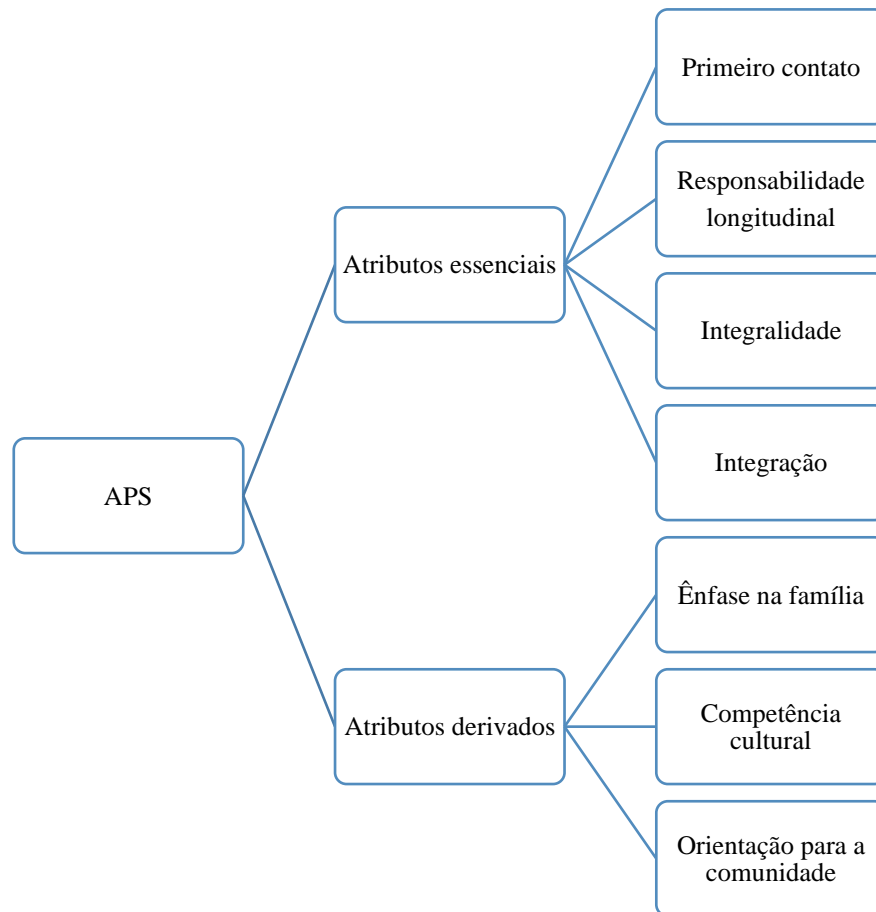
<sup>54</sup> A menos que o façam autonomamente, o que além de ser bastante difícil em termos financeiros, nem sempre foi legalmente possível, no que tange ao Brasil.

- ii. Longitudinalidade: presume o estabelecimento de uma responsabilidade longitudinal (isto é, ao longo do tempo) da APS pelo/a paciente, mantendo um acompanhamento regular e/ou periódico de seu estado de saúde, na presença ou não de doenças;
- iii. Integralidade: assume que a APS promova e/ou garanta, por meio de encaminhamentos a outros níveis de complexidade, o atendimento às necessidades e demandas de saúde colocadas pelos/as pacientes, ofertando, ainda, ações e serviços de caráter preventivo e/ou terapêutico, tendo em conta a concepção ampliada de saúde;
- iv. Integração: exige a existência de alguma coordenação ou continuidade entre os/as profissionais da APS no que concerne ao acompanhamento do/a paciente, o que pode ser feito por diferentes mecanismos, como os prontuários ou os sistemas informatizados;
- v. Ênfase na família: denota a família como o núcleo de trabalho da APS, a partir do qual são avaliadas as condições de saúde dos membros que a compõem, como também embasadas as respostas às demandas comunitárias de saúde;
- vi. Competência cultural: significa a habilidade de apreensão, identificação e comunicação com as diferentes manifestações individuais e coletivas – em termos de cultura, raça, gênero, religião, grau de instrução, regionalidade, etc. – presentes na comunidade e expressas nas demandas de saúde dos/as usuários/as;
- vii. Orientação para a comunidade: implica que a APS se volte para a comunidade na qual esteja regionalmente imersa, buscando conhecer adequadamente suas condições de vida e de saúde, bem como favorecer e estimular a participação comunitária nos processos decisórios concernentes à saúde populacional.

A Figura 4 esquematiza os sete atributos que uma APS abrangente deve possuir.

Figura 4

## Atributos da Atenção Primária à Saúde (APS)



Fonte: STANFORD, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012.

Cabe destacar a relevância do papel da APS, enquanto porta de entrada (preferencial ou obrigatória) do sistema de saúde. Quando o acesso ao sistema exige a triagem inicial através do primeiro nível de atenção – processo a ser operacionalizado pelo/a médico/a generalista responsável pelo/a paciente, que o/a encaminha ao nível de complexidade necessário, mediante um encaminhamento –, a APS exerce a função de coordenadora geral dos cuidados no sistema de saúde. Com isso, não apenas se busca a garantia de um atendimento integral às demandas dos/as usuários/as, assim como economizam-se custos, que teriam sido desnecessariamente despendidos em atendimentos e/ou medicações dispensáveis.

#### *4.2. Atenção Básica: a Atenção Primária à Saúde brasileira*

Nos anos de 1980, quando a vertente seletiva da APS iniciava sua prevalência no continente latino-americano e em outros países de economia dependente – sem, contudo, lograr abafar o debate em e sobre saúde, centrado em sua determinação histórico-social e econômica –, simultaneamente, o Brasil vivenciava um processo de forte mobilização social (que se havia principiado desde meados da década anterior) pela “[...] democratização da saúde, do Estado e da sociedade” (PAIM, 2012, p. 10).

Tal processo culminou na promulgação da Constituição Federal, em 1988, e, com ela, na inclusão de um novo componente constitucional, o conceito de Seguridade Social e o rol de políticas sociais e direitos de cidadania dele decorrentes. Com esse conceito, instaurou-se, formalmente, um conjunto de direitos sociais – nos âmbitos da Previdência, da Saúde e da Assistência Social – a serem garantidos pelo Estado brasileiro. No seio desse amplo processo, emergiu o SUS, enquanto materialização do direito social e humano à vida e à saúde – direito esse reconhecido e inscrito na Constituição Federal de 1988 e abarcado na Seguridade Social brasileira.

As mobilizações sociais pela redemocratização, a promulgação de um Constituição creditada cidadã e a instituição de um sistema público e universal de saúde foram levadas a cabo por movimentos sociais de caráter progressista – com grande destaque para o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) –, que abraçavam um projeto societário no qual a saúde despontava como direito humano e social e aflorava como bem público ao qual todos e todas deveriam ter equitativo acesso, independentemente de sua capacidade contributiva ou de pagamento. Afinal, a saúde não correspondia a uma mercadoria; não era negociável, mercantilizável ou permutável.

A simultaneidade entre os processos que então se desenrolavam na conjuntura brasileira e os debates em torno das acepções integral e seletiva da APS culminaram, no Brasil, na busca por uma perspectiva que aproximasse a atenção à saúde de primeiro nível dos princípios defendidos pelo MRS, já desde seu limiar, como também daqueles inscritos nas diretrizes do SUS – que espelham, em grande proporção,

aqueles mesmos princípios. Diante disso, cunhou-se o termo “Atenção Básica”, como sinônimo de “fundamental, crucial”, constituindo a APS brasileira.

Com a Norma Operacional Básica (NOB) n. 1, em 1996, caracterizou-se formalmente a Atenção Básica (AB) enquanto primeiro nível de atenção do sistema público de saúde brasileiro. Sendo assim, a Atenção Básica, por um lado, constitui o contato inicial do/a usuário/a com o sistema, sendo a porta preferencial de acesso. Por outro, incumbe-se da coordenação geral das ações e serviços públicos de saúde (ASPS) ofertados também nos demais níveis de complexidade, uma vez que o/a paciente passa por esse nível para [mediante encaminhamento de seu/sua médico/a generalista] ser direcionado/a ao nível seguinte de complexidade, conforme sua demanda de saúde, em atendimento ao princípio da integralidade.

Foi ainda implementado, pela NOB/96, um modelo então inédito de transferência de recursos fiscais da União para os estados e municípios, designado Piso da Atenção Básica (PAB). É composto por dois elementos, sendo um repasse fixo (PAB-fixo): direcionado à cobertura da Atenção Básica municipal como um todo; e outro, variável: destinado ao fomento de alguns programas, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). O PAB contribuiu para a evolução e consolidação do crescente papel do município na organização e coordenação dos cuidados, bem como, ulteriormente, no estabelecimento da Saúde da Família, enquanto estratégia consistente de reorientação do paradigma assistencial de atenção à saúde no país (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012), como viria a ser assumido pelo Ministério da Saúde (MS), de modo explícito, no ano seguinte<sup>55</sup>.

Em 2006, o MS editou um documento chave, com o propósito de ampliar o alcance da Atenção Básica (AB) e intentando aproximá-la de uma perspectiva integral e abrangente de APS – em oposição à concepção seletiva dominante. Esse documento era então a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicado em 2006, em sua

---

<sup>55</sup> Em 1997, o Ministério da Saúde publicou “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

primeira versão. Em 2012, uma nova versão da PNAB foi elaborada, reeditando alguns conteúdos.

Assim, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na versão mais recente, a Atenção Básica compreende um:

[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, a reabilitação, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade dos territórios onde vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidados complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2012, p. 19).

Fundamentada nas diretrizes norteadoras do SUS, a Atenção Básica assenta-se, outrossim, nos pilares essenciais “[...] da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.” (BRASIL, 2012, p. 20).

#### 4.3. *Oferta de ações e serviços públicos de saúde na Atenção Básica*

Em termos de Atenção Primária à Saúde (APS), inexistem uniformidade quanto à estrutura da oferta de serviços de saúde, se temos em consideração o conjunto do sistema de saúde brasileiro. Nesse domínio, o sistema público e o subsistema privado têm distintos arranjos institucionais, implicando a diferenciação nos tipos de estabelecimentos, na organização e nos serviços prestados em seu perímetro.

No setor privado, não se fixou uma porta de entrada (preferencial ou obrigatória), que funcione como primeiro contato do/a usuário/a com a rede de cuidados (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Os serviços desse setor, por sua vez, abarcam as (poli)clínicas especializadas, os hospitais privados [pertencentes a corporações empresariais], como também aqueles sem fins lucrativos, e os consultórios médicos de profissionais autônomos.

No domínio do SUS, por outro lado, a PNAB estabeleceu a Atenção Básica – enquanto primeiro nível de atenção à saúde – como a porta de entrada preferencial ao sistema, coordenadora dos cuidados a serem prestados ao/à paciente nos demais níveis de complexidade (integralidade) e, ainda, responsável pelo acompanhamento do/a paciente ao longo do tempo (longitudinalidade). Em consequência, as ações e serviços públicos de saúde (ASPS) de primeiro nível possuem um caráter específico, no sistema público. Dessa maneira, consoante a Giovanella e Mendonça (2012), em termos de estabelecimentos, a oferta de serviços da Atenção Básica compreende duas instalações nucleares: i) os postos e centros de saúde – denominados, de modo genérico, de unidades básicas de saúde (UBS) ou de unidades de Saúde da Família (USF), sempre que a Estratégia de Saúde da Família estiver implantada – e ii) as unidades de pronto atendimento (UPA).

Inobstante a primordialidade desses dois gêneros de estabelecimentos, a Atenção Básica conta ainda com outros tipos de instalações onde as diferentes ações e estratégias de atuação em saúde são promovidas junto à população. Podemos citar as academias de saúde e as unidades odontológicas móveis (UOM), como exemplos.

É no âmbito das UBS (centros e postos de saúde e clínicas de saúde da família), entretanto, onde se opera boa parte dos serviços da AB. Nas UBS os usuários/as podem [e deveriam] encontrar atendimento para as especialidades essenciais (como ginecologia, odontologia e pediatria, por exemplo), além de ter acesso a vacinas, consultas e acompanhamento de pré-natal e puerpério, como também controle e tratamento para determinadas doenças crônicas (como diabetes e hipertensão), doenças sexualmente transmissíveis e doenças infectocontagiosas, dentre outras.

Aliás, o próprio Ministério da Saúde (MS) reconhece que “o rol de serviços ofertados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) é desconhecido pela maioria dos usuários”

(BRASIL, 2018). Procurando preencher tal lacuna e atender à orientação contida na versão vigente da PNAB [a de 2017], o MS publicou a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), em 2020. Esse documento descreve, extensivamente, a lista de ações e serviços de caráter clínico e de vigilância em saúde ofertados no terreno da Atenção Básica (BRASIL, 2020a).

Via de regra, o primeiro nível de complexidade está a cargo dos governos municipais, que são os responsáveis pela oferta das ASPS relativas à Atenção Básica no SUS – em conformidade à diretriz constitucional de descentralização<sup>56</sup> na saúde.

Há, contudo, alguns estabelecimentos da Atenção Básica sob responsabilidade de secretarias estaduais de saúde. Embora já não representassem mais do que 4% dessa oferta, em 2009 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012), recentemente, sua participação caiu vertiginosamente, equivalendo a menos de 0,4%, em 2020, por exemplo (DATASUS, 2022).

As Tabelas 5 e 6 registram a progressão [nacional e regional] da quantidade total de estabelecimentos da Atenção Básica (AB) e do número<sup>57</sup> de unidades básicas de saúde (UBS), respectivamente, de 2005 a 2021, no Brasil.

Desde a segunda metade da década de 1980, como registram Giovanella e Mendonça (2012), teve início um processo paulatino de aumento na quantidade de unidades básicas de saúde (UBS), estabelecimento chave no que tange à APS. Naquele momento, havia cerca de nove mil unidades básicas no país, segundo as autoras. Aproximadamente vinte anos depois, em 2005, esse número já ultrapassava 27 mil centros de saúde, como podemos constatar na Tabela 6. Em 2020, o país registrava mais de 38 mil estabelecimentos desse gênero, equivalendo a 25,6% do total de estabelecimentos da Atenção Básica, que ultrapassava os 145 mil (como vemos na Tabela 5), nesse mesmo ano.

---

<sup>56</sup> Em observância a essa diretriz, o processo de descentralização no SUS implica a divisão de atribuições entre as esferas de poder, no que concerne aos níveis de complexidade em saúde. A atenção primária está sob encargo das administrações municipais. A média complexidade é de responsabilidade dos governos estaduais. Por fim, a alta complexidade cabe, precipuamente, à União – sendo, porém, partilhada com os governos estaduais.

<sup>57</sup> Exceto as unidades de saúde fluviais.



Tabela 5

**Atenção Básica: total de estabelecimentos – Brasil, por região (2005 a 2021)**

<b>Mês/Ano</b>	<b>Brasil</b>	<b>Norte</b>	<b>Nordeste</b>	<b>Sudeste</b>	<b>Sul</b>	<b>Centro-Oeste</b>
dez./2005	78.765	4.595	21.532	31.587	15.852	5.199
dez./2006	92.403	4.925	24.061	38.340	18.552	6.525
dez./2007	96.356	5.016	24.571	40.142	19.556	7.071
dez./2008	102.505	5.272	25.375	43.551	20.704	7.603
dez./2009	107.923	5.441	26.357	45.911	22.000	8.214
dez./2010	112.399	5.681	27.211	47.776	23.257	8.474
dez./2011	115.522	5.967	27.737	48.885	24.308	8.625
dez./2012	118.594	6.314	28.319	50.048	25.103	8.810
dez./2013	123.423	6.735	29.748	51.603	26.135	9.202
dez./2014	128.766	7.230	30.967	53.653	27.206	9.710
dez./2015	130.147	7.421	30.844	54.376	27.651	9.855
dez./2016	133.712	7.622	31.341	56.098	28.518	10.133
dez./2017	139.380	8.256	32.192	58.728	29.663	10.541
dez./2018	144.741	8.624	32.858	61.308	30.933	11.018
dez./2019	147.717	8.848	32.151	63.515	31.867	11.336
dez./2020	145.339	9.058	32.043	60.562	32.128	11.548
dez./2021	153.507	9.645	33.172	64.516	34.107	12.067

Fonte: Datasus, 2022. Elaboração e sistematização própria.

**Tabela 6**  
**Centros de Saúde / Unidades Básicas de Saúde – Brasil, por macrorregião**  
**(2005 a 2021)**

<b>Mês/Ano</b>	<b>Brasil</b>	<b>Norte</b>	<b>Nordeste</b>	<b>Sudeste</b>	<b>Sul</b>	<b>Centro-Oeste</b>
dez./2005	27.228	1.754	9.414	9.590	4.282	2.188
dez./2006	29.006	1.849	10.233	10.085	4.529	2.310
dez./2007	30.163	2.010	10.988	10.210	4.607	2.348
dez./2008	30.157	2.030	10.877	10.262	4.602	2.386
dez./2009	29.950	1.935	10.876	10.368	4.423	2.348
dez./2010	30.569	2.022	11.163	10.490	4.486	2.408
dez./2011	31.250	2.114	11.387	10.609	4.693	2.447
dez./2012	32.835	2.204	12.176	11.014	4.944	2.497
dez./2013	32.721	2.257	12.286	10.907	4.941	2.330
dez./2014	33.910	2.424	12.903	11.212	4.950	2.421
dez./2015	34.124	2.477	12.961	11.208	5.019	2.459
dez./2016	34.756	2.544	13.211	11.426	5.077	2.498
dez./2017	35.412	2.661	13.463	11.562	5.177	2.549
dez./2018	36.130	2.779	13.790	11.723	5.246	2.592
dez./2019	36.576	2.792	14.034	11.880	5.257	2.613
dez./2020	37.158	2.984	14.275	11.948	5.303	2.648
dez./2021	38.260	3.151	14.742	12.266	5.417	2.684

Fonte: DATASUS, 2022. Elaboração e sistematização própria.

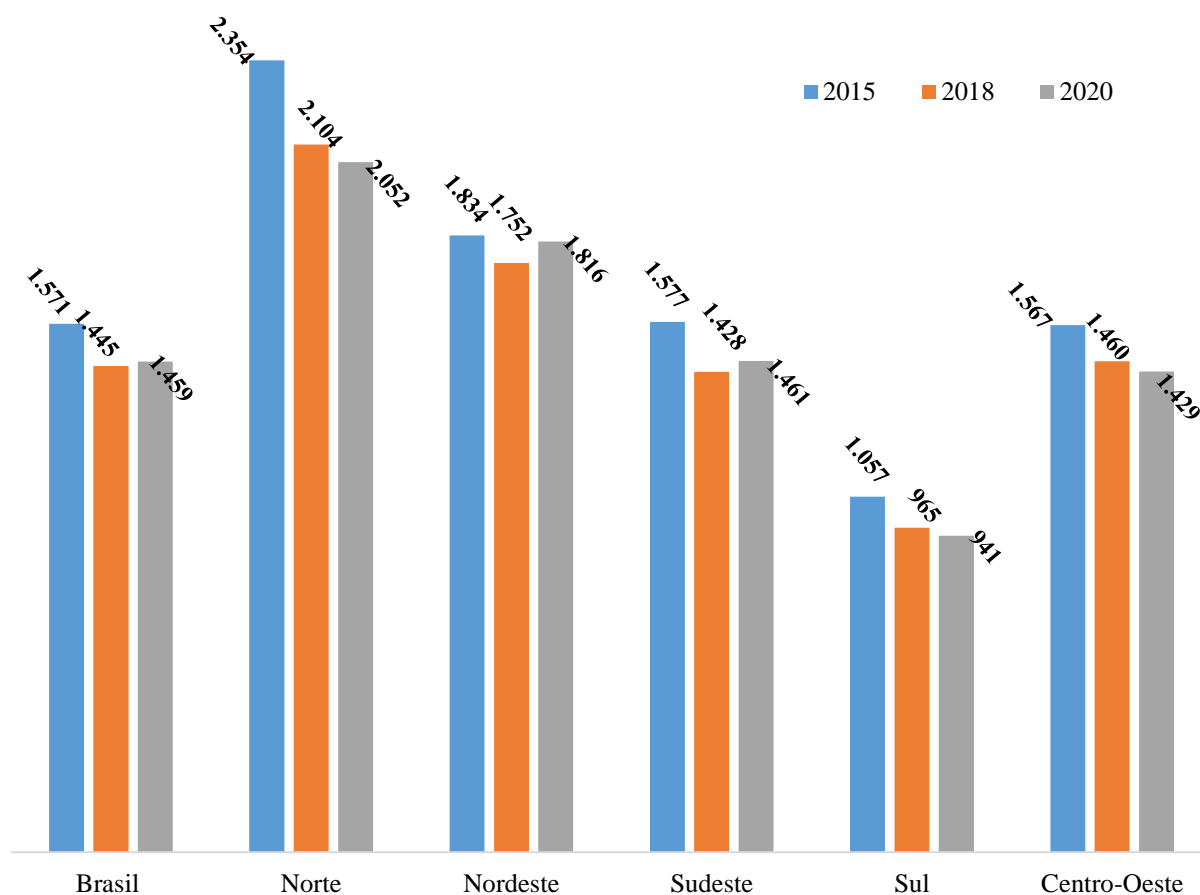
Esquadrinhando a relação da quantidade de habitantes por UBS – expressa no Gráfico 12, para o período de 2015 a 2020 – notamos que, novamente, a desigualdade regional é um fator que se destaca. Em extremos opostos [não apenas geograficamente], as regiões Norte e Sul apresentam a maior e a menor relação de

habitantes por UBS, respectivamente, sendo a relação de sulistas por centros de saúde menos do que a metade da relação dos nortistas.

Considerando o conjunto do país, a quantidade de UBS aumentou menos que proporcionalmente ao crescimento da população, entre 2018 e 2020. Situação essa que se repetiu nas regiões Nordeste e Sudeste, no mesmo intervalo.

**Gráfico 12**

**Relação de habitantes por Unidade Básica de Saúde – Brasil, por macrorregião (2015/2018/2020)**



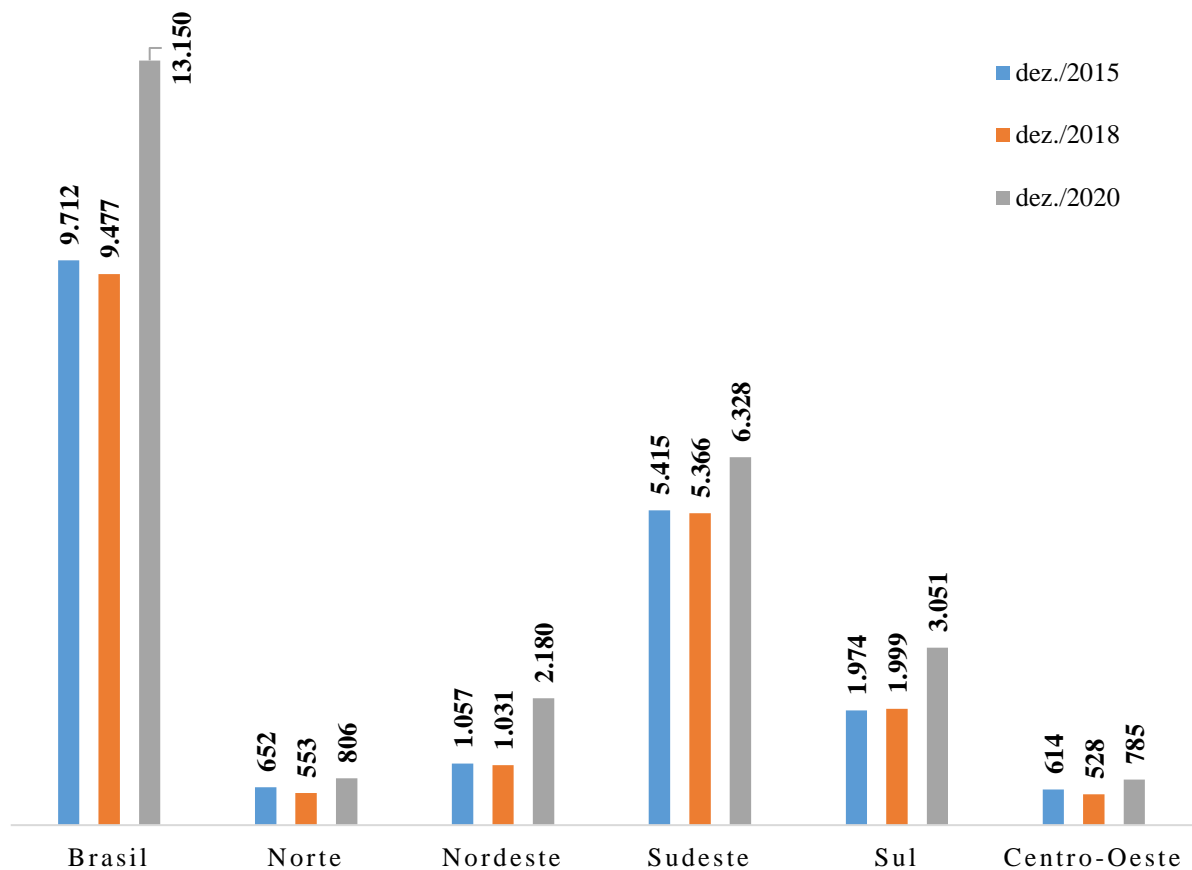
Fonte: DATASUS, 2022. Elaboração própria.

No que concerne aos chamados “recursos humanos”, isto é, aos quadros de pessoal (efetivo ou contratado) de saúde que atuam no terreno da AB, vinculados/as às UBS

– com ou sem Estratégia de Saúde da Família (ESF) implantada –, esses e essas profissionais, comumente, são: médicos/as generalistas (clínico geral), médicos/as de família e comunidade, pediatras, ginecologistas, odontólogos (dentista clínico geral), enfermeiros/as, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Ademais, podem estar empregados nas UBS outros e/ou outras profissionais da área da saúde, tais como: dermatologistas, nutricionistas, psicólogos/as, fisioterapeutas e assistentes sociais.

**Gráfico 13**

**Contingente de médicos generalistas (clínico geral) que atendem em UBS – Brasil, por macrorregião (2015/2018/2020)**



Fonte: DATASUS, 2022. Elaboração própria.

No Gráfico 13, destacamos a evolução recente do contingente de médicos/as generalistas atuantes nas UBS, entre 2015 e 2020. Percebemos um movimento de queda no número de profissionais, tanto em nível nacional quanto regional, de 2015 para 2018. Poderíamos, em uma análise breve, atribuir essa variação aos determinantes mais evidentes em destaque no período, tais como: o golpe de 2016, [que favoreceu] as contrarreformas aprovadas pelo (des)governo Temer, [como] a implantação do Novo Regime Fiscal (NRF) e os decorrentes cortes no financiamento das políticas sociais. Similarmente, também à crise político-institucional e econômico-social [sem falar na ético-civilizatória] aprofundadas a partir do (des)governo Bolsonaro, com o recrudescimento das políticas de austeridade, controle social e violência.

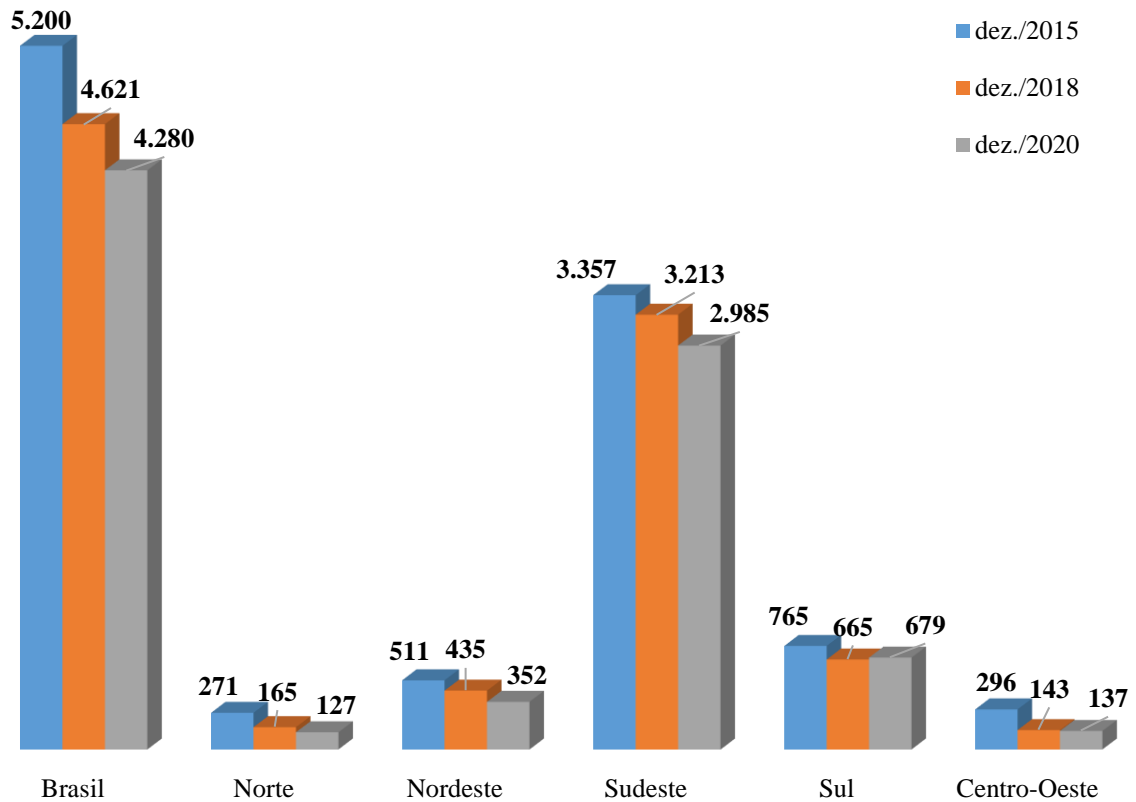
Em 2020, porém, há uma retomada do contingente de profissionais. Esse fato expressa, a nosso ver, o ímpeto [também político] da crise sanitária derivada da pandemia de covid 19 que – mesmo sob vigência de um regime draconiano de austeridade fiscal e sob o comando de um Executivo deliberada e assumidamente negacionista e ultraneoliberal – forçou certa expansão de gastos sociais e de saúde, para fazer frente à gravidade do quadro desde então enfrentado.

Ainda tendo em análise a parcela da categoria médica que atua nas UBS do país, o Gráfico 14 expõe a quantidade total de pediatras ocupados nessas unidades, entre 2015 e 2020. Diferentemente dos/as médicos/as generalistas, o número de pediatras atuantes nas UBS do país tem decrescido paulatinamente, sem, no entanto, apresentar retomada. Sob o contexto vigente de redução orçamentária para as políticas sociais, a tendência é que a oferta de profissionais de maior grau de instrução e mais elevado patamar salarial [como os/as médicos/as especialistas] seja também reduzida.

Além disso, chama a atenção a desigualdade de oferta desse tipo de profissional entre as regiões brasileiras. A presença de pediatras nos centros de saúde da Atenção Básica está, em larga medida, concentrada na região Sudeste.

Gráfico 14

**Total de pediatras que atendem em UBS – Brasil, por macrorregião  
(2015/2018/2020)**

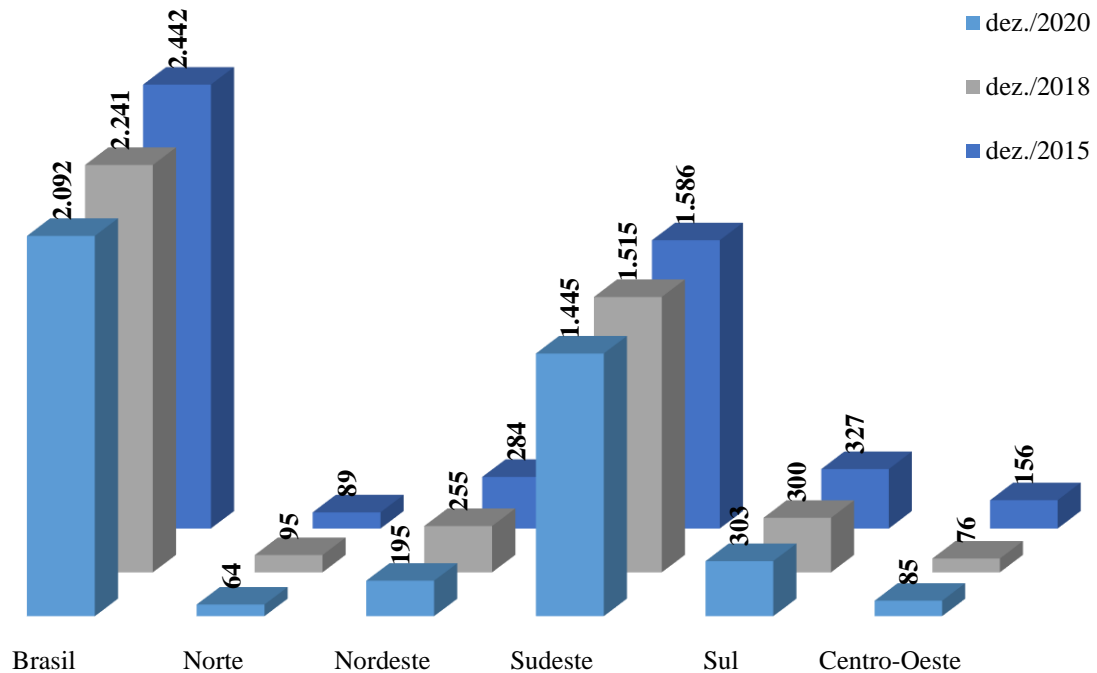


Fonte: DATASUS, 2022. Elaboração própria.

Embora o pediatra seja um profissional de grande importância para o atendimento ambulatorial aos recém-nascidos, crianças e adolescentes, é ao generalista que cabe o papel chave no perímetro das UBS. Além disso, cada pediatra atua em diversas equipes de ESF, diferentemente do generalista. Isso explica, em parte, a menor absorção do/a profissional de pediatria nos centros de saúde. Evidentemente, há um leque de fatores passíveis de justificar a redução do volume de pessoal, desse e/ou de outros tipos de profissionais. Mas a insuficiência de recursos financeiros que atravessa o SUS desde seu nascedouro, certamente, tem papel medular.

Gráfico 15

**Total de ginecologistas que atendem em UBS – Brasil, por macrorregião (2015/2018/2020)**



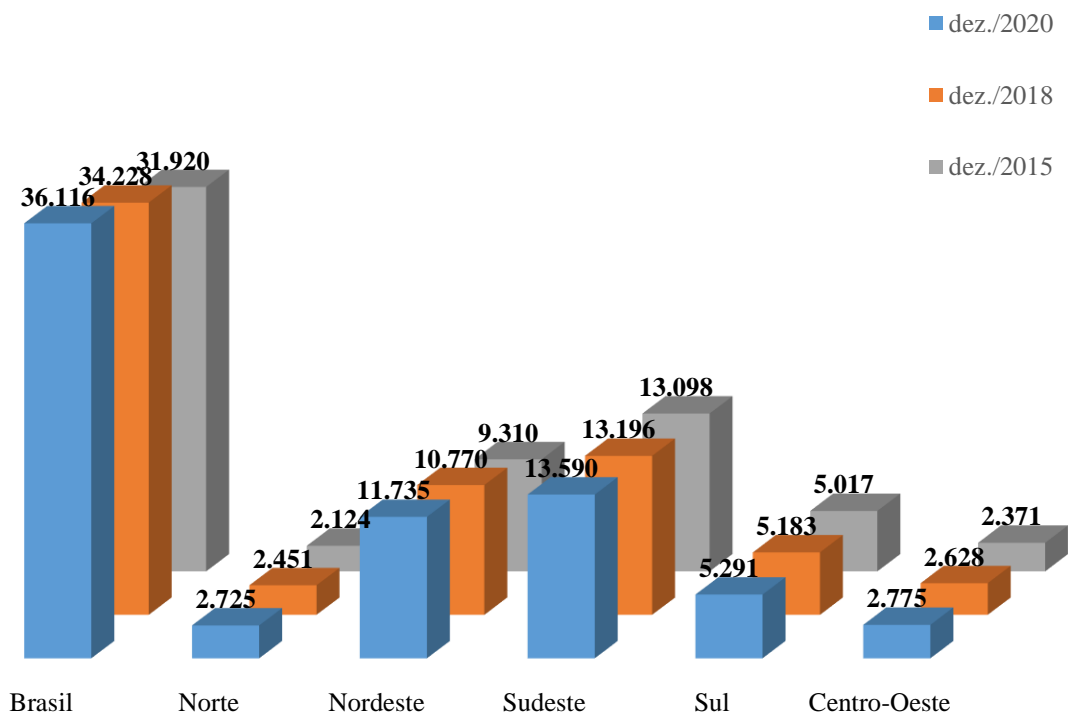
Fonte: DATASUS, 2022. Elaboração própria.

No Gráfico 15, examinamos a evolução recente do total de profissionais ginecologistas atuantes nas UBS do país. O quadro é bastante similar ao da especialidade médica precedente. Tal como os/as pediatras, os/as ginecologistas estão fortemente concentrados na região Sudeste. À semelhança do que ocorre com a pediatra, também a quantidade global de médicos/as ginecologistas em centros de saúde tem decrescido paulatinamente, desde 2015 (considerando o recente e estreito intervalo de análise). Em ambos os casos, a região Sul é a única a apresentar uma recuperação muito leve, entre 2018 e 2020. Semelhantemente à pediatria, a ginecologia também

atua em múltiplas equipes da ESF, assim como em equipes da APS que não possuem a estratégia implantada.

**Gráfico 16**

**Odontólogos que atendem em UBS – Brasil, por macrorregião (2015/2018/2020)**



Fonte: DATASUS, 2022. Elaboração própria.

Por outro lado, se examinamos os profissionais de odontologia <sup>58</sup> – tal como exposto no Gráfico 16 –, observamos um incremento no quantitativo de profissionais, entre 2015 e 2020, tanto em nível nacional quanto regional.

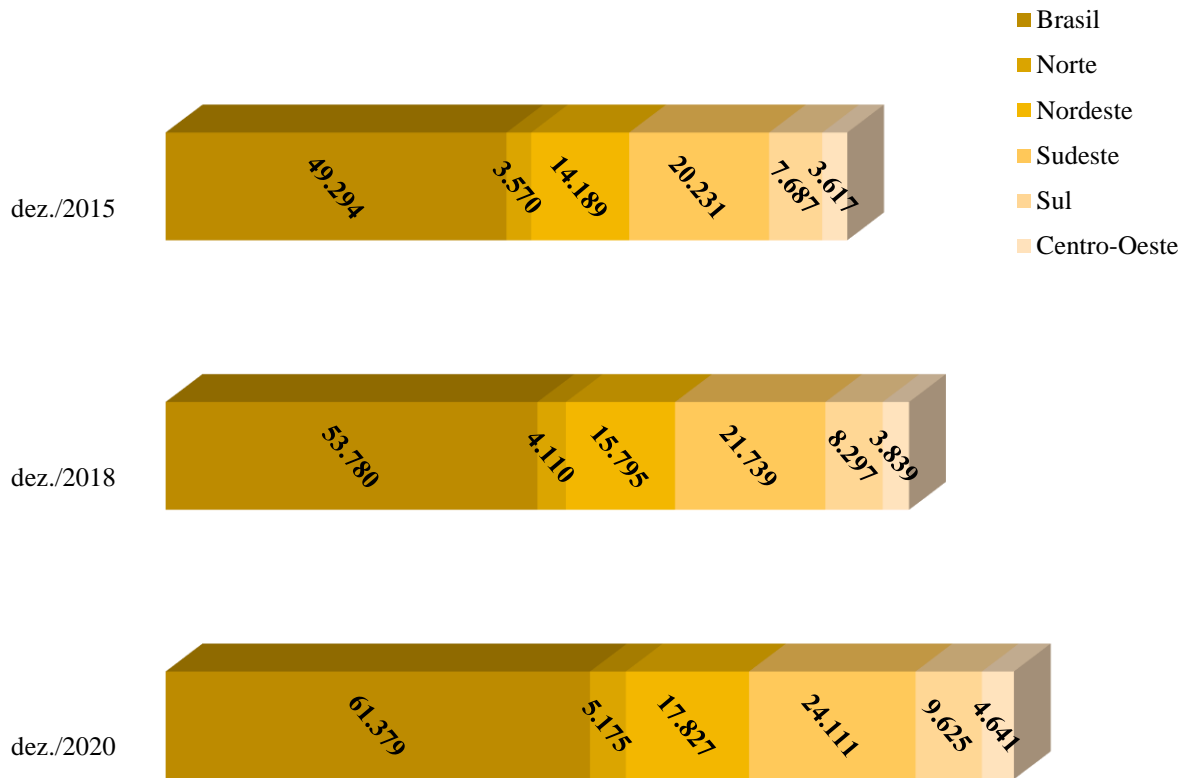
<sup>58</sup> Englobando, aqui, todas as múltiplas especialidades para “cirurgião-dentista” que compõem essa área, inclusive o dentista clínico geral



A desigualdade regional, por seu turno, está invariavelmente presente. Porém, nesse caso, a região Nordeste não aparece em oposição negativa à Sudeste. Antes, o Nordeste encontra-se ao lado do Sudeste, como a segunda região com o maior valor absoluto de odontólogos atuantes em UBS. As regiões em pior colocação são o Norte e o Centro-Oeste.

**Gráfico 17**

**Enfermeiros/as que atendem em UBS – Brasil, por macrorregião (2015/2018/2020)**

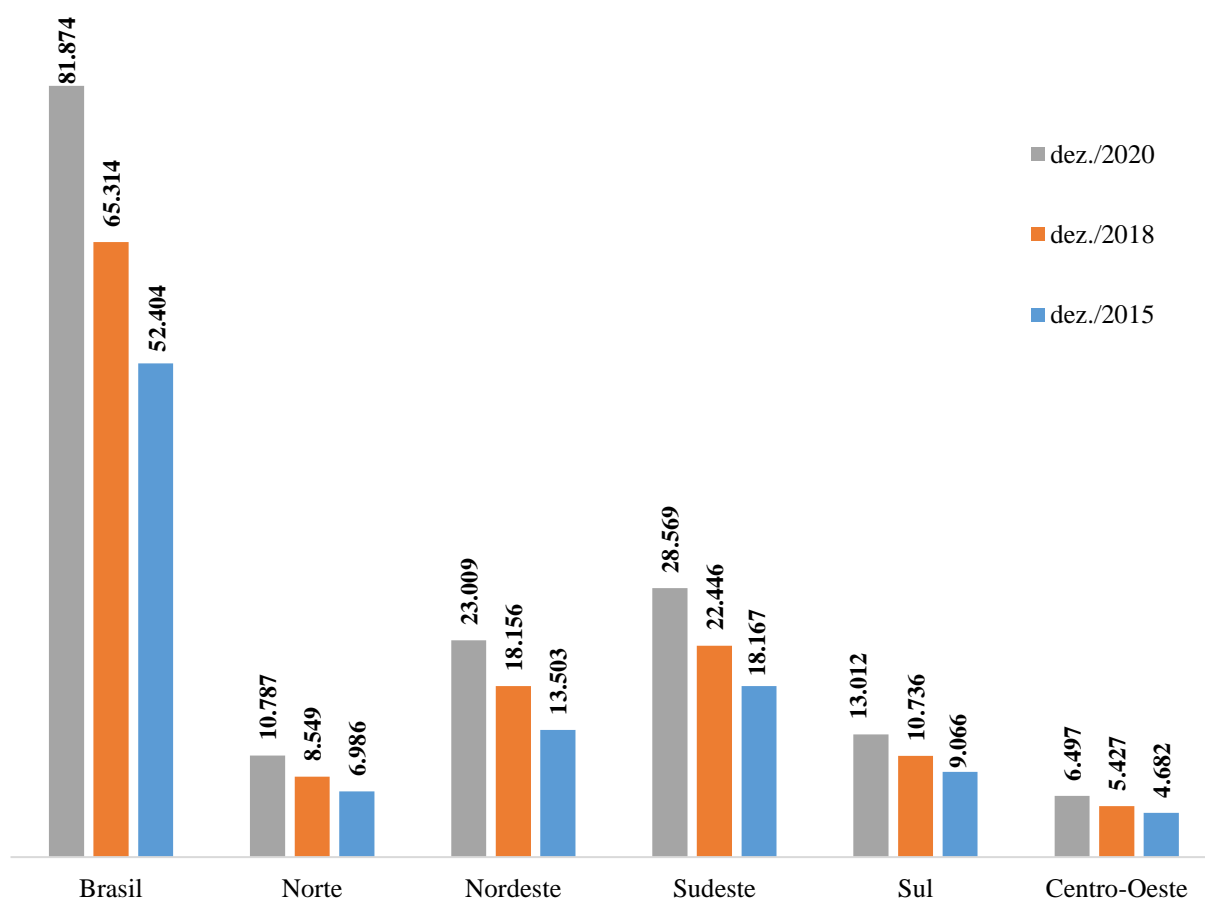


Fonte: DATASUS, 2022. Elaboração própria.

Quanto aos/às profissionais graduados/as em Enfermagem, é possível verificar, no Gráfico 17, uma expressiva elevação no contingente total<sup>59</sup> atuante em UBS no território brasileiro, no decurso do intervalo temporal enfatizado (2015 a 2020). Entre o primeiro e o último ano da série, o incremento dessa categoria de profissionais foi de aproximadamente 25% para o total nacional e para as regiões Sul e Nordeste. O Sudeste apresentou o menor aumento, de 19%; e o Norte, o maior, 45%.

**Gráfico 18**

**Total de profissionais Técnicos de Enfermagem que atuam em UBS – Brasil, por macrorregião (2015/2018/2020)**



Fonte: DATASUS, 2022. Elaboração própria.

<sup>59</sup> Considerando todas as especializações dessa área, que constam no TABNET.

Em seguida, no Gráfico 18, destacamos a progressão de profissionais de saúde atuantes em UBS enquanto técnicos de enfermagem<sup>60</sup> [mantendo o intervalo de exame dos gráficos precedentes, isto é, 2015 a 2020].

À semelhança dos/as enfermeiros/as, o quantitativo de profissionais técnicos de Enfermagem que trabalham em UBS exibe um significativo aumento no período, para todas as regiões. Podemos ainda estabelecer a relação do número médio de profissionais por UBS. Considerando o montante nacional, temos que em 2015 essa relação equivalia a 1,5 técnicos de enfermagem por UBS. Em 2020, por outro lado, essa média se elevou para 2,2.

Outra importante categoria de profissionais da saúde presentes nas UBS – especialmente, nas unidades que possuem ESF implementada – é a de agentes comunitários de saúde (ACS).

No Gráfico 19, para os anos de 2015 a 2020, consta o comportamento do contingente total desse tipo de profissional, em termos nacional e por grandes regiões.

Em 2020, observamos a ocorrência de um declínio no total de ACS no país, com exceção das regiões Norte e Nordeste. Se estabelecemos a relação de número de habitantes por ACS – cuja recomendação é de 750 residentes, em média, por profissional –, tendo em consideração ainda 2020, verificamos que o Brasil apresenta o montante de 822 habitantes por ACS. Norte e Nordeste são as únicas regiões onde as médias estão dentro do limite recomendado: 648 e 593, respectivamente.

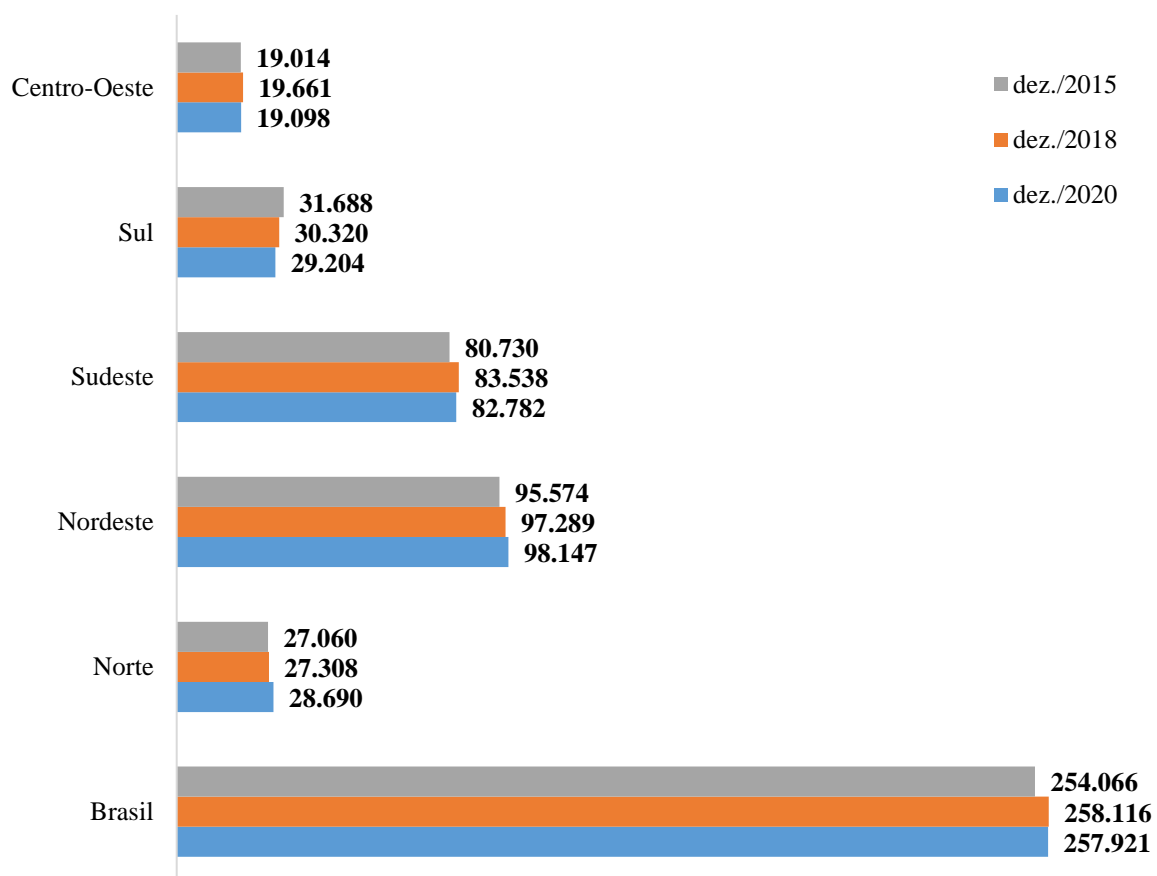
Por fim, o Gráfico 20 exibe a taxa nacional da relação do número de profissionais de saúde por mil habitantes, para o intervalo temporal 2015 a 2020. São considerados, no nosso cálculo, apenas os/as profissionais atuantes na Atenção Básica.

---

<sup>60</sup> Igualmente, tendo em conta todas as especializações dessa área, que constam no TABNET

Gráfico 19

**Contingente total de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – Brasil, por macrorregião (2015/2018/2020)**



Fonte: DATASUS, 2022. Elaboração própria.

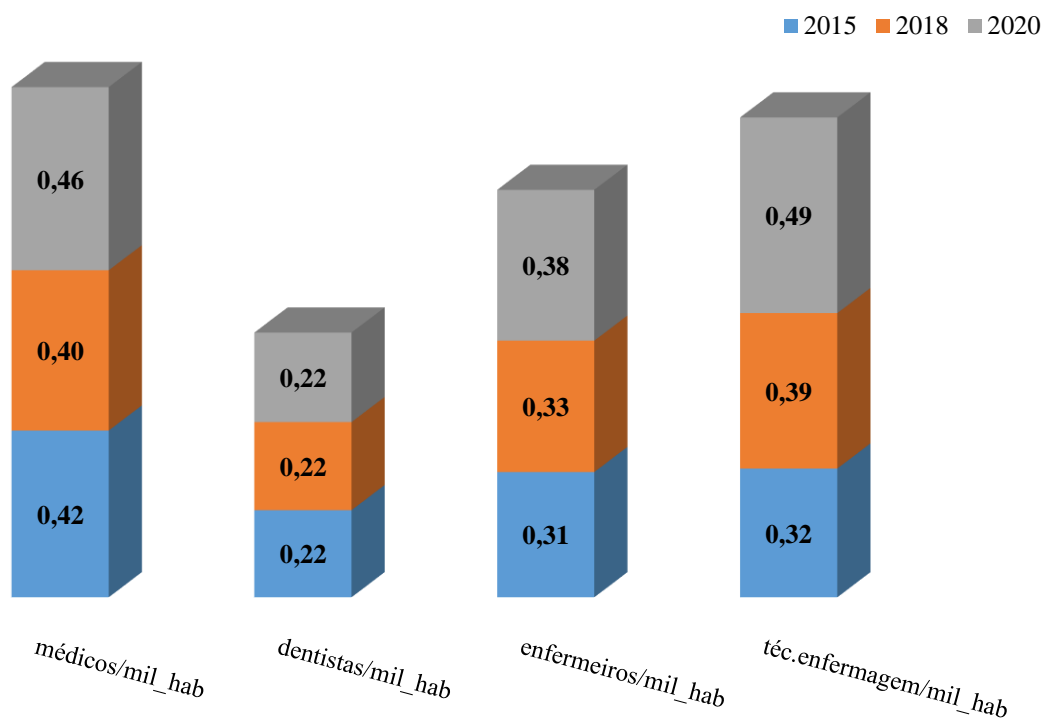
No Gráfico 20, mensuramos a relação de profissionais de saúde por mil habitantes para o total de médicos, odontólogos, enfermeiros/as e profissionais técnicos de enfermagem, alocados na Atenção Básica.

Como consta na literatura afim, à semelhança da relação estabelecida para o conjunto do SUS ou para a totalidade do sistema de saúde brasileiro (incluindo, logo, os/as profissionais atuantes também ou unicamente no setor privado), percebemos que, também na Atenção Primária, a categoria de profissional de saúde com maior número por habitantes continua sendo a de médicos e médicas. Outrossim, a relação ora expressa ratifica, em termos relativos, a variação positiva no quantitativo absoluto

desses profissionais ocorrida no período recente – como sugerido precedentemente, ao constataremos o aumento no número de médicos generalistas que atuam em centros de saúde.

**Gráfico 20**

**Relação do número de profissionais de saúde, atuantes na Atenção Básica, por mil habitantes – Brasil (2015/2018/2020)**



Fonte: DATASUS, 2022. Elaboração própria.

Os odontólogos (ou dentistas), por sua vez, mantêm igual patamar de profissionais por mil habitantes, em todo o período apreciado. Apesar de observados incrementos no contingente total de profissionais contratados – que atuam nas UBS da Atenção Básica, como discutimos anteriormente –, tal elevação, ao que parece, apenas repôs a oscilação da taxa de crescimento populacional, não implicando um incremento real na quantidade desses profissionais na APS.

Em contrapartida, ao considerarmos os/as profissionais de Enfermagem – graduados/as e de nível técnico – é notório o impulso, em termos reais, do quantitativo de profissionais. A elevação absoluta havida no contingente de ambas as categorias, atuantes nas unidades básicas, é reiterada ao estimarmos a relação desses profissionais por mil habitantes para o conjunto da Atenção Básica.

#### *4.4. O alcance da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no território brasileiro*

Com a instituição do SUS – através da CF/1988 e de sua posterior regulamentação, mediante o par de leis que compõem a Lei Orgânica da Saúde (LOS), de 1990 –, a Atenção Básica não foi estruturada de imediato. Ao contrário, a edificação de seu arcabouço programático e, mesmo, jurídico foi paulatina. Contudo, ações e serviços direcionados a promover cuidados no domínio da APS estavam desde o princípio presentes.

Em 1991, criado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), emergiu um projeto precursor nesse âmbito, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Objetivando, inicialmente, o atendimento de residentes do Norte e Nordeste do país – regiões até então praticamente desprovidas de serviços médico-assistenciais – o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) correspondia a uma iniciativa não estatal de cuidados no campo da Atenção Primária. Figurou como uma política de suma relevância, haja vista a incipiência no campo assistencial e organizacional da Atenção Primária e do conjunto de cuidados e ações de saúde do sistema público, nas referidas regiões. Progressiva e irrefutavelmente, o PACS ampliou e firmou suas atribuições e competências. Com isso, seu pertencimento à esfera da política nacional de saúde pública não podia deixar de ser reconhecido, sendo, então, institucionalizado e difundido para a totalidade do território brasileiro.

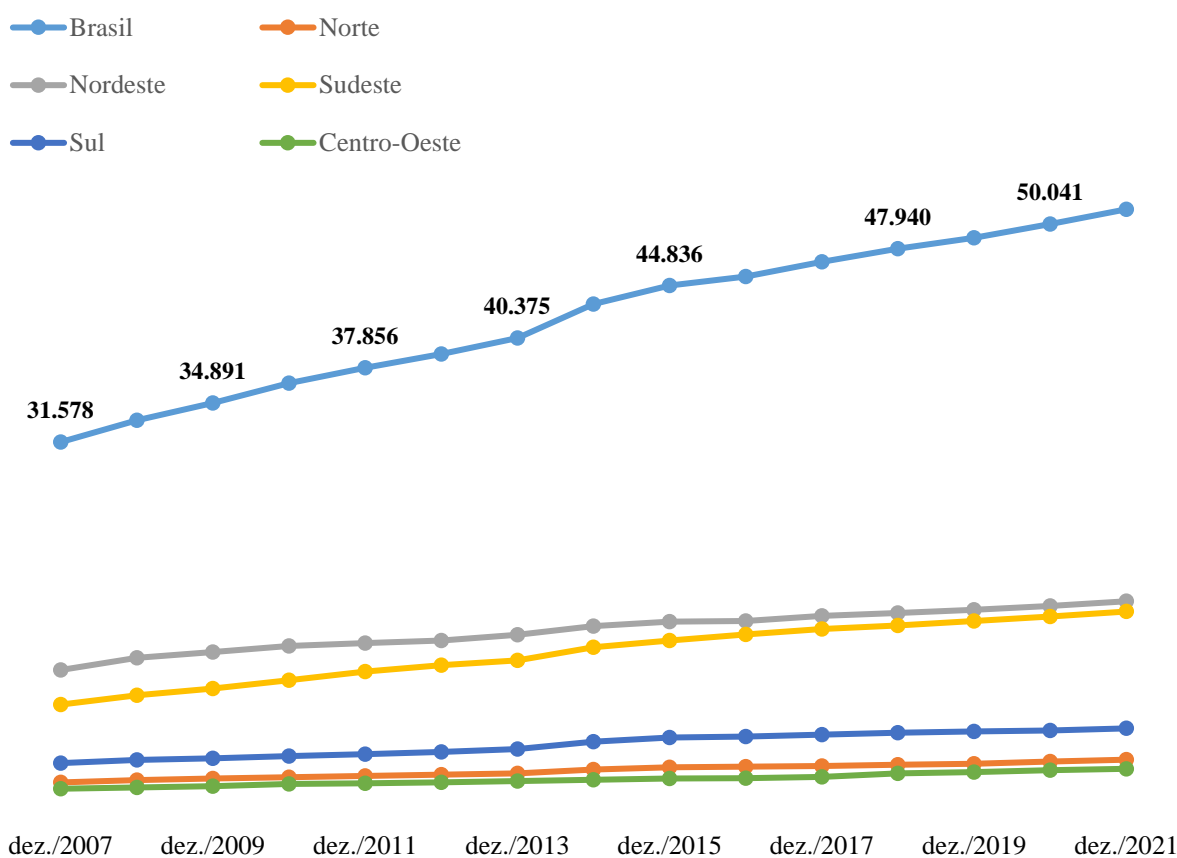
A especificidade do PACS reside na identidade comunitária entre a pessoa que atende (o agente de saúde) e aquela que é atendida (o usuário do serviço). Ambos, sendo moradores da mesma comunidade, vivenciam experiências locais similares e

contextos socioeconômicos semelhantes. O agente comunitário de saúde (ACS) é o/a trabalhador/a que atua junto ao/à usuário/a e, igualmente, aquele/a que detém competência cultural e habilidades técnicas para lidar com as demandas da população da qual faz parte (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em 1994, no início restrito a pequenos municípios, outro importante programa foi formalmente implementado no Brasil, o Estratégia de Saúde da Família (ESF) – cujo início remonta a projetos piloto desenvolvidos, desde a década de 1980, no Ceará e outros estados (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013).

**Gráfico 21**

**Progressão do número de equipes da Estratégia de Saúde da Família – Brasil, por macrorregião (2007 a 2021)**



Fonte: DATASUS, 2022. Elaboração própria.

Uma vez assumido enquanto arquitetura estratégica para reorientar o padrão de assistência à saúde, até então, vigente no país – centrado na lógica hospitalar e no binômio doença-cura –, o programa Estratégia de Saúde da Família (ESF), aliando-se ao PACS, tornou-se o novo modelo para a APS brasileira. O modelo hospitalocêntrico de atenção vigorante – tendo médico, paciente (doente) e hospital como eixos – foi sendo, gradativamente, reorientado para um modelo assentado na equipe multidisciplinar, na família (usuários/as) e na Unidade Básica de Saúde (UBS).

A partir da junção do ESF e do PACS, constituíram-se as chamadas equipes de saúde da família. De natureza multiprofissional, essas equipes são compostas, via de regra, por um/a médico/a generalista, um/a enfermeiro/a, um ou dois técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O Gráfico 19 traça a evolução do número de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), de 2007 a 2021, ultrapassando (desde 2020) o contingente de cinquenta mil equipes de saúde da família atuantes na Atenção Básica, em todo o país.

#### *4.5. A mercantilização da Atenção Básica: a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS)*

Quer na distribuição de meios físicos (equipamentos, instalações, etc.); quer no acesso às ações e aos serviços de saúde ofertados; quer na provisão de profissionais da área [técnicos ou especialistas (especialmente, médicos e médicas)]; ou, quer nas bases de financiamento e no montante de recursos socialmente constituídos e disponibilizados – as desigualdades em saúde configuram um traço, histórica e persistentemente, ainda indelével em muitas sociedades – incluindo a brasileira.

No caso do Brasil, mesmo que algumas políticas públicas tenham sido implementadas ao curso do tempo<sup>61</sup>, por distintos governos, com a finalidade de amenizar os

---

<sup>61</sup> Segundo Nogueira et al (2016), podem ser consideradas políticas que objetivavam (também) o provisionamento de profissionais de medicina nos serviços de saúde pública: o Programa de



problemas de escassez e/ou de concentração espacial de profissionais da saúde, as disparidades em saúde (precipuamente, de médicos) persistem.

### *A problemática*

Um tema fundamental e que configura “um dos aspectos mais debatidos nas políticas de recursos humanos em saúde no Brasil refere-se à alta concentração de médicos nas regiões mais desenvolvidas e, conseqüentemente, a insuficiência destes profissionais nas regiões mais carentes”, reitera Médici (1985, p. 34-35) – evidenciando a urgência do tema, já em pauta desde a década de 1980.

De fato, no ano de 1980, segundo o autor supracitado (1985, p. 37), “[...] 98,6% dos médicos residiam nas regiões urbanas brasileiras”. Mais de uma década depois (ao fim dos anos de 1990), ainda cerca de 80% do contingente desses profissionais estava condensado em (somente) sete<sup>62</sup> estados [mais desenvolvidos] do país, como afirma Machado (1997, p. 37)<sup>63</sup>. Concluimos, assim, que a “[...] vocação urbana da medicina no Brasil” (MACHADO, 1997, p. 37) é um fenômeno social há tempos manifesto e debatido.

Tendo crescido exponencialmente a partir de investimentos estatais em novas escolas de medicina<sup>64</sup> no país, durante a segunda metade da década de 1960 (MÉDICI, 1985) –, a classe médica brasileira teve seu desenvolvimento fomentado pelo Estado, sob o regime militar. Diretamente decorrente da unificação dos IAPs e da sequente criação

---

Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS); o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS); o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde; o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB); e, mais recentemente, o Programa Mais Médicos (PMM).

<sup>62</sup> Os sete estados eram: Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Geral, Bahia, Pernambuco, Paraná e Rio Grande do Sul (MACHADO, 1997).

<sup>63</sup> Em um estudo/pesquisa seminal acerca do perfil da classe médica no Brasil, no referido período.

<sup>64</sup> De acordo com Médici (1985), foram 33 novas escolas de medicina licenciadas no país (sendo a maior parte delas pertencente ao setor privado), apenas entre 1965 e 1970; mais do que o dobro de escolas até aquele momento existentes, que eram 27.

do INPS, além do amplo financiamento estatal ao setor privado de saúde<sup>65</sup>, a expansão da demanda (até então, latente) por serviços de saúde exigia que a oferta de profissionais fosse também ampliada.

Vale lembrar que o INPS prestava assistência médico-previdenciária aos trabalhadores urbanos do mercado formal – seus segurados (leia-se, contribuintes). Em paralelo, as empresas de saúde – norteadas pelo poder aquisitivo das camadas urbanas – centravam e centralizavam suas instalações e, conseqüentemente, seus serviços nas regiões então mais “prósperas” do país. Dessa maneira, a natureza urbana da demanda e da oferta implicava uma aglutinação socioespacial (quase) absoluta desses profissionais nas cidades de maior porte e regiões metropolitanas.

Dessa maneira, a despeito das inversões do governo militar na formação médica<sup>66</sup>, levando a um aumento expressivo do quantitativo desse tipo de profissional, as condições de saúde do conjunto da população não melhoraram, de forma equivalente (MÉDICI, 1985). Houve, por conseguinte, uma ampliação na oferta de serviços [tanto de recursos humanos (médicos e outros profissionais de saúde), quanto de serviços], mas que não se mostrou suficiente para melhorar o acesso global da população à assistência médica, tampouco suas condições de saúde.

Se percorrermos os conceitos, revisões, argumentos e abordagens postos e propostos ao longo desse trabalho<sup>67</sup>, depreenderemos que, de fato, o (incremento da) oferta de ações e serviços públicos de saúde é uma condição necessária (todavia, imprescindível); porém, não é suficiente para enfrentar a complexidade do quadro nosológico de uma população – tendo em conta que esse quadro é função direta de condicionantes econômicos e sociais. Para que possa, efetivamente, tornar-se condição suficiente “[...] e melhorar os padrões de morbimortalidade, [a oferta de ações e serviços públicos de saúde] deve ser planejada em conjunto com outras

---

<sup>65</sup> Assuntos examinados no tópico 1.5.

<sup>66</sup> Na formação de recursos humanos em saúde, em geral; porém, destacadamente, na formação de médicos. Para mais detalhes sobre como o governo militar alavancou, quantitativamente, a formação de médicos no país, ver: MÉDICI (1985).

<sup>67</sup> Como, por exemplo, as noções de condições de vida e de saúde e complexidade epidemiológica, no capítulo 1; e, ainda, os limites estruturais do SUS, no tópico 2.3 do capítulo 2.

medidas que venham modificar o quadro socioeconômico extremamente desigual da população brasileira” (MÉDICI, 1985, p. 33).

A história é pré SUS, mas a lição se aplica igualmente bem aos nossos dias, haja vista que as desigualdades em saúde perduram. Desse modo, para confrontar e superar os limites estruturais que demarcam o SUS e refreiam uma maior resolutividade em suas ações e serviços, a oferta de ASPS deve estar atrelada a políticas sociais de redistribuição. E vemos que o Brasil carece de redistribuir, inclusive, recursos humanos em saúde.

Houve progressos, nessa esfera, como atestam os dados que dispomos na Tabela 7, a seguir. Na tabela, propomos dimensionar a concentração territorial de médicos, descrevendo a distribuição proporcional desses profissionais, por região, e, em seguida, confrontando-a com a disposição geográfica da população brasileira. Observamos que, conquanto tenham ocorrido avanços plausíveis, a vocação urbana da medicina permanece distante de ser suplantada.

**Tabela 7**

**Comparativo da participação (%) de profissionais de medicina e da população residente – Brasil, por macrorregião (1980/2005/2020)**

Região	Médicos (%)	População (%) (mil hab.)	Médicos (%)	População (%) (mil hab.)	Médicos (%)	População (%) (mil hab.)
	1980	1980	2005	2005	2020	2020
Brasil (total/100%)	101.793 (100%)	119.099 (100%)	218.205 (100%)	185.151 (100%)	433.311 (100%)	212.077 (100%)
Norte	2,6	4,9	4,0	8,0	4,8	8,8
Nordeste	19,2	29,3	18,7	28,1	18,5	27,4
Sudeste	55,0	43,4	54,2	42,4	51,9	41,8
Sul	18,3	16,0	15,7	14,5	16,7	14,3
Centro-Oeste	4,9	8,1	7,4	7,1	8,2	7,8

Fonte: MÉDICI, 1985; DATASUS, 2022. Elaboração própria.

Dissecando a relação entre a distribuição percentual de médicos/as e da população residente, em nível nacional e por regiões fisiográficas, a Tabela 7 fornece um panorama do grau de concentração de profissionais de medicina por região, bem como a evolução desse processo nos últimos quarenta anos. É notório que há um movimento – mesmo que nos pareça lento e um tanto tímido – de declínio na centralização desses profissionais no Sudeste, região que (mesmo contemporaneamente) ainda concentra mais da metade dos profissionais de medicina do país. Em 2020, a região Sudeste abriga 51,9% dos médicos, embora sua população represente 41,8% do total de residentes no Brasil. A situação já foi bem pior, considerando que, há 40 anos, 55% dos médicos concentravam-se nessa região. E, de acordo com Médici (1985), em 1970, esse percentual era de 63,6%. Paralelamente, o Norte e o Nordeste são as regiões com menor participação relativa desses profissionais em seus territórios. Apenas 4,8% dos médicos do Brasil atendem a população nortista, apesar de esta responder por quase 9% do conjunto dos brasileiros. No caso do Nordeste, que possui 27,4% da população brasileira em seu território, a participação de médicos é de 18,5%.

Isso posto, temos que, ainda hodiernamente, a necessidade da presença mais equitativa de médicos/as em todas as regiões do país (proporcionalmente às respectivas populações) segue expressando um desafio a ser ultrapassado pelo nosso sistema brasileiro de saúde – notadamente, pelo sistema público, para que tenhamos o direito à saúde plenamente assegurado ao conjunto do povo brasileiro e da população que reside no país.

### *O remédio*

Para fazer frente a essa histórica problemática, em 22 de outubro de 2013, o governo Dilma implementou o Programa Mais Médicos (PMM), através da Lei nº 12.871. Conquanto tenha se tornado conhecido (e criticado por alguns) pelo considerável contingente de médicos estrangeiros (destacadamente, cubanos) vindos para o Brasil em caráter emergencial para provimento nas UBS com maior carência desses

profissionais, o Programa Mais Médicos (PMM) não se restringe a tal aspecto. Trata-se, antes, de uma política mais ampla que busca intervir não somente na guarnição de médicos para as regiões onde há uma grande defasagem – na expectativa de contribuir para a redução das desigualdades regionais, tão marcantes, em saúde –, como, ainda, considera os aspectos de fixação e de formação desses profissionais para que atuem no SUS, no domínio da Atenção Básica.

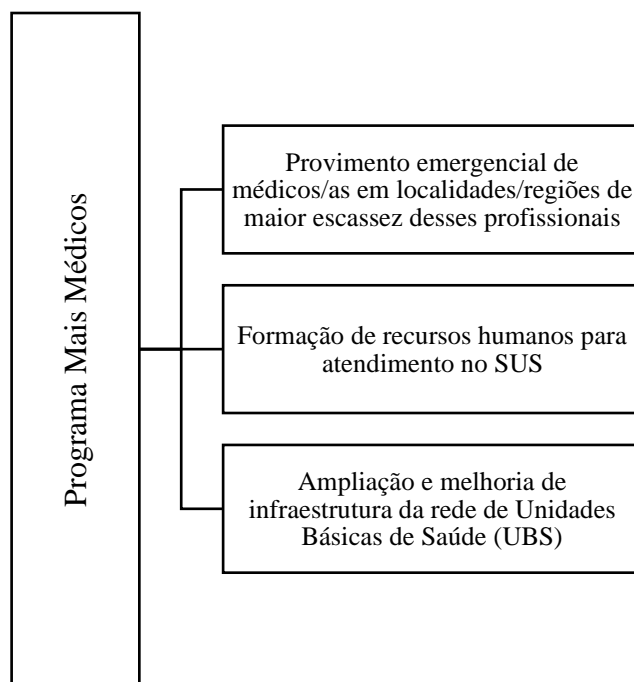
O PMM conta com três eixos cruciais – que listamos na Figura 5. O primeiro corresponde ao provimento emergencial de médicos/as e tem a finalidade de ampliar a oferta de médicos/as nas UBS e centros de saúde da Atenção Básica nas regiões pobres e mais desprovidas desse tipo de profissional e serviço. Esse eixo é pautado em parcerias com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), para os contratos firmados com os médicos e médicas de Cuba, e com os Conselhos Regionais de Medicina (CRM), para os profissionais graduados no Brasil ou aprovados no exame do Revalida (NOGUEIRA et al, 2016).

O segundo eixo corresponde à formação de recursos humanos para o SUS. Tal eixo evidencia o objetivo de transformar e reordenar o processo de formação em medicina no país. Há uma “[...] evidente incompatibilidade no Brasil entre o atual modelo e o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016, p. 2792)”. Por sua vez, o PMM estrutura a oferta de cursos de graduação em medicina, com a exigência de determinadas localidades, adaptações curriculares e residências médicas, com foco em Medicina Geral e Medicina de Família e Comunidade. Os graduandos e as graduandas em medicina, formados no âmbito do PMM, são preparados para atuar na Atenção Primária à Saúde (APS).

O terceiro e último eixo do PMM enfatiza a ampliação e melhoria da rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Além da estrutura física para a realização dos atendimentos às comunidades, o alargamento da rede assistencial e sua constante melhoria são considerados critérios de grande relevância para a fixação e permanência, nas localidades de difícil provimento, dos profissionais de saúde em geral – e dos médicos, em particular.

Figura 5

## Eixos do Programa Mais Médicos



Fonte: KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016. Elaboração própria.

Resultados dignos de nota foram engendrados no domínio do PMM. Destacamos alguns deles que estão presentes na literatura afim. Quanto ao provisionamento de médicos e médicas, o PMM direcionou, entre os anos de 2013 e 2018, 78% do efetivo dos profissionais vinculados ao programa a municípios e regiões classificados como prioritários – isto é, municípios pobres e de menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), como também com maior escassez de médicos/as (GIOVANELLA et al, 2019). Inclusive, um estudo (sobre indicadores de produção dos médicos alocados na Atenção Básica) registra que, nos municípios mais pobres e de menor IDH, as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que contavam com médicos/as do PMM realizaram 31 consultas médicas por mês a mais, comparativamente às equipes sem médicos do programa (LIMA et al, 2016). Outra investigação apresentou resultados excepcionais para o PMM, a despeito de seu pouco tempo de implementação. Analisando os anos de 2013 e 2014, a pesquisa de Fontes, Conceição e Jacinto (2018) demonstrou que o PMM teve impactos positivos na diminuição de internações

por condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), reduzindo esse indicador em 7,9% e 12,5%, nos respectivos anos, e contribuindo para uma queda superior a 23 mil hospitalizações (FONTES; CONCEIÇÃO; JACINTO, 2018), nos municípios pesquisados.

### *O substituto*

Em 2019, o desgoverno Bolsonaro, desvinculou massiva e compulsoriamente uma grande parcela de médicos cubanos dos quadros do PMM. Após tal ingerência, em 1º de agosto do mesmo ano, através da Medida Provisória (MP) nº 890, Bolsonaro instituiu o Programa Médicos pelo Brasil (PMB), como projeto substitutivo para o Mais Médicos. A MP 890 foi convertida na Lei ordinária nº 13.958, de 18 de dezembro do mesmo ano.

Almejando atenuar a hipossuficiência de profissionais de medicina em localidades de difícil provimento<sup>68</sup>, o PMB está orientado por dois objetivos nucleares – elencados na Figura 6. O primeiro objetivo consiste em incrementar o provimento de médicos/as em localidades de difícil provimento. O segundo objetivo ressalta a especialização médica, mediante o fomento público à formação de médicos especialistas em Medicina da Família e Comunidade.

Ao observarmos os objetivos do Programa Médicos pelo Brasil (PMB), de imediato, salta aos olhos a ausência do eixo de melhoria das UBS – contido no seu antecessor, o Programa Mais Médicos (PMM) – se cotejamos as duas políticas. Significa que o governo Bolsonaro, simplesmente, isenta-se da responsabilidade estatal no que diz respeito à melhoria e expansão dos centros de saúde – um aspecto fulcral para a fixação de médicos nas localidades de difícil provimento.

Além disso, o componente de formação do PMB – que se aproxima, à primeira vista, do eixo formativo existente no PMM – está centrado apenas na promoção de cursos

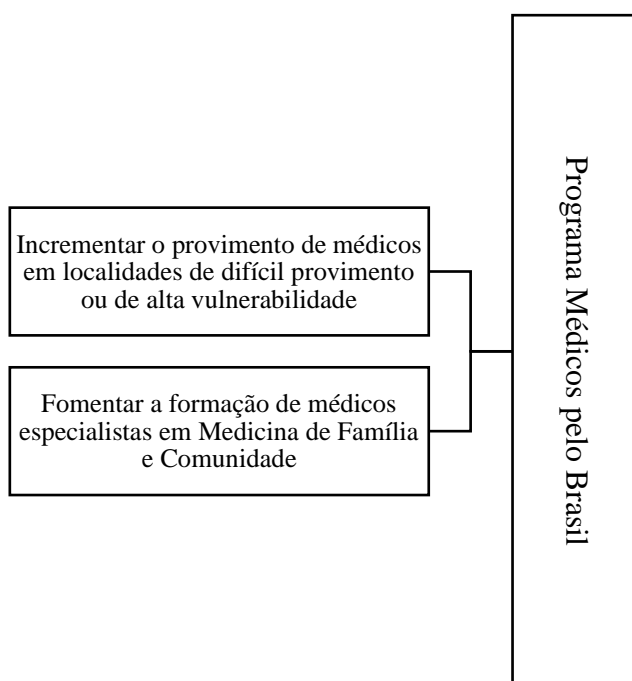
---

<sup>68</sup> Regiões remotas, rurais e/ou de difícil acesso, comunidades das periferias urbanas, municípios pobres, de pequeno porte e/ou com baixo IDH.

de especialização médica em Medicina de Família e Comunidade. Como detalhado por Giovanella et al (2019), após ser contratado/a através de processo seletivo, o médico deverá realizar o curso, com duração de dois anos, realizando uma prova de habilitação ao fim desse período, para a obtenção do título. Não se exige, portanto, a prática em APS, por quatro anos, como preconiza a regra estabelecida pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

**Figura 6**

**Objetivos do Programa Médicos pelo Brasil**



Fonte: GIOVANELLA et al, 2019. Elaboração própria.

O PMM, por outro lado, vislumbrava não apenas a formação de especialistas, como também abrangia a oferta de cursos de Mestrado Profissional em Saúde da Família, vagas de graduação em medicina, criação de novos cursos de graduação com revisão de currículo e residência médica, ambos direcionados para a atuação no SUS e na Atenção Básica. A MP 890 de Bolsonaro – que institui o Médicos pelo Brasil como substituto do Mais Médicos – retira o Estado brasileiro do urgente papel de reorientação da formação médica para o SUS, da “[...] regulação do *ethos* médico e



[da necessária] disputa dentro do aparelho formador” (GIOVANELLA et al, 2019, p. 3). Sem esses elementos, uma política tópica e transitória – para tratar o problema da concentração espacial ou escassez desses profissionais – tende a não gerar os resultados almejados. É essencial que o Estado exerça a prerrogativa constitucional de formar profissionais – também médicos/as – para o SUS, a fim de que o nosso sistema público de saúde possa consolidar, efetiva e plenamente, todas as suas diretrizes.

### *A ameaça*

Para operacionalizar o PMB, um órgão específico aparece previsto já na MP 890: trata-se da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). Suas atribuições, todavia, extrapolam a execução do programa. Na realidade, a ADAPS possui competências amplas que pretendem afetar o conjunto da APS.

De acordo com o Decreto nº 10.283, 20 de março de 2020 – que institui a ADAPS – ela corresponde a um serviço social autônomo (SSA), ou seja, uma “[...] pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública” (BRASIL, 2020b, p. 1), cuja finalidade (nos termos de seu Decreto) é “[...] promover, em âmbito nacional, a execução de políticas de desenvolvimento da atenção primária à saúde [...], inclusive a execução do Programa Médicos pelo Brasil, sob a orientação técnica e supervisão do Ministério da Saúde”. Logo, a ADAPS tem o objetivo de atuar, direta e indiretamente, nos processos concernentes à implementação de políticas públicas de saúde na Atenção Básica, englobando também (mas não unicamente) o PMB.

Por se constituir enquanto pessoa jurídica de direito privado, detendo a prerrogativa de firmar acordos com órgãos estatais e empresas do setor mercantil – sendo responsável pela execução de políticas públicas de saúde no campo da Atenção Básica –, a ADAPS inaugura uma perspectiva privatista na APS. Perspectiva que abre possibilidades para que ocorram, até mesmo, duplas terceirizações (GIOVANELLA et al, 2019), podendo, ela, ADAPS (instituição privada sem fins lucrativos), contratar

outra instituição privada sem fins lucrativos, por exemplo. A política pública de saúde, sob esse ângulo, passa ao domínio privado, passa a obedecer à lógica mercantil e vai sendo mercantilizada.

A ADAPS não está, institucional e juridicamente, vinculada ao Ministério da Saúde (MS) – como é o caso da ANS, uma autarquia federal. Trata-se de uma entidade com autonomia de fato, como bem sugere a denominação do tipo de pessoa jurídica a qual equivale. Operada por esse tipo de instituição, a política de Atenção Básica, a rigor, corre o risco de não estar orientada pelos parâmetros que regem o SUS. Não parece mera coincidência que, ao compor o conselho deliberativo da ADAPS, o governo Bolsonaro na MP 890 não tenha previsto lugar para nenhum membro do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>69</sup> ou para representantes dos profissionais de saúde e dos usuários/as – evidenciando uma investida (franca e deliberada) contra o princípio constitucional da participação social no SUS.

A Atenção Básica – porta de acesso preferencial do sistema público de saúde – é vocacionada à prestação de ações e serviços públicos de saúde. Por sua própria conformação histórica e social no Brasil, ocupa-se da parte da assistência à saúde que nunca interessou ao capital privado. Atende a parcela da população brasileira que não tem plano de saúde. Por isso, “[...] tem sido considerada a parte mais estatal da rede de serviços do SUS, com uma enorme vocação não mercantil” (GIOVANELLA et al, 2019, p. 4). Nessa perspectiva, a ADAPS representa uma ameaça à Atenção Básica, afastando-a de sua vocação e das diretrizes constitucionais do SUS – que tão bem representa, em que pese todos os limites estruturais (já discutidos aqui e outros não abordados).

---

<sup>69</sup> Instância de participação social máxima do SUS, com poder consultivo e decisório dentro do MS e no conjunto da política nacional de saúde.

## CONCLUSÕES

Quando em 5 de outubro de 1988 era promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil – que viria a ser conhecida como a Constituição Cidadã – a população brasileira fiava-se de que a nova Lei Maior do país – ao adotar o conceito de Seguridade Social e, em seu bojo, reconhecer a saúde como “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 2021b, p. 84) – promoveria a construção de uma sociedade mais justa, equitativa e próspera.

Ao inscrever a saúde como um direito de cidadania – com acesso universal a serviços e ações de saúde, por meio de um sistema público único –, a Constituição Federal de 1988 permitia vislumbrar uma nova perspectiva para a política de saúde brasileira, indo ao encontro dos anseios preconizados e das pautas defendidas pelos movimentos sociais engajados, desde meados da década de 1970, em uma mobilização progressivamente intensa pela democratização da sociedade e do Estado, bem como de suas instituições.

A brisa democrática que aqui soprava, porém, contrastava com os fortes ventos neoliberais que já então tomavam a atmosfera capitalista nos países desenvolvidos, dirigindo-se apressada e violentamente para a periferia do sistema. Sem tardar, logo nos primeiros anos da década seguinte, a intempérie neoliberal se instalou de forma definitiva nas economias dependentes. Daí em diante, elas passam a aplicar as orientações contidas na cartilha neoliberal, desenhada no Consenso de Washington. Nesse momento, principiou-se no Brasil – e em boa parte das economias periféricas – um processo de contrarreformas do Estado, visando garantir condições favoráveis nas quais a neoliberalização pudesse se consolidar.

Contrarreformar, em pilares neoliberais, o Estado brasileiro – que mal acabara de ser reformado na Constituição Federal de 1988 –, significava (e, ainda, significa), entre outras coisas, desestruturar (ou mesmo abolir) os direitos e políticas sociais, incluindo a saúde, cristalizados na Carta Magna. Em decorrência, seriam viabilizadas a desregulamentação do mercado de trabalho, a financeirização da previdência, a negação da assistência social e a mercantilização da saúde – em atendimento às

premissas neoliberais de supremacia do mercado e de Estado mínimo para a população (mas de Estado máximo para os interesses das classes dominantes). As ofensivas neoliberais não mais cessaram e o rumo então tomado estabeleceu a hegemonia neoliberal no Brasil, bem como a sua consolidação, na fase atual, em um processo de ultraneoliberalismo.

Desde seu limiar, o SUS defronta-se com o anacronismo de sua condição: constituir-se como um sistema de saúde universal, circunscrito em um universo neoliberal. Seu nascimento anacrônico e a defesa de um projeto universalista custam caro ao SUS que, desde sua instituição, é estruturalmente marcado pela imbricação e parasitismo do setor privado e pela insuficiência permanente de recursos. Ele é submetido a sabotagens de todos os tipos, lobbies e processos de privatização que ocorrem por dentro e por fora do sistema.

Em que pesem esses e inúmeros outros empecilhos que poderíamos aventar, o SUS praticamente universalizou a Atenção Básica, em um país de dimensões continentais – mesmo com todas as limitações que enfrenta cotidianamente. Logrou reorientar o padrão de assistência à saúde, até então, vigente no país, adotando a ESF como novo paradigma para a APS. Desde então, as ICSAP decresceram, enquanto o número de equipes da ESF tem sido, gradativa e continuamente, ampliado.

Ele é efetivo, responsável, em grande medida, pela evolução positiva dos principais indicadores de saúde nacionais. Está presente na vida cotidiana dos brasileiros, assegurando atendimento para cerca de 3/4 da população que acessam serviços médico-hospitalares exclusivamente pelo sistema público.

Do conturbado processo de formação sócio-histórica do Brasil resultou uma sociedade cujo quadro epidemiológico é altamente complexo. Diante da complexidade epidemiológica da população brasileira, o setor privado de saúde já demonstrou não ser apto, nem interessado, a enfrentá-la. Ao SUS, portanto, cabem os procedimentos que o setor privado não tem interesse, sejam os de alto risco (onerosos de mais para gerar lucros), sejam os cuidados primários (parcos de mais para serem rentáveis).

Quer a totalidade da população brasileira, quer o conjunto do subsistema privado de saúde, todos dependem dos serviços prestados pelo SUS – sejam serviços de saúde,

para os primeiros; sejam serviços de financiamento, para o segundo. O SUS é o prestador de serviços em todas as instâncias.

Por mais que sofra ininterruptos ataques, o SUS resiste e mostra que há caminhos e estratégias passíveis e possíveis para a redução das iniquidades que marcam o país desde os seus primórdios.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Jorge; MOSTAFA, Joana; HERCULANO, Pedro. Gastos com a política social: alavanca para o crescimento com distribuição de renda. **Comunicados do Ipea** 75. Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4634/1/Comunicados\\_n75\\_Gastos\\_com.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4634/1/Comunicados_n75_Gastos_com.pdf)>. Acesso em: abr. 2022.

ANDES. Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior. Governo desmonta programa brasileiro referência internacional no combate ao HIV/Aids. Publicado em 08 de setembro de 2020. Disponível em: <<https://www.andes.org.br/conteudos/noticia/governo-desmonta-programa-brasileiro-referencia-internacional-no-combate-ao-hiv-aids1>>. Acesso em: fev.2022.

BARBOSA, Rafael da Silva. **Política de saúde, questão regional, eficiência e equidade do gasto**: subsídios contra ajustes injustos no SUS. 2019. Tese de Doutorado (Doutorado em Desenvolvimento Econômico). UNICAMP, Campinas.

BARROS, Maria Elizabeth Diniz; PIOLA, Sérgio Francisco. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo (Org.). **Sistemas de Saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil, 2016, p.101-138.

BATIFOULIER, Philippe; DA SILVA, Nicolas; DOMIN, Jean-Paul. **Économie de la Santé**. Malakoff (France) : Armand Colin, 2018.

BEHRING, Elaine Rossetti. Crise do capital, fundo público e valor. In: BOSCHETTI, Ivanete et al. (Org.). **Capitalismo em crise**: política social e direitos. São Paulo: Cortez, 2010.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sergio Goes de. **Saúde e Previdência**: Estudos de Política Social. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Saúde**. Rio de Janeiro, 1966.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: mar. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: jun. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2020a. (profissionais de saúde e

gestores). Disponível em:  
<[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps\\_versao\\_profissionais\\_saude\\_gestores\\_completa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf)>. Acesso em: jun. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução n. 1**, de 15 de outubro de 2021. Dispõe sobre o Estatuto da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – ADAPS. 2021a. Disponível em: <<https://in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-1-de-15-de-outubro-de-2021-352691869>>. Acesso em: mar. 2022.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 57ª ed. Brasília: Edições Câmara, 2021b. Disponível em: <<https://livraria.camara.leg.br/CF-57>>. Acesso em: fev. 2022.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: set. 2021.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: set. 2021.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 13.958**, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). 2019. Disponível em:  
<[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/l13958.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13958.htm)>. Acesso em: abr. 2022.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 12.871**, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. 2013. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm)>. Acesso em: abr. 2022.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto nº 10.283**, de 20 de março de 2020. Institui o Serviço Social Autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps. 2020b. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/decreto/D10283.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10283.htm)>. Acesso em: abr. 2022.

\_\_\_\_\_. Congresso Nacional. **Proposta de Emenda à Constituição nº 241**, de 2016 (PEC 241/2016). 2016a. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em:

<[http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1468431](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1468431)>. Acesso em: abr. 2022.

\_\_\_\_\_. Subchefia de Assuntos Parlamentares. **EMI nº 00083/2016 MF MPDG**. 2016b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/projetos/expmotiv/emi/2016/83.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/projetos/expmotiv/emi/2016/83.htm)>. Acesso em: abr. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013.

\_\_\_\_\_. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. 4ª ed., 5ª reimpressão. São Paulo: Cortez, 2009, p. 88-110.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**. Vitória (ES), v.10, n.1, p. 9-23, jan./abr.2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139/13218>>. Acesso em: jan. 2022.

CAMARANO, Ana Amélia; BELTRÃO, Kaizô Iwakami. **Distribuição espacial da população brasileira**: mudanças na segunda metade deste século. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2372/1/TD\\_766.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2372/1/TD_766.pdf)>. Acesso em: fev. 2022.

CARVALHO, Antonio Ivo de; BUSS, Paulo Machiori. Determinantes sociais na Saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed., 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 121-142.

CARVALHO, José Murilo de. **Os bestializados**: o Rio de Janeiro e a República que não foi. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. 12ª ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

CASTRO, Antônio Barros de; SOUZA, Francisco Eduardo Pires de. **A economia brasileira em marcha forçada**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985. Disponível em: <[https://www.ie.ufrj.br/images/IE/livros/a\\_economia\\_brasileira\\_em\\_marcha\\_forcada.pdf](https://www.ie.ufrj.br/images/IE/livros/a_economia_brasileira_em_marcha_forcada.pdf)>. Acesso em: set. 2021.

CHESNAIS, François. O capital portador de juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **A finança mundializada**. São Paulo: Boitempo, 2005, p. 35-67.

CUETO, Marcos. The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 11, 2004, p. 1864-1874.



Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448553/pdf/0941864.pdf>. Acesso em: fev. 2022.

DA SILVA, Nicolas. L'impact des conditions macroéconomiques sur l'état de santé. **La Revue de l'IRES**, Paris, n. 91-92, p. 49-75, 2017/1-2. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-de-l-ires-2017-1-page-49.htm>. Acesso em: abr. 2022.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Tabnet**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: jan. a jul. 2022.

DUMÉNIL, Gérard; LÉVY, Dominique. O neoliberalismo sob hegemonia norte-americana. In: CHESNAIS, François (Org.). **A finança mundializada**. São Paulo: Boitempo, 2005, p. 85-108.

SCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed., 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 323-363.

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e Sistema de saúde no Brasil**. 2ª ed., 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012, p. 279-321.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do Welfare State. **Lua Nova**, São Paulo, n.24, set.1991, p.85-116. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/99DPRg4vVqLrQ4XbpBRHc5H/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: set. 2021.

FONTES, Luiz Felipe Campos; CONCEIÇÃO, Otávio Canozzi; JACINTO, Paulo de Andrade. Evaluating the Impact of Physicians' Provision on Primary Healthcare: evidence from Brazil's More Doctors Program. 2018. **Health Economics**, John Wiley & Sons, Ltd, v. 27(8), p. 1284-1299, 2018. Disponível em: <https://ideas.repec.org/a/wly/hlthec/v27y2018i8p1284-1299.html>. Acesso em: jul. 2022.

FRENK, Julio et al. La transición epidemiológica en América Latina. **Bol of Sanit Panam**, 111(6), 1991, p. 485-496. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16560/v111n6p485.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso: fev. 2022.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; MALDONADO, José Manuel Santos de Varge; COSTA, Laís Silveira. O Complexo Produtivo da Saúde e sua relação com o desenvolvimento: um olhar sobre a dinâmica da inovação em saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed., 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 209-237.

GIOVANELLA, Lúgia et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.35, n.10, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jksZTLfMggtwRhjLbgVxzkk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: abr. 2022.

GIOVANELLA, Lúgia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lúgia et al. (Org.). **Políticas e Sistema de saúde no Brasil**. 2ª ed., 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012, p. 493-545.

GRAGNOLATI, Michele; LINDELOW, Magnus; COUTTOLENC, Bernard. **20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil**: Uma avaliação do Sistema Único de Saúde. (Direções em desenvolvimento. Desenvolvimento humano). Washington (DC): The World Bank, 2013. Disponível em: <[https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/15801/PORTTYHSR\\_B\\_WEB\\_FULL.pdf?sequence=5](https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/15801/PORTTYHSR_B_WEB_FULL.pdf?sequence=5) >. Acesso em: jun. 2022.

HARVEY, David. **O neoliberalismo**: história e implicações. 5ª ed. São Paulo: Loyola, 2014.

HOCHMAN, Gilberto. **A Era do Saneamento**: as bases da política de Saúde Pública no Brasil. São Paulo: Editora HUCITEC, 1998.

\_\_\_\_\_. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar**, Curitiba, Editora UFPR, n. 25, 2005, p. 127-141. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/er/a/YFprXwcGwr3jrnCXwRM8TGb/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: mai. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>. Acesso em: mar. 2022.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2018. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>>. Acesso em: mar. 2022.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2017**: abastecimento de água e esgotamento sanitário. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101734.pdf>>. Acesso em: mar. 2022.

\_\_\_\_\_. **Censo demográfico 1940-1991**. Rio de Janeiro: IBGE, 1950-1997; Pesquisa nacional por amostra de domicílios 1992-1993. Tabela extraída de Evolução e Perspectiva da Mortalidade Infantil no Brasil. IBGE, Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n.2, 1999.

\_\_\_\_\_. **Censo demográfico 1940-1991**. Rio de Janeiro: IBGE, 1950-1997; Pesquisa nacional por amostra de domicílios 1992-1993. Tabela extraída de Evolução e Perspectiva da Mortalidade Infantil no Brasil. IBGE, Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n.2, 1999.

\_\_\_\_\_. **Censo demográfico 1950/2000**; Dados extraídos de: Estatísticas do século XX. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Diversas tabelas.

\_\_\_\_\_. **Censo demográfico 1940-2010**. Até 1970 dados extraídos de: Estatísticas do século XX. Rio de Janeiro: IBGE, 2007 no Anuário Estatístico do Brasil, 1981, vol. 42, 1979.

\_\_\_\_\_. **Brasil em síntese**. 2021. Disponível em: <<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-brutas-de-mortalidade.html>>. Acesso em 29 out. 2021.

\_\_\_\_\_. **Séries históricas e estatísticas**. 2021b. Disponível em: <<https://serieestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=POP210&t=esperanca-vida-nascer>>. Acesso em: 5 out. 2021.

\_\_\_\_\_. **Projeção da população**. SIDRA, 2021c. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/7362>>. Acesso em 5 out. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Macroeconômico**. Grau de informalidade – definição I. Frequência: anual (1992-2014). Atualizado em: 06 jan. 2016. Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br/Default.aspx>>. Acesso em: 03 mar. 2022.

KEMPER, Elisandrea Sguario; MENDONÇA, Ana Valeria Machado; SOUSA, Maria Fátima de. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.21, n.9, p. 2785-2796, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/M9BZC7QvZvbk4PjNrw8pxkq/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: abr. 2022.

LEBRÃO, Maria Lúcia. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**. São Paulo, ano/volume 4, número17, Editorial Bolina, 2007, p. 135-140. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/842/84201703.pdf>>. Acesso em: fev. 2022.

LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2685-2696, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/fqfDMS4ZVLn9MGLtnHtbNNt/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: jul. 2022.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed., 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 89-120.

MACHADO, Maria Helena (Coord.). **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/bm9qp/pdf/machado-9788575412695.pdf>>. Acesso em: abr. 2022.

MARQUES, Rosa Maria. O direito à saúde no mundo. In: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo (Org.). **Sistemas de Saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil, 2016, p. 11-36.

MAURO, Frederic. **Histoire du café**. Paris : Éditions Desjonquères, 1991.

MÉDICI, André Cezar. Estrutura e dinâmica da força de trabalho médica no Brasil na década de 70. **Revista de Administração pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 31-77, abr./jun. 1985. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/10289/9280>>. Acesso em: jul. 2022.

MENDES, Áquilas; FUNCIA, Francisco Rózsa. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo (Org.). **Sistemas de Saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil, 2016, p. 139-168.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. 1ª ed., 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

MORTARA, G. Estimativa do número de óbitos e da taxa de mortalidade geral para o Brasil (1950). In: IBGE. **Pesquisa sobre a mortalidade no Brasil**. Rio de Janeiro, 1956. p. 56-57. (Estudos de Estatística Teórica e Aplicada. Estatística Demográfica, 20).

NAKATANI, Paulo; FALEIROS, Rogério Naques; VARGAS, Neide César. Histórico e os limites da reforma agrária na contemporaneidade brasileira. **Ser. Soc. Soc.**, nº 110, p. 213-240, abr./jun. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/FtqqWfKdNqXskyfMFxMgPmG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: jan. 2022.

NOGUEIRA, Priscila Tamar Alves et al. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.21, n.9, p. 2889-2898, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/qKkXxHsBHd9gdjHyRLNW6tG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: abr. 2022.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. 4ª ed., 5ª reimpressão. São Paulo: Cortez, 2009, p.218-241.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed., 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 365-393.

OLIVEIRA, Elizabeth Cardoso de; DA SILVA, Nicolas. Brésil : Les contradictions du système de santé (1988-2018). **Chronique Internationale de L'IRE**S, Paris (FR), n.167, septembre 2019. Disponível em : <<http://www.ires.fr/index.php/publications/chronique-internationale-de-l-ires/item/6055-bresil-les-contradictions-du-systeme-de-sante-1988-2018>>. Acesso em : mai. 2019.

OMRAN, Abdel R. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, n. 49, n. 4, part.1, p. 509-538, 1971. Disponível em: <<https://u.demog.berkeley.edu/~jrw/Biblio/Eprints/%20M-O/omran.1971.pdf>>. Acesso em: fev. 2022.

PAIM, Jairnilson (Org.). **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015 (Coleção Temas em Saúde). Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>>. Acesso: fev. 2022.

\_\_\_\_\_. Sistema Único de Saúde (SUS) aos trinta anos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.23, n.6, p. 1723-1728, jun./2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1723.pdf>>. Acesso em: abr. 2022.

\_\_\_\_\_. **A Reforma Sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. (Coleção Temas fundamentais da Reforma Sanitária – Livro 1). Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/11/E-Book-1-A-Reforma-Sanit%C3%A1ria-Brasileira-e-o-CEBES.pdf>>. Acesso em: mar. 2022.

PRATA, Pedro Reginaldo. A Transição Epidemiológica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 168-175, abr./jun., 1992. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/Wv9VnjDtQvh4SzYMHtwYzmH/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: fev. 2022.

REGO, José Márcio; MARQUES, Rosa Maria (Org.). **Economia Brasileira**. 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida; BARATA, Rita Barradas. Condições de saúde da população brasileira. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed., 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 143-181.

RIPSA – Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2008. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: fev. 2022.

RISI JUNIOR, João Baptista; NOGUEIRA, Roberto Passos (Coord.). As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, p. 118-234. Disponível em: <[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2705/1/Finkelman\\_Jacobo%28Org.%29.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2705/1/Finkelman_Jacobo%28Org.%29.pdf)>. Acesso: fev. 2022.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. A reafirmação da democracia e do direito universal à saúde em tempos de ultraneoliberalismo. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.23, n.6, p. 1717-1718, jun. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1717.pdf>>. Acesso em: fev. 2022.

SALVADOR, Evilasio. **Fundo Público: a Seguridade Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, Maria Angélica Borges dos; SERVO, Luciana Mendes Santos. A provisão dos serviços e ações no SUS: participação de agentes públicos e privados e formas de produção/remuneração dos serviços. In: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo (Org.). **Sistemas de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABRÉS; Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil, 2016, p. 205-245.

SANTOS, Myrian Selpúveda dos. Lazareto da Ilha Grande: isolamento, aprisionamento e vigilância nas áreas de saúde e política (1884-1942). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 1173-1196, out. – dez. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/dLDTZHLSHzVhcRhrM76PcCr/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: mai. 2022.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p. 1729-1736, jun. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/sNh7sDYDdyQwwKVgLqYZvpB/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso: fev. 2022.

\_\_\_\_\_. **SUS, Política Pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte, o Direito Sanitário, a Governabilidade e a busca de saídas**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. (Coleção Temas Fundamentais da Reforma Sanitária).

SANTOS, Wanderlei Guilherme dos. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social: a trajetória da Saúde Pública**. Porto Alegre: L&PM, 1987.

SILVA, Adriana Ilha da. A aceleração das contrarreformas no SUS e a transferência de valor ao setor privado pelo governo Temer. **Argumentum**. Vitória (ES), v.10, n.1,

p. 51-56, jan./abr.2018. Disponível em: <periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19497/13180>. Acesso em: abr. 2022.

SILVA, Sérgio. **Expansão cafeeira e origens da indústria no Brasil**. São Paulo: Editora Alfa-ômega, 1976.

SIOP. **Painel do Orçamento Federal**. Disponível em: <[https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao\\_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true](https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true)>. Acesso em: jul. 2022.

SOUZA, Jessé. **A radiografia do golpe**: entenda como e por que você foi enganado. Rio de Janeiro: LeYa, 2016.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso: mar. 2022.

STEVANIM, Luis Felipe. Proposta do setor empresarial sobre “Novo Sistema Nacional de Saúde” revela interesses internacionais de desmonte da saúde pública. **RADIS Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, maio de 2018. Disponível em: <<https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/nova-roupagem-velhos-interesses>>. Acesso: fev. 2022.

VARIAN, Hal R. **Microeconomia**: Princípios básicos. Tradução [da 6ª ed. original]: Maria José Cyhlar Monteiro. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003, 5ª reimpressão.

VIEIRA, Fabíola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. **Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Nota Técnica IPEA nº 28. Brasília: IPEA, 2016. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/160920\\_nt\\_28\\_disoc.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf)>. Acesso em: jun. 2022.

YUNES, João; RONCHEZEL, Vera Shirley Carvalho. Evolução da mortalidade geral, infantil e proporcional no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, n. 8, supl., 1974. p. 3-48. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/xrSd7kCyTCB9yrpT6FmJ9Kf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso: fev. 2022.

TEIXEIRA, Mary Jane de Oliveira. A urgência do debate: as contrarreformas na política da saúde no governo Temer. **Argumentum**. Vitória (ES), v.10, n.1, p. 33-50, jan./abr.2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19495/13179>>. Acesso em: jan. 2022.

TESOURO NACIONAL. **Resultado Fiscal do Governo Federal**. Disponível em: <<https://www.tesourotransparente.gov.br/temas/estatisticas-fiscais-e-planejamento/estatisticas-fiscais-do-governo-geral>>. Acesso em: fev. 2022.

UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta; PIOLA, Sérgio Francisco. Financiamento e alocação de recursos em Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lúgia et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed., 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p.395-425.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Sustainable Health Financing, Universal Coverage, Social Health Insurance**. 58<sup>th</sup> World Health Assembly. Provisional agenda item 13.16. 7 April 2005. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/20302/A58\\_20-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/20302/A58_20-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: mar. 2022.