

A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016)

Health in the governments of Dilma Rousseff (2011-2016)

Camila Ramos Reis¹, Jairnilson Silva Paim²

RESUMO Desde a Constituição de 1988, houve avanços e desafios no Sistema Único de Saúde (SUS) que precisam ser debatidos e estudados. Justifica-se, portanto, a necessidade de investigar os principais fatos políticos em saúde produzidos no Brasil entre 2011 e 2016. O artigo teve como objetivo analisar fatos políticos em saúde nesse intervalo, considerando o desenvolvimento do SUS e os programas dos candidatos apresentados nas eleições de 2010 e 2014. Consiste em um estudo de caso de caráter exploratório e descritivo, por meio de análise documental, sobre fatos divulgados na mídia, em publicações e em *sites* oficiais de entidades de saúde. Foram destacados fatos positivos e negativos que ocorreram nesse período, tendo em conta a Reforma Sanitária Brasileira e a legislação do SUS. Embora o SUS tenha tido alguns avanços, como o investimento em recursos humanos, ciência e tecnologia, o processo de descentralização e a participação social, os obstáculos são extensos, impactando o desenvolvimento do sistema. O subfinanciamento persiste como um sério problema, com a influência do capital na saúde e do enfraquecimento do setor público. O movimento sanitário, juntamente com diversas entidades que defendem o direito à saúde, vem disputando projetos na defesa do SUS universal e igualitário.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde. Sistema Único de Saúde. Direito à saúde.

ABSTRACT *Since the Constitution of 1988, there have been advances and challenges in the Unified Health System (SUS) that must be studied and debated. This justifies the need to investigate the main political health facts produced in Brazil between 2011 and 2016. This paper aims to analyze political health facts during such period, considering the development of the SUS and the presidential candidates programs in the 2010 and 2014 elections. It consists of an exploratory and descriptive case study, using documentary analysis on facts published in the media, publications and official websites of health departments. We selected the positive and negative events that occurred during the analyzed period, based upon the Brazilian Health Reform and the SUS legislation. Although the SUS has made some progress, such as the investment in human resources, science and technology, the decentralization process and social participation continues to be an extensive obstacle, impacting in the system's development. Underfinancing persists as a serious problem, along with the capital influence on health and the weakness of the public sector. The health movement, along with several entities which defend the right to health, has been disputing projects in the defense of a universal and egalitarian SUS.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. camila.ramos@ufba.br

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. jairnil@ufba.br

KEYWORDS *Health policy. Unified Health System. Right to health.*

Introdução

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) formulou proposições para enfrentar a questão saúde e reorganizar o sistema de saúde brasileiro. Parte do projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) expressou-se na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como ideia inicial a defesa do direito à saúde¹. Em 1988, a saúde foi reconhecida pela Constituição da República como um direito de todos e dever do Estado. Entretanto, a implantação do SUS enfrentou obstáculos políticos e econômicos que se refletem na sua condução atual^{2,3} e que precisam ser debatidos e estudados.

As investigações sobre a atuação de governos recentes na área de saúde têm apontado certas continuidades, tal como o subfinanciamento crônico que tem sido equacionado. Mendonça et al.⁴ e Teixeira e Paim⁵ analisaram as políticas de saúde do governo Lula, destacando que as ações executadas, embora coerentes com o programa de governo, mostram-se contraditórias em relação a outras políticas públicas implementadas, especialmente as políticas econômicas. Apesar das conquistas observadas na saúde, cabe reconhecer que ela não foi prioritária nas ações do governo. Outras políticas sociais, como distribuição de renda, diminuição da pobreza e geração de emprego, tiveram mais destaque⁶.

Outros estudos avaliam aspectos da conjuntura política, não só sinalizando alterações nas agendas em relação a governos anteriores, mas também apontando impasses, contradições e obstáculos para a garantia do direito à saúde⁷⁻¹⁰. Desse modo, foram observadas na revisão de literatura poucas investigações concernentes à análise política e à avaliação de políticas, com predomínio de ensaios, o que justifica o desenvolvimento de novas pesquisas^{11,12} sobre o tema.

Algumas questões colocam-se para investigação, no sentido de examinar períodos que incluem diversas manifestações populares, eleições majoritárias, efeitos da crise

mundial e o fortalecimento da oposição ao governo. O presente estudo, portanto, volta-se para a seguinte pergunta de pesquisa: quais foram os principais fatos políticos em saúde produzidos no Brasil entre 2011 e 2016?

O artigo tem como objetivo descrever os fatos políticos produzidos na área de saúde, durante os governos Dilma (2011-2016), discutindo possíveis relações com o desenvolvimento do SUS, com a legislação do setor e com os projetos defendidos por sujeitos coletivos.

Material e métodos

A pesquisa consiste em um estudo de caso¹³ sobre fatos produzidos ao longo dos governos Dilma (2011-2016) e divulgados na mídia, em publicações oficiais e em *sites* do Ministério da Saúde.

Como estratégia de produção dos dados, utilizou-se a pesquisa documental, tomando como base documentos e notícias, tais como: a) Programas de governo (das eleições de 2010 e 2014); b) publicações oficiais (Diário Oficial, fundações, agências de saúde federais, legislações e *sites* do Ministério da Saúde); c) mídia (notícias sobre a saúde, fatos e acontecimentos do cenário político, divulgadas nas mídias em circulação, dando prioridade àquelas de abrangência nacional); d) *sites* de busca (Google, Scientific Electronic Library Online – SciELO, PubMed, Medline); e) entidades da saúde – discussões, entrevistas, posicionamentos, documentos produzidos pelas principais entidades e sujeitos envolvidos no processo da RSB, entre eles, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); f) Observatório de Análise Política em Saúde.

O registro de dados decorrente do

levantamento de documentos oficiais e matérias da mídia escrita foi armazenado em arquivos impressos e/ou digitalizados de acordo com o tipo de documento utilizado. Após o arquivamento, os dados foram analisados utilizando-se matrizes em Excel® e separados por tipo de documento. As matrizes foram organizadas da seguinte forma: a) matriz de coleta e registro das notícias obtidas no site Saúde na Mídia; b) matriz de coleta e registro das notícias dos sites das entidades de saúde e instituições do governo; c) matriz de coleta e registro do site Saúde Legis; d) matriz produzida a partir do levantamento dos fatos selecionados.

A partir dos instrumentos citados, os fatos/notícias foram classificados para a análise considerando os seguintes critérios: 1) de acordo com os cinco componentes de um sistema de saúde (infraestrutura, gestão, financiamento, organização e modelos de atenção)¹²; 2) considerando os tópicos apresentados pelos programas de governo da candidata Dilma Rousseff em 2010 e 2014.

Resultados

Nas eleições de 2010, o Partido dos Trabalhadores (PT) trouxe uma mulher, Dilma Rousseff, como candidata a presidente, cuja campanha foi baseada na popularidade do então presidente Lula, que naquele momento tinha altos índices de aprovação¹⁴. A candidata apresentou compromissos programáticos que demonstravam a intenção de continuidade do governo Lula¹⁵, resgatando as transformações existentes no País nos oito anos do citado governo, prometendo continuar avançando¹⁶ e reiterando essa questão em seu discurso de posse¹⁷. As políticas apresentadas não traziam inovação significativa nem explicitavam compromisso com a RSB, tampouco com o SUS. O ministro da saúde indicado reproduzia o falso dilema entre financiamento e gestão. Além disso, o cenário internacional apresentava um

contexto adverso, com incertezas e recessões em alguns países da Europa, por conta da crise econômica que seguia desde 2008¹⁸.

Em relação à política econômica, o governo Dilma realizou um programa buscando o crescimento econômico e o desenvolvimento do capitalismo brasileiro, com alguma transferência de renda, sem romper com os limites impostos pelo modelo econômico neoliberal, o chamado neodesenvolvimentismo¹⁹. Buscou realizar a redução do diferencial entre as taxas de juros doméstica e internacional, diminuir a dívida líquida do setor público, alcançar uma taxa de câmbio mais competitiva e conseguir a queda da taxa de desemprego¹⁸.

Já as políticas sociais sofreram a influência do neodesenvolvimentismo e restringiram a agenda às políticas de transferência de renda com condicionalidades¹⁹. O Programa Bolsa Família apresentava resultados positivos, somado ao aumento real de salários, expansão do crédito, aumento de empregos, uma certa redistribuição de renda (em relação aos assalariados) e diminuição da pobreza²⁰.

Paim et al.¹² apresentaram uma análise da situação de saúde no início do governo Dilma, apontando avanços e desafios a serem enfrentados. Entre os avanços, estavam o processo de descentralização dos serviços de saúde para os municípios, ampliação do acesso aos cuidados de saúde, cobertura universal da vacinação e assistência pré-natal, além da expansão de recursos humanos e tecnologias em saúde. Porém, o SUS indicava alguns desafios, como o de garantir o acesso universal e equitativo, aumentar o financiamento e mudar o modelo de atenção^{12,21}.

Fatos produzidos no início do governo

Durante o governo Dilma, o foco foi a redução dos gastos públicos e a manutenção do subfinanciamento, com expansão e fortalecimento do setor privado¹⁰. Houve crescimento dos planos e seguros privados, incorporação de tecnologias de alto custo,

financeirização do setor⁸ e continuidade da captura do SUS pelo setor privado²².

Em 2011, foi estabelecida uma nova orientação política da atenção básica (a Portaria nº 2.488/2011)²³, com destaque para a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), flexibilizando determinadas normas com relação à organização e gestão do trabalho, especialmente no que diz respeito ao profissional médico. Ainda naquele ano, foi realizada a XIV Conferência Nacional de Saúde (XIV CNS)²⁴ e lançada pelo movimento sanitário a Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil, com propostas organizadas em cinco linhas de ação: 1) Saúde, Meio ambiente; Crescimento econômico e desenvolvimento social; 2) Garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade; 3) Investimentos – superar a insuficiência e a ineficiência; 4) Institucionalização e gestão do sistema de serviços de saúde; 5) Complexo econômico e industrial da saúde²⁵.

A lógica da focalização nas políticas de saúde foi mantida, com expansão de serviços de saúde em atenção primária. Com a Lei Complementar nº 141/2012 (LC-141), permaneceram os percentuais mínimos do orçamento para a saúde nos estados (12%) e nos municípios (15%) e foi mantida a fórmula de cálculo da participação da União centrada na variação do Produto Interno Bruto (PIB) nominal, ou seja, manteve o mesmo mecanismo de financiamento do SUS estabelecido 12 anos antes para o nível federal por meio da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29).

O subfinanciamento persistiu como um problema. Tal situação foi agravada quando o Legislativo e o Executivo impediram a aprovação de recursos adicionais para o SUS, rejeitando a destinação de 10% do orçamento federal para a saúde. Diante disso, a sociedade civil, mediante movimento denominado Saúde+10, articulou uma ampla mobilização e obteve mais de 2,5 milhões de assinaturas para uma emenda popular que garantisse o mínimo de 10% da receita bruta da União para a saúde²⁶. No entanto, mesmo com todo

o esforço, as bases do governo no Congresso inviabilizaram o projeto.

Ainda em 2011, foi instituída a Lei nº 12.527/2011, a chamada Lei do Acesso à Informação, que regulamenta o direito constitucional de acesso às informações públicas. Foram criados mecanismos que possibilitam o recebimento de informações públicas dos órgãos e entidades, sem necessidade de apresentar um motivo²⁷.

O Plano Brasil Maior foi instituído e dispunha de um conjunto de medidas de apoio à competitividade do setor produtivo brasileiro. Com ele, o governo estabeleceu sua política industrial, tecnológica, de serviços e de comércio exterior para o período de 2011-2014²⁸. Além disso, deu continuidade à Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (2003-2007) e à Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP) (2008-2010)^{29,30}.

Também nesse primeiro ano de governo, foi lançado o Plano de Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com o objetivo de reduzir em 2% a taxa de mortalidade prematura por enfermidades como câncer, diabetes e por doenças cardiovasculares como infarto e Acidente Vascular Cerebral (AVC). Esse plano propôs parcerias com diversos setores e previa ações para dez anos³¹.

Além disso, foram elaborados alguns programas e políticas, entre eles o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), criado pelo Ministério da Saúde em parceria com o da Educação, com o objetivo de estimular e valorizar o profissional de saúde que atua em equipes multiprofissionais na atenção básica e na Estratégia Saúde da Família, a fim de diminuir a desigualdade entre regiões ao levar os profissionais para locais mais carentes de serviços³².

Foi implantada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição do SUS, formulado o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica) e divulgado o Programa Nacional Telessaúde Brasil

Redes. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) também foi criada e gerou diversas manifestações pelo País, com questionamentos em relação à sustentabilidade da administração pública dos hospitais

universitários e sobre os diferentes modelos de gestão e sua natureza pública³³.

No *quadro 1*, encontram-se resumidos os principais fatos políticos produzidos na saúde nos anos 2011 e 2012.

Quadro 1. Principais fatos políticos produzidos das eleições de 2010 às Jornadas de Junho de 2013

Organização	<ul style="list-style-type: none"> - Regulação do SUS (Decreto nº 7.508 / 2011); - Redefinição do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes – Port. nº 2.546/2011); - Rede de Atenção Psicossocial (Portaria GM/MS nº 3088/2011); - Rede Cegonha (Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011); - Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012); - Criação do Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS) – 2011; - Retomada da discussão sobre o Cartão SUS – 2011.
Infraestrutura	<ul style="list-style-type: none"> - Decreto nº 7.646/2011, que estabelece a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec); - Portaria nº 1.214/2012, que institui o Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (Qualifar/SUS).
Modelo de Atenção	<ul style="list-style-type: none"> - Plano de Enfrentamento das DCNT (2011-2023); - Redefinição do Nasf 1 e 2 e criação do Nasf 3 – Port. nº 3.124/2012; - Lei nº 12.401/2011, resultando na atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); - Proposta de Cobertura Universal da Saúde (2012).
Gestão	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliação do elenco do Programa Aqui Tem Farmácia Popular; - Mudanças na Política Nacional de Atenção às Urgências (Portarias nº 1.600; nº 1.601; nº 2.026); - Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Portaria nº 2.488); - Programa Academia da Saúde (Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011); - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); - Provac (Portaria Interministerial nº 2.087/2011); - Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde; - Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Saúde (QualiSUS-Rede) (Portaria nº 396/2011); - Plano Brasil Maior (2011-2014), que inclui o complexo da saúde na agenda setorial; - Política Nacional de Alimentação e Nutrição do SUS (Portaria nº 2.715/2011); - Programa Brasil Carinhoso (2012); - Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (Portaria nº 506/2012); - Plano Nacional de Saúde 2012-2015; - Parceria para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) (2012); - Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (saúde bucal na rede) (2012); - Regulação do mercado de medicamentos (anorexígenos e medicamento similar); - Regulamentação da Emenda Constitucional 29 (Lei Complementar nº 141/2012); - Criação da EBSERH (Lei nº 12.550).
Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> - Saúde+10 (PL de Iniciativa Popular nº 321/2013).
Outros	<ul style="list-style-type: none"> - Movimento pela Auditoria Cidadã da Dívida (2012); - Mobilização para revisão da Lei de Patentes (Projeto de Lei – PL nº 5.402, de 2013) e para atualizar o tratamento das atividades de Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) (PEC 290/2003); - Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil (2011); - XIV CNS (2012); - Lei do Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011).

As Jornadas de Junho e o Programa Mais Médicos

Em junho de 2013, tiveram início as manifestações conhecidas como Jornadas de Junho, quando brasileiros e brasileiras foram às ruas com diferentes pautas para a conformação de uma agenda ao poder público³⁴. Os protestos foram convocados inicialmente pelo Movimento Passe Livre (MPL) motivados pelo aumento da passagem em São Paulo, sendo possível identificar diferentes fases: 1) protestos contra o aumento das tarifas de transporte ganhando visibilidade após repressão da polícia paulista; 2) apoio popular a partir das redes sociais, aumentando as manifestações com pautas progressistas e direitos sociais; 3) adesão de vários tipos de pautas e grupos políticos com interferência da grande mídia e 4) arrefecimento das manifestações com a atuação de *Black Blocs*^{35,36}.

Ao apresentar o Programa Mais Médicos como resposta às Jornadas de Junho, o governo atraiu de forma negativa a categoria médica e outros segmentos da sociedade. Apesar de a saúde não ter sido um dos temas centrais das manifestações, esta manteve-se como não prioritária até então pelo governo Dilma.

No final desse ano, o Congresso encaminhou a Proposta de Emenda Constitucional – PEC 358 que instituiu o orçamento impositivo, em que modificava o financiamento para a saúde, destinando 15% da receita corrente líquida, com um percentual a ser alcançado ao final de 5 anos o seu valor total, o contrário ao proposto pelos movimentos sociais com a proposta do Saúde+10³⁷. Essa PEC foi aprovada parcialmente no primeiro semestre de 2014.

O Decreto nº 8.243/2014 referente à Política Nacional de Participação Social e ao Sistema Nacional de Participação Social, fortalecendo espaços de participação e articulando a administração pública federal com a sociedade civil³⁸, gerou muitas polêmicas, desde a preocupação com os riscos dessa política em governos conservadores até o reconhecimento do avanço de um modelo de gestão participativa³⁹.

As eleições de 2014 e os ataques ao SUS

Nas eleições de 2014, a saúde não foi considerada prioridade nos programas de governos dos candidatos à presidência³⁶. No entanto, a palavra SUS apareceu mais na cena política, em comparação com a campanha de 2010, se bem que nenhum dos programas evidenciava estratégias para garantir a sua sustentabilidade⁴⁰.

Havia muitas semelhanças entre os programas dos candidatos, entre elas, a aproximação com o setor privado na saúde, seja pelas parcerias público-privadas, seja pelas estratégias de gestão e lógica de organização de serviços. Verificou-se certa influência das pautas de empresários da saúde contidas no ‘Livro Branco’⁴¹. De outro lado, entidades ligadas ao MRSB apresentaram um documento intitulado ‘Por um SUS de todos os brasileiros!’ com propostas que objetivavam um Brasil mais igualitário e justo, com um sistema de saúde que garantisse os direitos dos brasileiros, defendendo reformas política e tributária, a revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal e a proposta do movimento Saúde+10⁴².

A candidata Dilma Rousseff trouxe um projeto que basicamente atualizava o Programa Mais Médicos, acrescido do Mais Especialidades⁴³, enquanto o candidato Aécio Neves defendia a saúde para pobres e o fortalecimento do setor privado⁴⁴. Nem no seu projeto de governo nem em seus discursos de vitória e de posse a presidente eleita admitiu a saúde como prioridade, tampouco apresentou estratégias para assegurar a sustentabilidade do SUS.

Cabe ressaltar que, na segunda metade do primeiro governo Dilma, ficaram evidentes diversos ataques ao SUS, sobretudo partindo do Congresso Nacional, entre eles: 1) a abertura do setor saúde ao capital estrangeiro; 2) o orçamento impositivo (PEC 358/2013); 3) a PEC 451/2014 propondo planos de saúde privados para todos os trabalhadores, exceto os empregados domésticos; 4) a tentativa de anistia para as multas das operadoras de planos de saúde, por meio da Medida Provisória – MP nº

627; 5) o rebaixamento do financiamento da seguridade social; 6) os cortes no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) resultando no fechamento de farmácias da modalidade rede própria; 7) a proposta de perdão de R\$ 2 bilhões para empresas de planos de saúde⁴⁵, entre outros.

A PEC 451/14, de autoria do deputado Eduardo Cunha (Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB), alteraria o art. 7º da Constituição e pretendia incluir plano de assistência à saúde, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, para todos os trabalhadores, exceto os domésticos. Tal proposta significaria mais um retrocesso em relação a saúde como direito de cidadania, prevista na Constituição de 88, confrontando o capítulo referente à seguridade social⁴⁶.

No caso da MP nº 656/2014, esta tramitava na Câmara de Deputados com o objetivo de reajustar a tabela do Imposto de Renda. Entretanto, os deputados inseriram 32 temas diferentes à MP, entre eles a participação direta ou indireta do capital estrangeiro na saúde. A MP foi transformada em Projeto de Lei de Conversão nº 18, seguindo para sanção presidencial⁴⁷.

Apesar desses ataques contra o SUS, alguns com a conivência do Executivo, certas iniciativas propostas pelo governo poderiam ser ressaltadas: 1) Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade no Sistema Prisional; 2) Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; 3) Programa Mais Médicos⁴⁸; 4) Normas para a redução do número de cesarianas e incentivo ao parto normal^{49,50}; 5) Programa Nacional de Segurança do Paciente; 6) Política Nacional de Atenção Hospitalar; 7) Criação do Sistema de Negociação Permanente do SUS; 8) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança; 9) Política de Educação Permanente em Saúde; 10) Redefinida a Política Nacional de Promoção da Saúde; 11) Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com doenças raras (*quadro 2*).

Segundo governo Dilma e descompromisso com o SUS

No segundo governo Dilma, os economistas Joaquim Levy e Nelson Barbosa foram indicados para os Ministérios da Fazenda e do Planejamento respectivamente. Essa opção foi considerada como uma mudança na política econômica para um modelo ortodoxo, com forte ajuste fiscal⁵¹. Foram anunciadas nesse período mudanças nas regras de pensões, aposentadorias e seguro desemprego, exibindo assim o contraste em relação às propostas apresentadas durante a campanha de 2014 e no discurso de posse, quando a candidata garantia que os direitos dos trabalhadores seriam mantidos³⁶.

Várias manifestações e notas lançadas em 2015 expressaram opiniões críticas a diversos fatos que aconteceram naquele ano^{46,52-54}. No final de 2015, ocorreu a XV CNS em Brasília, com o tema ‘Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas’, sendo considerada por diversas entidades do MRSB como espaço importante para mobilização e envolvimento da sociedade civil sobre os rumos do SUS.

Diante da instabilidade política, as ruas voltaram a ser o palco das manifestações a favor e contra a presidente Dilma³⁶. Nesse cenário, o Congresso Nacional assumiu grande protagonismo, com embates entre os representantes do Executivo e do Legislativo em meio a uma crise econômica e a uma crise política. A perda da base parlamentar da presidente gerou a abertura do pedido de *impeachment*, seguido da cassação do presidente da Câmara dos Deputados por quebra de decoro parlamentar. Já em 12 de maio de 2016, o pedido de afastamento da presidente Dilma foi aprovado pelo Senado Federal. A situação do Brasil, com o ajuste fiscal, penetração da ideologia liberal e dificuldade do governo em apresentar resposta adequada aos fatos, indicava uma mudança na correlação de força, trazendo impactos negativos para as políticas de saúde.

Quadro 2. Principais fatos políticos produzidos das Jornadas de Junho de 2013 ao *impeachment*

Organização	<ul style="list-style-type: none"> - Redefine os critérios e parâmetros sobre os estabelecimentos de saúde (Portaria nº 140/2014); - Sistema Nacional de Participação Social (SNPS).
Infraestrutura	<ul style="list-style-type: none"> - Fechamento de Farmácias na modalidade rede própria (fevereiro 2016).
Modelo de Atenção	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades para o aborto legal (PL nº 5.069/2013); - Projeto Piloto visando à promoção do parto normal (2014).
Gestão	<ul style="list-style-type: none"> - Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (Portaria nº 529/2013); - Programa Mais Médicos (Lei nº 12.871/13); - Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (Portaria nº 3.390); - Programa de fortalecimento das entidades privadas filantrópicas e das entidades sem fins lucrativos que atuam na área da saúde (Prosus) (Lei nº 12.873/2013); - Criação do Sistema de Negociação Permanente do SUS (SINNP/SUS); - Programa de Desinstitucionalização (Portaria GM/MS nº 2840/2014); - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC); - Redefinição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) (2014); - Política de Educação Permanente em Saúde (Portaria nº 278/2014); - Redefinida a Política Nacional de Promoção da Saúde; - Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com doenças raras (Portaria nº 19.975); - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional; - Política Nacional de Participação Social (PNPS) 2014 (Decreto nº 8.243); - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC); - Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (2012); - Reconhecimento da constitucionalidade das OSs pelo Supremo Tribunal Federal (STF); - Reforma Ministerial; - Agenda Brasil (2015).
Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> - Orçamento Impositivo (PEC 358/2013); - Cortes do PFPB com fechamento de farmácias da modalidade rede própria; - Planos de saúde privados para trabalhadores, exceto as trabalhadoras domésticas (PEC 451/2014/EC 86/2015); - Abertura do capital estrangeiro na saúde (MP nº 656/2014); - Anistia de multas das operadoras de planos de saúde (MP nº 627/2014); - Rejeição da Emenda Popular Saúde+10 (2014); - Planos de Saúde após aposentadoria (PL nº 7.052/2015); - Proposta Desvinculação de Receitas da União (DRU), dos estados (DRE), dos municípios (DRM) (2016); - Rebaixamento do financiamento da Seguridade Social; - Projeto Saúde+10 - Alteração da Lei Complementar nº 141 (PLP 321 - Comissão de Legislação Participativa).
Outros	<ul style="list-style-type: none"> - Luta pelo direito à saúde (Manifestações de junho e julho de 2013); - Marcha dos Prefeitos a Brasília; - Plebiscito Nacional sobre a EBSERH; - Os vetos presidenciais ao ato médico; - Por um SUS de todos os brasileiros (Movimento da Reforma Sanitária Brasileira); - Porque defender o SUS - Diferenças entre Direito Universal e Cobertura Universal de Saúde; - Plebiscito Popular pela Constituinte; - Veto da presidenta Dilma à anistia de multas das operadoras e planos de saúde; - Entidades publicam Carta aberta em defesa da Política Nacional de Participação Social; - XV CNS; - Manifesto em defesa do SUS (2015); - Frente Brasil Popular; - Frente em Defesa do SUS (2015); - Tese do Cebras para a XV CNS; - Marcha em Defesa do SUS; - Pedido de Afastamento da Presidente Dilma; - Livro Branco: Brasil Saúde 2015; - Indicação de Marcelo Castro como ministro da saúde (2015); - Tríplice Epidemia (2016); - Implementação da Travessia Social (PMDB/2015); - Uma ponte para o Futuro (PMDB/2015).

Discussão e considerações finais

No início do governo Dilma, era possível identificar pelo menos três projetos em disputa na saúde: o mercantilista ou privatista, o revisionista ou racionalizador e o democrático ou da RSB². Ao lado do ‘projeto privatista’, o ‘projeto revisionista’ (racionalizador) ganhou força no primeiro governo da presidente, destacando-se na atenção básica e na atuação focalizada dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A ênfase em medidas racionalizadoras parecia reforçar esse projeto, tendência que se estendeu durante as negociações da regulamentação da Emenda Constitucional 29 (EC-29), efetivada com a aprovação da Lei Complementar – LC nº 141/2012. O ‘projeto democrático’ (RSB) não foi priorizado, sendo apenas debatido e defendido pela sociedade civil, particularmente pelas entidades e instituições vinculadas ao movimento sanitário.

Houve recuo governamental, após as Jornadas de Junho de 2013, voltando o crescimento das taxas de juros. Diante das manifestações ocorridas, verificou-se uma fragilização do governo e um crescimento da direita, podendo ser identificados na perda de apoio parlamentar e na desestabilização de pautas importantes no Congresso. Diante desse cenário, com a Lava Jato e os ataques ao ex-presidente Lula, as forças a favor do golpe atuaram para desconstruir políticas implementadas por ele e os setores que ele representava. Era evidente que o combate à corrupção era apenas um disfarce diante das reais intenções por trás do golpe⁵⁵.

No governo Dilma II, intensificaram-se a perda de apoio da base parlamentar e da mídia, e as manifestações públicas, sobretudo vinculadas a segmentos da classe média. Dessa forma, dois projetos disputavam a política durante aquele período: 1) Uma ponte para o futuro⁵⁶ (Plano Temer), com a proposta do novo regime fiscal e reformas com o objetivo de reduzir os gastos sociais,

favorecendo o setor privado e 2) Por um Brasil Justo e Democrático⁵⁷, que propunha ações de curto e longo prazo criticando as medidas de ajuste fiscal, recomendando a retomada do crescimento, preservando o emprego e revertendo a recessão econômica⁵⁸.

A aprovação da Lei permitindo a abertura ao capital estrangeiro nas ações e cuidados à saúde indicava uma vitória da coalizão de interesses de hospitais privados, empresas farmacêuticas e operadoras de planos de saúde⁵⁹. Demonstrava a atuação do Legislativo em defender os interesses do mercado na saúde e na agilidade em desmontar os direitos sociais⁶⁰.

No que diz respeito ao financiamento da saúde nesse período, é possível identificar a falta de garantia de estabilidade dos recursos necessários para manter um SUS público e de qualidade para todos os cidadãos. Nos últimos anos, embora tenha aumentado o financiamento, percebe-se uma redução na participação da União na despesa pública, crescendo a participação dos Estados e Municípios.

Quanto à infraestrutura, continuou insuficiente em relação às necessidades da população, embora com alguns avanços, mediante a implantação e implementação de projetos/políticas importantes, como a valorização da atenção básica e a expansão de serviços. No entanto, ainda é preciso enfrentar a questão da valorização dos trabalhadores e a distribuição desigual de instalações, equipamentos e pessoal da saúde⁶¹ para que se tenha um melhor acesso ao sistema, garantindo assim a integralidade da atenção. Além disso, é necessário reduzir a dependência da saúde ao setor privado, a exemplo dos serviços de alta e média complexidade e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT).

O investimento em tecnologia e informação foi uma das estratégias utilizadas no governo Dilma, com a criação de planos e desenvolvimento do complexo industrial da saúde. Todavia, um dos desafios que persistem é o de articular todos os componentes que estruturam os serviços de saúde e os interesses econômicos a eles atrelados,

tornando indispensável resolver o problema do subfinanciamento⁶².

A prestação de serviço no SUS ainda é centrada no modelo médico assistencial hospitalocêntrico, negligenciando os determinantes sociais e enfatizando a demanda espontânea. Entretanto, foram desenvolvidas algumas ações para qualificação desse componente, principalmente em relação à assistência farmacêutica, ao parto natural e ao combate da tríplice epidemia e à sífilis.

Já a organização do SUS tem sido cada vez mais dependente do setor privado. Embora tenham sido desenvolvidas ações no que diz respeito à criação das redes e da regulação do SUS, persistiram pontos negativos, como o desabastecimento de insumos e vacinas⁶³. A organização e a regulação do SUS têm sofrido influência de grupos de interesses, enquanto as estruturas adotadas têm sido insuficientes para promover mudanças na gestão⁶¹. Mesmo reconhecendo muitos problemas nesse componente do sistema, cabe sublinhar algumas políticas específicas lançadas, assim como o avanço na descentralização/regionalização do SUS. Contudo, com o crescimento da mercantilização, houve um aumento de outras formas de gestão como as Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), Parcerias Público-Privadas (PPP) e criação da EBSEH, intensificando a precarização do trabalho, aumentando a rotatividade dos

profissionais de saúde e comprometendo a sustentabilidade do SUS.

Ao analisar os fatos produzidos nos períodos do governo de Dilma Rousseff, percebe-se que o desenvolvimento da RSB e do SUS ficou condicionado pela sua base de sustentação política⁶⁴. O desenvolvimento da RSB durante o primeiro governo Dilma apresenta uma leitura semelhante à realizada até 2006⁶⁶. Embora o processo da RSB tenha sofrido diversas derrotas durante os governos Dilma, ele persiste¹⁰. A atuação das entidades ligadas ao movimento sanitário que lutaram contra a perda de direitos conquistados demonstram certa continuidade. Nesse sentido, pode-se constatar a atuação de diversos sujeitos, que se dedicaram para consolidar a RSB e ultrapassar sua 'reforma parcial'⁶⁶, embora os ataques tenham sido muitos. Há esperanças porque mesmo diante de tantas perdas de direitos o MRSB foi capaz de se articular e de mobilizar aqueles que acreditam em um país com menos desigualdade.

Por fim, cabe mencionar que a análise realizada neste estudo tornou possível responder às perguntas de investigação centradas no 'quê' e no 'como'. No entanto, cumpre ressaltar que para responder ao 'porquê' da produção desses fatos, faz-se necessário avançar teórica e metodologicamente em outros estudos para a análise de conjunturas políticas. ■

Referências

- Paim JSP, Almeida Filho N. Reforma Sanitária Brasileira em perspectiva e o SUS. In: Paim JSP, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 203-209.
- Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. 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. 91-122.
- Kruger TR. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. Rev. Katál. 2014 jul-dez; 17(2):218-226.
- Mendonça ACO, Dias CPF, Araújo MS, et al. Políticas de Saúde do Governo Lula: Avaliação dos primeiros meses de gestão. Saúde debate. 2005 maio-ago; 29(70):109-124.
- Teixeira CF, Paim JS. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. Saúde debate. 2005 set-dez; 29(71):268-283.
- Gadella CAG, Costa LS. Saúde e Desenvolvimento Nacional: a gestão federal entre 2003 e 2010. 2012. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD. Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 61-90.
- Machado CV, Baptista TWF, Lima LD. Apresentação: Política de Estado, Projetos de Governo e Saúde. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD. Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 13-27.
- Bahia L. O prazo de validade do SUS. Cad. Saúde Pública. 2013 out; 29(10):1940-1942.
- Costa AM. Saúde é desenvolvimento. In: Sader E. 10 anos de pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: FLACSO Brasil; 2013. p. 239-252.
- Paim JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Pública. 2013 out; 29(10):1927-1953.
- Pinto ICM, Vieira-Da-Silva LM, Baptista TVF. Ciclo de uma política de Saúde: problematização, construção da agenda. Institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: Paim JSP, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 69-81.
- Paim JS, Travassos C, Almeida C, et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet. 2011 maio.
- Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
- Dilma Rousseff é a primeira mulher eleita presidente do Brasil [internet]. G1.globo.com. 2010 out 31 [acesso em 2017 out 10]. Disponível em: <https://tinyurl.com/39u9xoq>.
- Os 13 compromissos programáticos de Dilma Rousseff para debate na sociedade brasileira [internet]. Brasília, DF: 2010 [acesso em 2017 set 3]. Disponível em: <https://tinyurl.com/yddpuezz>.
- Resolução sobre as Diretrizes de programa 2011/2014 [internet]. In: IV Congresso Nacional do Partido dos Trabalhadores. Brasília, DF: 2010 [acesso em 10 set 2013]. Disponível em: <https://tinyurl.com/y72cuysj>.
- Brasil. Presidência da República. Discurso de posse Presidente Dilma Rousseff. Brasília, DF: Presidência da República; 2011 [acesso em 2017 set 3]. Disponível em: <https://tinyurl.com/y862euw7>.
- Cagnin RF, Prates DM, Freitas MCP, et al. A gestão macroeconômica do governo Dilma (2011-2012). Novos Estudos. 2013 nov [acesso em 2017 dez 20]; 97:169-185. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/nec/n97/11.pdf>.

19. Boito A. As bases políticas do neodesenvolvimentismo. In: Fórum Econômico FGV. 2012. São Paulo: FGV; 2012 [acesso em 2017 dez 20]. Disponível em: <https://tinyurl.com/ybqjxao9>.
20. Singer A. Os sentidos do Lulismo: reforma gradual e pacto conservador. São Paulo: Cia das Letras; 2012. 280 p.
21. Bahia L. A saúde em Banho-Maria. In: Becker BK, Mendes C, Buarque C, et al. Os anos Lula: contribuições para um balanço crítico 2003-2010. Rio de Janeiro: Garamond; 2010.
22. Viana ALD. Longos dias tem cem anos. Cad. Saúde Pública. 2013; 29(10):1942-1944.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 [internet]. Diário Oficial da União [acesso em 2017 dez 10] 21 out 2011. Disponível em: <https://tinyurl.com/h2ma9v8>.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório 14 Conferência nacional de saúde [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2017 dez 10]. Disponível em: <https://tinyurl.com/yb3hk367>.
25. SUS igual para todos: Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil: 5 diretrizes para uma política de saúde 5 estrelas para pobres ou ricos [internet]. Brasília, DF: Abrasco; 2011 [acesso em 2017 set 15]. Disponível em: <https://tinyurl.com/ycfududz>.
26. Brasil. Congresso Nacional. Projeto de Lei de Iniciativa Popular nº 321/2013 sobre o Projeto Saúde +10. Altera dispositivos da Lei Complementar no 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências. Diário Oficial da União. ago 2013 [acesso em 2017 set 15]. Disponível em: <https://tinyurl.com/yasyakak>.
27. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 18 nov 2011 [acesso em 2017 dez 17]. Disponível em: <https://tinyurl.com/7qcfg64>.
28. Brasil. Governo Federal. Plano Brasil Maior: Inovar para competir. Competir para crescer: Plano 2011-2014 [internet]. Brasília, DF: Governo Federal; 2011 [acesso em 2017 set 15]. Disponível em: <https://tinyurl.com/y9cozvlg>.
29. Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial. Plano Brasil Maior: Inovar para competir, competir para crescer. Balanço executivo 2011-2014 [internet]. Brasília, DF: ABDI; 2011 [acesso em 2017 dez 17]. Disponível em: <https://tinyurl.com/y7q9b365>.
30. Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social. Relatório Anual 2011 [internet]. Rio de Janeiro: BNDES; 2011 [acesso em 2017 dez 17]. Disponível em: https://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/empresa/RelAnual/ra2011/relatorio_anual2011.pdf.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022 [internet]. Brasília, DF: MS; 2011 [acesso em 2017 dez 17]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf.
32. Ministério da Saúde. Unasus [internet]. Brasília, DF: c2017 [acesso em 2017 dez 20]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br>.
33. Sodré F, Littike D, Drago LMB, et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? Serv. Soc. Soc. 2013 abr-jun; 114:365-380.
34. Basilino L, Godoy R, Navarro C. O junho de 2013 [internet]. Le Monde Diplomatique. 2013 jul 2 [acesso em 2018 jan 10]. Disponível em: <http://diplomatique.org.br/o-junho-de-2013/>.
35. Singer A. Brasil, junho de 2013: classes e ideologias

- cruzadas. *Novos Estudos*. 2013; 32(3):23-43.
36. Magno LD, Paim JS. Dos clamores das ruas aos rumores do Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. *RECIIS*. 2015; 9:1-14.
 37. Piola S. A PEC 358/13 e a falta que o Gilson de Carvalho nos faz [internet]. Rio de Janeiro: Abrasco; 2015 [acesso em 2015 fev 15]. Disponível em: <https://tinyurl.com/y75mkcdk>.
 38. Delduque MC, Dallari SG, Alves SMC. Decreto que institui a Política Nacional de Participação Social: impactos na saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2014 set; 30(9):1-3.
 39. Yunes B. Decreto sobre participação social na gestão pública é discutido em reunião do CNS [internet]. Rio de Janeiro: Cebes; 2014 [acesso em 2013 fev 15]. Disponível em: <https://tinyurl.com/yao6wpt5>.
 40. 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]. *Rev. Disc. Programa Pós-Graduação Hist. UFJF*. 2016 jan-jun; 2(3):1-53 [acesso em 2016 jul 31]. Disponível em: <https://tinyurl.com/y9htx7fm>.
 41. Associação Nacional de Hospitais Privados. Livro Branco: Brasil Saúde 2015: a sustentabilidade do Sistema de Saúde brasileiro [internet]. Brasília, DF: ANHP; 2015 [acesso em 2016 set 23]. Disponível em: <https://tinyurl.com/y9jhr9xz>.
 42. Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Associação Brasileira de Economia em Saúde, Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde, et al. Por um SUS de todos os brasileiros: Propostas do Movimento da Reforma Sanitária para o debate nacional [internet]. Rio de Janeiro: Cebes; 2014 [acesso em 2017 nov 20]. Disponível em: <https://tinyurl.com/y7mo9df9>.
 43. Programa do Governo Dilma Rousseff. Mais mudanças, mais futuro [internet]. Brasília, DF: [editora desconhecida]; 2014 [acesso em 2018 maio 22]. Disponível em: <http://www.pt.org.br/wp-content/uploads/2014/07/Prog-de-Governo-Dilma-2014-INTERNET1.pdf>.
 44. Dominguez B. Uma agenda para a Saúde. *Radis*. 2014; 141 [acesso em 2017 nov 20]. Disponível em: <https://tinyurl.com/yb674awt>.
 45. Anistia a multas de planos de saúde. *Radis*. 2014; 140 [acesso em 2018 jan 20]. Disponível em: <https://tinyurl.com/yagndmye>.
 46. Nota: PEC 451 viola o direito à saúde e promove a segmentação do SS [internet]. Rio de Janeiro: Cebes; 2015 [acesso em 2018 jan 15]. Disponível em: <https://tinyurl.com/y72349xa>.
 47. Mathias M. As ameaças ao SUS: Interesses empresariais fecham o cerco ao SUS [internet]. Rio de Janeiro: Carta Maior; 2015 [acesso em 2018 jan 20]. Disponível em: <https://tinyurl.com/ya4uyat>.
 48. Ferreira L. Mais Médicos reduziu encaminhamentos a hospitais em pelo menos 20% [internet]. Rio de Janeiro: Cebes; 2014 [acesso em 2018 jan 15]. Disponível em: <https://tinyurl.com/yb2ns7za>.
 49. Alencar TOS. A Reforma Sanitária Brasileira e a questão medicamentos/assistência farmacêutica [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2016. 439 p.
 50. Reis CR, Paim JS. A saúde no período dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). In: *Anais do 3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde - Estado e democracia: O SUS como direito Social*. Natal, 2017.
 51. Costa O. A transição de Dilma. *Brasil Econômico* [internet]. Ponto Final; 2014 [acesso em 2018 jan 15]. Disponível em: <https://tinyurl.com/yb4fpd5q>.
 52. Nota Entidades: “Capital estrangeiro – Veta Dilma”. Rio de Janeiro: Abrasco; 2015 [acesso em 2017 nov 20]. Disponível em: <https://tinyurl.com/yam5xfwf>.
 53. Nota: Pelo SUS com financiamento mais justo!

- Não aos dispositivos da PEC 358/2013 que alteram o financiamento federal do SUS [internet]. Rio de Janeiro: Cebes; 2015 [acesso em 2018 jan 15]. Disponível em: <https://tinyurl.com/y8jbdutl>.
54. Abrasco. Pesquisa Clínica é coisa séria – participe da mobilização contra a flexibilização de normas e pelo controle social. Rio de Janeiro: Abrasco; 2015 [acesso em 2018 jan 15]. Disponível em: <https://tinyurl.com/y7djt9rr>.
55. Souza J. A radiografia do golpe: entenda como e por que você foi enganado. Rio de Janeiro: LeYa; 2016.
56. Fundação Ulysses Guimarães. Uma Ponte para o Futuro. Brasília, DF: FUG; 2015 [acesso em 2017 jan 15]. Disponível em: <https://tinyurl.com/y7f5dmy4>.
57. Plataforma Política Social. Por um Brasil Justo e Democrático. [S. l.]: Plataforma Política Social; 2015 [acesso em 2016 jan 15]. Disponível em: <https://tinyurl.com/yddchnrq>.
58. Souza LE. A travessia anti-social de Temer. Salvador: Observatório de Análise Política Social; 2016 [acesso em 2018 jan 15]. Disponível em: <https://tinyurl.com/yced7rfb>.
59. Scheffer M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. Cad Saúde Pública. 2015; 31(4):663-666.
60. Costa AM, Pêgo RA, Saddi FC, et al. Saúde no poder legislativo: objeto, investigação e tendências. In: Teixeira CF. Observatório de Análise Política em Saúde: abordagens, objetos e investigações. Salvador: Edufba; 2016.
61. Paim JS. SUS: Desafios e Perspectivas. Rev. Conass. 2011; 1(1):33-36.
62. Gadelha CAG, Braga PSC. Dinâmica econômica e estado de bem-estar social no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2016; 32(sup2):1-13.
63. Reis CR, Alencar T. Análise do processo da Reforma Sanitária Brasileira no período de 2007 a 2016 – Resultados Alcançados em 2016. Salvador: Oaps; 2017.
64. Magno LD. Dos clamores das ruas aos rumores do Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil [dissertação]. Salvador: UFBA; 2015. 110 p.
65. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
66. Paim JS. Sujeitos da antítese e os desafios da práxis da Reforma Sanitária Brasileira. Saúde debate. 2017; 41(esp3):255-264.