



8º Encontro Internacional de Política Social
15º Encontro Nacional de Política Social
Tema: Questão social, violência e segurança pública:
desafios e perspectivas
Vitória (ES, Brasil), 16 a 19 de novembro de 2020

Eixo: Política de Saúde: 30 anos da Lei Orgânica da Saúde.

Elementos para análise do desfinanciamento do SUS em Temer e Bolsonaro

Carlos Antonio de Souza Moraes¹
Cristiane Medeiros dos Santos²
Thaynara Moreira Botelho³

Resumo: Este artigo objetiva apresentar elementos para análise a respeito dos processos de desfinanciamento da política de saúde brasileira a partir de 2016. Metodologicamente, recorreu a estudo bibliográfico. Como critério de seleção do material, optou por aqueles produzidos pelo Serviço Social como subárea de conhecimento das Ciências Sociais Aplicadas, além de recorrer a alguns intelectuais da área da saúde, fundamentados na teoria crítica. De forma geral, os resultados apontam que o desfinanciamento da política de saúde tem avançado para destruição do SUS Constitucional, acentuando a precariedade dos serviços de saúde. Mais amplamente, tais investidas indicam o questionamento do papel das políticas sociais públicas.

Palavras-chave: Política de saúde brasileira; Política de saúde no governo Temer; Política de saúde no governo Bolsonaro; Desfinanciamento de saúde.

Elements for the analysis of the SUS definancing in Temer and Bolsonaro

Abstract: This article aims to present elements for analysis regarding the process of de-financing of Brazilian health policy as of 2016. Methodologically, it resorted to a bibliographic study. As a material selection criterion, he chose those produced by Social Work as a subarea of knowledge of Applied Social Sciences, in addition to using some intellectuals in the health area, based on critical theory. In general, the results show that the unfinancing of health policy has progressed to the destruction of the Constitutional SUS, accentuating the precariousness of health services. More broadly, such attacks indicate the questioning of the role of public social policies.

Keywords: Brazilian health policy; Temer government health policy; Bolsonaro Government Health Policy; Health Financing.

Introdução

O final do segundo decênio do século XXI nos permite olhar para a história da política de saúde brasileira, avaliar seus avanços e retrocessos de modo a pensar o tempo atual e articular estratégias capazes de construir projeções para a saúde, fundadas

¹ Doutor em Serviço Social pela PUC/SP. Professor permanente do Programa de Estudos Pós Graduated em Política Social – UFF. Professor do Departamento de Serviço Social de Campos – UFF. E-mail: as.carlosmoraes@gmail.com.

² Mestranda no Programa de Estudos Pós Graduated em Política Social – UFF. Email: medeiros.seso@gmail.com.

³ Doutoranda em Políticas Sociais pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. E-mail: thaynarambotelho@gmail.com.

nos valores edificados pelo Movimento de Reforma Sanitária brasileiro (MRS) desde os anos 1970.

Este artigo fundamenta-se na concepção original do Sistema Único de Saúde (SUS), construída pelo já citado MRS e legitimada pela Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF, 1988) e pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS - 8080/90 e 8142/90). Contudo, o acompanhamento e as análises que temos construído acerca dos processos e ações direcionadas para a área da saúde no Brasil - a partir dos governos dos Presidentes Fernando Collor-Itamar Franco até o primeiro ano do governo de Jair Bolsonaro – tem-nos possibilitado afirmar que a contrarreforma na área da saúde ocorreu ao longo de todos estes governos que estiveram pautados em diretrizes estabelecidas por organismos internacionais, em especial, o Banco Mundial.

Ainda que esta afirmativa seja acertada, ela necessita ser relativizada ao evidenciar outros aspectos tão importantes quanto a este: até o governo Dilma Rousseff é possível observar mais processos de continuidades do que rupturas na política de saúde brasileira, embora cada governo imprima suas particularidades. Neste caso, reconhece-se que os maiores avanços na política de saúde pública ocorreram ao longo dos governos “Lula” da Silva e do primeiro mandato de Dilma Rousseff, ainda que pautados em diretrizes do Banco Mundial.

Neste sentido, estamos em acordo com Bravo e Andreazzi (2019) que, a contrarreforma na saúde foi impressa de forma fragmentada, experimental e continuada, embora não tenha sido explicitada, seja em Fernando Henrique Cardoso com o debate referente ao aperfeiçoamento da gestão; seja em Lula e Dilma, com o discurso da modernização da Reforma Sanitária, por meio da defesa do “SUS possível”.

Portanto, reconhecemos que os processos de neoliberalização da saúde, fundamentados em parâmetros internacionais, ocorreram ao longo de todos estes governos, flexibilizando os princípios da Reforma Sanitária, afastando-se da concepção original do SUS e focalizando as ações da saúde pública, predominantemente à população com dificuldades de acessar aos serviços de saúde através do mercado.

Assim, o discurso do “SUS possível mediante os ajustes neoliberais” (PAIM, 2008), em nossas análises, esteve presente já a partir da segunda metade do segundo mandato de FHC e ocupou espaço privilegiado nos governos do Partido dos Trabalhadores, embora não estivesse explícito.

É fato que, ao longo destes anos, a correlação de forças existente na área da saúde, garantiu a construção de ações públicas de saúde reconhecidas internacionalmente, a exemplo da Política Nacional de DST/AIDS (1999). Por outro lado, também garantiu espaço privilegiado aos empresários da saúde que, de acordo com dados do Tribunal Superior Eleitoral, doaram 12 milhões de reais para campanhas de 157 candidatos, filiados a 19 partidos diferentes, nas eleições de 2010.

A partir do governo de Michel Temer (2016 – 2018), com continuidade no governo de Jair Bolsonaro (iniciado em 2019), há uma nova fase neste processo de contrarreforma na política de saúde que, explicitamente tem desconstruído propostas e ações nacionais reconhecidas, inclusive pela OMS e, destruído a proposta original do SUS, incidindo duramente sobre os princípios doutrinários da saúde.

Diante disso, nestes governos (Michel Temer e Jair Bolsonaro), constata-se o “desfinanciamento da política de saúde pública brasileira” (BRAVO, PELAEZ E PINHEIRO, 2018), o que tem acarretado na precarização dos serviços, por meio da falta de materiais e equipamentos essenciais à realização de procedimentos; além de equipamentos deteriorados; da instabilidade dos vínculos trabalhistas; ausência de profissionais de saúde em determinadas regiões do País; terceirização dos serviços; atraso de salários; sobrecarga das atividades profissionais; imediatismo das ações; adoecimento dos trabalhadores da área da saúde, etc.

Neste contexto de desfinanciamento da política e de precarização exacerbada dos serviços de saúde, verifica-se ainda que suas ofertas pautam-se, predominantemente no modelo médico-assistencial hegemônico, que se caracteriza pela ênfase na assistência médica curativa, cultura institucional hospitalocêntrica e hegemonia do saber/poder médico, em que tudo converge para a doença.

Contudo, os processos de desfinanciamento da política também atingem estes modelos institucionais que, apesar de sua centralidade, também tem sido precarizados, não conseguindo, em muitos momentos, recursos para atividades básicas, pautadas no diagnóstico e tratamento de doenças, o que tem contribuído para que usuários estejam morrendo por falta de atendimento médico em diversas regiões do País, com destaque para a atual situação enfrentada pela população do Rio de Janeiro.

O corte nos recursos para saúde, o descaso, o cinismo e os esquemas que privilegiam os serviços de alto custo direcionados à rede privada e/ou filantrópica conveniada, submetem os trabalhadores ao sofrimento que coexiste articulado a busca

individualizada pelo atendimento médico, em situações em que o risco de morte se agrava, pela falta de recursos para manter a vida.

O desfinanciamento da política de saúde e a extrema precariedade de seus serviços acentuam, nestes governos, a necessidade da população recorrer a saúde como produto e que, aqueles que não conseguem acessá-la pelas vias do mercado, tornam-se banalizados e indesejados ao projeto capitalista vigente no País. Nestes casos, é elemento fundamental para esta análise, reconhecer que estes sujeitos sociais são predominantemente, de identidade negra, moradores das periferias, com baixa escolaridade, em atividades laborais desprotegidas e inseguras e que, são constantemente julgados e punidos a partir de um discurso meritocrático, moralizador e discriminador.

Diante desta problematização inicial, o objetivo central deste artigo é apresentar elementos para análise e debate a respeito dos processos de *desfinanciamento* da política de saúde brasileira a partir de 2016.

Para construção desta proposta, além de acompanhamento da realidade, metodologicamente recorreu-se a estudo bibliográfico. Como critério de seleção do material, optou-se predominantemente, por aqueles produzidos pelo Serviço Social como subárea de conhecimento das Ciências Sociais Aplicadas, além de recorrer a alguns intelectuais da área da saúde, fundamentados na teoria crítica.

Diante disso, na próxima seção, o artigo recorre a informações e dados que apontam para os processos de desfinanciamento da política de saúde e desconstrução do SUS constitucional, recorrendo a variáveis relevantes para o debate e futuras análises da política de saúde brasileira na atual conjuntura.

O *desfinanciamento* da política de saúde em Michel Temer e Jair Bolsonaro

O vice presidente Michel Temer assume a presidência do Brasil em 2016, após o golpe institucional sobre o mandato da Presidenta Dilma Rousseff e, inaugura uma nova fase na política de saúde brasileira, caracterizando o que para Soares (2019, p.03) é a “maior ofensiva contra o direito à saúde”. Temer, diferentemente dos presidentes anteriores, demonstra explicitamente o interesse pela privatização do SUS, reforçando o projeto privatista da saúde.

Para o Ministério da Saúde, o então Presidente, recebeu a indicação pela elite médica paulista do nome do empresário, Ricardo Barros, que, mesmo sem possuir experiência com a gestão da política de saúde, tornou-se Ministro da Saúde. Esta informação, sinalizada por Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), é explicativa das escolhas políticas direcionadas ao privilegiamento de poucos – empresários da saúde –, por meio da restrição das ações públicas de saúde à população em condições de pobreza.

Ao assumir o Ministério da Saúde, Ricardo Barros, afirmou explicitamente à imprensa, a necessidade de avaliar o tamanho do SUS. De forma mais ampla, esta revisão ocorreu, ainda em 2016, com a Emenda Constitucional 95/2016 que fixou limites para os gastos primários em saúde, o que agrava a situação de sucateamento do SUS, afetando diretamente à sua operacionalização (SOARES, 2019).

Quanto a isso, Araujo e Joazeiro (2019) salientam que:

[...] cada ente federativo deverá investir percentuais mínimos dos recursos arrecadados, o que significa que essas mudanças terão implicações para além do financiamento, impactando diretamente, por exemplo, na Política Nacional de Atenção Básica e na Política de Saúde Mental, ao mesmo tempo em que acarretará uma redução da presença do Estado nas políticas públicas.

Além desta Emenda Constitucional, as outras ações indicam que a desconstrução da concepção original do SUS e o privilegiamento da saúde privada caminha ligeiramente. Evidencia-se assim, estratégias que objetivam ampliar o acesso de diferentes camadas sociais à saúde na lógica do mercado. Contudo, segundo Bahia (2016), o mercado privado em saúde, entre os anos de 2015 e 2017, obteve uma redução de mais de 3 milhões de usuários, o que não impediu que, em 2016, tenha registrado aumento em seu lucro líquido em mais de 60%.

Diante destes dados, observa-se que, o aumento do desemprego – que ultrapassou os 13 milhões de brasileiros – e o empobrecimento extremo da população, não impediram a elevação dos lucros dos empresários da saúde que, legitimados pelas políticas governamentais, tem contado com uma “cirurgia” da política de saúde, conduzindo os princípios da Reforma Sanitária para “à beira da morte”.

Desconstrói-se a perspectiva de universalidade e a participação social tem sido marginalizada no que se refere às grandes decisões (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018), além de desvalorizada em uma sociedade pautada no imediatismo, no individualismo e na invasão das relações mercantis sobre a vida social.

Desta forma, a concepção de direito público à saúde é fortemente atacada, configurando, até aquele momento, os maiores avanços do projeto privatista na área de saúde no Brasil, de forma a se discutir “a construção de um novo sistema de saúde”, no primeiro fórum Brasil, realizado em 2018 e organizado pela Federação Brasileira de Planos de Saúde.

Outro acontecimento relativo ao desmonte da política de saúde no governo de Michel Temer, ocorreu em maio de 2018 quando, mediante a greve dos caminhoneiros, o então Presidente, retirou dinheiro do SUS para subsidiar o valor do diesel. A este respeito, complementa Barros e Brito (2019, p. 82):

A Medida Provisória nº 838, de 2018, busca recursos em impostos que financiam o SUS, entre outros serviços da Seguridade Social brasileira. Essa medida vem somar-se a uma série de outros mecanismos, que ao longo dos últimos anos têm retirado recursos da saúde.

Para Teixeira (2018), o processo de precarização e sucateamento do SUS, legitima o mercado da saúde e propicia a intensificação da privatização do Sistema. Com isso, a garantia dos direitos constitucionais sofre aniquilação e, o direito à saúde pública de qualidade, cede espaço para a sua mercantilização.

As análises de Bravo e Andreazzi (2019) apontam que o governo Temer aprofunda

[...] as tendências a maior privatização do sistema de saúde brasileiro, com parcerias público-privadas e parcerias de desenvolvimento produtivo. Ele é fruto do avanço da grande burguesia e latifúndio, subservientes aos ditames do capital financeiro internacional, por utilizar o fundo público para contrarrestar sua crise [...]. (p. 9).

O abandono do SUS, a defesa de sua inviabilidade e a desconstrução de políticas e programas reconhecidos e valorizados internacionalmente também estão na pauta e tem sido alvo do governo de Jair Bolsonaro, iniciado em 2019. Seu Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, tem defendido a diminuição do orçamento da saúde e que o problema de gestão, precisa ser atacado.

Com a Lei nº 13.808, de 15 de janeiro de 2019 - Publicada no Diário Oficial da União, de 16.1.2019, observa-se o congelamento de aplicação em saúde. O setor já perde 8,5 bilhões em 2019. Além disso, em 2018 foram empenhados 117,5 bilhões para ações e serviços de saúde pública. A avaliação apresentada indica que 11,7 bilhões não foram pagos, o que implicou na disponibilidade financeira de 2019.

As iniciativas desenvolvidas pelo presidente Bolsonaro e seu Ministro Luiz Mandetta, priorizaram o cancelamento de médicos cubanos do Programa Mais Médicos (PMM), ainda que as avaliações quanti-qualitativas a respeito do trabalho construído, tenham sido positivas.

Em pesquisa nacional sobre a avaliação do PMM, Teles, Silva e Bastos (2019) afirmaram que, na avaliação dos usuários, entre zero a dez, o Programa atingiu a média nove, no que concerne a qualidade dos serviços prestados à população. Além disso, de acordo com Mattos e Mazetto (2019), o Mais Médicos evitou 521 internações hospitalares em 2015, reduzindo 840 milhões de gastos em saúde. Já de acordo com o IPEA (2019), o PMM foi efetivo por alocar profissionais médicos em áreas desassistidas, melhorar o acesso e tornar a atenção básica mais efetiva.

Com as medidas de Bolsonaro, 8.471 médicos cubanos que atendiam mais de 46,2 milhões de brasileiros em quase 3.300 Municípios (IPEA, 2019), foram dispensados e, mesmo com o lançamento de 03 editais para a contratação de médicos brasileiros, as vagas não haviam sido plenamente preenchidas. Esta situação causada pelo próprio governo, o levou a publicizar a possibilidade de aceitar médicos brasileiros graduados no exterior sem a revalidação do diploma. Contudo, no último balanço apresentado, o Ministério da Saúde afirma que todas as vagas que foram abertas após o fim da cooperação com o governo cubano, foram preenchidas, embora a alocação de médicos para algumas localidades das regiões Norte e Nordeste e, particularmente, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, continuam enfrentando problemas (IPEA, 2019).

Em 2019, o Ministério da Saúde, a Secretaria de Atenção à Saúde, o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas lançaram a NOTA TÉCNICA Nº 11 – com “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”. Estas mudanças retomam a defesa de ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e que o SUS deverá financiar as comunidades terapêuticas como dispositivo da atenção psicossocial, atingindo princípios básicos da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial.

Além disso, em maio de 2019, o Ministério da Saúde rebaixou o Departamento de combate à AIDS a uma Coordenadoria, o que afeta os serviços estaduais e municipais de combate ao HIV/AIDS, com redução de repasse de recursos, maior sucateamento dos serviços e descontrole no processo de avanço da epidemia.

Outra iniciativa que incide sobre a política de saúde brasileira é a liberação de agrotóxicos. De acordo com o Ministério da Agricultura (2019), o Brasil entre o dia 1º de janeiro e 27 de novembro de 2019, atingiu o número de 439 novos agrotóxicos liberados, superando o recorde do último ano do governo Temer, quando foram liberados 422 produtos em 12 meses. O fato é que, dos liberados, 34% são proibidos na União Europeia e, muitos são classificados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), entre “medianamente tóxicos” e “altamente tóxicos”, visto que a mesma classifica como “extremamente tóxicos”, apenas venenos com efeito fatal.

Além disso, o governo tem reduzido o preço do cigarro e defendido a liberação de porte de armas, ainda que pesquisas indiquem que, nos últimos 25 anos tenha dobrado o número de mortes por armas de fogo no País, o que gerou um gasto de 210 milhões ao orçamento do SUS.

A este conjunto de ações somam-se as alterações nas regras para o financiamento da Atenção Primária em Saúde no Brasil, por meio do “Programa Previne Brasil”, publicadas pela Portaria Nº 2.979, de 12 de Novembro de 2019 no Diário Oficial da União de 13/11/2019. Em 2020, as cidades brasileiras passam a receber as verbas referentes à população cadastrada em suas unidades básicas de saúde. A questão central é o tempo exíguo para o cadastramento da população, que não possibilita alcançar a sua totalidade e o condiciona à redução do financiamento, já previsto em 290 milhões a menos para os municípios em 2020.

Para além destas investidas, o Ministro da Saúde tem se posicionado enfaticamente contra o financiamento público da saúde e a universalização do sistema, avançando na construção de propostas direcionadas a um novo sistema de saúde que, reduz o papel do Estado ao comprador de serviços privados. Além disso, Bravo e Andreazzi (2019, p. 9) ressaltam que,

A agenda do grande capital coincide com a do Banco Mundial e já está sendo assumida pelo governo Bolsonaro, especialmente no que toca a

redução de hospitais de pequeno porte e a utilização de Organizações Sociais na gestão das unidades públicas. A defesa do modelo de Organizações Sociais pode não ser algo apenas programático pois, com maior segurança jurídica, o próprio grande capital pode considerar esse mercado atrativo, especialmente tendo em vista a redução de seu mercado tradicional, que não se expandirá em situações de estagnação econômica.

Deste modo, o *subfinanciamento* do SUS que se arrastava por mais de 20 anos, passa a dar lugar há um novo projeto ainda mais perverso com medidas de *desfinanciamento* da política de saúde brasileira. Articulada a esta análise, constata-se de acordo com o IPEA (2019), índices de crescimento da pobreza e extrema pobreza a partir de 2015 no Brasil. Estes índices têm sido explicados a partir do crescimento do desemprego e do trabalho precário e desprotegido, além de cortes em programas sociais que afetam diretamente as condições socioeconômicas das famílias.

O *desfinanciamento* da política de saúde impacta negativamente a vida dos usuários dos serviços de saúde, que, tem suas condições de adoecimento determinadas pela precariedade de suas condições de vida. É inegável que as expressões da questão social incidem sobre as condições de adoecimento da população que, vive processos de desemprego ou está inserida em atividades laborais inseguras, desprotegidas, arriscadas e precárias; que sofre situações de violência e está exposta a um tempo em que a vida tornou-se “matável” inserida na trama de ilegalidades existentes na sociedade do capital. A insegurança e o sofrimento do tempo presente, o desrespeito, o despreparo e cinismo de gestores públicos, indicam processos de banalização da vida, sobretudo da mulher, de identidade negra e em condição de pobreza. Em uma era de exaltação das tecnologias, tem-se afastado do humano, endurecido as relações, determinado perdas de vínculos, despertado o medo do futuro, desconstruindo sonhos e adoecendo os trabalhadores.

Às situações traumáticas de adoecimento têm sido articuladas a acentuada precarização da política social pública que tem dificultado o acesso aos serviços de saúde e determinado situações de morte por falta de atendimento médico ou ainda, por falta de recursos para realização de procedimentos, tratamento e/ou para acesso a medicamentos que poderiam promover à saúde da população. Vive-se um caos nos serviços de saúde no País.

Neste cenário, os trabalhadores da saúde, muitas vezes com vínculos precários de trabalho, ao prestar os serviços de saúde diretamente à população, têm sido

responsabilizados por uma política social pública pautada historicamente na restrição e redução de recursos públicos, nas barganhas políticas entre os setores público e privado, no clientelismo e oportunismo político e na possibilidade da morte como condição vital para sustentabilidade dos empresários da saúde. No atual cenário de *desfinanciamento* da saúde, os profissionais de saúde, com salários atrasados, não possuem recursos básicos a realização de procedimentos, sendo pressionados pelo atendimento imediato em contraponto à falta de condições objetivas.

São estas condições socialmente objetivas que determinam os processos de adoecimento e até, as tentativas e atos suicidas entre usuários e profissionais de saúde. Nestes tempos, é fundamental a construção de movimentos de resistência no interior dos serviços de saúde e nos espaços mais amplos da sociedade. É preciso fortalecer as instituições defensoras da Reforma Sanitária e redescobrir os caminhos da luta coletiva, recuperando as ruas como espaço legítimo para manifestação do sofrimento que se espalha sobre a sociedade brasileira em tempos de radicalismo neoliberal.

Considerações finais

Neste artigo partiu-se da defesa do SUS Constitucional fundamentada em elementos político-legislativos essenciais ao seu fortalecimento nos tempos que seguem. Tempos caracterizados por processos de contrarreforma na área da saúde, que *desfinanciam* a política e desconstroem ações essenciais à promoção e prevenção de doenças.

Dentre as principais ações da contrarreforma, destacamos: a Lei nº 13.808, de 15 de janeiro de 2019, referente ao congelamento de aplicação em saúde por 20 anos; as alterações nas regras para o financiamento da Atenção Primária em Saúde no Brasil, publicadas pela Portaria Nº 2.979/2019; a discussão e proposição de planos populares de saúde para a “desoneração” do SUS; as alterações na RAPS da Política de Saúde Mental, com ênfase no internamento psiquiátrico; o rebaixamento do Departamento de combate à AIDS a uma Coordenadoria, o que afeta os serviços estaduais e municipais de combate ao HIV/AIDS; a proposta de alteração na regulamentação dos planos de saúde para atender às necessidades dos empresários da saúde, dentre outros.

De forma geral, a análise construída a respeito do *desfinanciamento* da política de saúde, parece-nos indicar que a conjuntura atual coloca em questionamento, de forma mais ampla, o papel das políticas sociais públicas. Nesse sentido, é necessário que haja esforços para o acompanhamento crítico dos processos sociais; para análise da política social fundamentada pela teoria crítica; além da necessidade de mobilização popular e articulação de forças com os movimentos defensores dos direitos sociais.

Referências

ARAÚJO, L. J. C.; JOAZEIRO, E. M. G. Direitos sociais em tempos de crise: desigualdades e agravos à saúde. **O Social em Questão**, ano 12, n. 44, maio/ago. 2019.

BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 7, p. e00067218, 2018.

BARROS, B. T. S.; BRITO, A. E. C. A política de saúde no Brasil sob o governo Temer: aspectos ideológicos do acirramento privatista. **O Social em Questão**, ano 12. N. 44, maio/ago. 2019.

BRASIL. **Constituição Federal (1988)**. Brasília: Planalto do Governo. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/ccivil@03/Constituicao/Constituicao.htm>> Acesso em: 13/09/2019.

BRASIL. **Lei Federal n 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. **Lei Federal n. 8.142/90**. Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 28 dez. 1990.

BRAVO, MIS; ANDREAZZI, M. de F.S. de. Avanços da Contrarreforma na Saúde Intensificadas a Partir do Governo ilegítimo do Temer. *In*: 7º Encontro Internacional de Política Social - 14º Encontro Nacional de Política Social, 2019, Vitória. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**. Vitória/es: Ufes, 2019. v. 1, p. 01 - 16. Disponível em: <periodicos.ufes.br/EINPS/article/view/25151>. Acesso em: 06 set. 2019.

BRAVO, MIS; PELAEZ, E. J; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BRAVO, MIS; MATOS, M. C. de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para Debates. *In*: MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2004. Cap. 3. p. 197-241.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Saúde. Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. Governo Federal, 2019.

LIMA, J. C. F. A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história? Desmontagem da seguridade social e recomposição das relações público-privadas de atenção à saúde. *In: PONTES, et. al. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Cap. 09. p. 277-310. Disponível em: <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-sombrinha.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2019.

MATTOS, E; MAZETTO, D. Assessing the impact of More Doctors' Program on healthcare indicators in Brazil. *WORLD DEVELOPMENT*, v. 123, p. 1-26, 2019.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: ATORES, PROCESSOS E TRAJETÓRIA**. 2003. 402 f. Tese (Doutorado) - Curso de Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de DST/AIDS**. Princípios, diretrizes e estratégias. Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999, 90 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Diário Oficial da União**. Publicado em: 13/11/2019. Edição: 220, Seção: 1, P. 97.

MINISTÉRIO DA AGRICULTURA. **Agrotóxicos. Informações técnicas. Registros concedidos 2005 – 2019**. Disponível em: <http://www.agricultura.gov.br/assuntos/insumos-agropecuarios/insumos-agricolas/agrotoxicos/informacoes-tecnicas>. Data de acesso: 17/12/2019.

NOTA TÉCNICA Nº 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS. **Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, 2019.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

SOARES, R. C. A contrarreforma na política da saúde e o Serviço Social: impactos, desafios e estratégias em tempos de neoliberalismo ortodoxo. **7º Encontro Internacional de Política Social e 14º Encontro Nacional de Política Social**. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, 2019.

TEIXEIRA, M. J. de O. A urgência do debate: as contrarreformas na política de saúde no governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 33-50, jan./abr. 2018.

TELLES, H; SILVA, A. L. A. da; BASTOS, C. Programa Mais Médicos do Brasil: a centralidade da relação médico-usuário para a satisfação com o programa. **Caderno CrH**, Salvador, v. 32, n. 85, p. 101-123, jan./abr. 2019.

TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL. **Repositório de dados eleitorais**. Disponível em: www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/repositorio-de-dados-eleitorais-1/repositorio-de-dados-eleitorais.