



Revista de Políticas Públicas

ISSN: 2178-2865

revistapoliticaspublicas@ufma.com

Universidade Federal do Maranhão

Brasil

Moreira Albino, Nathália; do Prado Maríngolo, Aline
Cristina; Reis de Carvalho Liporoni, Andréia Aparecida

O IMPACTO DA PANDEMIA COVID 19 SOBRE A POLÍTICA
DE SAÚDE E OS DESAFIOS DA CLASSE TRABALHADORA

Revista de Políticas Públicas, vol. 26, núm. 1, 2022, Enero-Junio, pp. 345-359

Universidade Federal do Maranhão

São Luís, Brasil

DOI: <https://doi.org/10.18764/2178-2865.v26n1p345-359>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321171943022>

- [Cómo citar el artículo](#)
- [Número completo](#)
- [Más información del artículo](#)
- [Página de la revista en redalyc.org](#)

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



O IMPACTO DA PANDEMIA COVID 19 SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE E OS DESAFIOS DA CLASSE TRABALHADORA

Nathália Moreira Albino¹

Aline Cristina do Prado Maríngolo²

Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni³

Resumo

A partir da pesquisa bibliográfica e documental, este artigo analisa o impacto da pandemia Covid-19 sobre a política de saúde. O objetivo é apontar a trajetória e as racionalidades que perpassam a política de saúde desde os anos 1990, com ênfase nas propostas de contrarreforma na saúde a partir do governo Bolsonaro, sobretudo em contexto de pandemia. No contexto da maior crise sanitária de dimensão mundial, o governo federal tem minimizado a pandemia e suas consequências, em função do seu projeto de extrema direita, que prioriza o lucro acima da vida, ignorando e banalizando as mais de 551 mil mortes no Brasil. Identifica, a partir das leituras dos documentos e das portarias governamentais, os diversos ataques à política de saúde no Brasil. Considera necessário resistir aos interesses do capital na saúde que desmontam o SUS e afastam a possibilidade de efetivação dos princípios da Reforma Sanitária, sobretudo frente à política de morte do atual governo.

Palavras-Chave: Política de saúde. Pandemia da Covid-19. Governo Bolsonaro.

THE IMPACT OF THE COVID 19 PANDEMIC ON HEALTH AND THE CHALLENGES OF THE WORKING CLASS

Abstract

Based on bibliographic and documentary research, this article analyzes the impact of the Covid-19 pandemic on health policy. The objective is to point out the trajectory and rationalities that have permeated health policy since the 1990s, with an emphasis on health counter-reform proposals from the Bolsonaro government, especially in the context of a pandemic. In the context of the world's largest health crisis, the federal government has minimized the pandemic and its consequences, due to its far-right project, which prioritizes profit over life, ignoring and trivializing the more than 551,000 deaths in Brazil. Based on readings, documents and government ordinances, the various attacks on health policy in Brazil are identified. It is considered necessary to resist the interests of capital in health that dismantle the SUS and remove the possibility of implementing the principles of Health Reform, especially in the face of the current government's policy of death.

Keywords: Health policy. Covid-19 pandemic. Bolsonaro government.

Artigo recebido em: 21/12/2021 Aprovado em: 20/05/2022

DOI: <http://dx.doi.org/10.18764/2178-2865.v26n1p345-359>

¹ Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". E-mail: natiini_13@hotmail.com

² Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Mestranda no Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". E-mail: alinepmaringolo@hotmail.com

³ Graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Doutora em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Prof.^a do curso de Graduação em Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". E-mail: andreialiporoni@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988 representa uma conquista histórica da sociedade brasileira, no que diz respeito à ampliação e garantia de direitos no âmbito individual e coletivo, como por exemplo, o sistema de seguridade social em seu tripé, saúde, previdência e assistência social. Nele, a saúde foi considerada como um direito universal, integrando uma rede de serviços regionalizados e hierarquizados que constituiu o Sistema Único de Saúde (SUS).

A consolidação do SUS representou uma nova organização de atenção à saúde, trazendo mudanças significativas, como a descentralização dos serviços, a abertura de participação da sociedade civil, a integralidade no atendimento em âmbito nacional, regional e municipal. Não obstante, foi conduzida pela lógica da política econômica neoliberal na fragmentação das políticas sociais, na desigualdade de acesso, que refletiu, sobretudo, no direcionamento da política de saúde.

O desenho do SUS surge, então, a partir da Constituição Federal (CF) de 1988, sendo assegurado pelo artigo 196, em que a saúde passa a ser “direito de todos e dever do Estado”. Sua formatação se inicia com a instituição da Lei 8080 de 1990, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde nos vários níveis de governo, e com a Lei 8.142 do mesmo ano que visa assegurar a participação da comunidade na gestão do SUS por meios dos instrumentos coletivos de controle social (como os conselhos gestores e as conferências).

No entanto, atualmente, o SUS tem enfrentado embates que impedem seu avanço, o acesso e a qualidade dos serviços, além de colocar em cheque a proposta de seu modelo de gestão, bem como sua legitimidade. Mesmo a CF/88 tendo garantido um novo modelo de saúde e instituído as bases legais para o funcionamento de um sistema único e universal; com as brechas legislativas que permitem a oferta de serviços pela iniciativa privada, a conjuntura de implementação do SUS foi marcada por reformas estruturais que seguiam os ditames do ideário neoliberal, precarizando os serviços estatais, comprando ou transferindo serviços para o setor privado (lucrativo e filantrópico) e inviabilizando o projeto de política de saúde defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária (BRAVO, 2011).

Esse processo ocorreu em meio à hegemonia das propostas neoliberais, a partir dos anos 1990 que, sob orientação das agências multilaterais, desencadeou uma série de contrarreformas nos Estados Nacionais considerados “em desenvolvimento”, dentre eles o Brasil e sua política de saúde. Para Bravo (2006), na política de saúde há fundamentalmente dois projetos em confronto: o projeto da reforma sanitária- hegemônico durante a formulação da Constituição que demarca a conquista do SUS- e o projeto privatista, que teve destaque na ditadura pós- 1964 e retomou sua hegemonia nos anos

1990. Este último tem seus interesses vinculados aos interesses do mercado privado e uma perspectiva oposta à racionalidade do projeto da reforma sanitária.

A tendência atual do capitalismo favorece de várias formas os privilégios da política neoliberal: destinando os recursos do fundo público para investimento do capital; transferindo aos antigos grupos oligopólicos, por via da privatização, os antigos mecanismos estatais que protegiam os oligopólios (com incentivo do fundo público) e transformando os direitos sociais em fontes rentáveis para o mercado.

Segundo Soares (2010), a contrarreforma da saúde se coloca da seguinte forma: precarização do SUS, ampliação restrita, fragmentada e excludente do sistema interferindo no modelo de atenção pautado pela reforma sanitária e nos seus princípios de universalidade, integralidade, equidade do SUS e participação da sociedade na política.

O projeto privatista, intensificado pelo atual governo, é voltado para atender a demanda e os interesses do mercado, no qual o objetivo é transformar a saúde enquanto nicho lucrativo. O projeto do grande capital não considera a saúde como direito universal, mas como serviço que deve ser comprado na esfera privada. Um exemplo dessa lógica são os “novos modelos de gestão” que visam substituir a gestão estatal e se apropriar do fundo público para prosseguir com sua acumulação de capital.

Destacam-se: a implementação da Lei de Responsabilidade Fiscal que limita o gasto com pessoal e possibilita o aumento das despesas com serviços de terceiros, transferências dos recursos públicos à gestão privada, renúncias e concessões fiscais a entidades privadas sem fins lucrativos e indústria farmacêutica, entrada de capital estrangeiro no setor saúde e a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016 que congela os gastos públicos por 20 anos.

Antes da pandemia¹ da Covid-19, o contexto político, social e econômico brasileiro já estava marcado pela crise estrutural do capital, com elevado índice de desemprego, precarização e exploração do trabalho e desigualdade social. Com a chegada da pandemia as consequências econômicas, políticas e sociais se agudizaram ainda mais, configurando-se como a maior crise sanitária da humanidade. O Brasil contabiliza, segundo o Ministério da Saúde, mais de 551 mil mortes² causadas pela covid-19.

No contexto da maior crise sanitária de dimensão mundial, o governo federal tem minimizado a pandemia e suas consequências, em função do seu projeto de extrema direita, que prioriza o lucro acima da vida, ignorando e banalizando milhares de mortes no Brasil. Tal política genocida adotada pelo governo apresenta seu caráter ultraneoliberal, negacionista e não considera evidências científicas, propaga *fakenews*, oculta dados, naturaliza as mortes e ainda flexibiliza as medidas recomendadas pela ciência e órgãos oficiais de saúde. Mesmo com o consenso entre os

pesquisadores e especialistas, o presidente Bolsonaro deslegitimou a gravidade em relação ao alto número de casos e óbitos. Outra característica do seu (des) governo é a ausência de uma intervenção nacional consolidada, com direcionamento aos estados e municípios, que provocou de forma intencional, uma fragmentação de decisões por partes dos governos estaduais e municipais.

Antes da chegada do vírus no país, o contexto já era assolador para a maioria dos brasileiros, com o aprofundamento da contrarreforma do Estado e das políticas sociais, especialmente na política de saúde (Temer e Bolsonaro). De acordo com Bravo, Pelaez e Menezes (2020), há nesses governos uma atualização do projeto privatista da saúde que defende um SUS completamente submetido ao mercado privado e seus lucros.

Por isso, o objetivo do presente trabalho é apontar a trajetória e as racionalidades que perpassam a política de saúde desde os anos 1990, com ênfase nas propostas de contrarreforma na saúde a partir do governo Bolsonaro, sobretudo em contexto de pandemia. Para tal, utilizou-se a pesquisa bibliográfica e documental acerca de discussões e contribuições sobre a temática proposta.

2 RACIONALIDADES E TRAJETÓRIAS DA POLÍTICA DE SAÚDE

O contexto das décadas de 1970 e 1980 é marcado pelo aprofundamento e denúncia das precárias condições de vida e trabalho de grande parte da população, bem como pelo processo de redemocratização da política no país. Mas também, pela organização e luta da classe trabalhadora contra os governos militares do grande capital, que conseguiram impor ao país um estágio do desenvolvimento capitalista coordenado pela política imperialista em expansão no mundo.

Nesse período, a saúde contou com alguns importantes atores sociais para as discussões sobre as condições de vida da população e as propostas governamentais, como os profissionais de saúde que defendiam o fortalecimento da saúde pública, de qualidade e com acesso universal; o movimento sanitário, que veiculava e ampliava o debate em volta da saúde e democracia, inclusive com contrapropostas por meio do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES); os partidos políticos, que viabilizavam debates no Congresso; os movimentos sociais, que articulavam com outras entidades, contribuindo para um grande debate que permeou toda a sociedade civil. O Movimento da Reforma Sanitária contou com lutas e mobilização dos profissionais da saúde, trabalhadores, organizações profissionais e movimentos populares em busca de um Sistema Único de Saúde 100% estatal, público, de qualidade e universal. De acordo com Bravo (1999, p. 93):

A Reforma Sanitária tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-

se na concepção de Estado Democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde.

O Movimento da Reforma Sanitária foi um marco histórico frente às articulações dos movimentos sociais e trabalhadores da saúde, como forma de luta e resistência para consolidação dos espaços institucionalizados e efetivação do SUS. A principal proposta da Reforma Sanitária é defesa intransigente da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais numa perspectiva ampliada de saúde, não focado apenas na doença e sim em melhores condições de vida e de trabalho, lazer, moradia, educação, pautados nos princípios de intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social, redefinição dos papéis institucionais na prestação de serviços e financiamento total pelo Estado.

A CF de 1988 deu as bases legais do SUS e garantiu um sistema de saúde universal e público para a população brasileira. No entanto, a efetivação do SUS desde a sua criação vem sendo alvo de ataques por aqueles que buscam garantir os ideários neoliberais, precarizando os serviços estatais, comprando ou transferindo os serviços para o setor privado e inviabilizando o projeto de política de saúde defendido pela reforma sanitária.

A conjuntura política de implementação do SUS nos anos 1990 e 2000 foi permeada por contrarreformas estruturais na Seguridade Social e definida pela política econômica neoliberal que vem reduzindo os direitos sociais em geral, e a saúde, em particular. Nesse período verifica-se o aumento dos desmontes e ataques aos direitos sociais e à saúde, mas não diz respeito apenas aos cortes nos gastos públicos, mas toda mudança de organização do sistema de proteção social, que serve aos interesses de mercado.

O SUS, em seu processo de implementação, passou por mudanças históricas no que se refere aos processos de gestão, de assistência e atenção à saúde. Essas mudanças foram mediadas pelas forças políticas da sociedade, a correlação de forças e os diferentes interesses das classes sociais envolvidas nesse processo.

A saúde foi a área que obteve maior avanço no texto constitucional. Como integrante da Seguridade Social e uma das proposições do projeto da Reforma Sanitária, o SUS foi regulamentado em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), assegurado pelo art. 196 da Constituição Federal de 1988, em que a saúde passa então a ser “direito de todos e dever do Estado”. Contudo, na década de 1990 há uma retomada histórica da disputa entre dois projetos societários: o projeto da Reforma Sanitária, que propõe um modelo de gestão e assistencial democrático e participativo, atribuindo ao Estado a responsabilidade de construir respostas às demandas de saúde da população; e de outro lado o projeto privatista, que restringe os direitos sociais e políticos, como também a substituição das lutas coletivas por lutas corporativas (CFESS, 2014).

Nesse sentido, o processo de implementação do SUS foi atravessado pelas contradições entre o público e o privado, se materializando em retrocessos para a classe trabalhadora. A prevalência do modelo privatista sob a égide neoliberal ataca diretamente o caráter público e universal do SUS, e se expressam através da mercantilização da saúde, das privatizações, do repasse do fundo público para iniciativa privada, das terceirizações, num processo de flexibilização da reforma sanitária, amplamente requerida pelos movimentos sociais e das camadas populares a partir da década de 1980.

As contrarreformas iniciam-se na década de 1990 e se intensificam no decorrer do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC). Alguns dos mecanismos do receituário neoliberal para ajuste do Estado resultou na liberação de capitais, abertura para privatização, flexibilização do mercado de trabalho e redução de direitos sociais. A reforma política, econômica e gerencial do Estado, realizada através do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), tinha como objetivo implementar propostas que dessem sustentação à administração empresarial do setor público, de caráter gerencialista, trazendo à tona as novas modalidades de gestão da saúde terceirizada.

A crise fiscal do Estado qualificada como patrimonialista e clientelista, bem como as críticas à falta de governabilidade se transformam em argumento para justificar a ineficiência do Estado, a submissão do Estado ao modelo gerencialista, com adoção das regras do mercado, da competição, concorrência, lucratividade, produção voltado ao consumo, empreendedorismo e flexibilidade.

Este governo ignorou o marco legal da saúde (Constituição Federal de 1988 e Leis 8.080/90 e 8.142/90) como direito a ser garantido pelo Estado. Foi efetivado um conjunto de privatizações estatais, investiu nos planos privados de saúde como alternativa ao atendimento disponibilizado na rede pública. O corte no orçamento destinado à saúde pública resulta na inviabilização da assistência integral e universal ao povo brasileiro. Em consequência disso, os planos privados de saúde foram fortalecidos em detrimento do investimento e crescimento do SUS.

É no governo de FHC que o Banco Mundial ganha espaço na participação e financiamento de programas sociais, onde diversos Programas (Saúde da Família, Vigilância Sanitária, REFORSUS) foram objetos de financiamento e convênio entre o Ministério da Saúde e o BM. Na década de 1990 ele foi responsável pelos fundamentos que legitimaram o ajuste estrutural, isto é, “uma instituição estratégica de produção e reprodução da racionalidade da contrarreforma dos Estados a nível mundial” (SOARES, 2010, p. 51).

A contrarreforma realizada no governo FHC recusou substancialmente os princípios da reforma sanitária, facilitou o processo privatizante e a manutenção de práticas corporativistas. Na medida em que reduz o gasto com pessoal e coloca como saída a terceirização, a lógica estatal e

pública da reforma sanitária vai sendo substituída por mecanismos privatizantes: fundações estatais de direito privado, terceirizações, OSs.

Com a eleição de Lula da Silva (2002) esperava-se uma modificação no cenário nacional. Ela representou um anseio de mudanças por parte das massas populares, bem como daqueles que constituíram o movimento de luta pela Reforma Sanitária. No entanto, verificou-se, em seu governo, a retomada e manutenção da adoção de políticas neoliberais, dando continuidade ao governo de FHC.

O governo Lula não rompeu sua aliança com os setores conservadores, como também não criou mecanismos para fortalecer uma saúde pública, universal e integral. Ao contrário disso, contribuiu para o desenvolvimento de políticas cada vez mais focalizadas e compensatórias, reforçando a perspectiva da privatização e da lógica lucrativa, favorecendo cada vez mais a hegemonia do setor privado.

As questões centrais do SUS não estavam sendo enfrentadas, como a universalização das ações, financiamento efetivo, a política de recursos humanos, a defesa da seguridade social, entre outros. A seguridade social que compreende a saúde, previdência e assistência, numa perspectiva universalista, perdeu essa característica com a reforma da previdência, que buscou legitimar a mercantilização, por meio dos fundos de pensão, fortalecendo o capital financeiro e abrindo portas para a privatização da saúde.

O desmonte da política de saúde em voga tem se dado pela ascensão dos modelos privatizantes de gestão em detrimento da gestão direta dos recursos pelo Estado. Dentre as diversas formas de privatização dos serviços públicos, a saber, as Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP's), e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Com a vitória de Dilma (2011-2014), muitos questionaram quais seriam as linhas gerais do seu governo. Com a justificativa de “buscar soluções mais adequadas ao atual momento” em razão da duração da crise mundial, Dilma foi obrigada a recuar e se recompôs com a burguesia interna brasileira.

Os interesses do grande capital no Brasil a partir de 2015, segundo Braz (2017), “[...] precisavam de um governo genuinamente burguês, capaz de não ceder o mínimo aos trabalhadores, de lhes retirar o pouco que conquistaram e de servir inteiramente, sem concessões, ao grande capital”.

Como se não fosse suficiente todos os retrocessos e ataques contra as políticas sociais e aos trabalhadores, o ano de 2016 fica marcado pelo golpe e decurso do governo Temer (envolvendo judiciário, parlamento, grande mídia e grande empresariado). O então Ministro da Saúde, Ricardo Barros, com o discurso de inviabilidade do SUS como um sistema público, defendeu que os planos populares iriam “compensar o déficit do SUS” e que “a capacidade financeira do governo para suprir

todas essas garantias que tem o cidadão não são suficientes”. Oficializaram o desmonte de uma política pública e universal.

Tal posicionamento revela a direção das alterações abruptas assumidas pelo governo Temer, concomitante aos vínculos do Estado brasileiro com o capital nacional e internacional. O ápice da expropriação no âmbito da saúde foi a aprovação da Emenda Constitucional 95, que também ficou conhecida como a PEC do “Fim do Mundo”, e prevê o congelamento dos gastos sociais por 20 anos, desestruturando o financiamento das políticas sociais, desvinculando receitas destinadas à Educação e à Seguridade Social para corrigir a inflação.

Segundo Boulos (2017), a esse programa ultraliberal soma-se ainda um recrudescimento do conservadorismo político que indica retrocesso em diversas pautas dos movimentos negros, feministas, LGBTQI, representando uma verdadeira “desconstituente”, ferindo fortemente a CF/88.

Trata-se de um duro golpe na proteção social brasileira e expressa um período marcado por instabilidade política, econômica e social. As contrarreformas do governo Temer também foram embasadas em documentos (2015 e 2016), formulados pelo PMDB para o governo: Agenda Brasil; Uma ponte para o futuro; e Travessia Social.

Outro projeto apresentado pelo governo foi o Plano de Saúde Acessível ou Plano de Saúde Popular, com as propostas do Plano Simplificado que faz a cobertura na atenção primária; o Plano Ambulatorial + hospitalar que faz a cobertura da atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade e o Plano em Regime Misto de Pagamento para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Além disso, os autores acima ressaltam a revisão da Política de Atenção Básica que não foi analisada com o Conselho Nacional de Saúde e nem discutida junto à sociedade. O que houve foi apenas uma consulta pública online realizada em um breve tempo. Ainda que o texto afirme que a Saúde da Família continua como estratégia prioritária para o fortalecimento da Atenção Básica no país, o mesmo retira a sua centralidade e traz outras modalidades de financiamento para outros arranjos assistenciais que desconsideram as equipes multiprofissionais. A Atenção Básica passa a ser organizada contrariamente aos princípios originais que norteiam a Atenção Primária à Saúde. Além de diferenciar ações e serviços (padrão essencial, ampliado e estratégico) que apontam para a seletividade e diferenciação no acesso da população no âmbito da atenção básica.

Não obstante, apresentam propostas para a Política de Saúde Mental que ameaçam e atacam as conquistas adquiridas com a Reforma Psiquiátrica (Portaria 3.588/2017), fortalecem as internações em hospitais psiquiátricos e criam leitos em hospitais gerais para este fim, mais uma vez, sem consultar a opinião da sociedade.

O governo Temer deixa nítido seu envolvimento com entidades articuladoras do capital da saúde, como por exemplo, o documento “Coalização Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde” que visa construir um novo sistema de saúde no país a partir da articulação entre o setor público e privado (este com maior ênfase) na gestão dos serviços. Por fim, destaca-se o desmonte no financiamento da Seguridade Social e, em particular, na saúde, expressando o interesse do capital na apropriação do fundo público.

No campo da saúde, a conquista dos direitos sociais no texto Constitucional não se efetivou numa mudança concreta nas condições de vida e trabalho da população, uma vez que esse projeto de seguridade social democrático foi interrompido pelas propostas minimalistas e privatizantes, típicas do Estado neoliberal.

Para Salvador (2010), as múltiplas funções do Estado, presentes na reprodução do capital e viabilizadas por meio do fundo público, envolvem: as desonerações tributárias, os incentivos fiscais e a redução da base tributária para favorecer o investimento capitalista; a viabilização da reprodução da força de trabalho, por meio de salários indiretos e de políticas sociais; por recursos orçamentários para investimentos em infraestrutura, em investigação e pesquisa; e, no capitalismo contemporâneo, por uma transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro, em especial para as classes dos rentistas. (SALVADOR, 2020)

Nesse contexto, percebe-se através de autores como Evilásio Salvador (2012) que o fundo público possui uma centralidade na produção e reprodução do capitalismo financeiro, concretizado por meio de investimentos de subsídios, desonerações tributárias, incentivos fiscais, e pagamento da dívida pública a organismos internacionais que mantêm o capitalismo financeiro. Neste momento há uma disputa pelos recursos do fundo público, e dos papéis que ele vai exercer na sociabilidade.

No capitalismo contemporâneo, o fundo público exerce uma função ativa nas políticas macroeconômicas, sendo essencial tanto na esfera da acumulação produtiva quanto no âmbito das políticas sociais. O fundo público tem papel relevante para a manutenção do capitalismo na esfera econômica e na garantia do contrato social. O alargamento das políticas sociais garante a expansão do mercado de consumo, ao mesmo tempo em que os recursos públicos são financiadores de políticas anticíclicas nos períodos de refração da atividade econômica. (SALVADOR, 2012, p. 5)

A partir desse pensamento é possível compreender a conjuntura política, social e econômica em que o Brasil se encontra desde o golpe-midiático-jurídico-parlamentar de 2016, o qual o Estado vem utilizando medidas extremas de austeridade fiscal, através da aceleração das contrarreformas, privatizações e do ajuste fiscal, o que intensifica os desmontes na Seguridade Social e nos Direitos Humanos.

3 POLÍTICA DE SAÚDE NO GOVERNO BOLSONARO E A CRISE SANITÁRIA

A eleição de Jair Bolsonaro para a presidência levou ao centro do governo os setores mais conservadores e reacionários da sociedade, que defendem claramente bandeiras que se contrapõem aos princípios da CF/88. Traduz na emergência política de uma corrente neofascista, que ataca as políticas sociais, as instituições, constringe referências do Senado, da Câmara e do STF, criminaliza e despreza a liberdade de expressão e de imprensa e nega a ciência.

No atual governo Bolsonaro/Mourão de extrema direita, ultraneoliberal e neofascista, tem-se um aprofundamento das contrarreformas nas políticas sociais através da radicalização e ofensiva da política neoliberal e com a manutenção do ajuste fiscal pela EC 95/2016; proposta piorada da Reforma da Previdência. Na economia, Paulo Guedes segue a linha ultraneoliberal do golpe de 2016, apoiado pelos empresários, estimulando as privatizações, a destruição do meio ambiente e dos direitos sociais, além de intensificar a contrarreforma trabalhista.

O governo Bolsonaro intensificou o aprofundamento do desmonte das políticas sociais, com destaque para a política de saúde, que nesse contexto de pandemia da Covid 19, evidenciou ainda mais as contrarreformas já iniciadas no governo Temer. A começar pelo Ministério da Saúde, inicialmente representado pelo médico Luiz Henrique Mandetta (DEM-MS Partido Democratas), que tem relações com a Unimed e entidades filantrópicas.

Em janeiro de 2019, quando assumiu o cargo, proferiu que cumpriria o que está posto na Constituição Federal, assegurando a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado. Ao mesmo tempo afirmou que desejaria um sistema privado forte e “solidário”. Fica evidente a incoerência no trato sobre a política, ao mesmo tempo que reforça os reais interesses de asfixiar os direitos fundamentais da saúde.

O mesmo ministro desconsiderou a política de atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil, com ausência de recursos, repasses que impossibilitou que os distritos pudessem arcar com medicamentos, transporte, exames e pagamento de profissionais. O ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta (DEM-MS), que é ligado à bancada ruralista, com uma trajetória política de oposição aos direitos indígenas no país, proferiu discursos apontando que se gastaria muito com a saúde indígena em comparação ao restante da população brasileira.

Quanto ao Programa Mais Médicos, o governo conseguiu realizar seu desmonte a partir da saída dos médicos cubanos e a não permanência dos médicos brasileiros no Programa. No âmbito da saúde mental, houve tentativas de enfraquecimento dos centros de atenção psicossocial (Caps) através de Nota Técnica e defesa de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas.

O presidente Jair Bolsonaro apresenta o Decreto nº 9.759/2019 que extingue vários conselhos e colegiados da administração pública federal e estabelece novas diretrizes. No seu discurso, afirma que é uma forma de economizar, desburocratizar e reduzir o poder de entidades aparelhadas politicamente. Deslegitima toda conquista do povo brasileiro no que tange à construção democrática dos espaços de participação popular.

O Brasil tem sido reconhecido internacionalmente como um dos piores exemplos de ação política/governança no âmbito da crise sanitária provocada pela pandemia da COVID 19, aqui perpetua polarização política e negacionismo ampliados pelos discursos e práticas do presidente da república, o que representa dificuldades para adotar medidas efetivas de combate ao vírus.

Soma-se aos constantes ataques ao Executivo federal, ao judiciário, ao poder legislativo e às disputas de apoio político no interior do governo, bem como a recusa às diretrizes indicadas pela Organização Mundial da Saúde no combate à pandemia. A recorrente troca de ministros durante o período mais grave da pandemia somada à militarização do ministério e a ocultação na divulgação dos dados são breves exemplos que justificam a falta de governança.

Nesse cenário, restou aos estados e municípios assumirem a percurso de medidas de enfrentamento, marcado por conflitos com o governo federal e setores econômicos locais. O dramático quadro social agravado pela pandemia expressou a ausência de uma agenda social do governo federal, em que as políticas sociais se apresentam ainda mais focalizadas, fragmentadas e excludentes.

A chegada do novo coronavírus com condições pré-existentes não contagiosas, como diabetes, câncer, hipertensão, aliados à pobreza, à falta de acesso às condições básicas de higiene, alimentação, saúde, atingiu fortemente grupos populacionais específicos, como negros, povos originários, comunidades periféricas. Para Pereira; Pereira (2021) o combate efetivo não se dá mediante aplicação de drogas e vacinas, mas por meio de ações estatais e políticas públicas que diminuam as disparidades sociais e econômicas.

Segundo as autoras, a morte tem sido parte integral da chamada proteção social contemporânea. Essa assertiva não é reflexo apenas do sucateamento e descaso com as políticas públicas, mas é resultado de ações políticas desumanas e cruéis assumidas pelo governo atual,

As mortes por COVID-19, especialmente quando se dão nas favelas, nas periferias, nos municípios isolados, são contabilizadas em grandes números que viram grandes listas e que, do ponto de vista dessa coletividade blasé, perdem seu lastro humano. É a degradação de coisas em larga escala. E não choca mais [...] no final das contas, a classe trabalhadora, em especial a negra, vê os corpos de seus amores perdidos serem diluídos em números gigantes cada dia mais tolerados por uma coletividade dopada (PEREIRA; PEREIRA-PEREIRA, 2021, p. 50).

De forma explícita ou não, têm-se as chacinas contra negros e pobres, as contrarreformas trabalhista e da previdência, enxugamento e corte do auxílio emergencial para a classe trabalhadora, que nesse momento vivencia o cenário de desemprego, fome, preços exorbitantes dos alimentos, entre outros. Não fosse suficiente, Bolsonaro segue desrespeitando as recomendações necessárias de proteção às pessoas na pandemia, promovendo manifestações públicas, passeios, atos de agressão a profissionais de saúde e jornalistas, avançando no seu projeto contra as liberdades democráticas no Brasil.

Dentre os retrocessos do governo atual destacam-se: (I) a atitude irresponsável em relaxar o isolamento social e flexibilizar a abertura de atividades econômicas não essenciais, expondo ainda mais a sociedade ao risco de contágio e às complicações de saúde, levando ao colapso do sistema; (II) crise na capacidade de atendimento dos casos graves com o aumento exponencial da corrida a hospitais, clínicas e postos; (III) postura negacionista do governo, seja pela tentativa de manipular os dados, alterando a metodologia de contagem dos casos de óbitos, subnotificação em decorrência da ausência de investimentos na testagem em massa da população; (IV) militarização da saúde contrariando os critérios técnicos e científicos para indicação de cargos no ministério da saúde; (VI) ocultação de estudo sobre a saúde da população negra; (V) ausência de políticas públicas efetivas para a população brasileira.

Além destes retrocessos, vale destacar o insuficiente financiamento para a saúde decorrente dos rebatimentos da crise estrutural do capital, transformando em um verdadeiro processo de desfinanciamento. Com a vigência da Emenda Constitucional nº 95/2016 que congelou o gasto público por 20 anos, a crise sanitária brasileira se compromete ainda mais. Segundo Funcia e Santos (2019), o gasto do Ministério da Saúde não foi alterado, mantendo-se 1,7% do PIB, enquanto o gasto com os juros da dívida representou, em média, 6,6%. Dois fatores que prejudicam o financiamento do SUS ao longo da história são: a Desvinculação das Receitas da União (DRU) e as renúncias fiscais no âmbito da saúde. Tais fatores correspondem a uma perda de recursos da Seguridade Social que ultrapassa R\$980,0 bilhões, entre 1995 e 2017 (MENDES; CARNUT, 2020).

Essa austera EC 95 parece ser a forte expressão do Estado capitalista brasileiro em consonância com a lógica do capitalismo contemporâneo sob a dominância do capital financeiro, especialmente porque não estabeleceu limites para os juros e outras despesas financeiras. Sem dúvida, a escolha por “essa política de austeridade tem grande efeito sobre o direito à saúde, evidenciando ainda mais sua crise” (MENDES; CARNUT, 2020, p. 28)

A falta de compromisso do governo federal brasileiro com a saúde da população é evidente quando há uma baixa utilização dos recursos destinados ao Ministério da Saúde para o enfrentamento da pandemia covid-19. Até meados de junho de 2020 foram liquidados apenas 35% da

pasta da saúde, somando um total de R\$39,0 bilhões. Ficando sem uso do orçamento do Ministério da Saúde 65% da pasta³ em meio à maior crise sanitária dos últimos tempos, com falta de EPI's, respiradores, testes de diagnóstico e medicamentos para a população brasileira.

A crise sanitária brasileira, intensificada através da crise estrutural do capital e com a aceleração da pandemia da Covid-19 no Brasil, evidencia a necessidade de defender e fortalecer o Sistema Único de Saúde 100% público, estatal, de qualidade e universal, com os princípios do Movimento da Reforma Sanitária, com uma rede de atenção à saúde primária, média e alta complexidade estruturada, vinculada a uma política de valorização de toda a classe trabalhadora da saúde, com garantia de direitos trabalhistas e condições dignas de trabalho.

4 CONCLUSÃO

A conjuntura apresentada aqui expressa a barbárie social, a retirada de direitos e a complexidade da luta política no Brasil, colocando como tarefa essencial a consolidação de uma frente de forças populares que construa alternativas de enfrentamento ao desmantelamento que está posto na realidade.

A pandemia da COVID-19 emerge no cenário mundial em um contexto marcado pela crise estrutural do capitalismo contemporâneo e traz a urgência em debater o futuro dos sistemas de proteção social, como por exemplo, a construção de sistemas mais universais e abrangentes. A desigualdade de renda que assola os mais pobres nesse país, sobretudo no contexto atual, reforça o recorte de classe, raça e gênero na determinação da contaminação e mortalidade por COVID-19.

Por isso, se coloca como tarefa a defesa de uma saúde pública e um Sistema Único de Saúde de caráter 100% público, estatal, de qualidade e universal, através da articulação e mobilização de diversas frentes de luta: movimentos sociais, sindicais, frentes e fóruns municipais/estaduais e da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

Faz-se necessária a unidade de ação contra as medidas ultraliberais, o golpe às liberdades democráticas e as ameaças fascistas exigem, mais do que nunca, a organização da classe trabalhadora. Tal perspectiva passa pela eliminação de qualquer barreira no acesso universal à saúde, pela instauração de uma renda básica articulada a outras políticas de caráter universal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição Federal (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Poder Legislativo, 1990.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016. **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências**. Brasília-DF, 2016, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. **Ministério da saúde**. COVID-19 NO BRASIL DADOS ATÉ 27/02/2021. Secretarias Estaduais do Brasil, 2020, 2021. Disponível em: https://qsprod.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRAVO, M. I. S. **A política de saúde na década de 90: projetos em disputa**. Superando Desafios – Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Rio de Janeiro: UERJ/HUPE, v.4, 1999.

BOULOS, G. **O golpe e os dez passos para trás**. Carta Capital, São Paulo, 2017. [Internet]. 2021. Disponível em: <http://www.carosamigos.com.br/index.php/artigos-e-debates/8936-o-golpe-e-os-dez-passos-para-tras-por-guilherme-boulos>. Acesso em: 18 jun. 2020.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; DE MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **SER Social**, v. 22, n. 46, p. 191-209, 6 jan. 2020.

FIOCRUZ. **O que é uma pandemia?** Fundação Oswaldo Cruz. Jornalista Paulo Shueler, 14 de outubro de 2020. [Internet]. 2021. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1763-o-que-e-uma-pandemia>. Acesso em: 27 jul. 2021.

FUNCIA Francisco, SANTOS, Lenir. **Do subfinanciamento ao desfinanciamento da saúde: descendo as escadas**. Domingueira da Saúde, nº 04/2019. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-04-janeiro-2019>. Acesso em: 27 jul. 2021.

FUNCIA, F. R; BENEVIDES, R; OCKE, C. **Boletim Cofin 2020/07/22**. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão de Orçamento e Financiamento. Fonte SIGABRASIL, 23 de julho de 2020. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_0722_T1_2_3_G1_ate_21_RB-FF-CO_com_resumo.pdf. Acesso em: 27 jul. 2021.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **Ser social**, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 9–32, 2020, 2021. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260. Acesso em: 27 jul. 2021. DOI: 10.26512/ser social. V22i46.25260.

PEREIRA, C. P., PEREIRA-PEREIRA, P. A. Cobiça capitalista, pandemia e o futuro da política social. **Revista Argumentum**, 2021. 40-52. Disponível em: <https://doi.org/10.47456/argumentum.v13i1.33119>. Acesso em: 27 jul. 2021.

SALVADOR, Evilásio. **Disputa do fundo público em tempos de pandemia no Brasil**. Textos & Contextos Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 1-15, jul./dez. 2020.

Notas

¹ Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), pandemia é a disseminação mundial de uma nova doença e o termo passa a ser usado quando uma epidemia, surto que afeta uma região, se espalha por diferentes continentes com transmissão sustentada de pessoa para pessoa. Antes da Covid-19, a pandemia mais recente havia sido em 2009, com a chamada gripe suína, causada pelo vírus H1N1. Acredita-se que o vírus veio do porco e de aves, e o primeiro caso foi registrado no México. A OMS elevou o status da doença para pandemia em junho daquele ano, após contabilizar 36 mil casos em 75 países. No total, 187 países registraram casos e quase 300 mil pessoas morreram. O fim da pandemia foi decretado pela OMS em agosto de 2010. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1763-o-que-e-uma-pandemia>.

² No final de julho de 2021 já havia mais de 551 mil mortes por covid-19 no Brasil. (Dados do Ministério da Saúde até o dia 27/07/2021).

³ Boletim Cofin/CNS de 01/07/2010 (dados até 30/06/2020)