

RELATÓRIO DO DIREITO HUMANO À SAUDE NO BRASIL 2018



Centro de Educação e
Assessoramento Popular



**Relatório do
direito humano
à saúde no Brasil
2018**

Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)

Relatório do direito humano à saúde no Brasil 2018

Série Relatório do Direito Humano à Saúde no Brasil

Volume 1

Passo Fundo

EAB Editora

2020

© 2020 Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)

Série: Relatório do Direito Humano à Saúde no Brasil
Volume: 1

Capa: Diego Ecker
Projeto Gráfico: Diego Ecker
Diagramação: Diego Ecker e Rodrigo Oscar Roman
Revisão: Araceli Pimentel Godinho

Texto: Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)
Colaboradores: Nara Aparecida Peruzzo (CEAP) e Valdevir Both (CEAP)

Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)
Rua Anibal Bilhar, 865, Vila Lucas Araújo
CEP: 99074-470 – Passo Fundo – RS
E-mail: ceap@ceap-rs.org.br
Site: www.ceap-rs.org.br

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte

C397i Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)
Relatório do direito humano à saúde no Brasil 2018 / Centro de
Educação e Assessoramento Popular. – Passo Fundo: Saluz, 2020. –
(Série Relatório do Direito Humano à Saúde no Brasil, ISBN 978-65-
88324-01-1 ; v. 1).
53 p. ; 17 x 24 cm.

ISBN: 978-65-88324-02-8

1. Direito à saúde. 2. Saúde pública. 3. Atenção básica. 4. Sistema
Único de Saúde – SUS. 5. Emenda Constitucional nº 95. 6. Política
Nacional de Atenção Básica – PNAB. 7. Estratégia Saúde da Família –
ESF. I. Título. II. Série.

CDD: 614.07
CDU: 614:37(81)

Catalogação: Marina Miranda Fagundes - CRB 10/2173

2020

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total
desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda
ou qualquer fim comercial.

Sumário

Apresentação	7
Introdução.....	9
1. Aspectos gerais do direito humano à saúde no Brasil.....	11
2. Impactos da EC-95 e da nova PNAB no SUS	29
2.1. EC-95 e o direito humano à saúde	29
2.2. Nova PNAB e o direito humano à saúde	35
3. Conclusão.....	49
Referências	51

Apresentação

Paulo Freire, educador brasileiro conhecido mundialmente, alertava para a necessidade de superação de duas práticas muito comuns entre os que se propõe a lutar pela “transformação do mundo”.

A primeira, o verbalismo, se caracteriza pela produção de saberes e discursos descompromissados com a ação transformadora e desenraizada dos sujeitos coletivos em luta. Tendem, fortemente, a se transformar num bla-bla-bla ou um intelectualismo alienante, que não passa de uma falsa consciência do mundo.

A segunda, o oposto da primeira, mas igualmente perigosa e limitada, é a prática do ativismo. Esta, segundo Freire, renuncia à reflexão e é uma simples “ação pela ação”. Envoltos nela, processos formativos e de análise da realidade são deixados de lado, importando apenas o “fazer”, o máximo possível de coisas. Margeada a vigilância reflexiva, seu lugar é tomado pela “sloganização”, ainda mais intenso em tempos de ciberativismo.

Num esforço de superar tanto o verbalismo quanto o ativismo, o CEAP e o Fórum Nacional de Defesa do Direito Humano à Saúde desafiaram-se a construir anualmente o Relatório do Direito Humano à Saúde no Brasil. O seu principal objetivo é subsidiar a luta pelo direito humano à saúde no Brasil.

Em vista deste propósito, a sua construção implica um caminho metodológico participativo, num processo onde temas, dados e experiências são sugeridas e vocalizadas pelos próprios sujeitos, respeitando, sobretudo, seu lugar de fala, seus saberes e práticas.

Assim, pretende-se uma reflexão “com” e não “para” eles, buscando alimentar uma práxis transformadora da realidade.

Quiçá esta iniciativa tenha vida longa e alimente nossos sonhos de um mundo melhor para todas e todos, onde a saúde seja um direito de todas e todos e não uma mercadoria afeita a exploração e acumulação capitalista. Que a elaboração deste Relatório anual se transforme não apenas num “produto” fim, uma publicação, mas que ele seja o resultado de um processo político-pedagógico criativo, que se reinventa a cada ano, num movimento de aprendizagens permanentes e que nutrem a nossa práxis ou “quefazer” cotidiano.

Boa luta!

Introdução

O *Relatório Direito Humano à Saúde no Brasil – 2018* integra um conjunto de ações que vêm sendo desenvolvidas pelo Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) no triênio 2017-2020, apoiado pela Misereor, e que incluem três áreas de atuação: assessoria, pesquisa e formação.

O presente relatório se articula à ação política-organizativa dos movimentos sociais e entidades populares, que têm na saúde uma agenda de luta e cumpre com um duplo desafio: sistematizar as violações do direito humano à saúde praticadas pelo Estado; ao mesmo tempo que sistematiza tais violações, contribuir na organização formativa dos sujeitos ao apresentar as implicações ético-políticas de tais violações. Desta forma, pretende oferecer posicionamento político sobre a situação do direito humano à saúde no Brasil no ano de 2018; subsidiar os processos organizativo-formativos sobre a temática; denunciar o golpe à democracia brasileira e a guinada neoliberal do Estado Brasileiro; contribuir com o fortalecimento da luta pelo direito humano à saúde, consubstanciado por informações sobre casos específicos de violações do direito humano à saúde. Portanto, ao mesmo tempo que denuncia, anuncia a importância da democracia, da organização social popular e da luta pelo direito à saúde.

O objetivo do presente relatório não está em acompanhar e relatar sistematicamente casos específicos de violações de direitos humanos, mas em monitorar de forma geral as violações oriundas da não implementação de políticas públicas da saúde previstas na

Constituição de 1988 e, principalmente, os impactos da aprovação da EC-95 e da Nova Política de Atenção Básica (PNAB), de 2017.

Para dar conta desses objetivos, o presente relatório foi dividido em duas partes: a primeira aborda aspectos gerais do Direito Humano à Saúde no Brasil, recuperando aspectos gerais desde o golpe de 2016; a segunda sistematiza implicações da Emenda Constitucional 95 (EC-95) e da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Para o CEAP, essas ações estruturais, de iniciativa do poder executivo e votadas pelo parlamento brasileiro, têm uma consequência deletéria junto à população em geral, mas especialmente em relação às classes populares. Caso não haja reação da sociedade brasileira, essas consequências não serão pontuais nem efêmeras; tendem a incidir nas condições de vida das pessoas por um longo período. Diante disso, do compromisso do CEAP com a luta pelo direito humano à saúde e das classes populares, a iniciativa de construir a primeira edição do Relatório Anual do Direito Humano à Saúde no Brasil, tendo como referência o ano de 2018, poderá se constituir em uma importante ferramenta de luta no próximo período.

Boa leitura e boa luta a todos e todas!

1. Aspectos gerais do direito humano à saúde no Brasil

No ano de 2018, o Brasil foi palco de um Golpe à Democracia! A tradução desse Golpe foi a ruptura e a desestabilização das bases democráticas e do sistema político brasileiro. Mesmo que sua origem possa ser multifacetária, com elementos internos e externos ao País, o fato é que o Brasil enfrentou um período de ascensão das forças extremistas de direita, colocadas em rota de confronto com os setores democráticos.

Mesmo que a crise tenha sido provocada por fatores variados, muitos destes foram produzidos ou ativados pela ofensiva do capitalismo neoliberal, especialmente financeiro. Tal ofensiva busca “criar” uma nova racionalidade, uma nova forma de olhar para o mundo e de desejar o mundo. A onda neoliberal que avassala fortemente o Brasil, principalmente desde 2016, busca impor permanentemente um padrão de desenvolvimento, seja urbano ou rural, um jeito “único” de fazer ciência, de ética e de conhecimento. Propõe, dessa maneira, modos de vida centrados unicamente no mercado e que tendem a negar os direitos humanos.

O Golpe de 2016 decorre da ação voraz do capital, pois, segundo Queiroz (2017, não paginado), a troca de comando no Executivo nacional não é apenas a troca de pessoas, mas “um paradigma na relação com o mercado e com a sociedade”. Constitui-se um

governo precário, com baixa aceitação popular, investigado por vários crimes de corrupção, porém eficaz na “aplicação da agenda que o fez presidente da República: a retomada da pauta neoliberal do Consenso de Washington, que esteve suspensa no Brasil nos treze anos de governo do Partido dos Trabalhadores” (ibidem).

Essa nova relação do mercado com a sociedade pode ser percebida no documento publicizado pelo próprio governo e intitulado “Ponte para o Futuro”. Neste, é perceptível a apropriação do Estado pelo mercado; a aplicação dessa agenda resultou em cortes de gastos sociais, como, por exemplo, a Emenda Constitucional n. 95 (EC-95), a reforma trabalhista, a ameaça da reforma da previdência, a aprovação da nova Política de Atenção Básica da Saúde (PNAB) e a promoção de transferência de patrimônio, serviços e orçamento do Estado para a iniciativa privada, ganhando destaque a privatização do petróleo oriundo do pré-sal.

O que chama a atenção e exige, ainda, um grande esforço interpretativo é a maneira como esse golpe foi ganhando adesão popular, sem a qual não teria vingado. Isso porque, apesar de tornar a vida das classes populares e médias mais difícil, e de, como veremos mais adiante, inúmeros retrocessos nos indicadores sociais, essa ofensiva do capital, que culminou no golpe, foi fortemente legitimada por uma grande parcela da população. Essa legitimação, especialmente junto às classes populares e médias, é parte de uma ardilosa estratégia, através da qual a elite brasileira aplicou sua agenda no Brasil sem passar por eleições livres – mesmo que para isso tenha se utilizado indevidamente da ajuda das mídias, velhas e novas, de redes sociais, inteligência artificial e instituições ligadas aos fundamentalismos religiosos. Não têm faltado notícias sobre as inúmeras *fake news* que marcaram o processo eleitoral de 2018 e ocuparam o lugar dos debates de programas e temas.

Por outro lado, há de ser elencado que essa legitimidade do golpe junto às classes populares também contou com a fragilização e fragmentação do campo popular. As forças democráticas

não tiveram um grande investimento em formação, organização e renovação das suas bases, como sustentáculo fundamental da democracia. Acrescentando-se a isso a fragmentação das lutas populares e a criminalização dos movimentos e organizações populares, tem-se um contexto favorável para o desenvolvimento de racionalidades antidemocráticas, como a que ressurgiu no Brasil nos últimos anos.

Foi nesse contexto conturbado que se realizou o processo eleitoral no Brasil, que teve como características: a) o crescimento e fortalecimento dos discursos e práticas de ódio e violência (mulheres, negros, LGBTIs, índios, pobres), expressão inequívoca da necropolítica; b) ausência do debate público de projetos de nação por parte dos presidentiáveis e demais candidaturas aos governos estaduais e ao poder legislativo; c) proibição de diversos atos públicos em universidades; d) criminalização dos movimentos sociais e principais lideranças políticas do campo de esquerda, impedindo que uma das candidaturas com forte apelo popular e democrático concorresse ao cargo de presidente da república; e) disseminação das chamadas *fake news*, uso de inteligência artificial e apelo massivo às redes sociais, tornando factível a pós-verdade.

Esse contexto, determinado pela racionalidade capitalista neoliberal, levou a extrema direita à vitória no pleito eleitoral de 2018, fato inédito na recente história brasileira. O presidente eleito, Jair Bolsonaro, contabilizou 57,7 milhões de votos, o que significou 39% dos 147,3 milhões de votos dos brasileiros e brasileiras que estavam aptos a ir às urnas. Aproximadamente 43 milhões (29%) não foram votar ou votaram nulo ou em branco e 47 milhões (32%) votaram em candidatos derrotados. Isso demonstra o limite do pleito eleitoral e as visões distintas e antagônicas por parte da sociedade sobre o futuro do País. A dizer, ao mesmo tempo que o presidente eleito, embora tenha obtido maioria dos votos válidos, não obteve a maioria dos votos da população, dado que, somadas as abstenções, os votos brancos e nulos e os votos do segundo colocado, tem-se um

total de 90 milhões de votos, muito superior ao 57,7 milhões de votos obtidos pelo atual presidente da república. Esse dado não pode ser desconsiderado na atual conjuntura brasileira; deverá ser olhado com muito cuidado e escuta por aqueles que lutam e simpatizam com a democracia.

Em relação ao poder legislativo, o pleito elegeu o Congresso mais conservador dos últimos quarenta anos, sendo composto majoritariamente por grupos do fundamentalismo religioso, da segurança pública reacionária e do agronegócio. A grande maioria desses parlamentares foram árduos defensores e atuaram em favor do Golpe em 2016. Segundo Queiroz (2018),

[...] apenas para ilustrar essa preocupação com a qualidade do novo Congresso, basta dizer que a maioria absoluta dos novos foi eleita por ser liderança evangélica, policial linha-dura, celebridade ou parente de políticos tradicionais. Ademais, foram eleitos alguns expoentes da ‘nova direita’, cujo único cabedal é terem liderado movimentos antipolítica, negando a validade do próprio sistema político-eleitoral.

Diversamente de outras campanhas eleitorais, nessa mais recente, a saúde não figurou entre os principais temas de debate, até porque, como já assinalado anteriormente, a discussão de ideias, temas e projetos de nação esteve praticamente ausente na disputa eleitoral. Todavia, em análise feita no programa de governo dos presidencialistas, fica nítido que os projetos de desenvolvimento, e neles incluso o da saúde, representados pelas candidaturas e respectivos partidos, apresentam concepções muito distintas. Se essas diferenças são próprias das disputas democráticas, o que preocupa muito é que essas diferenças não foram trazidas à lume e impediram uma escolha mais consciente por parte dos eleitores.

No programa de governo do presidente eleito Jair Bolsonaro, as propostas para a saúde são desconexas, gerais e pontuais, demos-

trando que o SUS pode não estar na agenda prioritária de governo, mesmo que em pesquisa realizada pelo Datafolha (PARA..., 2018) sobre qual deveria ser a prioridade para o governo seguinte 40% dos entrevistados tenham eleito a saúde. Segundo o documento elaborado e publicado por Scheffer, Bahia e Braga (2018, p. 8-9) sobre a *Saúde nos programas dos candidatos à Presidência da República do Brasil em 2018*, no tema financiamento, “[...] os programas de Bolsonaro [...] consideram que os gastos com saúde atualmente são excessivos [...]. Bolsonaro fundamenta seu diagnóstico em dados mal interpretados de um gráfico comparativo de países desatualizado e sem legenda.” Para os autores, o projeto do Presidente eleito está equivocando ao afirmar que o financiamento da saúde já é suficiente e que seria necessário apenas “qualificar” a gestão desses recursos. Os autores sustentam que, ao comparar o Brasil com os países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o candidato considerou indevidamente o percentual de 9,1% do PIB de gasto em saúde no Brasil, quando, na verdade, esse percentual não se refere apenas aos gastos públicos em saúde. Os gastos públicos com saúde no Brasil são de apenas 3,9% do PIB, isto é, apenas 43% do total citado pelo programa do presidente eleito. Essa realidade leva inevitavelmente a um gasto privado alto, exigindo da população um desembolso direto com saúde, contradizendo o objetivo da reforma sanitária expressa no SUS. A título de exemplo, a Alemanha gasta 11,3% do PIB com saúde, mas 85% são de recursos públicos, explica Scheffer (apud ABRASCO, 2018).

Quanto às propostas sobre os serviços de saúde (trabalhadores da saúde e recursos físicos), observa-se, no programa de Bolsonaro, a proposta de credenciamento universal de médicos sem propor um aumento de recursos para essa finalidade, o que se configura numa possível contradição. Além disso, segundo os analistas, essa “proposta é comprovadamente uma estratégia dispendiosa e já

experimentada no Brasil nos anos 1970, com maus resultados similares aos internacionais” (SCHEFFER; BAHIA; BRAGA, 2018, p. 9).

Em relação ao quesito prevenção, promoção da saúde e processo saúde-doença nos programas dos candidatos a Presidente do Brasil nas Eleições de 2018, o programa do candidato eleito deixa explícita sua concepção reduzida do SUS ao propor a diminuição dos gastos relacionados a ele. Isso pode ser comprovado, segundo Scheffer (apud ABRASCO, 2018), pelo fato de o compromisso do candidato eleito com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ser insuficiente. Ainda, porque o candidato apresenta propostas sintéticas, sem detalhá-las, ao mesmo tempo que pinça apenas uma ação dentro da Atenção Primária, como no caso da saúde bucal, desconsiderando toda sua amplitude e complexidade. De modo geral, o programa é insuficiente e não aborda o núcleo estrutural do SUS, que é conceber a saúde como direito humano, e, em consequência, não propõe caminhos e estratégias suficientes para consolidá-lo, como pode ser observado no quadro síntese a seguir:

Quadro 1 - Principais enunciados, estratégias para efetivação e argumentos sobre saúde nos programas dos candidatos a Presidente do Brasil nas Eleições de 2018

Candidatos (Partido)	Principal enunciado	Como será efetivado (como financiar?)	Como será efetivado (como organizar a rede assistencial?)	Diagnóstico/ Argumentos
Álvaro Dias (Podemos)	Saúde com Pronto Atendimento	Não menciona	Fila zero nas emergências	A população deve contar com um sistema de saúde eficiente
Cabo Daciolo (Patriota)	Defender os princípios e diretrizes do SUS	Aumentar a participação da União nas despesas sanitárias totais; fim dos subsídios públicos para planos e seguros de saúde	Adotar políticas de promoção e prevenção; criar carreira de Estado para médicos	Hospitais são marcados pela hiperlotação, a prática é voltada para o atendimento das enfermidades após a sua manifestação, profissionais são mal remunerados, falta uma boa gestão e os recursos financeiros são mal aplicados
Ciro Gomes (PDT)	SUS como uma política de Estado, Universal, e que deve ser aprimorado	Revogação da EC 95; redução das desonerações fiscais e tributárias	Ampliação da atenção primária e de policlínicas, reforço das emergências	São motivos de insatisfação da população as baixas qualidade e a resolutividade da atenção primária; os tempos longos de espera para consultas especializadas, exames e cirurgias eletivas
Eymael (DC)	Desenvolvimento e aplicação efetiva do “Sistema Único de Saúde Pública”	Não menciona	Dotar serviços dos recursos humanos, equipamentos e tecnologia necessários	É preciso assegurar a todos e de forma concreta o acesso à saúde. A saúde deve chegar antes que a doença impedindo que ela se instale, promovendo assim ganho de qualidade de vida e economia de recursos públicos

Candidatos (Partido)	Principal enunciado	Como será efetivado (como financiar?)	Como será efetivado (como organizar a rede assistencial?)	Diagnóstico/ Argumentos
Geraldo Alckmin (PSDB)	Comprometimento do governo para ampliar o acesso à saúde, melhorar a qualidade do atendimento e combater desperdícios	Não menciona	Ampliar o Programa Saúde da Família e incorporar a ele mais especialidades	Ninguém aguenta mais sustentar um Estado caro e ineficiente que cobra altos impostos e presta serviços públicos de baixa qualidade
Guilherme Boulos (Psol)	Que o Estado atue na melhoria das condições de vida da população, na garantia do direito à saúde e na consolidação do SUS enquanto um sistema de saúde público, universal e gratuito	Revogar a EC 95; elevar o percentual da alíquota da saúde sobre a Receita Corrente Líquida; aumentar o financiamento federal na saúde de 1,7% para 3% do PIB; reverter a renúncia tributária com planos de saúde; fim da Desvinculação de Receitas da União – DRU	Expansão da atenção básica para 100% da população; ampliação de leitos hospitalares públicos e acesso a medicamentos; Carreira Única do SUS	O povo brasileiro adoce de maneira profundamente desigual. A classe social, o acesso ao trabalho, à moradia, à alimentação, à educação, aos serviços públicos e a direitos sociais são determinantes no processo de adoecimento
Henrique Meirelles (MDB)	Levar dignidade e respeito a todos que dependem do Sistema Único de Saúde, fortalecendo a saúde preventiva	Ampliar a participação do Governo Federal no financiamento da saúde	Ampliar os serviços de atenção básica e coordenação das redes de atenção à saúde; recuperação financeira dos hospitais filantrópicos; incentivos e planos de carreira para recursos humanos	O sistema de saúde brasileiro dá prioridade ao tratamento da doença, e não do paciente. Esse modelo de saúde pública representa enorme custo para o Estado. É preciso trazer maior eficiência aos gastos do setor

Candidatos (Partido)	Principal enunciado	Como será efetivado (como financiar?)	Como será efetivado (como organizar a rede assistencial?)	Diagnóstico/ Argumentos
Jair Bolsonaro (PSL)	Fazer muito mais com os atuais recursos	Não menciona	Credenciamento universal de médicos; Carreira de Médico de Estado	A saúde deveria ser muito melhor com o valor que o Brasil já gasta. O Brasil apresenta gastos compatíveis com a média da OCDE
João Amoêdo (Novo)	Colocar o Brasil entre os países mais saudáveis da América Latina, com elevada longevidade e baixa mortalidade infantil	Não menciona	Aprimoramento da gestão da saúde pública; expansão e priorização dos programas de prevenção e “clínicas de família”	O sistema brasileiro sofre pela combinação da tripla carga de doenças, com recursos limitados e uma população envelhecendo rapidamente. A qualidade do atendimento de saúde é uma queixa generalizada. O SUS tem hoje uma reputação muito ruim: a maioria dos pacientes e dos profissionais não confiam no sistema. Gasta-se muito, mas gasta-se mal
João Goulart Filho (PPL)	Reformar o SUS	Revogar a Emenda Constitucional 95 e eliminar a DRU; elevar o orçamento da saúde para 15% da receita corrente bruta da União	Reestruturar a atenção primária à saúde	Nenhum governo implantou o SUS Constitucional. A situação da saúde no Brasil se deteriora a cada dia. Combinação entre o subfinanciamento da saúde, a privatização da gestão por meio das O.S. e a debilidade dos mecanismos de fiscalização por parte da população

Candidatos (Partido)	Principal enunciado	Como será efetivado (como financiar?)	Como será efetivado (como organizar a rede assistencial?)	Diagnóstico/ Argumentos
Lula (PT)	Defender o SUS e continuar a luta pela implantação total do SUS	Revogar a EC 95; aumentar o investimento público em saúde, de modo a atingir a meta de 6% em relação ao PIB; novas regras fiscais, reforma tributária, retorno do Fundo Social do Pré-Sal	Atenção básica resolutiva e organizadora do cuidado à saúde; Criar a Rede de Especialidades Multiprofissional (REM)	As reformas impostas e as ações de desmonte do SUS estão destruindo ou ameaçando gravemente políticas universalizantes e inclusivas que foram construídas nos últimos anos, como o Mais Médicos, as UPAs, o SAMU, a Farmácia Popular, a Saúde da Família, o Programa Nacional de Imunizações, entre outros
Marina Silva (Rede)	Um SUS universalista no direito. Recuperar a capacidade de atuação do SUS	Reverter a tendência de retração do orçamento federal para saúde	Ampliar a cobertura da Atenção Básica	A saúde é uma grande preocupação dos brasileiros, com falta de médicos, longa espera para marcar consultas e exames e falta de leitos. Nos últimos 10 anos constata-se uma evidente estagnação e retrocessos no SUS
Vera (PSTU)	Saúde não pode ser mercadoria. É direito básico que todos devem ter acesso	Não menciona	Estatizar os hospitais privados	Falta assistência e tratamento médico integral para os trabalhadores e a população pobre

Fonte: Scheffer, Bahia e Braga (2018, p. 10)

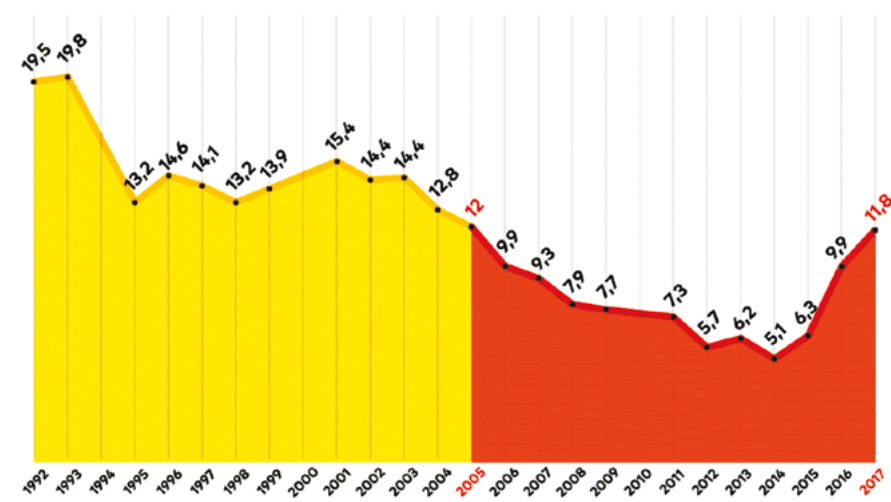
Neste cenário turbulento e regressivo do ponto de vista da democracia e dos direitos, o SUS conseguiu resistir e completou trinta anos em 2018 – em um contexto muito próximo daquele no qual foi gestado. Dessa forma, o desafio da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 volta a ser o grande desafio da sociedade brasileira

atual, motivo pelo qual o tema da 16ª Conferência Nacional de Saúde, que será realizada em agosto de 2019, será “Democracia e Saúde”. Sérgio Arouca, coordenador da 8ª Conferência, dizia: “Democracia é Saúde! Saúde é Democracia”! E, por que esse tema continua sendo desafio atual? Porque há exatamente trinta anos, por um amplo processo de luta pela redemocratização do País, o movimento pela reforma sanitária no Brasil juntava-se à luta pela democracia e em defesa da saúde como direito humano, propondo um conceito ampliado de “saúde”: reconhecida não apenas como ausência de doença, mas como um “bem-estar social”. Para o movimento pela Reforma Sanitária, a saúde mantinha relação direta e interdependente com o direito à moradia, ao trabalho, à educação, à alimentação e “[...] a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo.” (AROUCA apud SAÚDE..., 2019, não paginado). O discurso de Arouca, de trinta anos atrás, continua extremamente atual, pois, além de ratificar uma concepção de saúde – saúde como direito humano – e combater outra – saúde como mercadoria –, alerta para os perigos oriundos de um modelo de saúde austero e que lutar pela saúde é lutar pela vida em todas as suas dimensões. Seu discurso instiga a denúncia e combate um modelo de saúde moldado pela visão biomédica, liderado por um sistema econômico concentrador de renda e excludente, e um modelo político autoritário; pois, para melhorar a saúde das pessoas, faz-se necessário atentar para a melhoria das suas condições sociais, econômicas e políticas.

Alguns determinantes sociais no Brasil retrocederam a patamares de décadas passadas, como é o caso da extrema pobreza. Menezes (2018), em entrevista dada à Agência Pública, apontou

que o relatório publicizado pela ActionAid e o IBASE, em julho de 2018, indicou que nos últimos três anos (2015-2017) o País voltou ao patamar de doze anos atrás no número de pessoas em situação de extrema pobreza, o que quer dizer que mais de 10 milhões de brasileiros estão nessa condição, como pode-se observar no gráfico que segue:

Gráfico 1 – Brasileiros na pobreza extrema (em milhões)



Fonte: Menezes (2018).

Segundo o economista Francisco Menezes (2018), o indicador da extrema pobreza está diretamente relacionado aos números da fome. Embora o Brasil tenha deixado o mapa da fome da ONU em 2010, há um grande risco de voltar a ser incluído nele. Segundo José Graziano da Silva (2018), diretor geral da FAO, um agravante para esse cenário, além da crise econômica, é o avanço de setores mais conservadores sobre o conjunto da sociedade, que, segundo ele, “não aceitam o direito à alimentação como um valor absoluto, reconhecido no mesmo nível do direito à vida e que está inscrito na Constituição Brasileira” (não paginado).

Há que se registrar, ainda, nesse quesito, que a velocidade com que a fome está voltando no País é inversa ao ritmo com que foi outrora enfrentada. Como se observa no gráfico, as medidas adotadas para o seu enfrentamento exigiram um período de tempo maior para surtirem efeito. O que ocorre ao se abandonar essas medidas é que os índices da fome estão voltando a subir num ritmo galopante, permitindo concluir que, em quatro anos, o Brasil retrocedeu aos patamares de quinze anos atrás.

Outro indicador macro, resultante dessa política de austeridade e que tem um impacto direto na saúde da população, é a taxa de desemprego. Segundo a Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD) realizada pelo IBGE em 2018, o percentual de desempregados é o maior desde 2003, atingindo quase 12,2 milhões de brasileiros. (IBGE, 2018) O gráfico a seguir mostra a série histórica da taxa de desemprego no País.

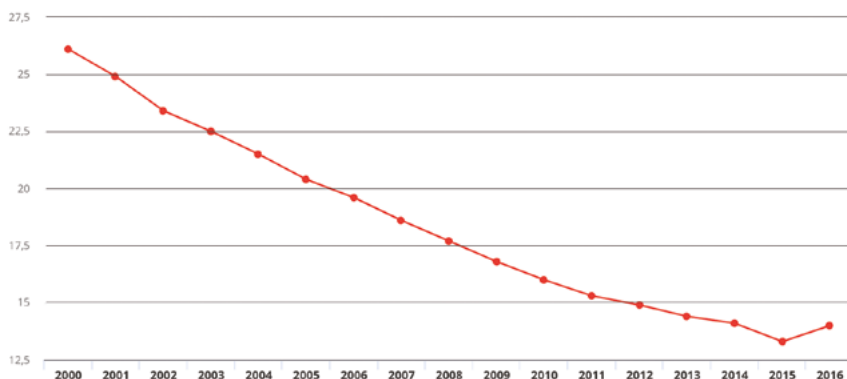
Quadro 2 – Taxa de desocupação – Brasil – 2012/2018

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
nov-dez-jan		7,2	6,4	6,8	9,5	12,6	12,2
dez-jan-fev		7,7	6,8	7,4	10,2	13,2	12,6
jan-fev-mar	7,9	8	7,2	7,9	10,9	13,7	13,1
fev-mar-abr	7,8	7,8	7,1	8	11,2	13,6	12,9
mar-abr-mai	7,6	7,6	7	8,1	11,2	13,3	12,7
abr-mai-jun	7,5	7,4	6,8	8,3	11,3	13	12,4
mai-jun-jul	7,4	7,3	6,9	8,6	11,6	12,8	12,3
jun-jul-ago	7,3	7,1	6,9	8,7	11,8	12,6	12,1
jul-ago-set	7,1	6,9	6,8	8,9	11,8	12,4	11,9
ago-set-out	6,9	6,7	6,6	8,9	11,8	12,2	11,7
set-out-nov	6,8	6,5	6,5	9	11,9	12	11,6
out-nov-dez	6,9	6,2	6,5	9	12	11,8	

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Nota: Somente os dados hachurados são compatíveis.

Os reflexos do desemprego são percebidos imediatamente nos indicadores do campo da saúde. Houve o reaparecimento de registro de doenças que não haviam mais sido registradas há décadas, como, por exemplo, o sarampo. Segundo dados do Ministério da Saúde, no ano de 2018, o número de óbitos por sarampo foi de doze pessoas e mais de dois mil casos no Brasil (BRASIL, 2018a). Esse dado chama a atenção haja vista que desde 1999 o País não registrava taxas tão altas da doença. Desde 2001, segundo o Ministério da Saúde, o Brasil não tinha registro de transmissão autóctone, ou seja, quando ela ocorre dentro do território. Em 2016, a OMS considerava a doença erradicada no País, dado que se passava mais de um ano sem o registro de casos no Brasil. Outra doença, a poliomielite, considerada erradicada no País desde 1994, também dá indícios de reaparecimento, segundo o próprio Ministério da Saúde. Ao lado do sarampo, também cresceram os registros de sífilis, malária, febre amarela. E, pela primeira vez em vinte e seis anos, comprovou-se o aumento da taxa de mortalidade infantil, um dos principais indicadores de piora das condições de saúde da população, conforme pode ser observado no gráfico que segue:

Gráfico 2 – Taxa de mortalidade infantil a mil nascidos vivos (2000-2015)



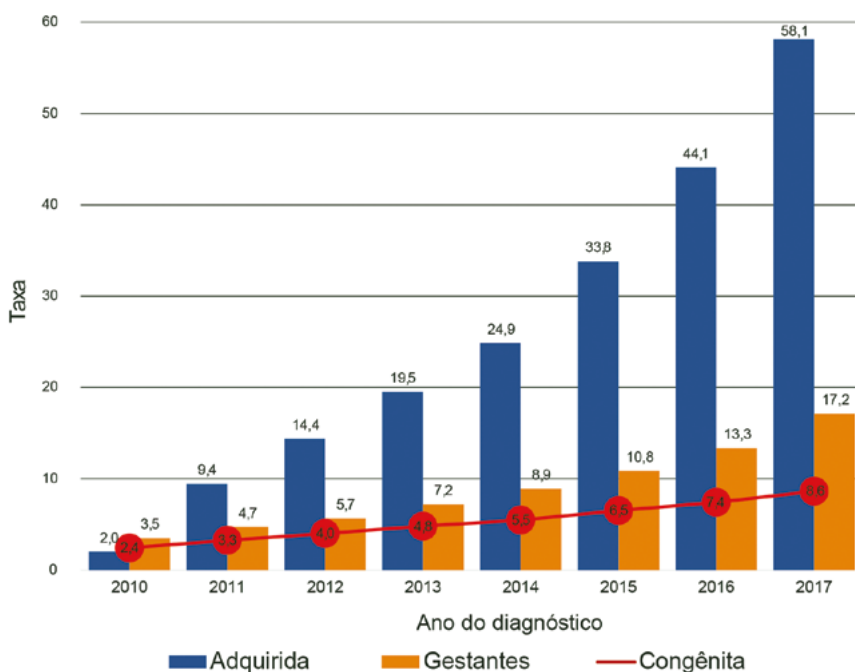
Fonte: G1 (2018).

Segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil não registrava crescimento no indicador da mortalidade infantil desde 1990. Em 2016, foram 14 mortes a cada mil nascidos vivos, um aumento de 4,8% em relação ao ano anterior. Entre as causas apontadas para o retorno do crescimento, estão o vírus da Zika e a crise socioeconômica do País. Por outro lado, a “[...] Unicef registra que, historicamente, a queda da mortalidade infantil no Brasil está associada a uma série de melhorias nas condições de vida e na atenção à saúde da criança: segurança alimentar e nutricional, saneamento básico e vacinação estão entre elas.” (G1, 2018, não paginado). Neste sentido, é possível deduzir que o crescimento está associado à falta desses indicadores, atrelando ainda mais a crise socioeconômica que assola o País ao direcionamento político da política pública de saúde no Brasil, priorizando o modelo biomédico e não o modelo do SUS.

Os registros de sífilis também voltaram a assustar a população brasileira. A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) curável e exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum*.

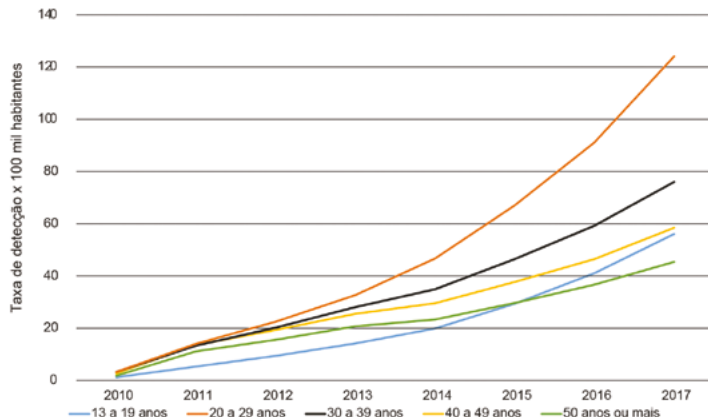
nema pallidum. Pode apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios: sífilis primária, secundária, latente e terciária. O diagnóstico e o tratamento são realizados na rede básica de saúde, quando na fase inicial da doença; no entanto, com a atenção básica cada vez mais precarizada, dada a centralidade no modelo de atenção biomédico, evidencia-se, como pode ser observado nos gráficos a seguir, um alto crescimento dos indicadores, sendo que alguns especialistas alertam para uma epidemia de sífilis no Brasil.

Gráfico 3 – Taxa de detecção de sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2017



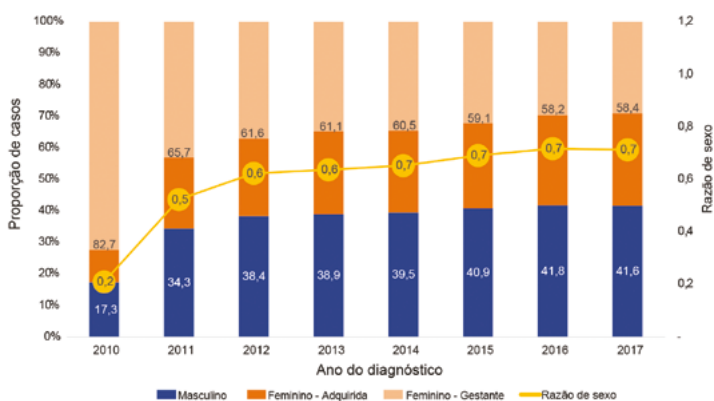
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2018.

Gráfico 4 – Taxa de detecção de sífilis adquirida segundo faixa etária. Brasil, 2010-2017



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2018.

Gráfico 5 – Casos notificados de sífilis adquirida e sífilis em gestantes segundo sexo e razão de sexos por ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2017



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2018.

Os gráficos divulgados pelo Boletim Epidemiológico da Sífilis 2018 (BRASIL, 2019) mostram que a taxa de detecção da sífilis adquirida aumentou em 44,1 por grupo de 100 mil em 2017. O boletim revela, ainda, que o “rosto” da população mais afetada, mais uma vez, são as mulheres, principalmente as negras e jovens (faixa etária de 20 a 29 anos). Não seria exagero inferir que, no País em que a cultura dos ódios reaparece, voltam também as doenças que vitimam primeiro as mulheres negras.

Esses indicadores podem ser indícios da guinada biomédica tomada pelo SUS a partir das políticas austeras adotadas desde 2016: seja pela aprovação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que privilegia os setores hospitalares e pronto-atendimentos, seja pela EC-95, que congelou os investimentos em saúde pública pelos próximos vinte anos. Descreveremos alguns impactos de cada uma delas na saúde.

2. Impactos da EC-95 e da nova PNAB no SUS

2.1. EC-95 e o direito humano à saúde

A Emenda Constitucional n. 95, aprovada em dezembro de 2016, criou um novo Regime Fiscal para o Brasil, congelando os gastos públicos por vinte anos, sob a égide da necessidade de reequilibrar os gastos do governo. No entanto, os gastos com juros e renegociação da dívida ativa da União não foram afetadas no programa de congelamento. O artigo 106, acrescentado ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, rege o seguinte: “Fica instituído o Novo regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros, nos termos dos art. 107 a 144 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.”

Interessa-nos olhar para os principais impactos da EC-95 para a saúde no ano de 2018, ainda que os efeitos dessa medida serão sentidos de forma mais impactante a partir do orçamento de 2019¹. Segundo o Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA), aprovado no fim de 2018, a saúde sofrerá uma perda de 9,5 bilhões de reais se comparada com a regra anterior. A partir de 2018, a nova regra de

¹ Esse impacto será descrito no Relatório Anual de 2019.

cálculo desvincula o piso da variação nominal do PIB (EC 29/2000) e da RCL (EC 86/2015). De 2018 em diante, o valor mínimo aplicado passou a ser equivalente ao piso do ano anterior corrigido apenas pela inflação, impossibilitando qualquer ganho real; ao contrário, provocando um decréscimo nos valores investidos, conforme estudo apresentado no documento *Austeridade e Retrocesso – Impactos sociais da política fiscal no Brasil* (2018), produzido por pesquisadores e instituições que debatem os impactos do modelo austero no Brasil. A falta de investimentos para a saúde pública resultará em grandes prejuízos para o SUS, não só no campo econômico mas também no político.

Por que os danos da EC-95, sobre a saúde pública, são também no âmbito político? O SUS vive um processo de fragilização constante nesses trinta anos de sua existência. Segundo Temporão (2018), ex-ministro da saúde, o Brasil não avançou numa questão fundamental: entender o SUS como um patrimônio da sociedade que deve ser preservado, qualificado e garantido. Para ele, no Brasil, ao contrário da Europa, ainda não alcançamos esse grau de consciência política sobre a saúde. Apesar dos inúmeros avanços alcançados pelo SUS nesses trinta anos, no imaginário social, o SUS é um atendimento precário, ineficaz e para pobre.

Caso o SUS não seja alçado como prioridade absoluta, incluso numa estratégia de desenvolvimento mais ampla do País, com garantia de financiamento adequado, o que exige rever a EC-95, está dada sua precarização absoluta, ou até a “extinção”. Talvez, esse seja o grande objetivo do capitalismo neoliberal, como parece ter ficado evidente no evento organizado em abril de 2018 pela Federação Brasileira de Planos de Saúde (FEBRAPLAN), no qual entidades nacionais de planos de saúde privada apresentaram a proposta de construir dois sistemas nacionais de saúde. Além de as discussões não terem contemplado o termo “público” quando pautados os dois sistemas nacionais de saúde, o evento retomou um tema, que não é novo: usar o SUS como porta de entrada do

setor privado. Na visão de Sestelo (2018, não paginado), essa proposta poderá “tornar o SUS um grande resseguro, ou seja, tudo aquilo que não for comercialmente interessante para os empresários teria algum tipo de cobertura financiada pelo orçamento público”. Ou seja, o SUS atenderia as demandas não lucrativas dos planos privados.

A EC-95, politicamente, corrobora para o desmonte do SUS, ao passo que reduz drasticamente, ano após ano, num período de vinte anos, o financiamento da saúde pública. Esse desfinanciamento fortalece o “mercado da saúde” e a guinada biomédica porque a população não terá saída a não ser pagar pelos serviços na rede privada. Toda vez que o Estado não cumpre com o seu papel na garantia e efetivação dos direitos, a alternativa que resta é a compra de serviços, o que configura uma violação da dignidade humana.

No campo econômico, os cortes no orçamento da saúde já puderam ser notados em 2018. Se tomados em conta os restos a pagar de 2017 para 2018, e de 2018 para 2019, fica comprovado que o governo executa o orçamento mas não paga. Essa prática compromete os recursos do exercício seguinte no pagamento de despesas do ano anterior. É o que explica que no primeiro trimestre de 2018 a União tenha gasto apenas dois terços do valor que deveria aplicar na saúde. Para o economista Francisco Funcia (apud BRASIL DE FATO, 2018, não paginado), da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS), isso já é um reflexo da EC-95, pois, segundo ele, o não cumprimento do previsto no orçamento ocorre devido a um descompasso entre aquilo que a saúde tem que gastar e aquilo que a saúde tem de recursos financeiros disponíveis no orçamento para pagar esses gastos, demonstrando que o valor disponível para o SUS é insuficiente, tende a cada vez ser menor e estar aquém da necessidade do povo.

O reflexo desse descompasso já pode ser percebido no aumento dos restos a pagar de 2017 para 2018, o qual somou aproximadamente 14 bilhões de reais, ou seja, essas despesas foram empe-

nhadas mas não foram pagas com o orçamento do ano em curso. Por sua vez, se não foram pagas, é possível concluir que não havia recursos disponíveis para tal. A maior preocupação é que esse problema não é sazonal, reflexo, apenas, de um exercício, mas tenderá a se acumular ano após ano, podendo inclusive vir a inviabilizar o SUS. Causa preocupação ainda maior o fato de que esse corte de recursos nas políticas sociais não se restringe à saúde pública. Outras áreas demonstram igual temor diante das respectivas reduções de recursos já concretizadas em 2018, e que tendem a se acirrar. Se levar em perspectiva um conceito mais ampliado de saúde, os impactos desses cortes serão imediatos na área da saúde.

Portanto, o não pagamento, nesse caso, não se refere apenas a procedimentos contábeis financeiros, mas impactam na concretude da vida de brasileiros e brasileiras. Por exemplo, programas como o para tratamento de DST/AIDS, SAMU e a dispensação de medicamentos já sofreram grandes prejuízos em 2018 e estarão seriamente comprometidos pela perda de recursos nos próximos vinte anos. Isto é, em vez de estarmos ampliando a assistência e a promoção da saúde, estamos reduzindo-as, como restou provado no caso da extinção da Secretaria Especial da Saúde Indígena. Ao mesmo tempo, ampliam-se as terceirizações no setor, reduzindo a saúde à lógica biomédica e descaracterizando sua compreensão como direito humano.

Outro exemplo concreto do que significa esse descompasso – entre o recurso apenas figurar no orçamento sem sua real disponibilidade – foi o fato amplamente noticiado pelas mídias brasileiras da falta de antirretrovirais utilizados no tratamento da AIDS. Entre algumas justificativas apontadas para a falta desses medicamentos, está a “falta de pagamento aos fabricantes asiáticos”. O site *Theintercept*, em reportagem publicada em 13 de abril de 2018, relata ter recebido a denúncia de um usuário de que no estado de São de Paulo estava faltando o medicamento 3 em 1 (a combinação de 600mg de efavirenz, 300mg de lamivudina e 300mg de tenofovir),

principal remédio para o tratamento da AIDS no Brasil. Segundo a reportagem, por tratar-se de um caso individual, decidiram checar a informação e, além de confirmarem sua falta, foram informados de que, “[...] no lugar do medicamento, o centro estava distribuindo as três substâncias separadas que compunham a fórmula do 3 em 1. Ou seja, o paciente que topasse levar o remédio teria de tomar três comprimidos, e não apenas um, como antes.” Segundo o site, o fracionamento da medicação pode colocar em risco o tratamento do HIV, pois, “[...] quando uma medicação com que o paciente já está acostumado é fracionada, ou quando há dificuldade de acesso a ela, existe grande risco de desestímulo ao tratamento, segundo os especialistas que ouvimos. A falta do 3 em 1 põe em risco todo o sistema de tratamento do HIV pelo qual o Brasil ficou mundialmente famoso.” Dada a magnitude do problema, o site entrou em contato com o Ministério da Saúde para esclarecer o que estava acontecendo. Segundo o site, o Ministério retornou dizendo que “não há interrupção na assistência às pessoas com HIV, nem falta de antirretroviral em nenhum lugar do país”, e informou que cada estado é responsável pela distribuição do medicamento. A reportagem resolveu ligar para os demais estados brasileiros e averiguar se a situação da falta era apenas um problema local do estado de São Paulo.

Ao todo, entramos em contato com 50 centros onde os pacientes teriam que encontrar o remédio. Descobrimos que houve algum tipo de problema com o fornecimento – da falta do 3 em 1 a baixas no estoque – em 14 estados. Além de São Paulo, o 3 em 1 foi substituído pela combinação de comprimidos em Santa Catarina, Pernambuco, Ceará, Acre, Alagoas e no Rio de Janeiro. Na capital carioca, pacientes chegaram a ficar dias sem receber nem mesmo as substâncias separadas. [...] Nos outros sete estados (Piauí, Minas Gerais, Paraíba, Amapá, Pará, Rondônia e Roraima), encontramos transtornos dos mais variados, desde a oferta de antirretrovirais

com substâncias diferentes das encontradas no 3 em 1 até a falta de outros medicamentos. Em Minas Gerais, o governo estadual está regulando a distribuição aos pacientes porque o volume do estoque está muito baixo. Na Paraíba e no Piauí, as Secretarias de Saúde informaram que há falta de um outro remédio para tratamento da AIDS: o Raltegravir (THE INTERCEPT, 2018, não paginado).

O mesmo site informa que, após a veiculação da denúncia, o Ministério da Saúde comunicou que havia emitido nota técnica para orientação da falta de medicamentos e também negou os atrasos no pagamento aos asiáticos.

Descrevemos em detalhes esse caso porque mostra a concretude da EC-95 na vida das pessoas, especialmente das camadas populares. Essa falta de antirretrovirais para o tratamento da AIDS se estende também à falta de medicamentos para a pressão arterial e doenças mentais. Tal situação tem sido uma constante nos municípios brasileiros, dada principalmente a falta de recursos oriundos do orçamento do Governo Federal, que, em consequência, sobrecarrega o orçamento dos municípios.

A EC-95 ficou conhecida como a EC da morte, pois seu impacto no campo da saúde remonta diretamente ao tema do direito de viver. Ou seja, o corte orçamentário tende a produzir justificativas, aparentemente aceitáveis diante da crise, para decisões que “fazem viver alguns e deixam morrer outros”.

O Conselho Nacional de Saúde posicionou-se fortemente contrário a aprovação da EC-95 e denunciou os inúmeros retrocessos e consequências que ela provocaria na saúde. No dia 7 de abril de 2018, fez um ato de entrega de milhares de assinaturas coletadas no Brasil através de “abaixo-assinado” que pedia a revogação da emenda.

2.2. Nova PNAB e o direito humano à saúde

O modelo de organização da Atenção Básica tem sido objeto de discussão nacional e internacional há décadas. O previsto no SUS é o que está sistematizado no Relatório Dawson de 1922, que norteia sistemas de saúde como o inglês e que orientou as discussões e a Declaração de Alma Ata. A Conferência de Alma Ata, ocorrida no final dos anos 1970, não só incorporou elementos dessa experiência como propôs os cuidados primários em saúde como elemento central para mudanças no setor saúde e na vida social.

No Brasil, as primeiras experiências de Atenção Primária em Saúde, inspiradas nos princípios da Alma Ata, ocorreram com a implementação do SUS, a partir da Constituição de 1988: o Estado Brasileiro reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado. A compreensão de Atenção Básica desde então, dos setores que defendiam o SUS, buscou romper com a lógica de “postinho” ou somente do pronto-atendimento e se consolidar como uma estratégia que ordenasse um sistema fundamentado na compreensão alargada de saúde. Esse, talvez, foi e continua sendo um dos principais desafios do SUS, a dizer, radicalizar um modelo assistencial que rompa com a atenção limitada à lógica biomédica.

No início da década de 1990, a Atenção Básica se caracterizou principalmente pelo Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e pelo Programa Saúde da Família (PSF). A partir de 1996, “o PSF passou a ser apresentado como estratégia de mudança do modelo assistencial, superando o conceito de programa vinculado a uma noção de verticalidade e transitoriedade, sendo a ESF uma certa fusão do PACS com o PSF” (MELO et al., 2018, p. 40). A adesão a essa nova compreensão foi gradual e iniciou pelas regiões

de renda *per capita* menor e mais distantes dos grandes centros urbanos, os quais, por sua vez, aderiram por último. A

[...] introdução dos Pisos de Atenção Básica (PAB) fixo e variável na década de 1990, operados por meio de repasse financeiro fundo a fundo, facilitou a implantação da ESF e superou a lógica de financiamento por convênio e produção (procedimentos), tendo caráter relativamente redistributivo e tipo de repasse mais global por meio do PAB Fixo (per capita) e do PAB Variável (por adesão a componentes da ESF). (MELO et al., 2018, p. 40).

A escolha por um modelo de Atenção Básica que estivesse centrado na lógica do cuidado integral e relacionado ao conceito de saúde da OMS foi sendo construída em meio a muitas disputas no Brasil, e o papel da União foi fundamental: através da política de financiamento, foi “induzindo”, aos poucos, os municípios a aderirem à política da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo assistencial municipal. Essa condução levou o Brasil a, em 2017 (dados de 2018 não foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde até o fechamento deste relatório), atingir uma cobertura da ESF de 63,65% da população brasileira, ou seja, quarenta e duas mil, duzentas e setenta e três unidades de ESF. Por outro lado, a presença do modelo assistencial de Atenção Básica anterior ao SUS continuou presente, como pode ser percebido nos gráficos que seguem.

Quadro 3 – Cobertura de atenção básica. Brasil, dezembro de 2016 à novembro de 2017

Compe- tência	População	Nº ESF Cob.	Estim. Pop. Cob. ESF	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. AB	Cober- tura AB
dez/16	204.482.459	41.061	128.061.894	62.62%	151.603.979	74.14%
jan/17	206.114.067	40.623	127.090.024	61.66%	150.438.427	72.98%
fev/17	206.114.067	40.762	127.311.610	61.76%	150.999.024	73.25%
mar/17	206.114.067	41.056	128.022.552	62.11%	151.371.717	73.44%
abr/17	206.114.067	41.069	128.093.854	62.14%	151.555.033	73.52%
mai/17	206.114.067	41.402	129.092.467	62.63%	152.790.977	74.12%
jun/17	206.114.067	41.475	129.254.851	62.71%	152.631.113	74.05%
jul/17	206.114.067	41.388	128.897.067	62.53%	152.130.072	73.80%
ago/17	206.114.067	41.589	129.397.070	62.77%	152.283.503	73.88%
set/17	206.114.067	41.794	130.033.885	63.08%	152.647.674	74.05%
out/17	206.114.067	42.197	131.031.723	63.57%	153.374.935	74.41%
nov/17	206.114.067	42.273	131.201.972	63.65%	153.388.560	74.41%

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde e Departamento de Saúde da Família.

Há muitos indicadores sobre o impacto da ESF no Brasil, sendo um, em especial, a redução da mortalidade infantil e morte materna, como já evidenciado no tópico anterior, no qual foi possível perceber o impacto das medidas austeras no crescimento desse indicador.

Para perceber que a diferenciação entre o modelo de atenção proposto pela ESF e o modelo proposto pela Atenção Primária (concepção convencional) não se dá só no campo conceitual mas no campo prático, citamos o fato de a ESF contar com equipe multiprofissional, inclusive com os ACS, e incluir ações de promoção e prevenção à saúde, vigilância sanitária, noção de território, entre outras. A imunização é uma estratégia desenvolvida pelas ESF,

assim como o programa HIV/AIDS, pré-natal, dengue, Zika vírus, saúde bucal. Essas ações, que fazem toda a diferença para a saúde das pessoas e são parte da ESF, buscam ir além da concepção centrada apenas no atendimento clínico médico.

Essa decisão pela Atenção Básica a partir da ESF enfrentou e enfrenta algumas dificuldades importantes: a falta de infraestrutura adequada, o subfinanciamento, conflitos conceituais acerca do modelo assistencial e a dificuldade de atração de profissionais médicos comprometidos. Alguns programas lançados em 2011 buscaram enfrentar esses desafios e reafirmar a ESF como modelo assistencial do SUS. Um dos mais importantes foi o Programa Mais Médicos, que buscou, no curto prazo, ampliar o número de médicos comprometidos com o SUS e, no médio e longo prazos, ampliar as escolas médicas formadoras de novos médicos no País.

O Programa Mais Médicos, ao ampliar o número de médicos, cumpre com uma demanda histórica de diminuir a escassez de profissionais de saúde, principalmente, nas áreas rurais, remotas e periferias de grandes áreas urbanas, isto é, regiões com significativas desigualdades sociais. (SANTOS, 2019). Em apresentação da Unidade Técnica Mais Médicos da Opas (KEMPER, 2018), Elisandréa Sguario Kemper apresentou *O Impacto de uma Política Pública Exitosa*, com dados comparativos entre o período anterior ao programa e depois da implantação do Programa Mais Médicos. É possível observar nesta apresentação que, antes do programa, havia mil e duzentos municípios brasileiros com escassez de médicos, 59% de cobertura de ESF na Atenção Básica e uma certa estagnação do crescimento de Atenção Básica no período de 2008 até 2013. Após a implementação do programa, já em 2015, observavam-se uma redução de escassez de médicos em 777 municípios. Na tabela abaixo, além da redução da escassez de médicos em diferentes regiões provocadas pela presença de médicos do Programa Mais Médicos, Girardi (2016, p. 2678) reproduz um cenário hipotético. No cenário hipotético os autores consideraram apenas a oferta regular

de médicos em Atenção Primária à Saúde feita pelos municípios, ou seja, um cenário hipotético sem a presença dos médicos do Programa Mais Médicos, permitindo verificar qual seria a mesma situação de 2015, caso não houvesse o referido programa.

Quadro 4 – Número e proporção de municípios com escassez e *odds ratio* segundo região geográfica e porte populacional dos municípios - Brasil, março de 2013, setembro de 2015 e cenário hipotético.

	Total	Março de 2013			Setembro de 2015			Cenário hipotético (oferta regular 2015)		
		N	%	OR*	N	%	OR*	N	%	OR*
Norte	448	215	48	3,87	139	31	3,16	297	66,3	3,87
Nordeste	1.793	450	25,1	1,35	325	18,1	1,63	899	50,1	2,37
Sudeste	1.668	253	15,2	0,56	160	9,6	0,56	386	23,1	0,42
Sul	1.188	181	15,2	0,59	89	7,5	0,43	288	24,2	0,49
Centro-oeste	465	101	21,7	1,01	64	13,8	0,98	151	32,5	0,83
Capitais e regiões metropolitanas	206	38	18,4	0,82	22	10,7	0,73	60	29,1	0,71
Mais de 100 mil habitantes	163	22	13,5	0,56	12	7,4	0,48	28	17,2	0,35
Mais de 50 até 100 mil habitantes	281	83	29,5	1,56	34	12,1	0,84	100	35,6	0,97
Mais de 20 até 50 mil habitantes	954	281	29,5	1,68	183	19,2	1,6	431	45,2	1,56

Mais de 10 até 20 mil habitantes	1.372	292	21,3	0,98	184	13,4	0,94	527	38,4	1,13
Até 10 mil habitantes	2.586	484	18,7	0,73	342	13,2	0,89	875	33,8	0,82
Brasil	5.562**	1.200	21,6		777	14		2.021	35,4	

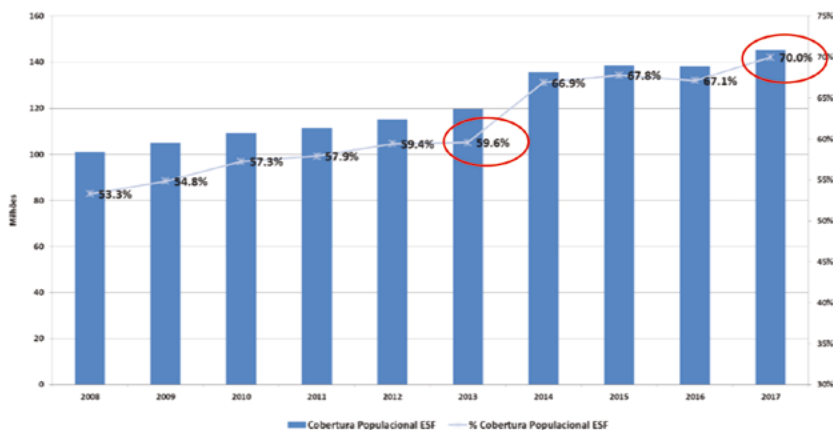
* OR: *odds ratio* (razão de chances em português).

** Oito municípios foram excluídos da análise, por não existirem por ocasião do Censo Demográfico de 2010 ou por ausência de alguma das informações que compõem o índice de escassez.

Fonte: GIRARDI, 2016, p. 2680

Segundo Kemper (2018) com o Programa Mais Médicos houve, também, um aumento de 10% da cobertura da Estratégia da Saúde da Família, entre 2013 e 2017, correspondendo a um acréscimo de 26 milhões de pessoas, como pode ser observado no gráfico abaixo. Além do incremento da cobertura da ESF, há uma presença majoritária dos Médicos cubanos, aproximadamente 98%, em equipes de saúde da família.

Gráfico 6 – Situação posterior à criação do programa Mais Médicos: Ampliação do número de equipes de Saúde da Família e da cobertura populacional



Fonte: Kemper(2018)

Outros indicadores de resultados são apresentados por Kemper (2018) na apresentação: a redução de internações por condições sensíveis à Atenção Primária; 95% dos usuários recomendariam o Programa Mais Médicos para alguém da família; “[...] a ampliação do acesso a 36 milhões de pessoas, que não dispunham de cuidado de modo permanente ou regular em seus municípios e/ou localidades. No Nordeste, a oferta de médicos beneficiou 41% da população. Os municípios de extrema pobreza receberam 28% do total de médicos, viabilizando o cuidado a mais de 17 milhões de pessoas.” (KEMPER, 2018, não paginado).

Diante disso, causa muita preocupação a reação negativa das associações e entidades médicas brasileiras em relação ao programa. Mas o que causou temor maior em relação ao Programa Mais Médicos foram as declarações públicas do presidente Jair Bolsonaro que indicam sua extinção ou precarização. O fato agravaria novamente a falta de médicos, em prejuízo, especialmente, às parcelas populares do País, como visto no quadro 4.

Outra decisão importante para radicalizar a ESF como modelo de atenção básica, foi a criação de diferentes modalidades de equipes, como os consultórios de rua, ribeirinhos e fluviais, que buscaram atingir o máximo possível de pessoas em suas diferentes realidades. Somam-se a isso o acréscimo no financiamento e a forma do seu repasse, uma estratégia do Governo Federal para incentivar os municípios a aumentarem a sua cobertura de ESF e aos poucos migrarem totalmente suas unidades para a lógica da ESF. Ratificava-se, assim, um Sistema Único de Saúde universal e público, preocupado com o cuidado das pessoas em todas as suas dimensões e necessidades.

No entanto, esse esforço de radicalizar a ESF como modelo assistencial de fortalecimento do SUS no Brasil foi atacado em setembro de 2017 com a aprovação da nova Política Nacional de Atenção Básica pelo Governo Federal. Essa aprovação desconsiderou, inclusive, posições contrárias importantes, como a do Conse-

lho Nacional de Saúde, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), entre outras entidades e movimentos sociais que se opuseram radicalmente à nova PNAB.

Entre alguns pontos criticados, está a retirada do comprometimento com a cobertura de 100% da população através da Atenção Básica. Para a pesquisadora Márcia Valéria Morosini (2017), da EPSJ, na PNAB de 2011, a Atenção Básica se comprometia com 100% da cobertura da população. Na análise da pesquisadora, essa referência estava relacionada ao número de Agentes Comunitário de Saúde definido pela ESF, que exigia o mínimo de quatro e o máximo de doze ACS, com um número não superior de 750 pessoas por ACS. Esse número de profissionais, na compreensão da pesquisadora, exigia que, ao atingir o máximo possível de ACS, com base no número total das pessoas que cada ACS pudesse atender, fosse aberta nova equipe ESF até o atingimento de 100% da cobertura. Além de o número definido de ACS por ESF forçar para o alcance de 100% de cobertura da ESF, evidencia, também, a preocupação com as condições que poderiam afetar diretamente a qualidade do modelo de atenção ofertada à população.

A nova PNAB também não promove um processo de ampliação e qualificação da Atenção Básica desde o financiamento. Isso quer dizer que a União deixa de cumprir o papel de indutora do fortalecimento da ESF, diferentemente da PNAB de 2011, na qual o financiamento fomentava a opção pela ESF. Segundo Melo e colaboradores (2018, p. 42), “[...] a existência de novo financiamento para outro tipo de formato de AB, pode induzi-lo, a depender dos valores de repasse e da situação local, gerando não só diminuição de ACS, como também estagnação ou mesmo diminuição da cobertura da ESF.” O cenário se torna mais agravante ainda haja vista a aprovação da nova PNAB inserir-se em um contexto no qual os gastos em saúde pública foram congelados por vinte anos. Pode-se

dizer que a retirada do comprometimento do alcance de 100% da cobertura de ESF mexe na espinha dorsal do SUS, pois, com a nova PNAB, o financiamento estará contribuindo para a precarização do SUS e o fortalecimento do modelo assistencial centrado na perspectiva biomédica, ferindo o princípio da universalidade do SUS.

A não priorização da ESF como Atenção Básica, segundo Morosini (2017, não paginado), pode comprometer ações e processos já avançados na ESF no Brasil: “[...] a escuta e a percepção de problemas e necessidades que poderiam ser invisíveis aos serviços, bem como a identificação e a criação de possibilidades de intervenção, dadas a partir de seus conhecimentos sobre a dinâmica da vida no território.” No ano de 2018, o impacto da nova PNAB foi pouco sentido, dado que a maioria dos municípios estavam em fase de adaptação e conhecimento, mas se olharmos para o ano de 2019 há indícios de enormes retrocessos. É o caso, por exemplo, da alta taxa de gravidez na adolescência, que é objeto de ação da Atenção Básica na ESF, e que coloca o Brasil acima da média da América Latina e Caribenha, segundo relatório publicado pela OPAS/OMS (2016). No Brasil, essa taxa, como pode ser percebido no gráfico a seguir, chega a 68,4 nascimentos para cada 1 mil adolescentes entre 15 e 19 anos.

Gráfico 7 – Gravidez na Adolescência no Brasil. Número de nascimentos a cada mil adolescentes entre 15 e 19 anos



Fonte: Agência Patrícia Galvão, 2018.

O gráfico mostra, também, um indicador em queda desde 1996, quando a Atenção Básica passou a ser entendida pela lógica da Estratégia da Saúde da Família (obviamente que essa análise merecia maior detalhamento, mas, por ora, queremos mostrar o poder da incidência da ESF na vida social das pessoas). Contudo, a não priorização da Atenção Básica como ESF, dentro de um contexto de precarização do SUS, poderá levar à inversão do quadro e ao agravamento das complexidades em torno da “gravidez na adolescência”.

Outra ação que já pode ser um reflexo da diminuição das equipes da ESF e dos Agentes Comunitários de Saúde ou da Emenda Constitucional 95 é a diminuição da cobertura alcançada para as principais vacinas do Calendário Nacional de Vacinação, que pode representar o retorno de doenças como o sarampo (já enunciado anteriormente) e a poliomielite. Cumpre destacar que, neste tema, o Brasil, a partir do SUS, figura como exemplo mundial pela ca-

pacidade de atingir milhões de pessoas a partir de campanhas específicas. A vacina tríplice viral, ofertada pelo SUS, que previne contra sarampo, caxumba e rubéola, tinha como meta atingir uma cobertura de 95% no ano de 2018. A primeira dose chegou a 90,68%, e a segunda, a apenas 75,50%, conforme dados do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Esse quadro preocupa ainda mais quando comparado com a série histórica, na qual fica perceptível a gradual diminuição da cobertura desde 2016, conforme quadro comparativo:

Quadro 5 - Diminuição da cobertura de vacinas

Imuno	2015	2016	2017	2018
Tríplice Viral D1	96,07	95,41	90,85	90,68
Tríplice Viral D2	79,94	76,71	76,45	75,50
Poliomielite	98,29	84,43	84,27	86,58

Fonte: Elaboração própria com base no SI-PNI.

A guinada biomédica com a aprovação da nova PNAB também é percebida na política de saúde mental: seu financiamento, em vez do fortalecimento das Redes de Atenção Psicossocial, dentro da perspectiva da reforma sanitária, fortalece a iniciativa privada, numa compreensão retrógrada de retorno ao confinamento de pacientes, incentivando uma contrarreforma e promovendo a volta dos manicômios.

Em reportagem publicizada pela *Revista Radis* em janeiro de 2019, foi noticiado que foram suspensos, em novembro de 2018, pelo Ministério da Saúde, repasses de quase R\$ 78 milhões destinados aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e leitos

de saúde mental em hospital geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A justificativa dada pelo Ministério da Saúde foi de “ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS”. No entanto, segundo a mesma reportagem, naquele mês aconteceu o lançamento da Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica, cuja intencionalidade era fortalecer a internação psiquiátrica, revertendo a desinstitucionalização promovida pela Reforma Psiquiátrica.

Para, Rogério Gianini, Presidente do Conselho Federal de Psicologia, entrevistado na construção deste relatório, houve retrocessos na saúde mental no Brasil no ano de 2018: “a) a mudança dos blocos de financiamento da saúde básica decidida pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que enfraqueceu as ações de promoção de saúde nos municípios, o que afeta a saúde mental; b) o aumento do financiamento público para as comunidades terapêuticas; c) o crescimento de apoio social ao modelo asilar, principalmente pela questão do tema dos usos problemáticos de álcool e outras drogas; d) o anúncio dos próximos gestores de saúde e assistência social de prioridade do modelo asilar psiquiátrico na saúde mental e de CTs para as drogas.”

No entendimento do presidente do Conselho Nacional de Psicologia, corroborando o enfoque da reportagem da *Revista Radis*, há um movimento forte no Brasil de contrarreforma e, com isso, o fortalecimento da lógica das comunidades terapêuticas e do isolamento social, simplificando o aumento da drogadição no Brasil.

Esse movimento está alinhado com a política mercantilizante dos direitos sociais da onda ultraneoliberal, cada vez mais forte no mundo e que ascendeu ao Governo Federal do Brasil desde 2016, através de um Golpe. Esse processo levou ao encerramento dos contratos com os médicos cubanos participantes do Programa Mais Médicos, provocando um vazio assistencial em regiões distantes

das metropolitanas e uma disputa de concepção da “ação médica” e da sua atuação no Sistema Único de Saúde.

Segundo Paulo Amarante, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, “O que está em jogo não é só o retrocesso na Reforma Psiquiátrica, na Reforma Sanitária, no SUS, na Estratégia Saúde da Família, no Mais Médicos, é um retrocesso geral na política brasileira, na democracia, na cidadania, nas práticas sociais mais avançadas, é o reflexo de uma mudança maior que está mudando todas as políticas de cidadania, de participação social, a questão das universidades e das escolas, é um retorno à política privatizante e de mercantilização da vida.” (AMARANTE, 2019, p. 3).

3. Conclusão

Defender o SUS é defender a Democracia! Defender a Democracia é defender o SUS! Essa máxima tem sido uma constante na luta pelo direito humano à saúde no Brasil desde o Golpe de 2016 e a adoção de regime fiscal austero no Brasil. A luta pelo SUS e pela Democracia é a luta pela vida, é lutar pelo reconhecimento de que toda vida vale a pena e não apenas algumas. A luta pelo SUS e pela Democracia consiste em enfrentar a necropolítica, a xenofobia, o machismo, o racismo, a pobreza, a censura, a impossibilidade de se ser humano. Lutar pelo SUS e pela Democracia é lutar por direitos para todos e todas.

Buscamos, neste relatório, reconstruir alguns elementos do Golpe de 2016 e, à luz deste, elencar alguns impactos da Emenda Constitucional n. 95 e da Nova Política de Atenção Básica na política pública de saúde no ano de 2018. Sabemos que, caso não haja mudanças nesse cenário, esses impactos serão agravados ano após ano; já para o ano de 2019 avistam-se muitos retrocessos e perdas de direitos – na esteira da construção dos relatórios anuais, certamente serão relatados no Relatório de 2019.

Presenciamos, no País, o retorno de epidemias, de doenças até então erradicadas; presenciamos o fechamento de emergências, a superlotação de hospitais, as longas filas de espera de um atendimento nas Unidades Básicas de saúde, a falta de medicamentos, infraestruturas sanitárias precárias, desertos assistenciais espalhados Nação afora. Presenciamos o aumento dos bolsões de pobreza, de pessoas mendigando na rua, de crianças trabalhando

em vez de ir para a escola. Presenciamos o descaso com o meio ambiente, com a preservação da biodiversidade; presenciamos um ecogenocídio, o aumento de liberação de uso de agrotóxicos na produção de alimentos; presenciamos o aumento do desemprego, a perda de direitos e o aumento da concentração de riqueza. Presenciamos a transição de um Estado-Nação para um Estado-corporação. Presenciamos cortes orçamentários na pesquisa, na educação, na saúde, no saneamento básico. Presenciamos uma onda de *fake news* sendo disseminadas para referendar necropolíticas. Presenciamos o silêncio, a inércia, a indiferença de muitos cidadãos brasileiros. Porém, ainda há vozes que se levantam, que ousam denunciar, gritar, clamar pela vida e lutar por direitos e pela democracia, por mais que sejam cruelmente criminalizadas e desconstruídas socialmente.

Portanto, sistematizar tais dados somente tem sentido se eles contribuírem para a organização social e política dessas vozes que não aceitam e não se submetem a esse *status quo* naturalizado. Somente tem sentido se alimentarem corações e mentes dispostos a sonhar e lutar “juntos” pela efetivação do direito humano à saúde e pela radicalização da Democracia. Se esse for o resultado deste relatório, terá cumprido seu papel neste tempo de “resistir para existir”.

Democracia, presente! Direito humano à saúde, presente!

Referências

ABRASCO. **Ligia Bahia e Mario Scheffer analisam planos de Haddad e Bolsonaro**. 2018. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opinioao/ligia-bahia-e-mario-scheffer-analisam-planos-de-haddad-e-bolsonaro/37757>. Acesso em: abr. 2019

AGÊNCIA PATRÍCIA GALVÃO. **Brasil tem gravidez na adolescência acima da média latino-americana, diz OMS**. 2018. Disponível em: <https://agenciapatriciagalvao.org.br/mulheres-de-olho/dsr/brasil-tem-gravidez-na-adolescencia-acima-da-media-latino-americana-diz-oms>. Acesso em: abr. 2019.

AMARANTE, Paulo. Micro-Organismos e Macropolítica. **RADIS**, n. 196, p. 3, jan. 2019. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/30905/1/2019_Janeiro_196.pdf. Acesso em: mar. 2019.

AUSTERIDADE e Retrocesso: Impactos Sociais Da Política Fiscal No Brasil. São Paulo: Brasil Debate E Fundação Friedrich Ebert, ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico da Sífilis 2018**. Brasília, 2019. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/66163/boletim_sifilis_04122018.pdf?file=1&type=node&id=66163&force=1. Acesso em: mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura da Atenção Básica**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: mar. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde atualiza casos de sarampo**. Brasília, 2018a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44551-ministerio-da-saude-atualiza-casos-de-sarampo-12+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: mar. 2019

BRASIL registra alta de mortalidade infantil após décadas de queda. **G1**. 2018b. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/brasil-registra-alta-de-mortalidade-infantil-apos-decadas-de-queda.ghtml>. Acesso em: mar. 2019.

BRASIL DE FATO. **Teto de gastos estabelecido pela Emenda 95 já impacta na saúde**. 2018. Disponível em <https://www.brasildefatorj.com.br/2018/05/27/reporter-sus-or-teto-de-gastos-estabelecido-pela-emenda-95-ja-impacta-na-saude>. Acesso em: mai. 2019.

G1. Brasil registra alta de mortalidade infantil após décadas de queda. 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/brasil-registra-alta-de-mortalidade-infantil-apos-decadas-de-queda.ghtml>. Acesso em: mar. 2019.

GIRARDI, Sábado Nicolau et al . Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2675-2684, Sept. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902675&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: mai. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16032016>

IBGE. **PNAD Contínua: taxa de desocupação é de 11,6% e taxa de subutilização é de 23,9% no trimestre encerrado em novembro de 2018.** 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/23466-pnad-continua-taxa-de-desocupacao-e-de-11-6-e-taxa-de-subutilizacao-e-de-23-9-no-trimestre-encerrado-em-novembro-de-2018#:~:text=A%20taxa%20de%20desocupa%C3%A7%C3%A3o%20foi,o%2C4%20ponto%20percentual>. Acesso em: fev. 2019.

KEMPER, Elisandrea Sguario. **Programa Mais Médicos: impactos de uma política pública exitosa.** 2018. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/04/Mesa-1-Elisa-Kemper.pdf>. Acesso em: maio 2019.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria H. M. de; OLIVEIRA, J. R.; ANDRADE, G. C. L. de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios disponível. **Saúde Debate** [online], v. 42, n. espec. 1, p. 38-51, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0038.pdf>. Acesso em: abr. 2019.

MENEZES, Francisco. **A extrema pobreza voltou aos níveis de 12 anos atrás.** [Entrevista concedida a] Thiago Domenici. Agência Pública, 2018. Disponível em: <https://apublica.org/2018/07/a-extrema-pobreza-voltou-aos-niveis-de-12-anos-atras-diz-pesquisador-da-actionaid-e-ibase>. Acesso em: mar. 2019.

MOROSINI, Márcia Valéria. **A nova PNAB é um retorno ao passado.** [Entrevista concedida a] André Antunes. EPSJV/Fiocruz, 2017. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/nova-pnab-e-uma-volta-ao-passado>. Acesso em: mar. 2019.

OPAS. **Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica.** Washington, 2016. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34853/9789275319765_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: abr. 2019.

PARA Eleitores, saúde e violência são os principais problemas do país. **Folha de São Paulo**, 2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2018/09/para-eleitores-saude-e-violencia-sao-os-principais-problemas-do-pais.shtml>. Acesso em: fev. 2019.

QUEIROZ, Antonio A. **O desmonte do Estado de Proteção Social.** 2017. Disponível em: <https://diplomatie.org.br/o-desmonte-do-estado-de-protecao-social/>. Acesso em: fev. 2019.

QUEIROZ, Antonio A. **O Congresso mais conservador dos últimos quarenta anos.** 2018. Disponível em: <https://diplomatie.org.br/o-congresso-mais-conservador-dos-ultimos-quarenta-anos>. Acesso em: mar. 2019.

SANTOS, Wallace Dos et al. Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. **Saúde debate** [on-line], v. 43, n. 120, p. 256-268, Mar. 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100256&lng=en&nrm=iso. Acesso em: mai. 2019.

SAÚDE mental: contra-reforma? **Radis**. Nº 196. Rio de Janeiro: ENSP/ Fiocruz, 2019. p.6. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/todas-as-edicoes/196>. Acesso em: maio 2019.

SAÚDE é democracia. **Pense SUS**. 2019. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/sa%C3%BAde-%C3%A9-democracia>. Acesso em: mar. 2019.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L.; BRAGA, I. F. **A Saúde nos programas dos candidatos à Presidência da República do Brasil em 2018**. Uma análise sobre a relevância das proposições para a melhoria da rede de serviços e da saúde da população. 2018. Disponível em: http://plataformapoliticasocial.com.br/wp-content/uploads/2018/09/Saude_Eleicoes_06set.pdf. Acesso em: fev. 2019.

SESTELO, José. **Os empresários não querem a extinção do SUS, querem o SUS conveniente aos seus interesses, como de fato tem sido**. [Entrevista concedida a] André Antunes. EPSJV/Fiocruz, 2018. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/os-empresarios-nao-querem-a-extincao-do-sus-querem-o-sus-conveniente-aos-seus>. Acesso em: mar. 2019.

SILVA, José Graziano da. **Crise faz crescer risco de o Brasil voltar ao Mapa da Fome, diz ONU**. [Entrevista concedida a] UOL. 2018. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2018/10/17/jose-graziano-fao-onu-mapa-da-fome-brasil-obesidade.htm>. Acesso em: fev. 2019.

TEMPORÃO, José Gomes. **Se o SUS não for prioridade absoluta, o Brasil terá dois sistemas de saúde: um para os pobres e outro para a classe média**. [Entrevista concedida a] IHU ONLINE. 2018. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/artigo/7373-se-o-sus-nao-for-prioridade-absoluta-o-brasil-tera-dois-sistemas-de-saude-um-para-os-pobres-e-outro-para-a-classe-media>. Acesso em: abr. 2019.

THE INTERCEPT. **Ligamos para todas as capitais atrás do principal remédio contra o hiv: algumas sequer têm em estoque**. 2018. Disponível em: <https://theintercept.com/2018/04/13/hiv-retroviral-em-falta/>. Acesso em: abr. 2019.



Esta obra foi composta em
Alegreya e PT Sans, pela
Editora Saluz, e impressa na
Meta impressão e soluções digitais LTDA,
em papel couchê brilho,
em setembro de 2020.

Caso o SUS não seja alçado como prioridade absoluta, incluso numa estratégia de desenvolvimento mais ampla do País, com garantia de financiamento adequado, o que exige rever a Emenda Constitucional nº 95, está dada sua precarização absoluta, ou até a “extinção”.

Realização:



Apoio:



ISBN: 978-85-69343-64-6

