

A perversão da agenda da saúde pública brasileira: Da saúde como direito universal à cobertura universal em saúde

*The manipulation of public health Brazilian agenda:
From health as a universal right to universal health coverage*

Por Camila Gonçalves De Mario* e Tatiana de Andrade Barbarini**

Fecha de Recepción: 01 de febrero de 2020.

Fecha de Aceptación: 27 de marzo de 2020.

RESUMO

O objetivo deste artigo é, através de uma análise bibliográfica e documental, esclarecer os sentidos do desmonte, em curso, do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Para o entendimento do processo de desmonte o artigo está estruturado em três seções. Inicialmente são apresentados a trajetória do SUS e os preceitos básicos da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde e da Política Nacional de Saúde Mental, programas que estão no centro das “reformas” realizadas desde o início do Governo de Jair Bolsonaro. Em seguida, analisa-se o projeto neoliberal e a Emenda Constitucional 95/2016, conhecida por Emenda do “Teto dos Gastos”, aprovada ainda durante o gover-

no Michel Temer e seus impactos na viabilidade financeira do SUS. Serão também analisados o Plano de Governo de Jair Bolsonaro, o discurso de posse e entrevistas do Ministro Luis Henrique Mandetta, as notas técnicas e portarias do Ministério da Saúde referentes às políticas de atenção básica e saúde mental. Busca-se elucidar os argumentos mobilizados como justificadores do desmonte: um neoliberal, que busca justificar as mudanças a partir de um discurso custo-efetividade, e outro moralista-conservador, que remete a uma discussão de viés ideológico e voltada para os “valores que seriam caros ao brasileiro”. O artigo também reflete sobre a manipulação discursiva da ideia de equidade em saúde e de justiça so-

* Pós-doutoranda do Centro Núcleo Milenio Autoridad y Asimetrías de Poder. Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas. Professora do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política do Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro - Universidade Cândido Mendes. Correio eletrônico: camilagdemario@gmail.com

** Pós-doutora pelo Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo. Doutora em Sociologia pela Universidade Estadual de Campinas. Docente em Antropologia e Sociologia pela União Mogiana para o Desenvolvimento da Educação - Unimogi. Correio eletrônico: tati.barbarini@gmail.com

cial, cujo efeito é mascarar o principal sentido do desmonte em marcha: a implementação de um projeto afeito à proposta de Cobertura Universal em Saúde (Universal Health Coverage) da OMS.

Palavras-chave: Sistema Público de Saúde, Neoliberalismo, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The aim of this article is, through a bibliographic and documental analysis, to clarify the directions of the ongoing dismantling of the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS). In order to understand the dismantling, process the article is structured in three sections. Initially, the history of SUS and the basic precepts of the National Policy of Basic Health Care and the National Policy of Mental Health are presented, programs that are at the center of the "reforms" carried out since the beginning of the Jair Bolsonaro Government. Next, the neoliberal project and the Constitutional Amendment 95/2016, known as the "Expense Roof Amendment," approved during the Michel Temer administration, are analyzed, questioning about their impacts on the financial viability of the SUS. It will also be analyzed the Plan of Government of Jair Bolsonaro, the speech of inauguration and interviews of Minister Luis Henrique Mandetta, the technical notes and ordinances of the Ministry of Health regarding the policies of basic attention and mental health. The objective is to elucidate the arguments mobilized to justify the dismantling: one neoliberal, which seeks to justify the changes based on a cost-effectiveness discourse, and another conservative moralist, which refers to a discussion of ideological bias and focused on "values that would be dear to Brazilians". The article also reflects on the discursive manipulation of the idea of equity in health and social justice, the effect of which is to mask the main sense of dismantling in progress: the implementation

of a project dedicated to the WHO - Universal Health Coverage proposal.

Keywords: *Public Health System, Neoliberalism, Brazilian Unified Health System.*

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) se caracteriza fundamentalmente por ser organizado a partir da noção ampliada de saúde, entendida como bem-estar físico, mental e social. Seus princípios orientadores básicos e sua organização têm dois fundamentos históricos: o debate da medicina social latino-americana, no Brasil organizado através do campo da saúde coletiva; e o debate internacional, que se estabelece, principalmente, a partir da fundação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946 e da Declaração de Alma-Ata em 1978. Apesar de ter enfrentado muitos entraves político-institucionais desde sua formulação em 1990, o SUS logrou em institucionalizar uma política de saúde universal, baseada em uma concepção social do processo saúde-doença, com serviços públicos gratuitos e orientados pelo princípio da integralidade do atendimento.

Os programas e políticas implementados ao longo dos últimos trinta anos são perpassados pela noção de determinantes sociais da saúde e possuem um caráter intersetorial e multidisciplinar. São muitos os exemplos, mas para os propósitos deste artigo focaremos na Política Nacional de Atenção Básica e em dois de seus programas, a saber, o Estratégia Saúde da Família e o Mais Médicos. Também nos debruçaremos sobre a Política de Saúde Mental.

A descrição desses programas e políticas permite compreender o cenário atual brasileiro, tendo em vista que, desde o golpe institucional sofrido pela Presidente Dilma Rousseff, estão sendo implementadas mudanças que apontam para o desmonte do SUS e para uma importante inflexão e perversão dos sentidos e princípios do sistema. Tais mudanças se agravam no atual governo de Jair Bolsonaro.

Desse modo, o intuito deste artigo é, através de uma análise bibliográfica e documental, esclarecer os sentidos da reforma, em curso, do sistema nacional de saúde. Essa reforma mobiliza dois tipos de argumento: um neoliberal, que busca justificar as mudanças a partir de um discurso custo-efetividade, e outro moralista-conservador, que remete a uma discussão de viés ideológico e voltada para os “valores que seriam caros ao brasileiro”. Observa-se também o uso de uma política do medo, principalmente no que se refere aos tratamentos à população drogadita. Outro argumento frequentemente usado pelo atual Ministro da Saúde, Luis Henrique Mandetta, de cunho neoliberal, manipula a ideia de justiça social e mascara o principal sentido das reformas que estão em marcha: a implementação de um projeto afeito à proposta de Cobertura Universal em Saúde (Universal Health Coverage) da OMS.

Na primeira seção deste artigo, apresentaremos a trajetória do SUS e os preceitos básicos da Política de Atenção Básica em Saúde e da Política Nacional de Saúde Mental. Na segunda seção, refletiremos sobre os sentidos das reformas em marcha desde a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95/2016, ainda durante o governo de Michel Temer. Na terceira seção, serão analisados o Plano de Governo de Jair Bolsonaro, o discurso de posse e entrevistas do Ministro Luis Henrique Mandetta, as notas técnicas e portarias do Ministério da Saúde referentes às duas políticas apresentadas na primeira seção. Por fim, apresentamos nossas considerações finais, refletindo sobre os sentidos desse desmonte.

1. O SUS e a equidade em saúde: qualidade de vida, bem-estar e determinação social da saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), implementado em 1990, é resultado de um longo processo de luta social cuja trajetória é marcada por, pelo menos, dois percursos comple-

mentares: um constituído pelo debate que se desenvolveu no âmbito acadêmico, e o outro construído a partir da luta pela redemocratização do Estado brasileiro. Ambos se estabeleceram em diálogo com os debates sobre os sistemas públicos de saúde promovidos pelas Agências Internacionais (ONU e OMS), e com a produção da medicina social latino-americana, de viés marxista.

Duas premissas que perpassam a agenda que se constituiu nesse processo, que data – pelo menos – dos anos 1960, são fundamentais e se fazem ainda hoje presentes na produção do SUS: uma noção abrangente do processo saúde-doença cuja preocupação se volta para a promoção de qualidade de vida e bem-estar físico, mental e social; e a noção de determinação social da saúde. Ambas as noções são perpassadas por um projeto político preocupado com a construção de sociedades mais justas. A justiça social é, portanto, uma preocupação de fundo que se traduz na correlação construída entre as desigualdades sociais e as desigualdades em saúde, bem como na vontade de transformação da estrutura social, entendendo a saúde como resultado das formas de organização social da produção, responsável pela geração das desigualdades.

A produção de autores vinculados à vertente da medicina social brasileira, nos anos 1960/70, é reveladora dessa perspectiva. Foram autores como Cecília Donnangelo, analisando a relação medicina/saúde/sociedade, e Sergio Arouca, trabalhando sobre o dilema preventista, que se propuseram a pensar o papel da medicina e dos profissionais da saúde e sua relação com o sistema capitalista, ou, como destaca Everardo Nunes (1992), a articulação da prática médica com a prática social. A partir do trabalho de Arouca, por exemplo, o cuidado médico passa a ser entendido como um processo de trabalho que exerce intervenção sobre os valores e necessidades das pessoas, uma troca à qual se atribui um valor social e histórico (Nunes, 1992). Trata-se de

uma vertente que demonstra a articulação entre a prática médica e sanitária e a reprodução e transformação da estrutura social. Seus autores questionavam as desigualdades estruturais de nossas sociedades e apontavam para a necessidade de uma profunda transformação social se o intuito fosse suplantá-las. Daí a importância de se falar em *determinação social da saúde*. Segundo Pettres e Rios, “a determinação social da saúde enunciada por núcleos da medicina social da América Latina, nos anos 1970, queria resgatar a estrutura social e a saúde, além do sistema econômico, trabalho e classe social, que estavam excluídas no sistema de saúde pública” (2018: 186).

A outra vertente se desenvolveu nas agências internacionais, cujo debate teve dois marcos determinantes para o entendimento de sistema público de saúde e direito à saúde adotados pelo Brasil. São eles: o Relatório Lalonde (1973) e a Declaração de Alma-Ata (1978). O relatório Lalonde inaugura uma proposta de estratégia de promoção da saúde a partir da noção de um campo de saúde que abrange biologia humana, meio ambiente e estilo de vida. Na declaração de Alma-Ata reforça-se a ideia, consolidada pela OMS, de que a saúde deve ser pensada como “completo estado de bem-estar físico, mental e social”, o que requer ação de setores sociais e econômicos não apenas em saúde. Nesse sentido, promoção e proteção aparecem como essenciais para a melhoria da qualidade de vida das populações.

Considerada um direito humano fundamental, a saúde é afirmada na declaração como a mais importante meta social mundial, já que as desigualdades em saúde existentes entre os povos são inaceitáveis. A chave para que se atingisse até os anos 2000 um nível de saúde que permitisse aos povos levar uma vida social e economicamente produtiva eram os cuidados primários da saúde, parte fundamental “do desenvolvimento, no espírito da justiça social”. A declaração também defende que é direito e dever dos povos participar no

planejamento e na execução de seus cuidados de saúde. Dessa forma, os cuidados primários refletem e são a base a partir da qual evoluem as condições econômicas e as características socioculturais e políticas de um país, por isso, sua aplicação depende de pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública.

Ambas as vertentes, da medicina social latino-americana e a desenvolvida no âmbito dos organismos internacionais, trabalham com noções de distribuição e redistribuição de recursos para a promoção da justiça social. A primeira, de caráter estrutural, propõe que é necessária uma transformação das formas de organização social da produção para a construção de uma sociedade justa e defende que a prática médica e os sistemas de saúde cumprem papel fundamental nessa transformação. A segunda reconhece a centralidade do direito à saúde e dos sistemas de saúde públicos para a mitigação das desigualdades, o papel do Estado no processo de redistribuição de bens e recursos públicos, entretanto, não enfrenta o debate sobre a desigualdade e exclusão estrutural do capitalismo. Como veremos é a segunda que predomina do desenho do SUS.

A essa agenda se somam também os movimentos sociais e a luta pela redemocratização no Brasil. No caso da saúde, foi central a atuação do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), ator fundamental na produção não apenas político/institucional do sistema, mas também conceitual. Somam-se ainda aos movimentos sociais a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), instituições que a partir dos anos 1980 passam a constituir o campo da Saúde Coletiva - cuja alma está no encontro entre os saberes dos campos da saúde e da sociologia, presentes nos trabalhos da medicina social. Tais atores também desempenharam importante papel na defesa do direito universal à saúde e de uma

política de saúde democrática com gestão descentralizada e participação popular.

A ABRASCO, criada em setembro de 1979, promoveu no mês seguinte de sua fundação o primeiro Simpósio de Política Nacional de Saúde, cujo documento aprovado:

[...] estabelecia princípios centrais que seriam adotados pela reforma sanitária, como o direito universal à saúde; o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde; a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema; a participação popular; o controle democrático e, fundamentalmente, a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública [Cebes, 1980] (Paiva e Teixeira, 2014: 22).

Uma das primeiras formulações para o desenho do SUS pode ser vista no texto do relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Adotando o tema “Saúde: direito de todos, dever do Estado”, essa conferência propôs uma concepção abrangente de saúde e próxima do que veio a ser o desenho do SUS, expresso no texto Constitucional de 1988 e na LOS 8080/90. Destacamos aqui três itens do relatório final da conferência no que se refere ao direito à saúde:

1. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.
2. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

3. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos dos habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

O documento da conferência também estabelece outros princípios que estão na base do SUS. Sobre a organização do sistema, o documento defende a integralidade em saúde, a universalidade e equidade do sistema, e a importância de se construir uma gestão descentralizada e participativa. Esse debate se concretiza no texto da Constituição de 1988 e, mais tarde, na Lei Orgânica da Saúde, a LOS 8080/90. O artigo 6º da Constituição estabelece que a saúde é um direito social, e o artigo 196º define:

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

No artigo 196 aparece a noção ampliada do processo saúde-doença baseada no debate sobre o processo de determinação social da saúde, bem como os princípios norteadores do SUS, reafirmados no texto da Lei Orgânica da Saúde. Os artigos 2º e 3º da Lei Orgânica da Saúde - 8080/90 traziam em sua redação original:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem aces-

so universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Em 2013, o terceiro artigo ganha através da Lei 12.864/2013 nova redação, para que se inclua a atividade física dentre os fatores determinantes sociais da saúde. Essas definições ampliadas de saúde estão na base do Sistema Único de Saúde e de sua organização. Abordá-las não é um simples esforço conceitual, mas sim uma chave para compreender a implantação de estruturas e políticas, como a Atenção Básica em Saúde e a Política de Saúde Mental, bem como as ações que visam ao seu desmonte.

1.1. A Atenção Básica em Saúde

O SUS significa uma enorme conquista para a política de saúde brasileira, e os avanços obtidos nos últimos trinta anos são inquestionáveis. Trata-se de um sistema público de saúde que atende a 75% da população brasileira, com programas de saúde básica, média e alta complexidade que se tornaram referência em serviços de saúde, como o programa de combate e tratamento à AIDS, o de vacinas e medicamentos, o Programa Saúde da Família, o SAMU. Conta com o maior sistema público de transplantados do mundo. Vale destacar que foi concomitante ao estabelecimento do SUS o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica, movimento de suma importância para o estabelecimento de uma política de saúde mental considerada referência, concretizada no atendimento que hoje é oferecido pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), componente do

SUS, através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Nesta subseção, apresentaremos os princípios e os dilemas que envolvem a Política Nacional de Atenção Básica e, na próxima, a Política Nacional de Saúde Mental, que é englobada pela Atenção Básica, ambas são parte constituinte do SUS e orientadas por seu conceito ampliado de saúde.

No âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece a principal porta de entrada do sistema, é possível localizar um dos esforços fundamentais de implementação da política de saúde a partir da noção dos determinantes sociais da saúde e da promoção de desenvolvimento sustentável e qualidade de vida. A atenção básica (ou atenção primária em saúde)¹ se constrói ao longo dos anos 1990 a partir da implementação do programa de agentes comunitários de saúde e do primeiro programa de saúde da família em municípios do nordeste e sudeste do país em 1994. Em 2003 consolida-se como eixo estruturante do SUS com a implementação do programa Estratégia Saúde da Família (ESF), que em 2013 é reforçada pelo Programa Mais Médicos (PMM).

Como colocam Cecílio e Reis (2018), o debate acadêmico e a implementação da atenção básica no Brasil não são mera reprodução da discussão internacional, ou do que se formulou em Alma Ata e nas discussões posteriores, embora seja plenamente alinhada aos princípios de equidade em saúde e justiça social que norteiam a Declaração de Alma Ata. Há na concepção de atenção básica do SUS uma crítica à ideia de atenção primária em saúde, que restringiria a atenção a uma cesta de serviços. Desde a formulação do SUS fo-

1 Nos textos dos Planos da Política Nacional de Atenção Básica ambas as expressões, "atenção básica" e "atenção primária", são usadas como equivalentes.

ram elaborados três planos para a Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, 2011 e a última versão de 2017.

Os princípios fundantes do SUS aparecem como norteadores da atenção básica e se fazem presentes no texto dos três planos citados, reforçando que a política está orientada pelos princípios de: universalidade; equidade; integralidade; regionalização e hierarquização; territorialização do atendimento; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutivezade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede e participação da comunidade.

Os anos 2000 foram marcados pela expansão da ESF, equipes de Saúde Bucal e pela criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os núcleos, também cumprem papel fundamental na Política de Saúde Mental, pois, sendo a principal porta de entrada no sistema, são seus profissionais que identificam e orientam o tratamento dos pacientes.

O plano de 2006 reforça a noção de saúde abrangente e a centralidade do Saúde da Família para a organização da Atenção Básica. A literatura é consensual ao apontar que a ESF promoveu uma ampliação equitativa do acesso e utilização dos serviços de saúde². Essa aná-

lise é corroborada pela melhoria da situação de saúde durante esses trinta anos de SUS. Observou-se a queda da mortalidade infantil e do número de internações por causas sensíveis à atenção primária. Em 2016 o ESF ultrapassou a marca de 40 mil equipes realizando atendimentos em todo o território brasileiro (Facchini, Tomasi e Dilélio, 2018).

O plano de 2011 busca dar respostas às questões críticas advindas da prática de implementação da política, com a proposição de programas como: o Requalifica UBS (Unidades Básicas de Saúde), que visou a reforma, construção, ampliação e informatização das unidades de saúde; o Programa de melhoria de acesso e da Qualidade, o Programa Mais-Médicos (PMM), que tinha como objetivo aumentar o número de profissionais médicos nas equipes de saúde da família; além do e-SUS com a oferta de prontuários eletrônicos nos municípios, para destacar alguns exemplos. O PMM foi um marco na expansão do acesso à serviços e ações de saúde, pois significou uma importante ação no enfrentamento da carência de profissionais, em número e em formação adequada às necessidades da população brasileira. Foi um dos maiores programas de cooperação Sul-Sul, realizado entre Brasil e Cuba³, para provimento de profissionais para atendimento na saúde básica. O programa

2 Segundo os autores: O crescente acesso da população à ampla rede de serviços foi documentado em três Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio (PNAD) e mais recentemente na Pesquisa Nacional de Saúde. A proporção de pessoas que referiu utilizar a UBS foi de 41,8% em 1998, de 52,4% em 2003, de 56,8% em 2008, alcançando 65,5% em 2013. Quase 90% das UBS contam com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e mais de 70% dispõem de equipes com atendimento em cinco ou mais dias na semana, em dois turnos ou mais, com consulta de enfermagem e curativos (Facchini, Tomasi e Dilélio, 2018: 211).

3 De acordo com informações divulgadas pela OPAS: “Cuba tem o maior número de médicos por mil habitantes do mundo: 7,519 (dado de 2014). O índice é quatro vezes maior do que o do Brasil: 1,852 (dado de 2013). Além disso, Cuba possui ampla experiência no envio de médicos a outros países para trabalhar em diversos setores de saúde, como atenção primária, cirurgias e atendimento de vítimas de desastres naturais.” Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5662:folha-informativa-programa-

contou com a intermediação e apoio técnico da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS). O governo brasileiro ofertava vagas para médicos trabalharem nas UBS com carência de profissionais, primeiro aos médicos brasileiros, depois as vagas não preenchidas eram ofertadas aos médicos estrangeiros.

Tratou-se de provisão emergencial de médicos, no pico do programa eram 18 mil médicos prestando atendimento, provisão que foi combinada com intervenções na melhoria dos serviços e na formação permanente dos médicos. Cerca de 63 milhões de brasileiros foram cobertos pelo PMM. Segundo Facchini, Tomasi e Dilélio:

A presença de profissionais do PMM em 4.058 municípios beneficiou cerca de 63 milhões de pessoas, promovendo a integração das equipes e fortalecendo as ações de saúde, com impacto positivo também na redução de internações por condições sensíveis à AB (2018: 212).

O programa atuou em três eixos: o primeiro foi a melhoria da infraestrutura nos serviços de saúde; o segundo, o provimento emergencial de médicos, tanto brasileiros (formados dentro ou fora do país), quanto estrangeiros (intercambistas individuais ou mobilizados por meio dos acordos com a OPAS). O terceiro eixo foi direcionado à ampliação de vagas nos cursos de medicina e nas residências médicas, com mudança nos currículos de formação para melhorar a qualidade da atenção à saúde⁴.

Um das primeiras medidas do Governo Bolsonaro, foi justamente descontinuar o PMM, que foi substituído pelo Programa Médicos pelo Brasil. Pelas regras do novo pro-

grama, só poderão participar médicos estrangeiros que fizerem a prova de revalidação de seus diplomas no Brasil e forem cadastrados pelo Conselho Regional de Medicina. Bolsonaro enfatizou que o PMM tinha como objetivo formar núcleos de guerrilha no Brasil e alimentar a ditadura cubana, afirmou ainda que se os médicos cubanos fossem “tão bons” teriam salvo a vida do presidente da Venezuela, Hugo Chaves⁵.

Ainda no âmbito da PNAB, é também necessário destacar o papel e a importância do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Enquanto membro de uma equipe multiprofissional, sua presença é uma singularidade da atenção primária brasileira, profissional que cumpre papel fundamental para o sucesso do ESF principalmente nas áreas mais pobres (Morosini; Fonseca; Lima: 2018). A revisão do PNAB em 2017 é feita em meio a uma profunda crise política e econômica. Naquele momento, havia pressão dos gestores municipais para uma revisão do plano que lhes garantisse maior autonomia; um dilema orçamentário colocado pela E.C. 95/16 que congelou os gastos do Governo federal com saúde e educação por 20 anos (como veremos adiante), e um veto político aos processos participativos que sempre marcaram a formulação dos Planos da política nacional de saúde. O texto de 2017 foi pactuado em um mês, justificou-se por ser necessário garantir flexibilidade e atender as especificidades regionais. De acordo com Morosini, Fonseca e Lima:

sua produção foi pouco divulgada oficialmente e sua discussão manteve-se em espaços restritos, como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as reuniões entre os técnicos do MS.

-mais-medicos&Itemid=347. Último acesso: 27 janeiro de 2020.

4 Ver: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5662:-folha-informativa-programa-mais-medicos&Itemid=347

5 Ver: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2019/08/01/correcao-ideia-do-mais-medicos-era-formar-nucleos-de-guerrilha-diz-bolsonaro.htm>. Acesso em: 31 jan. 2020.

Em 27 de julho de 2017, o texto preliminar foi apresentado na CIT e encaminhado para consulta pública por dez dias. Apesar do curto prazo, a consulta recebeu mais de 6 mil contribuições, sem que tenham gerado, entretanto, mudanças expressivas no texto original ou tenham sido divulgados os seus resultados. A nova PNAB foi aprovada em 30 de agosto de 2017, pouco mais de um mês após tornar-se oficialmente pública (2018: 14).

No texto de 2017 não há mais referência à participação democrática e, também desaparece a menção à humanização, princípios presentes nas versões anteriores. A Estratégia Saúde da Família não perde centralidade, mas são feitas algumas alterações na organização do programa que podem ir de encontro com os princípios sustentados. Permite-se a redução de ACS por Equipe de Saúde da Família (EqSF) ao mesmo tempo que se permite um aumento de suas atribuições; há descontinuidade das atividades de formação e educação permanente dos profissionais das EsSF. Mas chamamos atenção para um ponto apontado pela análise realizada por Melo, Mendonça, Oliveira e Andrade, que afirmam o seguinte:

Percebe-se, na PNAB mais recente, uma diferenciação das ações e serviços da AB que passam a ser classificadas a partir dos conceitos de ‘padrão essencial’ (ações e procedimentos básicos de acesso e qualidade) e ‘padrão ampliado’ (estratégicos para atingir altos padrões de acesso e qualidade), mesmo com escassez de detalhes. Sobre isso, há que se mencionar o risco de se abrir para uma atenção simplificada e seletiva (2018: 45).

O risco apontado pelos autores refere-se à abertura, com essa definição, da possibilidade de uma inflexão no sentido de se estabelecer uma política de Atenção Básica Primária. Apesar de os princípios norteadores do sistema e próximos à declaração de Alma Ata serem mantidos no texto da portaria, as orientações

práticas de implementação do sistema aproximam-se mais da Declaração de Astana, escrita em comemoração dos 40 anos de Alma-Ata, e que se distancia da primeira ao estreitar a abrangência da concepção de saúde e de justiça social que fundamenta a primeira.

1.2. A Política Nacional de Saúde Mental

A Reforma Psiquiátrica desencadeou um processo de grande relevância à sociedade brasileira contemporânea. Por um lado, contribuiu com os movimentos de redemocratização, haja vista o decorrer dos anos 1970 e 80, marcados pelo fim do período ditatorial e início do movimento de Reforma Sanitária, que culminou na institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, propôs a revisão das práticas psiquiátricas repressivas e invasivas até então predominantes.

Em um contexto de mudanças sociais, políticas, econômicas, técnicas e éticas, a desinstitucionalização — conceito central de tal reforma — correspondeu, segundo Amarante (1995: 494), à extinção dos hospitais psiquiátricos e das técnicas arcaicas de confinamento e tratamento da doença como uma entidade abstrata. Isso tensionou as relações entre grupos defensores da reforma e a psiquiatria “tradicional”, aliada a setores privados mantenedores dos hospícios. Significou, sobretudo, o reconhecimento do paciente como sujeito de direito “em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida” a ser reinserido na sociedade e atuar em sua plena cidadania. Assim, o movimento de desinstitucionalização promoveu a expansão e a garantia dos direitos civis a pessoas antes consideradas loucas — e, por isso, tidas como “não-pessoas” — e possibilitou, sobretudo, que uma “nova psiquiatria” tomasse a saúde mental como seu objeto de estudo e de intervenção, e não mais a doença mental (Birman e Costa, 1984).

É nesse contexto que se promulga a lei nº 10.266, de 6 de abril de 2001, que dispõe so-

bre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e que redefine o modelo assistencial em saúde mental com base em alguns princípios básicos, entre eles: a desinstitucionalização progressiva e a implantação de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); uma concepção de saúde mental que busca lidar com a pessoa "como um todo" e que preconiza o tratamento dos transtornos mentais como uma questão pública – e não meramente individual ou familiar – e em base comunitária, retirando seus portadores do antigo isolamento dos hospitais psiquiátricos; e o reconhecimento das pessoas com transtornos mentais e sofrimento psíquico como sujeitos de direito, anteriormente negado aos reclusos dos asilos e hospitais psiquiátricos.

Tais princípios se apresentam no artigo 2º da referida lei (Brasil, 2001):

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Esse "novo modelo" se opõe a práticas que restringem a atenção à saúde a uma natureza biológica e organicista, que se centram em estratégias terapêuticas focadas no indivíduo retirado de seu contexto familiar e social, que incentivam a tecnificação do ato médico e que consolidam o princípio curativo a ser exercido em meio hospitalar (Amarante, 1998: 11). O fundamento básico da referida lei é possibilitar o tratamento das pessoas com transtornos mentais e usuárias de drogas em seu próprio meio social, inserindo-as em uma rede de apoio formada não só por instituições, mas também por indivíduos e grupos que lhes sejam próximos e familiares.

Outro fundamento da lei é o reconhecimento dessas pessoas como sujeitos de direito e como sujeitos "políticos", isto é, como pessoas que, apesar de seu sofrimento psíquico e social, devem fazer parte das decisões tomadas sobre sua própria vida e seu tratamento. Atualmente, privilegiam-se nos CAPS ações menos voltadas para diagnósticos psiquiátricos (que não deixam de ser importantes) do que para a construção dos Projetos Terapêuticos Singulares (TPS), que consideram uma gama de fatores sobre a realidade individual, familiar, psíquica, social, econômica e cultural dos usuários dos serviços de saúde mental, além das perspectivas e atividades terapêuticas propostas por sua equipe multidisciplinar. Ainda que cada CAPS seja composto e orientado por abordagens terapêuticas específicas, a complexidade e a multidisciplinaridade, além da participação ativa de seus usuários, marcam a particularidade desse tipo de serviço que, ademais, é público e regidos pelos princípios do SUS.

No entanto, novos horizontes estão sendo traçados para a Saúde Mental brasileira, uma

vez que uma nova Política Nacional de Saúde Mental é proposta com base na Nota Técnica nº 11/2019, publicada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde (Brasil, 2019). A nota se inicia defendendo a construção de uma rede plural de serviços, opondo-se a uma ideia equivocada de que a atual Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) constitui-se, atualmente, de serviços monolíticos. Essa sutil enunciação, que em um primeiro momento vai ao encontro do interesse coletivo (*rede plural*), na verdade, prepara o terreno para o que a nota tem de fundamental: permitir a implementação de serviços privados e que, no período da Reforma Psiquiátrica, foram questionados, tais como os Hospitais Psiquiátricos e as Comunidades Terapêuticas. Ainda trataremos desse tema nesta seção.

Outra consideração importante a ser feita sobre a proposição de uma rede plural é o caráter desses serviços: eles devem oferecer formas de tratamento baseadas em evidências científicas. Mas o que a nota considera como ciência? Ou melhor, quais são os campos do conhecimento por ela reconhecidos como científicos? Aqui há uma nova sutileza, pois os novos serviços implementados pela nota são orientados por abordagens e práticas biomédicas. O rechaço implícito se faz a práticas já aceitas, tais como a psicanálise ou às terapias alternativas e complementares, entre outras, ou ainda as ações de redução de danos, muito comuns no cuidado com usuários de drogas.

A construção de uma rede de assistência segura, eficaz e humanizada é o segundo ponto que destacamos da nota. Ainda que se mantenha o uso do termo *humanização*, característico do SUS, o conceito que lhe é atribuído se altera, uma vez que: 1) adota-se o termo *assistência* como substitutivo a *atenção* ou *apoio*, o que provoca uma sutil mudança de paradigma de ação; 2) introduz-se entre os serviços já existentes tantos outros, como as Comunida-

des Terapêuticas e os Hospitais Psiquiátricos. Lê-se na nota (Brasil, 2019: 3):

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção (Serviços):

- CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades
- Serviço Residencial Terapêutico (SRT)
- Unidade de Acolhimento (adulto e infante-juvenil)
- Enfermarias Especializadas em Hospital Geral
- Hospital Psiquiátrico
- Hospital-Dia
- Atenção Básica
- Urgência e Emergência
- Comunidades Terapêuticas
- Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas.

A mudança se dá pelo deslocamento do preceito da construção de uma rede de apoio institucional e social para os usuários do CAPS para o preceito da internação compulsória, o que, como consequência, retira do indivíduo com transtorno mental ou usuário de drogas o seu estatuto de sujeito “político”, ou seja, como um sujeito de seu próprio projeto terapêutico e que tem voz de decisão sobre os rumos de sua vida.

Nessa nova concepção de rede de assistência, colocam-se todos os serviços como harmônicos e igualitários em importância: “O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutivos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar” (Brasil, 2019: 3-4). Sob o discurso da igualdade, a nota ataca a lei nº 10.2016/2001, que emprega os termos *serviços substitutivos* como parte da proposta de fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos da época de sua publicação. Na realidade, não há igualdade efetiva em um contexto de implementação da Emenda Constitucional nº

95/2016 –que ainda será explorada neste artigo–, que impõe um teto aos gastos públicos, sobretudo com saúde e educação, e de abertura para maiores aportes de verba pública para instituições privadas. O que se observa é o uso do discurso igualitário para desmontar as políticas então vigentes em Saúde Mental.

Por fim, destacamos o foco preventista da nota, principalmente no que se refere à nova política de drogas, que se volta mais à contenção especial e física dos usuários em instituições ambulatoriais e de internação compulsória e à abstinência, assim como a ações ditas educativas que visam a “prevenir” e combater o uso de drogas lícitas e ilícitas entre a população brasileira. Esse tipo de discurso tem forte apelo de senso comum, o que lhe confere legitimidade coletiva. O ataque mais evidente, aqui, se faz às ações de redução de danos.

Vale ressaltar que a Nota Técnica nº 11/2019 não propõe, explicitamente, o desmonte da lei nº 10.216/2001, da Política Nacional de Saúde Mental ou das RAPS, uma vez que enfatiza a proposta de ampliá-la ao oferecer mais possibilidades de serviços aos usuários. Porém, os “novos serviços” agregados à nova Política Nacional de Saúde Mental são permeados, em sua essência, por preceitos e práticas que vão na contramão daqueles preconizados pela política original.

Assim, há uma evidente astúcia na nota: 1) ela não abandona os termos originais (RAPS, humanização, desinstitucionalização, entre outros), mas modifica sutilmente o seu significado; 2) essa modificação é aceitável, pois é quase imperceptível aos olhos da população, uma vez que vai ao encontro de valores e demandas comuns como a ampliação da oferta de tratamentos e serviços, a eficiência da rede (que até recebe um R maiúsculo) e a educação como prevenção de riscos sociais; e 3) a nota introduz novos serviços - o que, a *priori*, beneficia a população como um todo -, mas se trata de serviços que são orientados por práticas bem marcadas por uma perspectiva única, pre-

ventista e biomédica, que se relegitima como verdadeiramente científica.

Portanto, vestida de científica e igualitária, a nova Política Nacional de Saúde Mental provoca o desmonte do sistema a partir dele mesmo, preservando os princípios da equidade, da humanização, da pluralidade e da participação social, porém esvaziando-os de seus significados originais e atribuindo-lhes novos sentidos afeitos ao neoliberalismo.

2. Neoliberalismo e enfrentamentos: a EC 95/2016

A partir da promulgação da Constituição de 1988 se estabeleceu um longo processo de reforma administrativa e de adequação da gestão pública. Foi preciso ajustar a estrutura da administração pública brasileira a um novo modelo de gestão descentralizado e participativo, necessário para a produção das políticas públicas tal como previstas na Constituição. Isso implicou, fundamentalmente, em discutir financiamento e redistribuição de recursos, em criar infraestrutura inexistente em muitos municípios para que fosse viabilizada a implementação de diferentes políticas públicas, e na necessidade de formação e contratação de mão de obra.

Entretanto, os anos 1990 são marcados por uma disputa entre o projeto democrático participativo e o neoliberal. O resultado dessa disputa é a conformação de um Estado híbrido, nele coexistem processos e procedimentos de gestão que competem entre si, pois afeitos a um ou outro projeto, portanto, a racionalidades divergentes entre si. Dessa forma, foram criados conselhos gestores participativos enquanto a gestão de diferentes programas e serviços era terceirizada através da criação de fundações ou da transferência do dever de executar serviços para entidades do terceiro setor. Além dos muitos setores e empresas públicas que foram privatizadas.

O SUS é profundamente marcado por essa lógica híbrida e por um dilema que remete às

diferentes concepções de justiça social sustentadas por esses projetos, que também está no cerne de sua existência. Apesar dos princípios fundantes do sistema, apresentados anteriormente, seu desenho ao mesmo tempo que afirma que a saúde é um direito universal e dever do Estado, permite que serviços de saúde sejam ofertados pelo mercado seguindo a racionalidade neoliberal.

Essa confluência entre os projetos políticos democrático participativo e neoliberal, presentes na lógica que perpassa a organização da administração pública e no cerne da definição do sistema de saúde, colaboram para o fortalecimento de uma constante disputa entre o setor público e os setores suplementares (convênios, planos e seguros de saúde) e privados de saúde, que funcionam em concorrência com o primeiro, além de se beneficiarem de subsídios e transferências de recursos vindas do setor público.

Essas questões continuam na base dos dilemas do sistema, 30 anos depois de sua criação. Delas deriva uma controvérsia normativa e jurídica fundamental, que se estabelece no âmbito da definição de saúde e do direito à saúde no Brasil, e incide diretamente sobre as disputas orçamentárias que se estabeleceram ao longo dos 30 anos de existência do SUS.

A controvérsia jurídica se cria em torno da concepção abrangente de saúde, e todas as interpretações que essa definição pode ensejar. Essa discussão se estende do entendimento dos direitos sociais em si, passando pela obrigatoriedade ou não de sua prestação pelo Estado, até quais serviços prover para garanti-la. Na prática da gestão da política esse entendimento gera diferentes controvérsias presentes, por exemplo, nos casos de judicialização da saúde, nas discussões em torno da capacidade estatal de garantir a prestação dos serviços, e para a projeção e avaliação dos resultados alcançados.

São pelo menos dois desafios dados já no texto constitucional. Há uma diferença extremamente importante entre o direito à saúde

e o direito à educação conforme expressos no texto constitucional. O acesso ao ensino fundamental é um direito subjetivo, a saúde não. Ser um direito subjetivo significa que o indivíduo pode transformar a norma geral contida na Lei em algo que ele possua como próprio. Portanto, o Estado tem a obrigação de garantir a prestação dos serviços que garantem aquele direito, qualquer cidadão pode acionar o Ministério Público para garantir o direito à educação e o gestor responsável pela sua prestação ser juridicamente responsabilizado e punido. Por isso os gargalos do sistema educacional brasileiro estão na educação infantil e, também no ensino médio.

A saúde é entendida dentro dos limites do princípio da reserva do possível, ou seja, seus serviços serão garantidos dentro das possibilidades materiais (recursos humanos e financeiros) para sua promoção. No debate da doutrina jurídica saúde é comumente entendida como um direito programático. Nos termos de Bobbio, trata-se de um gênero de normas que não ordenam, proíbem ou permitem, mas sim que “ordenam, proíbem e permitem num futuro indefinido e sem um prazo de carência claramente definido” (Bobbio, 2004: 72).

Em suma, ao interpretar uma norma como programática retira-se do Estado o dever de cumprir com a garantia do direito, pois o que estamos dizendo é que o direito que a norma determina não tem aplicabilidade imediata, condicionando-o às possibilidades de o Estado garanti-la.

Trata-se de uma fragilidade jurídica que marca profundamente o SUS, e que se traduz em outra fragilidade de caráter prático: o constante subfinanciamento e a relação parasitária com o sistema de saúde suplementar e privado.

Uma das formas de buscar solução para esse problema foi a vinculação de recursos tributários para a saúde. A trajetória percorrida para a garantia de recursos para o SUS foi um longo caminho desde que o repasse de recursos do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social)

para a saúde foi suspenso em 1993. Passou-se pela instituição da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)⁶, pela discussão de diferentes Propostas de Emenda Constitucional (PECs) que buscavam vincular a arrecadação de determinados tributos ao SUS até chegarmos nos anos 2000 à Emenda Constitucional 29 (EC) que vinculou parte do orçamento federal, estadual e municipal ao financiamento da saúde.

Os Estados ficaram obrigados a aplicar em saúde, no mínimo, 12% de sua receita bruta; os municípios, 15% da receita de impostos municipais e a União, o montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB. A regulamentação por lei complementar só aconteceu em 2012, por meio da Lei Complementar nº 141. A partir disso o que temos é um aumento dos investimentos em saúde, só para exemplificar entre 2003 e 2015, o gasto federal evoluiu de R\$ 27,2 bilhões para R\$ 99,2 bilhões, mais do que triplicando em termos nominais. Como um dado comparativo e que auxilia a termos dimensão da luta travada para a garantia de recursos para o SUS, vale destacar que vinculação de recursos tributários para a educação data da Constituição de 1934, a Constituição de 1988 definiu que a União nunca aplicaria menos de 18% da arrecadação de impostos na educação. Como vimos, esse mesmo princípio é estendido para a saúde em somente em 2000, inicialmente acompanhando o crescimento do PIB e depois a partir de 2016 passou a estar associada à evolução da arrecadação total. O que até aquele ano significava que 4,41% do orçamento federal iria para a saúde (Mariano, 2017).

Como se essas fragilidades já não bastassem, é possível dizer que o financiamento do

SUS é inviabilizado a médio e longo prazo com a aprovação da EC 95/2016, a emenda do “Teto dos Gastos”. Essa não deveria ser a emenda do “Teto dos Gastos”, mas sim a emenda da “Desvinculação de Recursos”⁷. Pois, o que a emenda efetivamente fez foi alterar a regra de fixação do gasto mínimo na saúde e na educação.

Trata-se, portanto, de uma emenda inconstitucional, porque ela fere o princípio da vedação do retrocesso social, consubstanciada no plano do direito positivo no rol das cláusulas pétreas constitucionais. O princípio do não retrocesso social preconiza que os ganhos sociais garantidos pelo Estado aos seus cidadãos não podem ser posteriormente suprimidos (Mariano, 2017). Assim, políticas como as de distribuição de medicamentos para pacientes com HIV, o Programa Saúde da Família, o SAMU, a Política Nacional de Imunizações, a distribuição de medicamentos, e outros programas não podem (poderiam) ser suprimidos.

Um estudo do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos socioeconômicos - DIEESE, fez uma projeção do teto dos gastos aplicados como se estivesse em vigor nos anos de 2002 a 2015. No caso da educação, com a nova regra, a redução seria de 47% no período. Já com relação às despesas de saúde, a redução seria de 27%. Isso significa, em valores, que a perda na saúde, entre 2002 e 2015, teria sido de R\$ 295,9 bilhões e, na educação, de R\$ 673,6 bilhões, o que corresponderia a um montante total em torno de R\$ 969,5 bilhões que, na lógica do novo regime fiscal já em vigor, seriam expropriados das políticas sociais para remunerar os investimentos dos donos da

6 Ver: <https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/cpmf>. Último acesso em: 27 de jan. de 2020.

7 <https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2016/05/24/limites-com-educacao-e-saude-irao-ao-congresso-em-2-semanas-diz-meirelles.htm>. Último acesso em : 27 jan. 2020.

dívida pública brasileira. Já de acordo com um estudo do IPEA, divulgado no início do mês de outubro de 2016, somente o SUS perderá, com o novo regime fiscal, cerca de R\$ 743 bilhões (Mariano, 2017).

A despeito da implementação da EC 95/16, o Brasil vivencia desde 2016 retrocessos nos índices de saúde e em alguns desses serviços, dentre eles o retorno de doenças que já estavam erradicadas e um aumento da mortalidade infantil. A previsão feita por pesquisadores da Fiocruz é a de que teremos um aumento nas doenças crônicas como câncer, diabetes e hipertensão. Alcides Miranda⁸, Prof. da saúde coletiva da UFRGS, afirmou em entrevista recente que esses retrocessos já acontecem em decorrência do histórico subfinanciamento do sistema e de um paulatino desmonte da saúde básica. Com a desvinculação tributária decorrente da EC 95, prevê-se que teremos uma explosão dentre os mais pobres dos sofrimentos e problemas causados por doenças como o diabetes e a hipertensão, pessoas que terão seu quadro clínico agravado por falta de cuidado continuado e de acesso a medicamentos. Já o câncer tende aumentar não só pelo desmonte do trabalho e prevenção e diagnóstico precoce, mas também pela liberação do uso de agrotóxicos.

A EC 95 promove não apenas um sufocamento lento e contínuo do sistema com o corte de verbas, mas também uma mudança na concepção de saúde. Abre-se caminho para que se invista no mercado da doença, com um retorno a um modelo de sistema de saúde biomédico e curativo, pois é o que mais gera lucros para o mercado (doentes, consumidores de exames e serviços voltados para a diagnose

e a venda de medicamentos de uso contínuo). Para isso é fundamental o desmonte da saúde básica, e da Política Nacional de Imunizações. Uma projeção de cenário feita para 2030 trabalha com o retorno da AIDS e de doenças como a hanseníase e a tuberculose.

3. Governo Bolsonaro: discurso e ação

O plano de governo do Presidente Jair Bolsonaro defende valores: a liberdade, a família, um governo decente, moral e fiscal. Sua principal promessa é livrar o Brasil do crime, da corrupção, de ideologias perversas e devolvê-lo aos brasileiros. Quer Bolsonaro reconstruir um Brasil fraterno e humano que estende as mãos para aqueles que caem, porque afinal todos comentem alguns tropeços ao longo da vida. Lê-se logo no início uma menção claramente neoliberal: a liberdade é o caminho da prosperidade, e livrá-lo do país da servidão⁹.

Em seguida, afirma-se que a Constituição é a lei máxima e que ela deve ser respeitada, sublinhando que ela foi desrespeitada pelos últimos 40 anos de totalitarismo do Foro de São Paulo, que mergulhou o país em obscurantismo.

No que se refere a política de saúde pouco é dito. Surgem como temas: o programa Mais Médicos e a necessidade urgente de devolver a liberdade aos irmãos cubanos; garantir um atendimento muito melhor com os mesmos recursos; investir no Prontuário Eletrônico Nacional interligado, fundamental para a qualidade do atendimento; investir na saúde bucal das gestantes, o que diminui o risco de nascimento de prematuros; investir na formação dos agentes de saúde; incluir profissionais de educação física no programa saúde da família para reduzir o sedentarismo e o risco de obesidade e, conseqüentemente, de problemas cardiovasculares.

8 <https://www.sul21.com.br/areazero/2018/07/saude-e-um-valor-social-nao-uma-mercadoria-diz-professor-em-debate-sobre-crise-do-sus/>. Último acesso: 27 de janeiro de 2020.

9 Impossível não notar a clara alusão ao título do livro de Hayek: “O caminho da Servidão”.

Destacamos a passagem em que se propõe o “Credenciamento Universal dos Médicos”, diz o texto:

Toda força de trabalho da saúde poderá ser utilizada pelo SUS, garantindo acesso e evitando a judicialização. Isso permitirá às pessoas maior poder de escolha, compartilhando esforços da área pública com o setor privado. Todo médico brasileiro poderá atender a qualquer plano de saúde.

Tomando como argumento a crescente judicialização da política de saúde, que ocorre essencialmente pela falta de acesso a determinadas formas de tratamentos e medicamentos (Ventura, 2010), propõe-se resolver o problema dizendo que *toda força de trabalho em saúde poderá ser usada pelo SUS*. Porém, é no final do parágrafo que devemos deter nossa atenção, quando o texto afirma: *Todo médico brasileiro poderá atender a qualquer plano de saúde*.

Ou seja, todo médico servidor público poderá atender no setor suplementar e privado, e a área pública “compartilhará” esforços com o setor privado, o que garantirá às pessoas maior poder de escolha. Em outras palavras: são as responsabilidades do setor público que serão transferidas para o setor privado.

O discurso de posse do Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta e sua fala na entrevista ao Programa Roda Viva, trazem mais elementos e ajudam a montar o quebra-cabeças sobre quais seriam as propostas do governo para a saúde.

Em seu discurso de posse, Mandetta inicia fazendo um elogio ao plano de governo do presidente Jair Bolsonaro, plano que segundo ele é um *plano de valores, e não preocupado em proposições práticas*. Destaco suas palavras: “Um candidato que vence as eleições calcado em princípios, em valores, em conduta. Não em detalhamento de programas de governo, *mas em valores e princípios que calam muito fundo na alma do povo brasileiro*” (grifos nossos).

O Ministro afirma que cumprirá a constituição que é a lei máxima, repetindo o que é dito no início do plano de governo de Bolsonaro. Entretanto, segundo ele o que é “infralegal”¹⁰ pode e deve ser discutido, e sublinha:

Não existem verdades absolutas, a não ser as constitucionais. *As infralegais temos e iremos discutir, principalmente o conceito de equidade*. Muitas vezes vemos o conceito de integralidade do nosso sistema de saúde ser rapidamente absorvido à universalidade. Inúmeras ações judiciais argumentam a máxima constitucional e nos dizem que é universal e é integral. O pilar da equidade é relativizado. *A equidade é onde o país deve encontrar a sua racionalidade para fazer mais por quem tem menos, e transformar o desigual em igual. Não será com arroubos de decisões individuais, não respeitando o direito coletivo, que chegaremos a cumprir o nosso tripé*. Portanto, o conceito de equidade deverá ser melhor observado e talvez tratado pelo próxi-

10 Sobre o uso do termo infralegal é possível avariar algumas possibilidades. Juridicamente infralegal remete a ideia da pirâmide de Kelsen, que estabelece uma hierarquia às leis, regras e normas. Essa hierarquia vai da Constituição até as normas infralegais, que devem se submeter aos princípios constitucionais, mas juridicamente não têm o mesmo valor. Seriam normas voltadas para a organização administrativa dos governos no âmbito do executivo, referem-se a decretos, regulamentos, instruções normativas. É estranho que o ministro entenda o debate sobre a equidade do sistema de saúde se dê em um nível infralegal, talvez nesse caso o mais coerente seria dizer infraconstitucional, mesmo que ainda assim sua interpretação jurídica esteja errada. O que importa reter aqui, apesar da confusão, ou não, textual é a ideia que o sujeito se esforça em enunciar: o princípio da equidade não é constitucional.

mo parlamento para que possamos dar luz a um dos sistemas pilares do Sistema Único de Saúde (grifos nossos).

Mandetta atribui ao princípio da equidade inferioridade jurídica. No seu discurso a judicialização aparece como sinal de que há algo errado, como sinal de uma injustiça, que privilegia o indivíduo e relativiza as necessidades do coletivo, ameaçando a equidade. Os princípios da integralidade e da universalidade, basilares do SUS, surgem como responsáveis por abrir brechas para que se tratem injustamente aqueles que têm menos.

Durante entrevista concedida ao Programa Roda Viva da TV Cultura, ao ser questionado sobre o fim das deduções com gastos em saúde no imposto de renda da pessoa física, proposta pelo Ministro Paulo Guedes, e que afetaria diretamente a classe média, Mandetta se esquivava, não responde diretamente à pergunta, mas retoma o debate em torno da equidade, dessa vez enunciando mais claramente os seus sentidos:

É equânime uma pessoa que ganha 100 salários mínimos ter atendimento 100% gratuito no SUS? Vamos quebrar isso em nome da equidade? Quem vai ter 100% de atendimento gratuito no SUS? *Vamos instituir o parâmetro de equidade social por categorias de faixas sociais?* Essa discussão é extremamente importante para esse Congresso, e eu vou provocá-la (grifos nossos).

A seguir Mandetta afirma que levará ao Congresso a proposta de uma “PEC da Equidade”, embate que deve ser encarado “por esse congresso” (o atual). A questão de fundo não enunciada é a da gratuidade do sistema. Ao falar em parâmetro de equidade social por categorias de faixas sociais, Mandetta está afirmando que determinadas parcelas da população, que teriam condições de pagar por um atendimento em saúde, não devem ter atendimento universal e integral garantido pelo sistema público, o que significaria uma injustiça com os

mais pobres. O exemplo utilizado, aquele que ganha mais de 100 salários, desvia a atenção daqueles que serão realmente os mais afetados: a classe média, que além de não poder mais deduzir seus gastos com saúde no imposto de renda, também não terá atendimento gratuito no sistema público, já que pode pagar, e o indicativo é de que as pessoas paguem pelo o que elas puderem pagar.

É importante observar nem em seu discurso de posse, e nem depois no decorrer de seu primeiro ano de gestão no ministério da saúde, o Ministro não esclarece qual seria a população que deve ter direito ao SUS e quais seriam os critérios de corte. Muito menos quais serviços devem ser prestados pelo SUS e quais competem aos setores suplementar e privado.

Como veremos a seguir, os critérios que definem a população que deve ter direito de acesso ao SUS só começam a ficar claros com a publicação da portaria 2.979 em novembro de 2019, que alterou o financiamento da Atenção Básica.

Concomitantemente, há um esforço do Governo em aprovar planos de saúde de baixo custo, com uma cesta mínima de atendimento¹¹ e também de construção de um discurso que visa a responsabilização do indivíduo sobre sua saúde - Mandetta já disse em vários contextos que o incentivo à atividade física como forma de combate a doenças cardiovasculares será um dos pilares de seu mandato.

Recentemente o Ministério da Saúde instituiu através da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019¹² uma reforma na trans-

11 <http://www.analisandomt.com.br/noticia/63089/entidades-e-parlamentares-pressionam-por-nova-lei-dos-planos-de-saude>
<http://fenasaude.org.br/noticias/confira-reportagem-especial-do-jornal-o-globo-e-na-revista-epoca-sobre-propostas-da-fenasaude.html>

12 <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>

ferência de recursos federais aos municípios para atendimento na Atenção Básica¹³. Em 1997 estabeleceu-se o Piso da Atenção Básica (PAB) como regra para a transferência de recursos, o PAB definia que a transferência se daria através do Fundo Nacional de Saúde diretamente para os municípios de forma regular e automática. Ele tinha dois componentes, o PAB fixo e o PAB variável. O primeiro, garantia a transferência de recursos a todos os 5.575 municípios brasileiros com um valor que, dependendo das características socioeconômicas, variava de R\$ 23,00 a R\$28,00 por habitante. O segundo, funcionava como uma forma de estimular nos gestores municipais a atuação do ESF, por isso dependia dos tipos, número de equipes implantadas e composições profissionais previstas.

De acordo com a Portaria 2.979/19 a transferência de recursos fundo a fundo a partir de 2020 se realizará por três modalidades: I - capitação ponderada; II - pagamento por desempenho; e III - incentivo para ações estratégicas.

A capitação ponderada é a modalidade que introduz as principais mudanças. O texto da portaria define que ao invés de a transferência ocorrer a partir do número de habitantes do município, passará a ser definida pela população cadastrada nas ESF e equipes de atenção primária (eAP) e, no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Serão considerados também o perfil dessa população, ou seja, sua vulnerabilidade socioeconômica, o perfil demográfico por faixa etária e a classificação geográfica. No parágrafo único do artigo 10 da portaria, lê-se:

O cálculo que trata o caput será baseado no quantitativo da população cadastrada por eSF e eAP, com atribuição de peso por pessoa, consi-

derando os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica.

O artigo seguinte define os limites do cadastro por município, que não pode ultrapassar o número populacional potencial a ser atendido por cada equipe de ESF e eAP cadastrada pelo município, caso ultrapasse, para efeito de cálculo do recurso, serão priorizadas as pessoas cadastradas que atendem aos critérios de vulnerabilidade socioeconômica e perfil demográfico.

São critérios de vulnerabilidade a pessoa estar cadastrada nos programas: Programa Bolsa Família (PBF); Benefício de Prestação Continuada (BPC) e receber benefício previdenciário no valor de até dois salários mínimos¹⁴. Serão priorizadas também pessoas cadastradas com idade até 5 (cinco) anos e com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais. Com relação ao critério geográfico será dado peso maior às populações residentes em áreas rurais. Possíveis irregularidades cadastrais poderão levar a suspensão da transferência do recurso.

Na modalidade de transferência por desempenho serão observados os processos e os resultados em saúde alcançados pelas ESF e eAP. Nesse ponto o texto da portaria é vago, pois os indicadores e as metas que servirão de critério para o monitoramento e avaliação de desempenho, e a forma de cálculo do valor a ser repassado ainda serão definidos pelo Ministério da Saúde.

A terceira modalidade de repasse contemplará o incentivo a ações estratégicas, definidas como atuar sobre as especificidades e priori-

13 <https://pubmed.com.br/ministerio-da-saude-muda-a-maneira-do-financiamento-para-atencao-basica/>

14 O salário mínimo brasileiro em janeiro de 2020 estava estipulado em R\$1.039,00. O equivalente a aproximadamente 246,00 dólares, considerando o valor do câmbio de 29/01/2020. <http://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2019-12/salario-minimo-sera-de-r-1039-em-2020>

dades em saúde; sobre os aspectos estruturais das equipes; e sobre a produção em ações estratégicas em saúde. As ações estratégicas contemplam ações como: a ampliação do horário de atendimento das Unidades Básicas de Saúde, ampliação das equipes e atendimento de saúde bucal, ampliação do atendimento para a população ribeirinha e população prisional, programas de saúde na escola, e de academia de saúde. Todas áreas que Mandetta declara como estratégicas para seu mandato em seu discurso de posse.

Os novos critérios de financiamento da Atenção Básica, por um lado, claramente adequam o orçamento do Ministério da Saúde à EC 95/16, por outro lado, colocam em questão não apenas o critério da equidade, constantemente questionado pelo Ministro, mas também a universalidade do direito à saúde no Brasil. Para além das consequências imediatas que os gestores municipais enfrentarão, pois a aplicação desses critérios significará menos recursos para muitos municípios cujo cadastramento está incompleto¹⁵, precisamos indagar sobre os seus sentidos.

15 “Outro problema identificado por analistas é que o financiamento por habitante, via PAB fixo, permite fortalecer uma série de ações que vão muito além da prestação de serviço biomédico na unidade básica de saúde. “A nova proposta dificulta o fortalecimento das visitas domiciliares, prejudica a ação comunitária, o planejamento territorial e a vigilância em saúde”, lista Leonardo Carnut, professor da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), que, junto com Áquilas Mendes, pegou papel e lápis e calculou o quanto isso pode impactar algumas cidades. “Estimamos que, com as mudanças, 78 cidades vão perder dinheiro – nada menos que uma soma de R\$ 417 milhões, ou 62,9% do que receberam em 2018”. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/atencao-primaria-a-sau->

Dois movimentos são graves: delimitar os recursos por população cadastrada e priorizar um determinado perfil populacional estabelecido a partir de critérios definidores (no entendimento do atual governo) de pobreza. Esses dois critérios pervertem a noção de universalidade do sistema de saúde e diminuem estrategicamente a cobertura do SUS, aproximando o seu desenho ao das políticas focalizadas.

Programas focalizados e voltados para o atendimento da população mais pobre costumam fazer uso do cadastramento. É o caso do PBF, usado como um critério de corte para estabelecer quem será ou não beneficiário da política pública de saúde a médio e longo prazo. Na prática, apenas para projetar os efeitos de se implementar tal regra, é preciso considerar que o próprio PBF enfrenta diversos problemas para manter sua base de cadastrados atualizada, problemas que vão desde estabelecer e manter contato com as famílias beneficiárias, até total falta de condições (infraestrutura, equipamentos e acesso à internet) e capacitação técnica dos servidores públicos nos municípios mais pobres.

É possível que justamente esses municípios, que mais precisam dos recursos federais, sejam os maiores prejudicados com a mudança promovida pelo atual governo, pois são eles também os que mais carecem de recursos humanos e infraestrutura para manter um cadastro eletrônico de usuários das unidades básicas de saúde atualizados.

Subjacente a essa mudança também está uma discussão de extrema importância que vem sendo levada a cabo pelas agências internacionais na última década, principalmente pela OMS e pelo Banco Mundial, é a do “sistema universal de saúde” versus “cobertura universal em saúde”.

A ideia da cobertura universal (UHC – Universal Health Coverage), defendida na Declaração de Astana, é a de que os Estados, em parceria com o setor privado, deveriam garantir uma cesta básica de atendimentos em saúde que seja universal. Ou seja, garante-se o atendimento a uma cesta limitada de serviços, definida por faixas de renda. Cria-se uma abordagem para a atenção primária cuja prestação dos serviços passa a ser aliada aos convênios e seguros de saúde em pacotes mínimos.

O significado de cobertura da UHC, como proposto pela OMS e pelo Banco Mundial, prioriza a cobertura financeira, o que não garante o direito universal à saúde e o acesso equitativo a serviços de saúde conforme necessidades. Na concepção de UHC, o direito à saúde restringe-se ao asseguramento de uma cesta limitada de serviços, diferenciada segundo grupos de renda, em uma nova abordagem da APS seletiva que alia seguros privados e pacotes mínimos. A cobertura universal expressa, no setor saúde, as políticas neoliberais de austeridade e ajuste fiscal que reduzem o papel do Estado na garantia de direitos a um mínimo (Giovannella e Rizzotto, 2018: 06).

A portaria analisada soma-se a PNAB 2017, mencionada na primeira seção deste artigo, e ao estabelecer grupos de renda e ações e estratégias - que podem ser um indicativo dos programas e serviços em saúde que comporão a cesta de serviços a ser garantida à população referenciada – reforça o risco de o SUS se transformar em um sistema cuja lógica de funcionamento será dada pelos preceitos da UHC.

Considerações finais

Buscamos através de uma análise bibliográfica e documental demonstrar as inflexões normativo/institucionais e perversões de sentido que atualmente orientam o desmonte da política pública de saúde no Brasil. As reformas que estão sendo implementadas no SUS esvaziam

de sentido os princípios do sistema e as noções de saúde, direito social, cidadania e democracia que estão na sua base.

A construção do SUS foi um processo pactuado entre diferentes grupos de interesse e agendas orientadas por projetos políticos divergentes, resultando em diversas dificuldades para sua institucionalização, no que se refere a garantia de infraestrutura, recursos financeiros e humanos. Entretanto, a batalha central foi a de se estabelecer uma nova cultura em saúde, de legitimar com a população brasileira uma perspectiva integral, comunitária e inclusiva de saúde, superando o modelo biomédico e o dilema medicina curativa x medicina preventiva. Essa foi a luta que esteve na base da PNAB e da Reforma Psiquiátrica.

As ações do atual governo pervertem a noção de justiça social, de cunho liberal-igualitária, que está na base do sistema. É preciso observar que a noção de determinação social da saúde, que foi parâmetro orientador da construção do sistema nos anos 1980, perde espaço para a noção de determinantes sociais da saúde consensuada pelo debate internacional, pelo menos desde a Declaração de Alma-Ata. Ainda assim, pactua-se um sistema cuja integralidade e humanização do atendimento, e a equidade no acesso e o combate às desigualdades em saúde estão em seu cerne.

Os primeiros passos do desmonte são significativos, ataca-se de saída o PMM e a Política Nacional de Saúde Mental. Ambos incomodavam o imaginário de uma sociedade convencida de que era preciso travar uma batalha contra dois inimigos: a ditadura comunista cubana e os perigosos usuários de droga que habitam as ruas e devem ser urgentemente controlados¹⁶. Médicos comunistas ocupando vagas de brasileiros, usuários de droga

16 Ver: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/08/cerco-a-cracolandia-no-centro-de-sp-recrudescer.shtml>

ameaçando a integridade das pessoas nas ruas protegidos por uma política de saúde mental permissiva. Faz-se uso de argumentos moralistas e do medo.

Paradoxalmente, as reformas do desmonte são feitas em nome da eficiência e da igualdade. O pacote neoliberal imposto à sociedade brasileira através da EC 95/16, é o marco de uma inflexão autoritária e do desmonte das políticas públicas. Entretanto, o discurso é o de garantir a eficiência dos gastos públicos, enquanto visa mostrar falaciosamente que é possível “fazer mais com os mesmos recursos”.

Apesar de a EC 95/16 ser mecanismo central da inviabilização do SUS, tão grave quanto, são as mudanças empreendidas nos processos, procedimentos e protocolos de implementação da política como vimos nas portarias analisadas, tanto no âmbito da PNAB como na saúde mental.

Sem que seja necessário atacar aos princípios normativos norteadores do SUS e, portanto, evitando o debate público, estabelecem-se normas e ações que se apresentam como técnicas ou científicas, mas esvaziam esses princípios de seus sentidos, promovendo no cotidiano da política um saber-fazer que instaura uma outra concepção de saúde. Concepção que se refunda a partir do paradigma biomédico, e valorando uma perspectiva hospitalocêntrica, como é o caso da saúde mental, e fundamentalmente privatista.

Inclusive o debate sobre a equidade é velado e manipulado, fazendo crer que os mais pobres são vítimas de um sistema injusto, que os trata da mesma forma que os ricos. O risco? A inviabilização financeira do sistema e sua paulatina transformação em política focalizada justificarão publicamente, em médio prazo, a estruturação de um sistema que se distanciará da Declaração de Alma-Ata e pavimentará o caminho do Brasil para Astana.

Referências bibliográficas

- Almeida, J. M. C. (2019). Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública*, 35 (11), 1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>.
- Alvarez, A. P. E., Vieira, A. C. D., & Almeida, F. A. (2019). Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29 (4), 1-17. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290405>.
- Amarante, P. (Org.). (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11 (3), 491-494.
- Birman, J., & Costa, J. F. (1994). *Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária*. En P. Amarante (Org.). *Psiquiatria social e Reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- BRASIL (1986). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- BRASIL (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- BRASIL (2001). *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.
- BRASIL (2006). Ministério da Saúde. *Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Política nacional de atenção básica. Diário Oficial da União. 26 Mar 2006*. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- BRASIL (2017). Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabele-*

- cendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- BRASIL (2016). *Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008*. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas.
- BRASIL (2019a). Ministério da Saúde. *Nota técnica nº 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*. Disponível em: <http://mds.gov.br/obid/nova-politica-nacional-de-saude-mental>.
- BRASIL (2019b). *Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017*. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>.
- Facchini, L. A., Tomasi, E., & Dilélio, A. S. (2018). Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*. 42 (spe1), 208-223. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s114>>.
- Giovanella, L. *et al.* (2019). De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cadernos de Saúde Pública*. 35 (3), 1-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2019000300301&lng=pt&nrm=iso.
- Mariano, C. M. (2017). Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Revista de Investigações Constitucionais*. 4 (1), 259-281. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5380/rinc.v4i1.50289>.
- Nunes, M. O. *et al.* (2019). Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 24 (12), 4489-4498. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>.
- Nunes, E. D. (1992). As Ciências Sociais em Saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. *Saúde e Sociedade*. 1 (1), 59-84. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901992000100007>.
- Organização Mundial da Saúde - OMS. (1978). *Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde, Alma Ata Declaração de Alma-Ata*. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
- Organização Mundial da Saúde - OMS. (2018). *Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, Astana. Declaração de Astana sobre Atenção Primária à Saúde: de Alma-Ata rumo à cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável* (versão preliminar sobre consulta). Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5711:declaracao-de-astana-sobre-atencao-primaria-a-saude-de-alma-ata-rumo-a-cobertura-universal-de-saude-e-os-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=0
- Paiva, C. H. A., & Teixeira, L. A. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 21 (1), 15-35.
- Ventura, M. *et al.* (2010). Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis*. 20 (1), 77-100. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100006>.

Para citar este Artículo de investigación:

Gonçalves De Mario, C. y de Andrade Barbarini, T. (2020). A perversão da agenda da saúde pública brasileira: Da saúde como direito universal à cobertura universal em saúde. *Revista Estado y Políticas Públicas*. Año VIII, Núm. 14, 69-91.