

Dos clamores das ruas aos rumores no Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil

The popular claim and Congress rumors: a recent conjuncture analysis of health in Brazil

De las voces de las calles a los rumores en el Congreso: un análisis de la coyuntura reciente de salud en Brasil

Liz Duque Magno | lizdefono@gmail.com

Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, BA, Brasil.

Jairnilson Silva Paim | mailto:jairnil@ufba.br

Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, BA, Brasil.

Resumo

O processo da Reforma Sanitária Brasileira requer acompanhamento da Política de Saúde. Assim, objetivou-se analisar a conjuntura e as políticas de saúde no Brasil no período de junho/2013 a março/2015. A investigação utilizou pesquisa documental por meio da mídia, programas de candidaturas à presidência e publicações de entidades de saúde para identificar fatos e acontecimentos relevantes a serem categorizados e analisados. Em junho de 2013, a saúde foi apontada como prioridade pelas manifestações de rua, obtendo como resposta institucional o Programa Mais Médicos. Entretanto, a Reforma Sanitária e o SUS não prevaleceram no debate eleitoral das campanhas à presidência, enquanto predominava a influência do setor privado. Aprovações de leis recentes no Congresso Nacional podem indicar assimilação da lógica de Cobertura Universal. Mudanças na política econômica e prioridades governamentais sugerem desmonte das conquistas sociais e apontam a necessidade de rearticulação da sociedade civil em defesa do direito universal à saúde.

Palavras-chave: Reforma dos Serviços de Saúde; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde; Política Social; Organização Social; Pesquisa; Brasil.

Abstract

The Brazilian Health Reform's process needs the continuous monitoring of the Health Policy. So, the objective was to analyze the conjuncture and health policies in Brazil from June/2013 to March/2015. The study used documental research through the media, government programs of the presidential candidates and health associations' documents to identify the relevant facts and events for analysis. In June/2013, health was identified as a priority by protests, getting as government response the More Doctors Program. However, the Brazilian Health Reform and the SUS did not preponderate in the electoral debate of the presidency running, while the private sector had predominant influence. Laws recently passed in Congress may indicate assimilation of Universal Coverage logic. Changes in economic policy and government priorities suggest regression of social rights and the need for re-articulation of civil society in defense of the universal right to health.

Keywords: Health Care Reform; Health Policy; Unified Health System; Public Policy; Social Organization; Research; Brazil.

Resumen

El proceso de la Reforma de Salud Brasileña requiere un seguimiento de la política de salud. El objetivo fue analizar la coyuntura y las políticas de salud en Brasil, de junio/2013 a marzo/2015. Fue utilizada la investigación documental a través de los medios de comunicación, programas de los candidatos a la Presidencia y publicaciones de las entidades de salud para identificar acontecimientos relevantes para análisis. En junio de 2013 la salud fue una prioridad para las manifestaciones, obteniendo como respuesta del gobierno lo Programa Más Médicos. Pero, la Reforma de Salud Brasileña y el SUS no prevalecieron en el debate electoral de la campaña presidencial, donde el sector privado consiguió la influencia predominante. Recientes leyes aprobadas en el Congreso pueden indicar asimilación de la lógica de la Cobertura Universal. Los cambios en la política económica y prioridades del gobierno sugieren desmantelamiento de las conquistas sociales y destacan la necesidad de re-articulación de la sociedad civil en defensa del derecho universal a la salud.

Palabras clave: Reforma de la Atención de Salud; Política de salud; Sistema Único de Salud; Política Social; Organización Social; Investigación; Brasil.

INFORMAÇÕES DO ARTIGO

Contribuição dos autores:

Concepção e desenho do estudo: Liz Duque Magno e Jairnilson Silva Paim.

Aquisição, análise e interpretação dos dados: Liz Duque Magno e Jairnilson Silva Paim.

Redação do manuscrito: Liz Duque Magno e Jairnilson Silva Paim.

Revisão crítica do conteúdo: Jairnilson Silva Paim.

Declaração de conflito de interesses: Declaro que este trabalho não apresenta conflito de interesses

Fontes de financiamento: O presente estudo insere-se no projeto "Análise do processo da Reforma Sanitária Brasileira no período de 2007 a 2016" (processo nº: 303780/2013-4) e articula-se com o projeto "Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2003-2017)" (processo nº: 405071/2013-2), ambos aprovados pelo CNPq.

Histórico do artigo: Submetido: 10.out.2015 | Aceito: 26.out.2015 | Publicado: 20.dez.2015

Licença: CC BY-NC atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Recis. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores

Introdução

O processo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) pode ser examinado por meio de políticas desenvolvidas em diferentes conjunturas, incluindo distintos governos, projetos políticos em disputa, assim como a articulação de suas bases sociais de sustentação¹. O Sistema Único de Saúde (SUS), como a grande política de saúde no Brasil, foi implantado numa conjuntura adversa, onde a disputa ideológica favoreceu amplamente o projeto neoliberal, reorganizando as relações entre Estado e sociedade em bases distintas das pressupostas pela RSB². Assim, o projeto do SUS situava-se na contramão do que era estabelecido pelas agências financeiras internacionais, principalmente o Banco Mundial³ e o Fundo Monetário Internacional (FMI), sendo subfinanciado e focalizado desde o seu nascimento, favorecendo um livre crescimento da iniciativa privada com incentivo do Estado.

O Governo Dilma ajudou a consolidar no Brasil o neodesenvolvimentismo, ou seja, um programa de política econômica e social que busca o crescimento econômico e o desenvolvimento do capitalismo brasileiro com alguma transferência de renda sem romper com os limites dados pelo modelo econômico neoliberal, apresentando as seguintes características: políticas de valorização do salário mínimo e de transferência de renda, ampliando o poder de consumo das classes populares; financiamento de grandes empresas nacionais a juros favorecidos ou subsidiados por meio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDES); apoio à exportação de mercadorias e capitais; política econômica anticíclica nos momentos de crise; investimento estatal em infraestrutura através de parcerias público-privadas⁴.

No âmbito das políticas sociais, o neodesenvolvimentismo concentrou a agenda nas políticas de transferência de renda com condicionalidades cumprindo o receituário do Banco Mundial. Os reflexos desta agenda na saúde são a redução dos gastos públicos e a manutenção do subfinanciamento associado ao crescimento e fortalecimento do setor privado⁵⁻⁶. Tais ações expressam as contradições de governos que aparentemente defendem o SUS, pois têm um *staff* de sanitaristas em seus principais postos de direção e assessoramento, mas implementam políticas cumulativas de privatização⁶⁻⁷. Na mesma lógica em que o grande capital ganha com o neodesenvolvimentismo em outros setores, na saúde cresceram os planos e seguros privados, a incorporação de tecnologias de alto custo, a abertura para exploração do capital internacional e a financeirização do setor⁷⁻⁸. Além disso, as políticas prioritárias mantêm a lógica da focalização – inflexão em direção a políticas de cunho redistributivo na saúde – e da expansão de serviços de saúde em atenção primária e unidades hospitalares e pré-hospitalares⁵.

A RSB entendida como um *processo*¹ aponta para a necessidade de investigação permanente considerando os acontecimentos e fatos produzidos na conjuntura recente. Compreendendo a questão saúde como objeto da ação política das classes dirigentes que controlam o Estado e seus aparelhos¹, é relevante a realização de estudos que contribuam na observação do processo político de como se enfrentam as forças sociais diante desta questão e quais são os projetos políticos em disputa em cada conjuntura.

Dessa forma, este artigo resulta de um estudo integrante do projeto de pesquisa Análise do processo da Reforma Sanitária Brasileira no período de 2007 a 2016 do Observatório de Análise de Políticas de Saúde no Brasil, vinculado à Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde, e teve como objetivo analisar a conjuntura e as políticas de saúde no Brasil no período compreendido entre junho de 2013 e março de 2015.

Estratégia metodológica

Este estudo qualitativo corresponde a uma análise de conjuntura que procura examinar o desenvolvimento desigual das relações de força em cada um dos níveis que compõem o social, determinado por múltiplas relações, como um produto de atores sociais que se opõem e possuem distintos graus de organização e coerência⁹⁻¹⁰.

Nessa perspectiva, buscou-se caracterizar algumas questões centrais colocadas em evidência na luta social e política em saúde, identificando os fatos produzidos e acontecimentos. Estes expressam manifestações da vida

dos indivíduos e das sociedades que produzem mudanças em uma totalidade tornando-se, assim, politicamente relevantes e parte do debate de partidos políticos, governos, sindicatos, movimentos sociais e imprensa¹¹.

Conceituados pelas ciências sociais desde os clássicos¹², os fatos podem ser qualificados como sociais, políticos e históricos¹³⁻¹⁴. Desta forma, foram elencados para a análise fatos produzidos e acontecimentos, considerados politicamente relevantes para a saúde, na conjuntura situada entre as chamadas “Jornadas de Junho de 2013” e o período imediatamente posterior à reeleição da Presidenta Dilma Rousseff (março de 2015).

A pesquisa documental foi adotada para a produção dos dados, utilizando as seguintes fontes:

- a) Mídia: jornais e revistas de grande circulação nacional, sites e blogs de notícias, redes sociais;
- b) Programas de governo das três principais candidaturas à Presidência da República;
- c) Conselho Nacional de Saúde (CNS);

d) Entidades da Saúde como Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (ConSeg) e Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde).

Os dados produzidos a partir das fontes consultadas foram armazenados em arquivos impressos e/ou digitalizados de acordo com o tipo de mídia utilizada, organizados e categorizados em pastas, sendo disponibilizados para consultas dos demais pesquisadores. Foram utilizadas, também, as notícias disponibilizadas no site Saúde na Mídia, através do clipping do dia. As notícias veiculadas por telejornais e demais materiais audiovisuais utilizados foram acessados pela plataforma de vídeos *Youtube* (www.youtube.com), capturados por meio do programa *aTube Catcher* e da mesma forma, classificados e armazenados. Esses dados foram examinados a partir das seguintes categorias de análise: fatos políticos; cenários (sociedade civil e sociedade política); relação de forças; Reforma Sanitária Brasileira e SUS.

Resultados

As “jornadas de junho”, como ficaram conhecidas as manifestações ocorridas no Brasil em 2013, que se propagaram durante o mês de julho até arrefecerem no decorrer do segundo semestre, certamente representaram um marco na democracia recente brasileira. Centenas de milhares de pessoas foram às ruas nas principais capitais e cidades do país, de uma maneira que não era vista desde as lutas pelas “Diretas já” em 1984, e os cara-pintadas pelo “Fora Collor” de 1992¹⁵.

Por certo tempo permanecerá o questionamento sobre a gênese e o significado dos acontecimentos de junho de 2013¹⁶. Para manifestantes que vivenciaram as ruas, “junho está sendo”¹⁷ como referência às redes de relações políticas que começaram a se formar naquele momento e permanecem se fortalecendo e produzindo efeitos.

O período das manifestações pode ser dividido em três fases¹⁶⁻¹⁷. Inicialmente, lutas contra o aumento das tarifas de transporte que ganharam visibilidade na imprensa criminalizando o movimento, seguido do período de grande apoio popular através das redes sociais e crescimento das manifestações predominando pautas progressistas e luta por direitos sociais. No terceiro momento, houve uma adesão em massa com apoio e tentativa de interferência da grande mídia, onde todos os tipos de pautas e campos políticos estiveram disputando as ruas, sem que nenhum deles pudesse assumir a direção. Ainda seria possível acrescentar uma quarta fase de arrefecimento das grandes manifestações com atuação de grupos mais radicalizados nas ruas como os *black blocs*, além das ações da esquerda tradicional através do movimento sindical e plenária dos movimentos sociais, bem como articulações institucionais na tentativa de apresentar respostas que não comprometessem os rumos das eleições de 2014.

As primeiras manifestações ocorridas em São Paulo foram duramente reprimidas pela Polícia Militar e criminalizadas pela grande mídia. Imediatamente, começou a se formar uma rede de solidariedade, dentro e fora do país através das redes sociais, em apoio às manifestações, com fotos e cartazes que diziam “*Não é só por R\$0,20*” (em referência ao valor acrescido ao transporte público), apontando os inúmeros motivos que brasileiras e brasileiros possuíam para ocupar as ruas. Nas manifestações que se seguiram nas principais capitais e cidades do país a frase “*É tanta coisa errada que não cabe em um cartaz*” poderia sintetizar o espírito dos manifestantes que cantavam “*da copa eu abro mão, quero dinheiro pra saúde e educação*”, “*era um país muito engraçado, não tinha escola, só tinha estádio*”, além de “*Passe livre, Já!*”, “*hospital padrão-FIFA*” dentre outras pautas que versavam sobre os direitos sociais e a ética na política^{8,18-19}. Apesar de toda a complexidade, as manifestações possuíam como ponto em comum o desejo da população por mais serviços públicos e de melhor qualidade através da atuação de um Estado social²⁰.

Numa forma de organização horizontal, sem líderes, nem bandeiras de organizações políticas ou partidárias, sem carros de som que pudessem dirigir o conteúdo político dos atos e composto majoritariamente por pessoas que não tinham ligação com os movimentos sociais convencionais, as manifestações foram incorporando uma grande variedade de pautas que sintetizavam a luta por mais direitos sociais, mais políticas públicas e melhor qualidade nos serviços prestados, avanços nas conquistas da constituição de 1988 e mais participação popular nas decisões políticas¹⁸.

Uma peculiaridade das Jornadas de Junho foi que os militantes de movimentos sociais tradicionais que portavam bandeiras ou vestiam-se de vermelho foram hostilizados e, em alguns casos, agredidos pelos demais manifestantes. Havia um sentimento generalizado contra partidos políticos, independentemente de sua corrente ideológica, e contra as instituições políticas em geral, representando o descrédito na política e nas formas como ela é desenvolvida no país, simbolizado pela ocupação do espelho d’água e teto do Congresso Nacional em Brasília. Em editorial de abril de 2014, o *Jornal Brasil de Fato*²¹ afirmava que o neodesenvolvimentismo não politizou, nem inseriu suas conquistas socioeconômicas em torno de um projeto político ideológico satisfazendo-se em melhorar a vida do povo para evitar os conflitos sociais, manifestando, neste aspecto, seu caráter conservador. Acrescentava que suas contradições contribuíram para emergir uma geração de jovens trabalhadores como novos personagens na cena política com potencial de recolocar na agenda as reformas estruturais pendentes.

Para Singer¹⁶, apesar de uma heterogeneidade na composição social dos jovens que ocuparam as ruas, é possível perceber uma maioria representante de uma “nova classe trabalhadora” que, segundo ele, teria sido beneficiada pelos programas sociais dos governos petistas, adentrando as universidades através de programas de expansão do governo federal e ocupando postos de trabalho com baixas remunerações e alta rotatividade. Já Braga²², ao se referir a esta mesma fração da classe trabalhadora, utiliza a expressão “preariado”, ao inferir sobre as condições de vida dessas pessoas, que após a conquista do mercado formal de trabalho, mesmo com maior escolaridade, recebem baixos salários e convivem com a caótica organização das cidades, especialmente nas periferias onde enfrentam a repressão policial.

A resposta governamental veio através do pronunciamento da Presidenta Dilma Rousseff, exibido na noite de 21 de junho em cadeia nacional, em que afirmava estar atenta à voz das ruas, que demonstrava a força da democracia e o desejo da juventude de fazer o país avançar, indicando que as bandeiras apresentadas haviam se tornado prioridade nacional.

Esta mensagem exige serviços públicos de mais qualidade. Ela quer escolas de qualidade; ela quer atendimento de saúde de qualidade; ela quer um transporte público melhor e a preço justo; ela quer mais segurança. Ela quer mais. E para dar mais, as instituições e os governos devem mudar. [...] Primeiro, a elaboração do Plano Nacional de Mobilidade Urbana, que privilegie o transporte coletivo. Segundo, a destinação de cem por cento dos recursos do petróleo para a educação. Terceiro, trazer de imediato

milhares de médicos do exterior para ampliar o atendimento do Sistema Único de Saúde, o SUS. [grifo nosso] (transcrição do pronunciamento presidencial).

Na sequência, em reunião com os governadores e prefeitos das capitais apresentou “os Cinco Pactos em favor do Brasil”. O primeiro pacto se referia à responsabilidade fiscal; o segundo, à construção de uma ampla reforma política; o terceiro pacto estava relacionado à saúde; o quarto à mobilidade urbana; e o quinto foi o pacto pela educação. Especificamente sobre a saúde, a proposta solicitava que prefeitos e governadores acelerassem os investimentos já contratados em hospitais, unidades de pronto atendimento e unidades básicas de saúde, incluindo hospitais filantrópicos, propondo a troca de dívidas por prestação de serviços. Incentivava a ida de médicos para as cidades e regiões com maior necessidade de profissionais, e não havendo médicos brasileiros disponíveis, seria feita a contratação de médicos estrangeiros para atuar exclusivamente no SUS. Esta última foi a medida prioritária na área da saúde, já anunciada no pronunciamento anterior, responsável por grandes embates com a categoria médica e dividindo opiniões. Tratou também do que chamou de maior programa de ampliação de cursos de medicina do país.

Ao contrário do que se imaginava, após as manifestações de junho de 2013 e da saúde ser apontada como a principal preocupação da população, esta não foi prioridade nas campanhas à presidência da república. A pauta apareceu de forma pontual durante os meses de campanha, juntamente com as propostas para outros setores como educação, assistência social e segurança pública. Nos debates, não foi o tema dos momentos de maior destaque, nem ficaram expostos antagonismos entre os projetos. Esses momentos foram marcados por questões relativas à corrupção e política macroeconômica.

Os programas registrados no TSE e os divulgados ao longo do processo nos sites de campanha das três principais candidaturas passaram pela importante intervenção dos “marqueteiros” e coordenadores de campanha, trazendo propostas objetivas para resolução de problemas concretos, destinadas a cativar públicos específicos, seguindo as tendências apontadas pelos eleitores e pesquisas de opinião em consequência da movimentação da campanha. Bem elaborados textualmente, tendiam a apresentar opacidade nas questões polêmicas ou que não eram prioritárias para aquela candidatura, assim como mantinham nas entrelinhas debates ideológicos e disputas políticas.

Bahia e Scheffer²³ afirmam que um dos efeitos simbólicos das manifestações de junho de 2013 nos programas de governo à presidência é a retomada do termo SUS à cena política, praticamente desaparecido nas eleições de 2010. Porém, atribuem que o seu efeito positivo é um falso consenso, uma vez que não são apresentados conteúdos programáticos para enfrentar as reais necessidades e demandas numa evidente desconexão entre a saúde e o sistema de saúde, reduzindo o SUS a processos administrativos. Além disso, nenhuma candidatura discutiu a participação social como componente essencial para a preservação do direito à saúde.

As posições quanto ao financiamento do SUS não foram unânimes, com incongruências entre os dados apresentados pelas três principais candidaturas. Os candidatos da oposição reafirmaram o financiamento insuficiente e se comprometeram com as pautas populares numa tentativa de confrontar a candidata à reeleição. Entretanto, nenhuma candidatura definiu objetivamente quais seriam as novas fontes de recursos, uma delas, inclusive, apontava a redução de tributos para as políticas sociais. Dados semelhantes foram sublinhados pelo estudo citado²³, acrescentando que a relação entre as políticas macroeconômicas e sociais não era apresentada claramente, nem propostas visando refazer as contas do setor quanto às renúncias fiscais e isenções tributárias responsáveis por repasses de dinheiro público para financiar o setor privado.

Outra semelhança entre as campanhas foi a aproximação com o setor privado na saúde, seja através da proposição de parcerias público-privadas – na incorporação de serviços privados e filantrópicos à estrutura das redes assistenciais de saúde, na inclusão de planos e seguros de saúde nos indicadores de cobertura –, ou ainda pela utilização de suas estratégias de gestão e lógica de organização de serviços, embora uma das candidaturas tenha sido a mais sutil em expor esta relação. A aproximação com o setor privado evidencia a

compreensão de coexistência entre dois sistemas de saúde no Brasil, o público e o privado, caracterizando a saúde como um setor da economia passível de exploração, inclusive sob financiamento do Estado.

Uma evidência deste fato é a assimilação pelas candidaturas, da agenda dos empresários da saúde materializada através do “Livro Branco”²⁴, enquanto que a agenda das entidades da Reforma Sanitária apresentada por meio do manifesto “Por um SUS de todos os brasileiros”²⁵, assinado por oito entidades comprometidas com a construção da política de saúde no Brasil há décadas, teve pouca influência nas formulações. Temas como revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal em relação ao limite da despesa de pessoal com saúde, extinção dos subsídios diretos ao setor privado e ressarcimento do SUS, considerados importantes pelo manifesto, não foram mencionados pelas candidaturas.

As eleições de 2014 foram as mais disputadas da democracia recente brasileira. As contradições foram acirradas, principalmente no segundo turno, e pode-se perceber uma polarização ideológica, para além dos malabarismos dos marqueteiros de ambos os candidatos. Dilma Rousseff do Partido dos Trabalhadores foi reeleita, no segundo turno, com pequena margem de votos. Em seu discurso após a vitória, assim como no da posse, frisou a necessidade de diálogo e reafirmou o seu compromisso no combate à corrupção e com a Reforma Política através de uma constituinte exclusiva referendada por um plebiscito. Garantiu, ainda, que os direitos conquistados pelos trabalhadores e trabalhadoras não seriam modificados e que não seriam estes os responsáveis por pagar a conta dos tempos de crise.

Assim como provamos que é possível crescer e distribuir renda, vamos provar que se pode fazer ajustes na economia, sem revogar direitos conquistados ou traír compromissos sociais assumidos. Mais que ninguém, sei que o Brasil precisa voltar a crescer. Faremos isso com o menor sacrifício possível para a população, em especial para os mais necessitados (Trecho do Discurso de Posse da Presidenta no Congresso Nacional).

A educação foi escolhida como prioridade política para o país através do lema Brasil: Pátria Educadora. “O Brasil será a verdadeira pátria educadora e os brasileiros terão acesso a educação de qualidade, da creche à pós-graduação” (Trecho do Discurso de Posse da Presidenta no Parlatório do Palácio do Planalto). No entanto, a indicação para este ministério fez parte da política de divisão de cargos entre a base aliada, e não foi indicado inicialmente para a pasta um especialista com trajetória na área. Após embates importantes entre o Ministro Cid Gomes (PROS) e o Presidente da Câmara Eduardo Cunha (PMDB), o ministro pediu demissão, assumindo em seu lugar, o filósofo e professor universitário, Renato Janine Ribeiro.

Mesmo sendo apontada em pesquisas de opinião como o principal problema do país, a saúde não foi pautada como prioridade. No Ministério da Saúde, manteve-se o ministro Arthur Chioro (sanitarista com vasta experiência na gestão em saúde) que assumiu a pasta em fevereiro de 2014 quando Alexandre Padilha saiu para disputar as eleições majoritárias para o estado de São Paulo. Não foram anunciadas grandes mudanças nas ações de saúde em curso e até o período de coleta deste estudo não haviam sido apresentadas as estratégias para viabilizar a principal proposta de campanha, o Programa Mais Especialidades.

A indicação de Joaquim Levy e Nelson Barbosa para os Ministérios da Fazenda e do Planejamento, respectivamente, foi apontada como uma guinada na política econômica para um modelo mais ortodoxo²⁶ agradando ao mercado financeiro, cujas trajetórias estão ligadas a este setor. A revista Veja dedicou sua capa (edição 2402) ao novo ministro da fazenda com o título “Caiu a ficha”, afirmando que sua indicação poderia representar uma nova chance para a economia com uma perspectiva de mudança radical na política em curso, ou seja, controle nos gastos públicos e combate à inflação²⁷.

Neste mesmo período, foram anunciadas mudanças nas regras para concessão de pensões, aposentadorias e seguro desemprego, questionadas pelas centrais sindicais que organizaram protestos pela revogação das medidas. É possível, mais uma vez, perceber o contraste entre as medidas apresentadas e o discurso da presidenta durante a campanha, quando afirmou que não mexeria nos direitos dos trabalhadores nem que

a “vaca tossisse” ou com o seu discurso no Congresso Nacional onde declarou: *“Reafirmo meu profundo compromisso com a manutenção de todos os direitos trabalhistas e previdenciários”*.

Para a saúde, as medidas adotadas pelo governo e pelo parlamento foram igualmente polêmicas e contraditórias. Em dezembro de 2014, foi aprovado na Câmara dos Deputados o texto da Medida Provisória 656/2014 que propunha a alteração da lei 8.080 de 1990, permitindo a entrada do capital estrangeiro na oferta de serviços de assistência à saúde. Apesar da mobilização das entidades da Reforma Sanitária pedindo o veto da Presidenta Dilma, a lei 13.097 de 19 de janeiro de 2015 foi sancionada, em contraposição ao texto constitucional que veda a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País. A mudança extingue ainda a obrigatoriedade de estas entidades internacionais estarem submetidas à autorização e controle do órgão de direção nacional do SUS para exercerem suas atividades. O Ministro da Saúde justificou o texto da nova lei como necessário à regulação de uma prática que já ocorria no país sem legislação específica. Em matéria do Jornal Estadão²⁸ sobre suas declarações na Reunião do Conselho Nacional de Saúde, são atribuídas as falas: *“o jogo já estava aberto”*; *“a regra corrige uma distorção já existente no mercado, melhora a concorrência e está longe de significar uma ameaça para o SUS”*; *“princípios de universalidade, equidade e integralidade, em nenhum momento foram colocados em discussão”*. Em nota, as entidades da Reforma Sanitária afirmaram: *“Esse é o caminho que atende aos interesses do grande capital internacional, que voltou seus olhos à possibilidade de ampliar seus lucros. Não foi isso que o povo brasileiro aspirou em seu texto constitucional de 1988, nem o que aspira hoje”²⁹*. Outra aprovação polêmica no Congresso Nacional foi a PEC do orçamento impositivo (PEC 358/13), que estabelecia a execução obrigatória das emendas parlamentares até o limite de 1,2% da receita corrente líquida do ano anterior, sendo que 50% deste recurso necessita ser investido na saúde, inclusive no custeio do SUS e pode ser deduzido do orçamento do governo federal destinado ao Ministério da Saúde. O problema mais contundente desta PEC, entretanto, é a alteração na forma de calcular os investimentos em saúde, destinando 15% das receitas correntes líquidas da União para a Saúde progressivamente, até 2018. Considerando para o primeiro ano o investimento de 13,2% (menor que os 14,3% investidos em 2014) o Conselho Nacional de Saúde³⁰ apontou perda entre 7 e 10 bilhões de reais em 2015. Na proposta do Movimento Saúde Mais 10, de aplicar 10% das receitas correntes brutas, o recurso seria em torno de 18,7% das receitas correntes líquidas situando a diferença no valor de aproximadamente 193,3 bilhões investidos ao final de cinco anos³¹. Enquanto isso, o Projeto de Lei de Iniciativa Popular, PLP 321/2013 que propunha a destinação de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde foi arquivado.

Já a PEC 451/14, de autoria do presidente da Câmara Eduardo Cunha (PMDB), pretende incluir como garantia fundamental plano de assistência à saúde, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, na utilização dos serviços de assistência médica. Essa proposta, se aprovada, significará um retrocesso aos moldes desenvolvidos antes da constitucionalização da saúde como direito de cidadania, quando a mesma estava resumida ao acesso a serviços de saúde condicionados ao trabalho com vínculo formal, reduzindo a responsabilidade do Estado com as atividades de assistência à saúde. A aproximação com o setor privado e a formulação de estratégias para o crescimento da saúde suplementar vem sendo apontada³² como uma alternativa para a sustentabilidade do Sistema de Saúde Brasileiro, em conformidade com a proposta de Cobertura Universal de Saúde orquestrada pela Organização Mundial da Saúde e Banco Mundial em conjunto com fundações parceiras como Fundação Rockefeller e Save The Children.

Durante o 20º Encontro de Líderes do Mercado Segurador realizado em fevereiro de 2015, pela CNseg (Confederação Nacional das Empresas de Seguros), o Ministro Chioro teria declarado³⁴ que as operadoras de saúde, ao lado do SUS, têm um papel estratégico na construção de um modelo mais qualificado de prestação de serviços médicos. *“Não sou o ministro do SUS, sou o Ministro da Saúde”*, teria afirmado³³, considerando um equívoco a ideia de dois subsistemas apartados, uma vez que ele e o atual governo têm

uma visão mais ampla do significado de um “Sistema Nacional de Saúde”, apontando a necessidade de repensar a sustentabilidade dos planos individuais para que a sua venda pudesse voltar a ser estimulada.

Ao utilizar constantemente o termo Sistema Nacional de Saúde, como em sua entrevista após a posse da presidenta Dilma, o ministro retomava a nomenclatura da Lei 6.229/1975 (BRASIL, 1975) revogada pela lei orgânica da saúde de 1990 que instituiu o SUS. A substituição de nomenclaturas aparentemente sinônimas pode esconder um debate fundamental para a manutenção do SUS como um sistema universal de saúde. Posicionamentos como estes são contraditórios com o seu discurso³⁵ na 67ª Assembleia Mundial de Saúde em que defendeu os sistemas universais de saúde e reafirmou o compromisso do governo brasileiro em manter a universalidade do seu sistema. Assim como com seu discurso de posse em fevereiro de 2014, quando definiu sua trajetória comprometida com o SUS.

A minha trajetória profissional, como médico, gestor público e professor, sempre esteve fortemente relacionada com a construção da política pública de saúde, implementando o SUS, que concebo como um projeto ético-político civilizatório, que vai além de uma mera organização burocrática de organizações e sistemas de saúde. (Trecho do discurso de Posse do Ministro da Saúde disponível no site do Ministério da Saúde).

As práticas de *lobby* dos grupos de interesse no sistema político brasileiro podem ajudar a compreender políticas públicas voltadas aos planos privados de saúde, pois as empresas de planos de saúde doaram 54,9 milhões de reais para as campanhas de 131 candidatos nas eleições de 2014, em todos os cargos pleiteados e dos mais diversos partidos³⁶.

Em março de 2015, as ruas voltaram a ser cenário da luta política. Dado o clima de instabilidade política, manifestações a favor e contra a Presidenta Dilma tomaram conta das principais capitais e grandes cidades brasileiras. No período de crise política e instabilidade do governo, o Congresso Nacional assumiu um protagonismo incomum no presidencialismo brasileiro habituado à concentração de poder na chefia do executivo. As políticas macroeconômicas de ajuste fiscal, a dificuldade do governo em apresentar respostas concretas às manifestações das ruas e uma penetração da ideologia liberal em vários setores da sociedade sugerem alterações na correlação de forças que podem trazer impactos negativos sobre as políticas de saúde.

Discussão

O presente estudo contemplou uma conjuntura iniciada com ampla mobilização popular, seguida de um processo eleitoral, cujos resultados e desdobramentos parecem reiterar contradições não resolvidas na formação social brasileira, sugerindo certo aguçamento das lutas de classes, ainda que através de manifestações fenomênicas diversas. O acesso à terra, trabalho, moradia, educação, saúde, saneamento básico, a erradicação da pobreza e a minimização das desigualdades sociais consideradas tarefas essenciais para um Estado democrático no desenvolvimento do capitalismo, com a intenção de reduzir tensões sociais, ainda persistem como dívida para parcela significativa da população brasileira.

A grande maioria dos países de origem colonial, como o Brasil, sofreu um desenvolvimento capitalista “deformado e perverso”, ficando à margem das vantagens de sua evolução enquanto nações dependentes com o desenvolvimento “controlado de fora e voltado para fora”³⁷. A burguesia interna brasileira não possuía uma identidade nacional, nem um projeto de nação desatrelado dos interesses do capital internacional; era uma burguesia compradora ou demasiadamente fraca para arcar com o peso econômico, social e os riscos inerentes a uma revolução no modo de vida. O Brasil experimentou um processo de modernização capitalista, sem passar por uma revolução democrático-burguesa ou de libertação nacional. Gradualmente e “pelo alto”, a grande propriedade latifundiária transformou-se em empresa capitalista agrária, e a industrialização ocorreu a partir da internacionalização do mercado interno com participação do capital estrangeiro e com papel crucial do Estado³⁸. A transformação capitalista resultou de acordos entre as

frações de classes economicamente dominantes excluindo as forças populares e, portanto, se desobrigando de proporcionar transformações que lhe garantissem melhores condições de vida.

As jornadas de junho de 2013 trouxeram voz ao povo brasileiro por mais Estado, mais direitos sociais e uma democracia mais profunda e participativa. Uma juventude que não viveu as mazelas da ditadura, nem conheceu os tempos duros de inflação e desvalorização da moeda nacional, tampouco conviveu com epidemias de cólera e uma legião de analfabetos que migravam para os grandes centros em busca de uma vida melhor, tende a não se contentar com o já conquistado e foi às ruas para cobrar do Estado medidas mais profundas e transformações sociais compatíveis com o crescimento econômico apresentado nos últimos períodos.

No que se refere à saúde, nem a sociedade nem o Estado brasileiro têm optado pelo SUS como política prioritária, sendo boicotado sucessivamente, assim como o projeto da RSB³⁹. Para Fagnani⁴⁰ diante da atual conjuntura as perspectivas para as políticas sociais são sombrias. Ocké-Reis⁴¹ acredita que está em curso um “processo de americanização” do sistema de saúde brasileiro e se a capacidade de pressão do bloco progressista for insuficiente para alterar a correlação de forças na sociedade e no governo, o cenário mais plausível será de expansão do mercado de serviços de saúde e subsídios alinhados com o modelo norte-americano e as propostas de cobertura universal dos organismos internacionais.

Gramsci utilizou o termo “transformismo” para caracterizar a cooptação dos intelectuais e líderes das classes subalternas para a concretização do projeto das classes dominantes⁴². A partir desse conceito, pode-se explicar que sanitaristas com trajetória ligada à reforma sanitária e ocupando cargos estratégicos no Ministério da Saúde em governos tidos como progressistas tenham contribuído para o avanço do capitalismo na saúde, seja através da abertura do capital estrangeiro para a exploração dos serviços de saúde, seja pela adoção das estratégias de cobertura universal em substituição ao princípio da universalização do direito à saúde, tal como assegurado na Constituição de 1988.

Referindo-se ao “lulismo”, Singer⁴³ aponta um “reformismo fraco” sustentado por um “pacto conservador” que não se propôs a romper as estruturas políticas e econômicas da formação social brasileira: “mesmo tendo havido redução da desigualdade no governo Lula, ela foi insuficiente para tirar o país do quadrante em que estão as nações mais desiguais do mundo”.

Ao articular uma base de sustentação do seu modelo neodesenvolvimentista, o PT unificou setores da burguesia interna, principalmente empresários com capital concentrado no país, e frações da classe trabalhadora historicamente excluídas⁴. Entretanto, em consequência de um processo histórico de exclusão, as frações da classe trabalhadora mais pauperizadas não dispõem da organização política necessária para construir contra-hegemonia e disputar a direção do bloco. A classe dominante permaneceu a classe dirigente no bloco histórico do “lulismo”, ainda que governada pelo PT e seus satélites, configurando uma situação denominada de “hegemonia às avessas”⁴⁴.

Nos últimos doze anos, os governos Lula e Dilma cumpriram, parcialmente, o papel de conduzir certas tarefas democráticas de uma revolução burguesa inconclusa no Brasil. Através de um projeto de mudanças sociais sem incidir sobre a concentração de riquezas e sem romper com as estruturas do capital, nacional e internacional, colaborou para manter o estado de dominação econômica e cultural. Ao proporcionar o crescimento da economia baseado nos padrões de consumo, sem alterar valores da ideologia dominante como individualismo, concorrência e competitividade, contribuiu para a formação de uma geração ostentação (em referência aos movimentos culturais das periferias das grandes cidades como o *funk* ostentação), perdendo o tempo histórico de construir uma contra-hegemonia capaz de tecer uma sociedade mais solidária, fraterna e com justiça social.

No momento em que este modelo começa a dar sinais de esgotamento, esta frente neodesenvolvimentista parece não atender mais os interesses de frações da classe dominante. A classe média, historicamente, identifica-se com o topo da pirâmide e sustenta ideologicamente o seu projeto de dominação, enquanto uma “nova classe C” ou “nova classe trabalhadora” almeja um padrão de consumo cada vez mais alto,

difícil de ser sustentado pelo capitalismo em crise e por um governo que perde legitimidade e bases de sustentação política. E a crise de 2008, considerada uma “marolinha” pelo presidente Lula, alcançou a economia brasileira criando dificuldades expressivas para os governos Dilma.

A conjuntura política atual pode ser caracterizada como o momento da disputa entre forças sociais opostas na formação social brasileira, representando a síntese das contradições existentes neste determinado período de desenvolvimento. O novo protagonismo desenvolvido pelo Congresso, prevalecendo o conservadorismo em sua composição, o fortalecimento de grupos autoidentificados como liberais exercendo poder de convocatória e mobilização da sociedade civil, e a crise política instalada com ameaças à democracia, podem indicar o fortalecimento da influência das classes dominantes neste cenário da luta de classes.

Neste sentido, forças conservadoras, aliadas aos interesses do capital, e forças progressistas, comprometidas com o povo brasileiro, disputam a direção dos rumos da política de saúde no Brasil. Nesta correlação de forças, as forças conservadoras que inicialmente se opunham à criação do SUS se reconfiguraram, uma vez que perderam a disputa inicial diante dos inegáveis avanços alcançados. Hoje, porém, essas forças compreendem o SUS como um “balcão de negócios” onde podem obter lucros e dividendos políticos com a prestação de serviços, terceirizações, parcerias público-privadas, de modo que já não se opõem ao “SUS real”, pois se beneficiam dele⁴⁵. A luta por saúde como direito de cidadania, então, é essencialmente uma luta anticapitalista.

Considerações Finais

A desassistência e barreiras de acesso ainda presentes no sistema público de saúde, apoiadas pela ideologia da ascensão social através do consumo, colaboram para que os produtos vendidos pelas empresas operadoras de planos privados de saúde façam parte do desejo das classes populares como sinônimo de melhoria de vida. Não se trata, porém, de um mero “sonho de consumo”, posto que as condições objetivas atuais de parte expressiva dos estabelecimentos e serviços de saúde do SUS, determinadas pelo subfinanciamento e partidarização da gestão pública, terminam por comprometer o “SUS democrático”, concebido pela RSB, e subverter o “SUS formal”, assegurado pela Constituição e legislação, embotando a sua consciência crítica e favorecendo a sua rejeição ao SUS. Dessa forma, com o subfinanciamento público e a subregulação do sistema privado, o projeto da classe dominante tem sido o projeto prevalente nas políticas de saúde.

Com base na análise de conjuntura empreendida, é possível concluir que as forças progressistas, comprometidas com a Reforma Sanitária em curso, necessitam se realinhar na construção de força social para outro projeto de sociedade, em que a saúde faça parte de um conjunto de transformações sociais que revolucionem o modo de vida. Para isso, é importante “dessetorializar” o debate da saúde, construindo unidade com os setores populares, organizações sindicais, movimentos sociais, movimentos de juventude, saindo dos gabinetes para ocupar as ruas, fazendo parte desse novo tempo de retomada das lutas sociais.

Referências

1. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; 2008.
2. Fleury S. Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil. In: Matta GC, Lima JCF. Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 49-87.
3. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Washington DC: Banco Mundial; 1993.

4. Boito A. As bases políticas do neodesenvolvimentismo. Trabalho apresentado na edição 2012 do Fórum Econômico da FGV/São Paulo [Internet]. São Paulo: FGV; 2012. [citado 23 abr 2014]. Disponível em: <http://eesp.fgv.br/sites/eesp.fgv.br/files/file/Painel%203%20-%20Novo%20Desenv%20BR%20-%20Boito%20-%20Bases%20Pol%20Neodesenv%20-%20PAPER.pdf>
5. Bahia L. Os anos Lula. Contribuições para um balanço crítico 2003-2010. Rio de Janeiro: Garamond; 2010. A saúde em banho-maria. p. 351-68.
6. Paim JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro; 2013. 29(10): 1927-36; 52-53.
7. Bahia L. O prazo de validade do SUS. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro; 2013. 29(10): 1940-42.
8. Viana ALD. Longos dias tem cem anos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2013; 29(10): 1942-44.
9. Gramsci A. Análise de Situações: relações de força. In: Sader E, organizador. Gramsci: Poder, Política e Partido. 2a ed. São Paulo: Expressão Popular; 2012. p. 37-50.
10. Portantiero JC. Los usos de Gramsci. México: Folio ediciones; 1983. Gramsci y el análisis de coyuntura (algunas notas). p. 177-93.
11. Souza HJ. Como se faz análise de conjuntura. 3a ed. Petrópolis: Vozes; 1985.
12. Durkheim E. As regras do método sociológico. 3a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2007.
13. Schaff A. História e verdade. 6a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1995.
14. Carr EH. O que é história. 8a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2002.
15. Navarro C. Brasilino L. Godoy R. O junho de 2013. Le Monde Diplomatique Brasil. São Paulo. 2013 ago. 6(72):4-5.
16. Singer A. Brasil, junho de 2013: classes e ideologias cruzadas. In: Dossiê mobilizações, protestos e revoluções. Novos Estudos. CEBRAP [Internet]. 2013 nov [citado 23 jun 2014]; 97: 23-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-33002013000300003&script=sci_arttext&tlng=p
17. Moraes A, Gutiérrez B, Parra H, Albuquerque H, Tible J, Schavelzon S, organizadores. Junho: potencia das ruas e das redes [Internet]. São Paulo: Friedrich Ebert Stiftung Brasil; 2014. [citado 17 mar 2014]. Disponível em: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/11177-20150226.pdf>
18. Chauí M. As manifestações de junho de 2013 na cidade de São Paulo. Teoria e Debate [Internet]. 2013 jun [citado 11 fev 2014]. 113 [cerca de 13 páginas]. Disponível em: <http://www.teoriaedebate.org.br/materias/nacional/manifestacoes-de-junho-de-2013-na-cidade-de-sao-paulo>
19. Veja as reivindicações levadas às ruas durante manifestações. Folha de São Paulo [Internet]. São Paulo, 20 fev 2013 [citado 11 fev 2014]. Seção cotidiano. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/06/1298127-veja-as-reivindicacoes-levadas-as-ruas-durante-manifestacoes.shtml>
20. Maior, JLS. A vez do direito social e da descriminalização dos Movimentos Sociais. In: Vainer C, Harvey D, Maricato E, Brito F, Peschanski JA, Maior, JLS, et al. Cidades Rebeldes: passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil. São Paulo: Boitempo; 2013. p. 83-88.
21. Reflexões iniciais sobre o xadrez eleitoral de 2014 [Editorial]. Brasil de Fato [Internet]. São Paulo, 08 abr 2014 [citado 10 abr 2014]. (580). Disponível em: <http://www.brasildefato.com.br/node/28494>
22. Braga, R. Sob a sombra do precariado. In: Vainer C, Harvey D, Maricato E, Brito F, Peschanski JA, Maior, JLS, et al. Cidades Rebeldes: passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil. São Paulo: Boitempo; 2013. p.79-82.
23. Bahia L. Scheffer M. A saúde nos programas de governo dos candidatos a Presidente da República do Brasil nas eleições de 2014: notas preliminares para o debate [Internet]. 2014 [citado 31 jul 2014]. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/proposta-sa%C3%BAde-presidenciais-2014.pdf>
24. Associação Nacional de Hospitais Privados. Livro Branco: Brasil Saúde 2015. A sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro. Caderno de Propostas [Internet]. 2014 [citado 23 set 2014]. Disponível em: <http://anahp.com.br/a-anahp/publica%C3%A7%C3%B5es-anahp/livro-branco-brasil-sa%C3%BAde-2015-caderno-de-propostas>

25. Associação Brasileira de Saúde Coletiva e outras. Por um SUS de todos os brasileiros: Propostas do Movimento da Reforma Sanitária para o debate nacional [Internet]. Vitória: 3 jun 2014 [citado 04 jun 2014]. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/05/Por-um-SUS-de-todos-os-brasileiros2.pdf>
26. Costa O. A transição de Dilma. Brasil Econômico [Internet]. 28 nov 2014 [citado 30 nov 2014]. Seção Brasil, coluna Ponto Final. Disponível em: <http://brasileconomico.ig.com.br/brasil/ponto-final/2014-11-28/a-transicao-de-dilma.html>
27. Gaspar M. Uma nova chance para a economia. Revista Veja, São Paulo: Abril; 3 dez 2014. Edição 2402. 47(49):56-65.
28. Formenti L. Ministro da Saúde defende abertura de capital na saúde. Jornal Estado de São Paulo [Internet]. São Paulo, 27 jan 2015 [citado 27 jan 2015]. Seção saúde. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministro-da-saude-defende-abertura-de-capital-na-saude,1625684>
29. Associação Brasileira de Saúde Coletiva e outras. Porque somos contrários ao capital estrangeiro na atenção à saúde: Veta Presidenta Dilma! Manifesto das entidades da Reforma Sanitária [Internet]. 09 jan 2015 [citado 15 jan 2015]. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/01/Por-que-somos-contr%C3%A1rios-ao-capital-estrangeiro-na-aten%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-sa%C3%BAde1.pdf>
30. Conselho Nacional de Saúde. CNS rejeita votação do Congresso Nacional contra o SUS [Internet]. [Manifesto redigido no Plenário do Conselho Nacional de Saúde, 266ª reunião extraordinária]. Brasília, 11 fev 2015 [citado 12 fev 2015]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2015/02/cns-rejeita-votacao-do-congresso-nacional-contra-o-sus/>
31. Piola S. A PEC 358/13 e a falta que o Gilson de Carvalho nos faz. ABRASCO [Internet]. 12 fev 2015 [citado 15 fev 2015]. Seção opinião. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/2015/02/pec-3582013-e-a-falta-que-o-gilson-de-carvalho-nos-faz-por-sergio-piola/>
32. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Manifesto em defesa do direito universal à saúde. Saúde é direito e não negócio [Internet]. Rio de Janeiro, 18 jul 2014 [citado 19 jul 2014]. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/09/Manifesto_Cebes_Sa%C3%BAde_%C3%A9_direito_e_n%C3%A3o_neg%C3%B3cio.pdf
33. Confederação Nacional das Empresas de Seguros gerais, previdência privada e vida, saúde suplementar e capitalização. Chioro quer discutir Sustentabilidade da saúde. CNSeg [Internet]. 20 fev 2015 [citado 22 fev 2015]. Seção notícias. Disponível em: <http://www.cnseg.org.br/cnseg/servicos-apoio/noticias/chioro-quer-discutir-sustentabilidade-da-saude.html>
34. Brasil, Presidência da República, Casa Civil. Lei 6.229 de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Brasília, 1975. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229.htm Acesso em 25 mar 2015.
35. Em Genebra, o ministro da saúde discursa em defesa dos sistemas universais. CEBES [Internet]. Rio de Janeiro, 21 mai 2014 [citado 21 mai 2014]. Seção notícias. Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/05/em-genebra-o-ministro-da-saude-discursa-em-defesa-dos-sistemas-universais/>
36. Bahia L. Scheffer, M. Representações políticas e interesses particulares na saúde. A participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014 [Internet]. [Relatório de Pesquisa]. Fev. 2015 [citado 27 fev. 2015]. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/Planos-de-Saude-e-Eleicoes-FEV-2015-1.pdf>
37. Fernandes F. O que é Revolução. In: Prado Junior C, Fernandes F. Clássicos sobre a revolução brasileira. 2a ed. São Paulo: Expressão Popular; 2012. p. 45-122.
38. Coutinho CN. As categorias de Gramsci e a realidade brasileira. In: Coutinho CN, Nogueira MA. Gramsci e a América Latina. Rio de Janeiro: Paz e terra; 1988. p. 103-127.
39. Costa AM. O Brasil como sociedade e Estado, não tem optado pelo SUS. Plataforma Social [Internet]. 16 jul 2014 [citado 09 out 2014]. Entrevista. Disponível em: <http://plataformapoliticasocial.com.br/o-brasil-como-sociedade-e-estado-nao-tem-optado-pelo-sus/>
40. Fagnani E. Crescimento e inclusão social. Le Monde Diplomatique Brasil [Internet]. São Paulo, jan 2015 [citado 05 fev 2015]. 8(90). Disponível em: <http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1787>

41. Ocké-Reis C. Política de saúde: entre o ajuste fiscal e o programa democrático e popular. Plataforma Social [Internet]. 05 abr 2015 [citado 05 abr 2015]. Artigo. Disponível em: <http://plataformapoliticasocial.com.br/politica-de-saude-entre-o-ajuste-fiscal-e-o-programa-democratico-popular/>
42. Schlesener AH. Intelectuais e Política: observações acerca do transformismo nos escritos de Antonio Gramsci. Revista Outubro [Internet]. 2009 [citado 23 jun 2014]. 18:201-222. Disponível em: <http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/02/Revista-Outubro-Edic%CC%A7a%CC%83o-18-Artigo-08.pdf>
43. Singer A. Os sentidos do Lulismo: reforma gradual e pacto conservador. São Paulo: Cia. das Letras; 2012.
44. Oliveira F, Braga R, Rizek C, organizadores. Hegemonia às avessas. São Paulo: Boitempo; 2010.
45. Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. Reforma Sanitária Brasileira em perspectiva e o SUS. p. 203-209.