



Eixo: Políticas Públicas

Sistema Único de Saúde: Avanços e Retrocessos na Saúde Pública

Daiane Aparecida Oliveira¹
Tânia Mara da Silva Backschat²

Resumo: O Sistema Único de Saúde (SUS) é amplo e complexo, fundamental para o cuidado da saúde da população, porém no decorrer das décadas houveram avanços e retrocessos. Neste contexto, o presente estudo objetiva abordar a saúde pública no Brasil. Contextualizando o surgimento e as principais mudanças ocorridas a partir do ano 2000. O procedimento metodológico utilizado para o alcance dos resultados foi a pesquisa bibliográfica por meio de livros e artigos, e a pesquisa descritiva e exploratória, pois as informações foram exploradas nos livros e sistemas de informações, o que tornou possível as observações elaborados no decorrer do texto. E em meio a tantos embates tivemos avanços no SUS, mas em alguns pontos do sistema o retrocesso se fez presente, devido ao neoliberalismo e formas de privatização na área da saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Avanços, Retrocessos.

Introdução

As políticas públicas no Brasil tiveram início da década de 1930, em um cenário de miséria marcado pela desigualdade social e pela crise do trabalho, fruto das transformações ocorridas nas últimas décadas. O presente artigo abordará a conjuntura das políticas públicas de saúde, fazendo um resgate histórico para melhor compreensão, a partir da ênfase ao Sistema Único de Saúde a partir de 2000.

A característica da pesquisa será de revisão bibliográfica, em artigos e livros com referências nos autores; Behering e Boschetti (2011); Bravo e Menezes (2013); Iamamoto e Carvalho (2014), Oliveira e Maia (2013) entre outros autores. A metodologia utilizada tem por natureza a pesquisa qualitativa, e seu desfecho primário foi analisar o sistema único de saúde, sinalizando seus avanços e

¹ Acadêmica do curso de Serviço Social da Faculdade União de Campo Mourão – Unicampo. E-mail para contato: daovendas@hotmail.com

² Professora orientadora. Mestre em Serviço Social e Política Social, possui especialização em Educação Infantil e graduação em Serviço Social.



retrocessos na sociedade contemporânea. O objetivo secundário é produzir conhecimento através de pesquisa bibliográfica, desenvolver uma abordagem histórica até os dias atuais de forma científica e documentada.

Este estudo encontra-se dividido em três momentos: o primeiro apresenta brevemente as políticas públicas de saúde na década 1930. O segundo é dedicado aos acontecimentos a partir do ano de 2000. O terceiro busca analisar se houve avanço nos últimos anos, diante da prática neoliberal implantada no SUS.

Políticas Públicas de Saúde: início e continuidades

A questão sobre a saúde no Brasil encontrou espaço significativo somente após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986. Para entender a importância da construção do Sistema Único de Saúde - SUS é fundamental pontuar o surgimento das políticas públicas no Brasil, que deixou de ser interesse técnico para se tornar uma dimensão política. Nesse sentido, é necessário compreender o contexto histórico e a contribuição do Sistema Único de Saúde (SUS). No intuito de fazer uma análise dos avanços e retrocessos do SUS e seus enfrentamentos nos dias atuais.

Segundo Behring e Boschetti (2011) até meados de 1930 não existia uma política nacional de saúde. Nesse período a saúde era privada ou filantrópica. Nesse período a intervenção Estatal permeia por relações patrimonialistas, sem qualquer instrumento que garantisse sua universalidade, (BRAVO, 2009). Na época crescia o movimento da classe trabalhadora e o enfrentamento da questão social. Conforme, De Paula (2013, p. 86):

A saúde emerge como uma das expressões da questão social no nosso país em meio as reivindicações do nascente movimento operário, refletindo o avanço da industrialização, da divisão sócio-técnica do trabalho num contexto de economia exportadora cafeeira, no início do século passado. Nesse contexto, o sistema de saúde promovia o saneamento dos espaços de circulação de mercadorias exportáveis a fim de erradicar e controlar as doenças que poderiam prejudicar o desenvolvimento econômico do país.

O desenvolvimento do país recebe uma nova demanda em 1964, em que o foco do governo não era a saúde pública. Na sequência as lutas pela democratização do país giravam em dois aspectos: liberdade políticas e



universalização dos direitos sociais. A saúde pública ficava para segundo plano, vista como uma máquina insuficiente e conservadora, submetida a uma política concentradora de renda, onde gerava uma alta taxa de mortalidade.

As reivindicações cresceram na sociedade e o regime ditatorial começa a enfrentar uma crise, cedendo lugar a projetos de redemocratização consolidados pela Assembleia Constituinte de 1988. Um espaço de disputa de dois projetos existentes: o privatista, ligado ao mercado e a indústria farmacêutica e o da Reforma Sanitária, ligada aos movimentos sociais.

Apesar das disputas, o texto final da Constituição Federal de 1988 atendeu a grande parte das reivindicações da sociedade civil organizada. Considerando o novo processo do país, o direito a saúde passa a ser definido como universal de responsabilidade do Estado, de característica não contributiva, ou seja, o cidadão não precisa pagar para ter acesso.

Suas ações e serviços devem ser realizados por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS), promulgada pela Lei nº 8.080/90. Deste modo:

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição Federal de 1988. Seus princípios para democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a se nortear pela descentralização (BRASIL, 2000, p 05).

Esse novo Sistema de Saúde representa um avanço para a sociedade, mesmo com negociações que abrangeram interesses públicos e privados. Tensionada por dois projetos, o capital, que defende as reformas recomendadas pelo Banco Mundial, e o projeto de setores progressistas da sociedade civil, que defendem o SUS e seus princípios, integrantes da proposta da Reforma Sanitária.

Outro ponto relevante na década de 1990 esta na criação das Normas Operacionais Básicas, as quais representam a divisão de responsabilidade na relação entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios.

Ainda na década de 1990, ocorreu um intenso processo de descentralização por meio das Normas Operacionais Básicas (NOBs) sendo elas: NOB/91, NOB/92, NOB/93 e NOB/96 que tratam da organização do sistema de saúde, como convênios de municipalização e consolidação da gestão municipal (DOMINGUEZ, 2014, p.13).



As NOBs permitiram que cada entidade federativa tivesse sua responsabilidade, um instrumento de regulação do SUS envolvendo princípios e diretrizes. Os argumentos descritos destacam os ganhos da saúde pública nos termos de legitimidade e o processo de redemocratização do país. Advindos de lutas sociais que resultaram na garantia de direitos estabelecidos em lei. Porém, a política pública de saúde se configura a partir dos interesses do Estado atrelados aos interesses do capital. Para compreender essa relação de interesses iremos transitar nas políticas de saúde a partir dos anos 2000.

Mudanças na Saúde com o Governo do Partido dos Trabalhadores

Neste texto, abordaremos as modificações nas políticas públicas voltadas a saúde a partir do ano 2000, e as mudanças no governo posterior ao de Fernando Henrique Cardoso (FHC). Realizaremos uma comparação dos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Roussef, e suas mudanças no âmbito de consolidação de direitos e ampliação do conceito de saúde de acordo com concepção da Lei 8.080/90.

Uma das primeiras mudanças é Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS), com o princípio de regionalização do SUS com regulamentação federal e estadual. Consolidada em 2001 e 2002, com a Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Promoção a Saúde e os Pactos pela Saúde.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde traz ações para grupos específicos, fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, promoção da saúde e atenção básica, reafirmando a consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família (COSTA; RIBEIRO, 2017). Neste sentido, o Ministério da Saúde (2001) aponta que o NOAS veio para garantir respaldo na organização do SUS.

...uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2001, p. 34).



Segundo Braz (2004) apud Bravo e Menezes (2013) a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva em 2003 significou um marco político na política do país, pois foi a primeira vez que se elegeu um representante da classe operaria brasileira com forte experiência de organização política. A consagração eleitoral foi resultado da reação população contra o projeto neoliberal implantado nos anos 1990. Diante do ideário, crescia o entusiasmos de expansão do SUS.

A expectativa que se colocava para o governo Lula era a de fortalecer o SUS constitucional. Entretanto, no debate interno ocorrido no governo entre os universalistas e os focalistas, esses últimos estão sendo cada vez mais fortalecidos. A defesa da primazia do Estado na saúde para o atendimento dos segmentos mais pobres da população ganha cada vez eco, e com a pressão do desfinanciamento, a perspectiva universalista este cada dia mais longe de ser atingida. A grande questão é a segmentação do sistema, com ênfase nas ações privadas, que passam complementares para essenciais (PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE, 2009, p. 19).

Havia um interesse que o governo fortalecesse o Projeto de Reforma Sanitária na saúde, já que sinalizava como um dos desafios a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária. De acordo com os estudos de Paim et al. (2005) apud Bravo e Menezes (2013), no primeiro mandato de Lula, o governo assumiu um compromisso de ampliação, fortalecimento e financiamento do Programa Saúde da Família, dos vínculos dos hospitais universitários (HUs) com o SUS, estruturação do serviço de emergência, com o lançamento do Programa Nacional de Atenção Integral às Urgências e a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Sobre os programas especiais, foram mantidos os de combate ao tabagismo e de AIDS. Na saúde da mulher houve um esforço para enfrentar a mortalidade materna e formular uma política específica. Quanto ao Programa de Tuberculose era necessário melhorar a cobertura de atenção a doença. Os programas criados impactaram principalmente na redução mortalidade infantil e no número de gestantes recém-nascidos com acompanhamento médico, com cobertura vacinal, os tratamentos de hanseníase tornaram-se mais eficientes e o de tuberculose foram concluídos (BRASIL, 2008).

Na área de assistência farmacêutica, o governo buscou ampliação de laboratórios oficiais, criou as farmácias populares e aumentou a fiscalização e o controle dos medicamentos.



A partir das contribuições dos autores acima citados, identificamos que as políticas públicas de saúde sofreram impactos da política macroeconômica. Questões centrais como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Política Nacional de Medicamentos, não foram enfrentadas. Neste contexto, Bravo e Menezes (2013, p. 80) apontam que:

...na atual conjuntura, desafios estão colocados para defensores do Projeto de Reforma Sanitária com relação à democratização da saúde. É importante destacar que o movimento sanitário, formulador do projeto de Reforma Sanitária e do SUS, durante a década de 1990, ficou em posição defensiva, apenas resistindo aos ataques ao SUS.

Neste sentido, é possível avaliar os avanços para a população com a criação de programas estratégicos de saúde, mas o contexto histórico apresenta desde a década de 1990 que o Estado brasileiro, vem sendo atacado pela lógica neoliberal. Assim Behring (2003) faz uma análise acerca do neoliberalismo e o seu tensionamento, entre efetivação dos direitos inscritos na última constituição e o ajuste estrutural proposto pelo programa.

A partir dos efeitos dos ajustes neoliberais, a economia nacional e dos direitos sociais, acaba por fazer um compromisso com a diminuição do gasto público para pagamento dos juros da dívida pública. Nesse aspecto o campo da saúde ganha destaque, segundo Silva e Mendes (2013), o princípio de universalidade não avança no sentido da garantia dos direitos inerentes a saúde

Para Bravo e Menezes (2013) a parceria com setor privado na área de saúde é preocupante com relação à defesa do SUS, construído na década de 1980. Ao assumir a Presidente Dilma Rousseff (2011) mantém em seu governo a realização de programas sociais, com a continuidade dos programas lançados pelo governo anterior.

Outra demanda implantada foram as Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPAs) e em relação atenção primária foi implantada Lei 12.871/2013 - Programa Mais Médico, com provimento emergencial para suprir os vazios assistenciais em áreas vulneráveis.

Observamos que o SUS avançou comparado algumas décadas, portanto o objetivo é fazer uma busca reflexiva, em sua fase de aperfeiçoamento e consolidação nas suas novas propostas, visto que vem de uma proposta neoliberal



desde a década de 1990, políticas e programas ligados a parceria com setor privado.

SUS: os avanços frente aos retrocessos

Como apresentado na seção anterior os dois últimos governos causaram grandes expectativas na população. Na conjuntura de ambos os governos, percebe-se a fragilidade das lutas sociais onde não conseguiram uma defesa da saúde pública, pois o SUS no decorrer das décadas vem sofrendo diversas ameaças.

Segundo Santos (2012) o sistema de saúde conquistado e institucionalizado democraticamente é atacado pela lógica capitalista, seu alvo é universalização, igualdade no acesso, descentralização com o comando em esfera de governo, integralidade das ações, controle social e participação da sociedade na construção da política. E enfatizadas as propostas de terceirização, privatização, seletividade e focalização da política de saúde.

Nesse sentido, as regras do mercado são fundamentadas na base da exploração da doença, como principal fonte de lucros e a privatização possui fortes vínculos com o capital internacional, através de sua relação com o complexo financeiro industrial médico, hospitalar, farmacêutico e de insumos. A terceirização na saúde pública nada mais é que, uma forma de reduzir custo, uma operação feita de forma rápida sem comprometer recursos internos, táticas governamentais. As tendências neoliberais geram impactos, no qual inibi a capacidade do Estado de responder as necessidades da população brasileira. O ataque ao SUS impossibilitar a oferta de serviços públicos, gratuito e de qualidade, devido a terceirização que abre e espaço para o setor privado assim atendendo o capitalismo.

Para Iamamoto e Carvalho (2014) o Estado continua forte, o que muda é a direção econômica da atividade e da intervenção estatal, estabelecendo novas regras para governar a favor do grande capital financeiro. O projeto neoliberal continua a demonstrar uma vitalidade impressionante, seu dinamismo não está ainda esgotado, como se pode ver na nova onda de privatizações, e “a hegemonia neoliberal se expressa igualmente no comportamento de partidos e governos que formalmente se definem como seus opositores” (SADER; GENTILI, 1995, p.17).



Diante do exposto, nota-se que as políticas de saúde se concretizaram a partir da histórica brasileira, do processo de construção e desconstrução de direitos, entre conflitos e interesses do capitalismo. Na crise estrutural do capital, a saúde tem sido um espaço de grupos econômicos em busca de lucros, em seu movimento privatista nos espaços públicos.

Ao falar de retrocesso é preciso lembrar acerca do afastamento de Dilma Roussef da presidência da república, que desnudou as fragilidades da democracia burguesa e o esgotamento da política de conciliação de classe.

Em seu lugar assume Michel Temer representando os setores mais arcaicos e conservadores e revolucionário da sociedade brasileira. O governo de Temer trata de uma restauração conservadora de um projeto político neoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorece os interesses da classe dominante do país e aprofunda sua dependência junto ao capital internacional (BRAVO et. al, 2018, p. 12).

O governo de Temer trouxe o discurso de seus antecessores, com maior intensidade, o discurso de uma crise na saúde e na sociedade no geral, segundo Mota (1995), forjada desde 1990, que tenta fazer acreditamos nas propostas de ajustes e retiradas de direitos, vista como inevitáveis e que as perdas serão compartilhadas por todos. A realidade não é esta, pois a classe trabalhadora é quem paga a conta e preço da crise.

Ambos os governos são marcados pela racionalidade da contrarreforma na política de saúde, em virtude da inserção dos ideais privatista, como por exemplo as Fundações Estatais de Direito Privado que o Estado aprovou a Emenda Constitucional 95, a qual delinea um Novo Regime Fiscal (NRF).

A Emenda Constitucional 95 congela o piso e gastos primários de cada poder, com base de financiamento de acordo com as despesas do ano 2016, no período de 20 anos. De acordo com Vieira e Benevides (2016) o Novo Regime prevê congelamento dos gastos para o campo da saúde no qual corresponde a: desvinculação das despesas com ações e serviços públicos de saúde e redução dos gastos públicos per capita com a saúde e aumento com das iniquidades no acesso aos bens e serviços de saúde.

Uma dessas questões é a perda de recursos federais destinados ao SUS estimada em R\$ 654 bilhões de reais nesse período de 20 anos, em um cenário conservador (crescimento médio do PIB de 2% ao ano). Ao utilizar uma estimativa de crescimento maior (3% ao ano), a estimativa chega a R\$



1 trilhão. Ou seja: ao comparar a regra da PEC com a atual, quanto mais a economia brasileira crescer nesse período, maior a perda de recursos para a Saúde (BRAVO; MENEZES et. al, 2018, p. 22).

Na prática, significa menos farmácia popular, postos de saúde, hospitais, e menos profissionais de saúde nos territórios (CNS, 2018). A população mais vulnerável foi fortemente atingida, com redução do financiamento do SUS, e aumento da demanda dos usuários, ficando visível a desigualdade social e longas filas de espera para atendimento, implicando no aumento da procura por jurisdição, em razão da redução de serviços de saúde.

O Presidente Michel Temer se aprofundou nas tendências da privatização do sistema de saúde brasileiro, com parcerias público-privadas e parcerias de desenvolvimento produtivo, sendo fruto do avanço da grande burguesia, subservientes aos ditames do capital financeiro internacional, por utilizar o fundo público para contestar sua crise (ANDREAZZI; BRAVO, 2014).

Após um governo ao qual impulsou terminantemente a união do público com privado (Michel Temer) na saúde pública, em 2019 o novo representante, Jair Bolsonaro no seu programa de governo, o mesmo apresentou poucas propostas concretas, embora a orientação mais geral ultraliberal constitui um ambiente bastante favorável a expansão do papel do setor privado na saúde. Bolsonaro iniciou seu mandato fazendo críticas ao programa mais médicos, não poupou nem os profissionais de saúde cubanos que atuaram no Brasil.

Nos dias atuais, têm-se um sistema público e privado que amplificam gastos em saúde gerando dupla taxação que atinge, principalmente, as camadas médias e trabalhadores formais. Planos privados de saúde acentuam as características mercantis do sistema de saúde que acabam contaminando o sistema público, pois, no Brasil em especial, influenciam trabalhadores e gestores.

Considerações Finais

Diante das considerações traçadas neste trabalho, foi possível verificar que a política pública de saúde de 1930 configura-se a partir de interesses do Estado, ou seja, visando interesses do capital. Com a queda do regime militar, houve avanço e fortalecimento dos movimentos sociais, no qual a luta era por um sistema universal e igualitário, com o objetivo de consolidar o SUS. Na atual conjuntura podemos



concluir que em meio a tantos embates obtivemos avanços, porém ao mesmo tempo retrocesso, devido ao neoliberalismo e formas de privatização na área da saúde.

O SUS avançou comparado em algumas décadas, visto que vem de uma proposta neoliberal desde a década de 1990. Em 2003 houve uma grande expectativa no governo Lula e após no governo Dilma, uma espera de fortalecimento da reforma sanitária e SUS constitucional, todavia foram políticas e programas focalizados e com parceria com setor privado, dando sequência ao governo anterior (FHC). O papel do Estado é fortalecido no atendimento dos mais pobres e o cenário universalista está cada vez mais longe de ser alcançado.

A política focalizada nada mais do que uma medida que permite o atendimento por grau de pobreza e não por igualdade. Atualmente tem-se um sistema público e privado que amplificam gastos em saúde gerando dupla taxação que atinge principalmente os mais pauperizados. Planos privados de saúde acentuam as características mercantis do sistema de saúde, na realidade o SUS acaba se tornando um mercado de saúde e um grande desafio para a população.

Referências

ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e Organizações Sociais na atenção à saúde. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 499-518, 2014.

BEHRING, Elaine R. **O Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHERING, E. R.; BOSCHETTI, I **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO. Maria Inês Souza. **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas: Papel Social, 2013.

BRAVO, Maria I. S.; MENEZES, Juliana S. B. **A Política de Saúde na atual conjuntura**: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. In: BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas: Papel Social, 2013. Cáp. 2, p. 19-48.



ISSN: 2595-444X

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html Acesso em: 04 Julh. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquista**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 95, de 26 de janeiro de 2001**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. **Lei 12.871, de 22 outubro de 2013**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm Acesso em: 20 out. 2019.

CARVALHO, R.; IAMAMOTO, M. V. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo, 41 ed., Cortez, 2014.

COSTA, Liduina Farias Almeida da. RIBEIRO, Herta Maria Castelo Branco. **Políticas de Saúde e Serviço Social: contradições, ambiguidades e possibilidades**. 2ed. Fortaleza: EDUECE, 2017.

DE PAULA, Luciana Gonçalves Pereira. **A dimensão investigativa do exercício profissional do assistente social na saúde**. In: BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas: Papel Social, 2013. Cáp. 4, p. 85-98.

DOMINGUEZ, Bruno. **Regionalização é o caminho**. In: Revista Radis. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 145, 2014, p. 13.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: Cortez, 1995.

PAIM, JS. **Período Lula**. In: **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008,



ISSN: 2595-444X

pp. 241-268. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593-12.pdf>> Acesso em: 20 out. 2019.

SADER, E.; GENTILI, P. **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. 10. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SANTOS, Josiane Soares. **“Questão Social”**: Particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. **Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Nota Técnica nº 28. Brasília: Ipea, 2016.