



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Gabrielle de Jesus Gomes Teodosio

**SISTEMAS DE SAÚDE UNIVERSAIS NO BRASIL E NA INGLATERRA:
POLÍTICA PÚBLICA E LUTA SOCIAL**

Rio de Janeiro

2021

Gabrielle de Jesus Gomes Teodosio

**SISTEMAS DE SAÚDE UNIVERSAIS NO BRASIL E NA INGLATERRA:
POLÍTICA PÚBLICA E LUTA SOCIAL**

Projeto de monografia apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para aprovação no Curso Técnico em Gerência em Saúde.

Orientador(a): André Dantas

Rio de Janeiro

2021

RESUMO

Brasil e Inglaterra são exemplos de países que possuem sistemas de saúde universais, ou seja, todo indivíduo tem direito a acessar o serviço de saúde sem pagar nada por isso. Em ambos os países entende-se a saúde como um direito da população, mas a saúde pública nos últimos anos vem sendo atacada constantemente devido ao grande crescimento do capital e com a ideia da saúde como mercadoria, levando o National Health Service e o Sistema Único de Saúde à crise. Esta monografia irá abordar sobre como as questões de ordem econômica e política, bem como a luta social, entre classes, que é mais ou menos intensa a depender da situação e da conjuntura, influencia no peso das políticas públicas, no papel do Estado e no entendimento dos direitos da população. Buscará ainda entender como a crise capitalista está influenciando nos serviços de saúde inglês e brasileiro, uma vez que esses países ocupam patamares diferentes na ordem internacional do capital.

Palavras-chave: NHS, SUS, Luta Social e Políticas Públicas.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	07
CAPÍTULO 1 - A CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE.....	10
CAPÍTULO 2 - A FORMAÇÃO DO NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	19
CAPÍTULO 3 - A MERCANTILIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE.....	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42

INTRODUÇÃO

Este trabalho está baseado no materialismo histórico-dialético, metodologia proposta por Karl Marx. Marx propõe em método que entende a totalidade como social e histórica. Como ilumina Marx:

O concreto é concreto porque é a síntese de muitas determinações, portanto, unidade da diversidade. Por essa razão, o concreto aparece no pensamento como processo da síntese, como resultado, não como ponto de partida, não obstante seja o ponto de partida efetivo e, em consequência, também o ponto de partida da intuição e da representação (MARX, 2011, p. 54).

O conceito de luta de classes definido por Marx e Engels no livro *Manifesto Comunista*, também é essencial, a nosso ver, para solucionar o que o presente objeto de estudo exige.

Minha motivação para realizar esta pesquisa ocorreu durante uma aula de IEP¹ (Introdução à Educação Politécnica), no eixo saúde, no ano de 2017, quando eu cursava meu primeiro ano na Escola Politécnica. Naquela oportunidade foi utilizado como recurso didático o documentário SICKO: SOS Saúde². Este documentário mostra um pouco do sistema de saúde de alguns países, tais como: Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, França e Cuba. Ao ver este documentário fiquei intrigada com o sistema de saúde inglês e com o vínculo que a sociedade britânica tem com o National Health Service (NHS). Daí surgiu o interesse em analisar como a construção das sociedades inglesa e brasileira contribuíram para a construção de seus sistemas de saúde e entender como a força social impacta na valorização ou desvalorização do NHS e do SUS na crise instaurada atualmente em ambos os sistemas.

Segundo Jairnilson Silva Paim, um sistema de saúde é “o conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações”. (2009, p.13-14). Para Paim, agências podem ser organizações, públicas ou privadas, que têm como objetivo promover a saúde da população. Se quisermos, podemos ir além da definição formal de Paim. Um sistema de saúde é resultado de muitas disputas políticas e interesses diversos. Dessa forma, se a luta política e social em busca de políticas públicas for forte, esse “conjunto de agências e agentes” tende a ser mais forte também; assim como, se essas lutas se enfraquecem, os sistemas de saúde tendem a se enfraquecer também e acabam sofrendo uma série de ataques e desmontes, como têm acontecido com o Sistema Único de Saúde (SUS) e o National Health Service (NHS)

1 Introdução a Educação Politécnica (IEP) uma modalidade da educação básica praticada na EPSJV.

2 Documentário produzido pelo cineasta Michael Moore lançado no dia 7 março de 2008 no Brasil.

atualmente. Precisamos tomar cuidado para não naturalizar a presença de instituições privadas nos sistemas de saúde, como se fosse um dado da realidade e não resultado da mesma luta social que apontamos e de opções políticas que se tomam no desenrolar dessa luta. São conhecidos os interesses distintos entre as classes e o desejo permanente do sistema do capital de ampliar o seu lucro.

Os sistemas de saúde, como conhecemos atualmente, começaram a ser idealizados no final do século XIX, entretanto, os sistemas de saúde só alcançaram a universalidade próximo a segunda metade do século XX. No fim do século XIX começou a surgir na Europa a chamada “questão social”³, que está na origem das políticas sociais, fruto das transformações produzidas pelo processo de industrialização europeu. Para Pereira (2009), a questão social tem em sua base dois movimentos antagônicos que são consequência do processo de industrialização: a economia de mercado, que transformou tudo em mercadoria, causando uma grande transformação da sociedade; e a reação aos efeitos danosos da economia de mercado, tendo à frente a classe trabalhadora, que

[...] visando proteger os interesses humanos, relegados ao mais brutal desamparo, apelou para diferentes salvaguardas: associações mútuas, legislação protetora, alianças de classe e defesa da instituição e extensão da cidadania social, que passou a ser garantida e provida, sob a forma de políticas, pelo Estado (PEREIRA, 2009, p. 120).

Assim, deu-se origem as políticas sociais, geradas pelas tensões que surgiram naquele momento entre o trabalho e o sistema do capital, levando os trabalhadores a se organizarem sindicalmente e exigirem alguma forma de proteção social. Um dos marcos desse momento foi à criação da Lei de Seguros Sociais na Alemanha, pelo chanceler Otto von Bismarck, em 1883, levando a criação do sistema de saúde alemão. No século XX, a “questão social”, sob um contexto de Guerra Fria e após um conflito militar global que deixou mais de 60 milhões de mortos (VAINFA et al, 2016), servirá como base para a criação e instauração, em parte dos países do capitalismo central, do “Welfare State”⁴, que inspirará a criação de sistemas de saúde de alcance universal.

3 Segundo Iamamoto (2001, p. 27), “a questão social é apreendida como um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

4 O *Welfare State*, ou Estado de Bem-Estar Social, foi um sistema político vigente a partir da segunda metade do século XX, numa parte dos países do capitalismo central europeus, onde o papel das políticas sociais de grande envergadura é destacado na regulação dos conflitos sociais entre as classes (LESSA, 2013).

No século XIX, diferentemente da Europa, essas questões sobre políticas sociais passavam longe do Brasil, uma vez que o Brasil ainda enfrentava questões como a escravidão, tendo as suas relações de trabalho, portanto, em patamares bastante distintos. No Brasil não existia um sistema de saúde ou qualquer tipo de proteção social. Os serviços de saúde eram “comprados” pelas famílias que possuíam recursos para isso. O que restava aos pobres era a caridade cristã, através das Santas Casas de Misericórdia. Havia também algumas ações do Estado para o combate às epidemias.

A construção do NHS e do SUS foi fruto de muita luta política e social, e ambos foram criados em contextos de tensão nas duas sociedades. O NHS foi criado em 1948, pós Segunda Guerra e durante a Guerra Fria, e o SUS em 1988, pós ditadura militar. Atualmente, na esteira da crise dos sistemas de proteção social no mundo, ambos os sistemas estão em profunda crise (embora em escalas distintas), que resultam, em última análise, da crise do capital e da luta de classes, que tem sido amplamente favorável à classe dominante, que tem se apropriado do fundo público botando em cheque a universalidade de ambos em sistemas.

Neste trabalho, vamos percorrer, panoramicamente, a história da construção do direito à saúde e os casos particulares da construção e da crise do NHS e do SUS. Os capítulos estão divididos da seguinte maneira: o primeiro irá abordar a construção do direito à saúde no Brasil e na Inglaterra; o segundo irá discorrer sobre a história de ambos os sistemas de saúde, e por fim, o terceiro capítulo irá falar sobre o processo de mercantilização da saúde na crise capitalista atual.

Capítulo 1 - A construção do Direito à Saúde

Sabe-se que o direito a saúde no Brasil e na Inglaterra são assegurados constitucionalmente, entretanto, a construção desse direito não foi um dado da realidade e sim fruto de luta e reivindicações sociais. De acordo Benevides e Vieira (2016), os direitos sociais começaram a ser idealizados no final do século XIX na Europa, como resposta a reivindicações trabalhistas, tendo como grande marco a criação da Lei de Seguros Sociais na Alemanha, que assegurava a prestação de serviços de saúde e previdência social aos trabalhadores alemães. Nessa época saúde era considerado apenas a ausência de doença, sem levar em consideração fatores econômicos e sociais, levando a compreensão de que a assistência médico-hospitalar curativista fosse o suficiente para a assecuração de saúde da população.

Entretanto, no meado do século XX após duas grandes guerras que foram responsáveis por milhões de mortes no mundo inteiro, que motivou a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1945, e em dezembro de 1948 a ONU publicou a Declaração Universal dos Direitos Humanos e, seu 25º artigo assegurava que

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948, on-line).

Como citado anteriormente, a Declaração dos Direitos Humanos foi criada em um contexto de pós Segunda Guerra e com a Guerra Fria em iminência. As classes dominantes perceberam que para manter o seu poder era necessário que fosse criado um pacto social para assegurar que os ocorridos na Segunda Guerra não se repetissem, devido a isso a declaração foi uma das formas de expressar as mudanças que estavam ocorrendo, dentre elas, a mudança no conceito de saúde no mundo, que deixou de ser considerado apenas a ausência de doença e passou a considerar fatores sociais e econômicos para a garantia da saúde, levando a saúde a consolidar-se como um direito, que deve ser garantido mediante políticas públicas, o que incentivou a criação de sistemas públicos de saúde na Europa no fim dos anos 1940 e no Brasil no fim dos anos 1980.

Todavia, a assecuração do direito a saúde depende principalmente da participação popular para fiscalizar os serviços de saúde e reivindicar as necessidades da população. Tendo isso em

vista, esse capítulo irá abordar o nascimento do sistema de fábricas e a situação da classe proletária na Europa, com foco na Inglaterra, no século XIX e a construção do direito a saúde no Brasil contemporâneo por meio de uma reforma social, a Reforma Sanitária Brasileira.

1.1 A SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS TRABALHADORES NA EUROPA NO SÉCULO XIX

A origem da palavra trabalho vem de “tripalium” que era um instrumento usado por lavradores, que no século VI passou a ser um instrumento de tortura em Roma. Antes mesmo da palavra trabalho ser associada a um instrumento de tortura, trabalhar significava a perda de liberdade. Com o tempo a palavra foi ressignificada, e passou a ser interpretada como uma situação de dor, pobreza e tortura até a época moderna (VESCHI,2019). Entretanto, a transformação da sociedade devido ao nascimento da classe burguesa, urbanização dos países e o nascimento do sistema fabril, a palavra trabalho foi ressignificada, graças aos movimentos e transformações da sociedade, tornando-se algo positivo. A burguesia ascendente passa a enxergar o trabalho como uma forma de conquistar propriedade, ascensão social e de alcançar a riqueza, algo nunca esperado antes. A classe burguesa liga o trabalho à moralidade do homem, traz-se à tona o conceito “o trabalho dignifica o homem”, e isso se transforma em uma grande ferramenta de controle dos trabalhadores, pois de acordo com essa lógica, quanto mais se trabalha mais próximo da riqueza você está, logo, o trabalhador começa a se submeter a uma longa e precária jornada de trabalho sonhando em um dia alcançar a riqueza. Entretanto, esse sonho de alcançar a riqueza por meio de seu trabalho se torna utópico trabalhador

Com o nascimento da burguesia, que trouxe consigo a possibilidade de enriquecer sem ter nascido em uma família nobre – essa possibilidade não se aplica a todos, pois para enriquecer na sociedade burguesa é necessário ser o dono do meio de produção – , nasce também o capitalismo, um sistema de organização da sociedade que é caracterizado pela monetização do tempo e pela divisão social entre o proletariado e a burguesia, onde os burgueses são os donos do meio de produção e o proletariado é explorado para produzir riquezas para a burguesia, e nesse contexto nasce também o sistema de fábricas. O autor Marglin, que foi citado na obra “O nascimento das fábricas” de Edgar de Decca (2004), acredita que o agrupamento de trabalhadores dentro de fábricas era/é usado pelos burgueses como forma de controle dos trabalhadores, controle tanto de produção, como de pensamento, uma vez que esse sistema fabril mecanizava o homem tirando desde a própria dimensão do pensar crítico.

Existiam quatro principais razões para a criação do sistema fabril: a primeira razão era porque os burgueses precisavam controlar a produção e comercialização de produtos feitos por artesões; segundo, era desejado o aumento da produção, com o aumento de horas e velocidade trabalhada; terceiro, era preciso que fosse feito o controle da tecnologia usada para que essa pertencesse apenas ao sistema burguês, e por fim, esse sistema criava uma organização que tinha a necessidade de ter a figura do empresário capital (DICKSON *apud* DECCA, 2004). A concentração de trabalhadores em um mesmo lugar trazia vantagens indiscutíveis para o empresário, que consegue mantê-los sob controle mais facilmente. Assim, o surgimento do sistema de fábricas se deu por motivos organizacionais e não tecnológicos, criando uma nova realidade de trabalho, que tira a autonomia dos trabalhadores e resulta em uma hierarquização do trabalho (de DECCA, 2004).

O surgimento do sistema de fábricas, a supervalorização do trabalho e a monetização do tempo abriu portas para a degradação da saúde dos trabalhadores, dentre eles crianças, que eram explorados, submetidos a longas horas de trabalho e situações precárias e em muitas das vezes não tinham o direito de ter pausas para descanso ou sequer alimentação. No livro “O Capital” (1867) Karl Marx traz depoimentos de trabalhadores das fábricas inglesas que mostram a desumanização do processo de trabalho na época

“No último inverno” (1862), “6 das 19 moças foram dispensadas em decorrência de doenças provocadas por excesso de trabalho. Para mantê-las acordadas, tenho de gritar em seus ouvidos.” W. Duffy: “Frequentemente, as crianças estavam tão cansadas que não podiam manter seus olhos abertos durante o trabalho; na verdade, nós mesmos quase não o conseguimos.” J. Lightbourne: “Tenho 13 anos [...]. Durante o inverno passado, trabalhamos até as 9 horas da noite e, no inverno anterior, até as 10 da noite. No último inverno, quase todas as noites eu costumava gritar de dor em meus pés machucados”. G. Aspden: “Quando este meu filho tinha 7 anos de idade, eu costumava carregá-lo nas costas para toda parte, atravessando a neve, e ele costumava trabalhar 16 horas por dia! [...] Frequentemente eu tinha de ajoelhar-me para alimentá-lo, enquanto ele permanecia junto à máquina, pois não lhe era permitido abandoná-la ou pará-la”. Smith, o sócio-diretor de uma fábrica de Manchester: “Nós” (quer dizer, a “mão de obra” que trabalha para “nós”) “trabalhamos sem interrupção para as refeições, de modo que o trabalho diário de 10 horas e meia é concluído às 4 e meia da tarde, e o que ultrapassa esse tempo é computado como hora extra”⁷². (Será verdade que esse sr. Smith fica sem

refeições durante 10 horas e meia?) “Nós” (o mesmo Smith) “raramente paramos antes das 6 horas da tarde” (ele se refere ao consumo de “nossas” máquinas de força de trabalho), “de maneira que nós” (iterum Crispinus [Eis outra vez Crispino]g), “na realidade, trabalhamos além da jornada normal durante todo o ano [...] Tanto as crianças quanto os adultos” (152 crianças e adolescentes menores de 18 anos e 140 adultos) “trabalharam igualmente, em média, durante os últimos 18 meses, um mínimo de 7 jornadas e 5 horas na semana, ou 78 1/2 horas semanais. Nas 6 semanas que se completam em 2 de maio deste ano” (1863), “a média foi maior: 8 jornadas ou 84 horas na semana!” (MARX, 2011, p. 263-264)

Como é possível perceber com a leitura da citação acima, as condições de trabalho da população inglesa no século XIX eram extremamente insalubres. Homens, mulheres e crianças eram explorados, viam-se obrigados a se submeter a cerca de 12 horas de trabalho em troca de salários baixíssimos, enquanto o lucro dos proprietários dos meios de produção só aumentava. Como atesta Marx (2011), esse sistema submetia o proletariado a escravidão em todos os sentidos, especialmente física e intelectual. As péssimas condições de trabalho de grande parte da população inglesa manifestavam-se em sua saúde, os trabalhadores tinham diversos problemas de saúde geradas pelas más condições de trabalho. Os trabalhadores das olarias, por exemplo, apresentavam problemas com peso, em geral, eram extremamente magros, tinham muitos problemas pulmonares, renais e hepáticos. A expectativa de vida desses trabalhadores era baixa, e grande parte desses trabalhadores, morriam de doenças pulmonares como pneumonia, tuberculose e bronquite (MARX, 2011).

Entretanto, no momento que a classe trabalhadora se deu conta do quanto estava sendo explorada e do quanto sua qualidade de vida estava sendo perdida, começou a resistência contra esses abusos burgueses. Esses trabalhadores começaram a reivindicar legislações que melhorassem suas condições de trabalho, e um dos marcos desse momento foi a criação da “Factory Act” (1833) que visava melhorar as condições de trabalho das crianças nas indústrias têxteis. A Factory Act ou Lei das Fábricas assegurava coisas como: idade mínima de 9 anos para crianças trabalharem nas fábricas, crianças entre 9 e 13 anos não podiam trabalhar mais que 9 horas por dia, crianças não deviam trabalhar a noite, duas horas de aula por dia por criança, etc (NATIONAL ARCHIVES, 2001). Atualmente, uma criança de 9 anos trabalhar por 9 horas diárias é um absurdo, embora ainda existam muitas crianças que sejam exploradas, na época, a asseguuração dessa lei foi uma vitória

para a classe trabalhadora, pois crianças menores ainda trabalhavam cerca de 16 horas diárias sem direito a descanso.

A Factory Act, foi a primeira das muitas leis trabalhistas que o governo inglês viria a aprovar. Abaixo está uma tabela contendo outras leis trabalhistas aprovadas pelo governo inglês no século XIX e início do século XX (NATIONAL ARCHIVES, 2001):

Encontro	Indústria	Detalhes da lei
1833	Têxteis	Nenhuma criança trabalhadora com menos de nove anos Horas reduzidas para crianças de 9 a 13 anos Duas horas de escolaridade por dia para crianças Quatro inspetores de fábrica nomeados
1844	Têxteis	Crianças de 8 a 13 anos poderiam trabalhar seis horas e meia por dia. Horas reduzidas para mulheres (12) e sem trabalho noturno
1847	Têxteis	Mulheres e crianças menores de 18 anos não podiam trabalhar mais do que dez horas por dia
1867	Todas as Indústrias	Regras anteriores aplicadas a workhouses se houver mais de cinco trabalhadores empregados
1901	Todas as Indústrias	Idade mínima elevada para 12 anos

Como declara Marx (2011), a elaboração e aprovação dessas leis trabalhistas não se produziram naturalmente do trabalho intelectual dos parlamentares ingleses, mas foi produto de longa luta de classes, com vitória do proletariado. A saúde do trabalhador sempre esteve entre as pautas do movimento político da classe proletária, o levou a mobilizações em busca da melhoria das condições de trabalho, gerando uma melhoria da saúde dos trabalhadores mesmo antes de existir uma configuração de um sistema de saúde propriamente dito. E, essa luta em prol da saúde do trabalhador está na origem da construção do direito a saúde que viria a ser criado quase um século depois

1.2 A CONSTRUÇÃO DO DIREITO Á SAÚDE NO BRASIL

Segundo Paim, durante a República Velha (1889-1930), existia uma espécie de “*não-sistema de saúde*”, onde havia uma grande omissão do poder público e este só intervinha nas situações que o poder privado não era capaz de responder sozinho e os pobres ficavam à mercê da caridade cristã. Este não-sistema foi desenvolvido durante o século XX, marcando principalmente

a divisão de ações de saúde pública, que agia em casos como de epidemia e era responsável por ações de saneamento básico, e a assistência médica, que era caracterizado pela contratação de médicos liberais que eram feitas pelas famílias que tinham poder aquisitivo para tal quando alguém do seu ambiente familiar adoecia.

A primeira década do século XX foi marcada por ações estatais de saneamento como a Reforma Pereira Passos, e pelo processo de imunização em massa no ano de 1904, liderado pelo médico e sanitarista Oswaldo Cruz (1872-1917) que visava combater a epidemia de varíola que acontecia no Rio de Janeiro, que era a capital do país até então. Porém esse processo de vacinação foi um momento conturbado, pois as pessoas eram vacinadas muita das vezes contra a sua vontade, o que gerou uma grande revolta popular, que ficou conhecida como Revolta da Vacina. Naquela época, o órgão responsável por cuidar das questões de saúde era o Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Já na década de 1920 foi criado pelo decreto nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que ficou responsável pelos serviços de higiene, vigilância dos serviços de higiene dos portos, profilaxias etc. E o primeiro diretor do DNSP foi o médico Carlos Chagas⁵ (DNPS, 2019).

Em 1923 após as fortes ações da luta organizada dos trabalhadores nas primeiras décadas do século XX foi criada a Lei Elói Chaves, que deu base para a criação do sistema previdenciário brasileiro, possibilitando a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que permitia que os trabalhadores que eram vinculados a essas caixas tivessem algum tipo de assistência médica, porém, as CAPs atendiam apenas os sindicatos que eram mais fortes no momento, como por exemplo, o ferroviário e o marítimo. Esse sistema sofreu inúmeras alterações até chegar ao que conhecemos hoje, o Sistema Único de Saúde.

O sistema de saúde existente no Brasil como conhecemos hoje, começou a ser idealizado na segunda metade da década de 1970 que foi marcada por lutas e mobilizações populares, que tinham como intenção trazer a democracia de volta ao país, pois o Brasil nesse momento vivia sob um governo ditatorial e violento. Dentre os múltiplos movimentos que buscavam a redemocratização do país, existia a Reforma Sanitária Brasileira. Ao contrário do que muitos podem pensar, o movimento sanitário foi muito além da academia e envolveu diversos grupos sociais, dentre eles, domésticas, estudantes, sindicalistas, trabalhadores da saúde, pesquisadores,

⁵ Médico sanitarista e pesquisador brasileiro (1879 – 1934).

militantes dos movimentos negro e feminista, entre outros (PALMA, 2015). Esse movimento tinha como principal objetivo a criação de um sistema de saúde de qualidade e que todos pudessem acessar, independentemente de suas condições financeiras. Desta luta surgiu o Sistema Universal de Saúde.

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde o sanitarista e então presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Sérgio Arouca, foi convidado a presidir a Conferência, e em seu discurso de abertura, Arouca traz à tona o conceito ampliado de saúde que foi apresentado na Declaração de Alma-Ata (1978) que desliga o conceito de saúde da simples “ausência de doença” e faz uma nova leitura sobre o que é saúde, levando em consideração determinantes sociais e econômico, tornando esse momento um marco no movimento popular que buscava uma saúde de qualidade e de acesso universal no Brasil.

“Saúde é um bem-estar social que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes;
É direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações []
É direito ao meio ambiente que não os seja agressivo e [] permita uma vida digna e decente.
É direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência resultante da miséria (...).” (AROUCA, 1986, informação verbal)⁶

As afirmações de Arouca naquele discurso tiram a doença do âmbito somente fisiológico e a politiza. Neste momento de luta social e redemocratização do país, a sociedade brasileira começa a adquirir mais consciência política e desperta a necessidade iniciar discussões a respeito de seus direitos, dentre eles o direito à saúde. Mas afinal, o que é direito à saúde? Para a professora Sueli Dalari (1988), para compreender o que é direito à saúde, é necessário que se entenda o que é “direito”. Segundo a professora, direito é “um sistema de normas que regulam o comportamento da sociedade” (DALARI, 1988, p. 59), logo, quando a saúde é definida como um direito ela passa a ter aspectos sociais, nesse sentido, o direito à saúde favorece a igualdade de acesso aos serviços de saúde, as condições de moradia e acesso ao trabalho. Ainda de acordo com a professora Dalari (1988), a saúde enquanto um direito coletivo, depende do grau de desenvolvimento em que o

6 Discurso realizado na 8ª Conferência

Estado se encontra, pois apenas o Estado poderá garantir medidas igualitárias de proteção/recuperação da saúde a sua população.

Em 2014, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), publicou um manifesto nomeado “Por que defender o Sistema Único de Saúde? Diferenças entre Direito Universal e a Cobertura Universal de saúde” que define o direito universal a saúde como:

a possibilidade de todos os brasileiros – homens e mulheres, de todas as classes sociais- serem cuidados pelos serviços públicos. Gozar desse direito é uma condição de cidadania, diferentemente de quando se paga por saúde e, nesse caso, o indivíduo passa a ser um consumidor.

[...] O direito universal a saúde pressupõe:

- que todos os grupos com demandas ou necessidades de saúde específicas sejam tratados adequadamente, ou seja, haja equidade;
- que todas as necessidades de cada um, nas distintas fases de sua vida ou situação de saúde, tenham atendimento e sejam resolvidas. E isso chamamos de “integralidade” (CEBES, 2014, p.3)

A saúde tornou-se oficialmente um direito universal no Brasil, em 1988, com a criação da nova Constituição Brasileira, que contém um capítulo dedicado à saúde, garantindo-a como um “direito de todos e dever do estado”. A conquista do direito a saúde universal, conseqüentemente do SUS não pode ser considerado como um simples dado da realidade, fruto do governo que estava em ação na época. Mas, deve ser visto como uma grande vitória da luta popular, pois a criação do SUS e a institucionalização do direito à saúde foi resultado de muitas ações existentes desde a metade da década de 1970 (PALMA, 2015).

Embora tenha sido conquistado o direito à saúde e a democracia formal tenha voltado ao país, o movimento popular brasileiro sofreu uma derrota histórica na virada dos anos 1980. A institucionalização da saúde afastou as pautas sanitárias da população, deixando-as restritas a academia e aos gabinetes parlamentares. Também começaram a se apresentar divergências dentro da própria esquerda, que se materializavam tanto como divergências de produção acadêmica tanto como divergências políticas, o que levou a fragmentação do movimento, conseqüentemente o enfraquecendo (PALMA,2015). Outro fator que levou a esta derrota histórica do movimento popular brasileiro foi o fim da Guerra Fria, com a derrota da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) e a ascensão do neoliberalismo, neste momento o movimento operário em todo o mundo foi se enfraquecendo, e, no Brasil não foi diferente, devido à grande influência do governo

estadunidense no país e a influência do empresariado brasileiro na política. Com isso, nasce o denominado “fantasma da classe ausente” no movimento sanitário (DANTAS, 2018).

O fantasma da classe ausente é um termo que caracteriza o afastamento do movimento organizado dos trabalhadores da luta setorial sanitária. De acordo com Escorel (2006), conforme citado por Dantas (2018), o termo “fantasma da classe ausente” é utilizado pois, o movimento sanitário recorrentemente põe em debate a adesão das classes trabalhadoras às bandeiras do movimento, pois a luta sanitária não tem mais a presença frequente de organismo que represente a luta organizada dos trabalhadores, todavia, o proletariado não está completamente excluído pois seus valores são o que dão direção ao movimento sanitário brasileiro.

Segundo Dalari (1988), a garantia do direito à saúde pública depende principalmente da participação popular nesse processo. A autora constata que, não basta garantir a saúde institucionalmente, é necessário que o Estado crie mecanismos de cada pessoa participar ativamente da garantia do seu direito, pois, apenas um membro de uma comunidade saberá as necessidades sanitárias do seu território, e não um governante, principalmente em um país de dimensão continental como o Brasil. Esse direito de participação popular foi assegurado com a Lei 8142/1990, entretanto, mesmo com esse direito assegurado o que se vê é um distanciamento cada vez maior entre a administração do SUS e a população. Não se criou um vínculo entre a sociedade brasileira e o seu sistema de saúde, desde o nascedouro da luta sanitária há ausência de mobilizações unificadas e fortalecidas em favor do SUS, tornando mais difícil a garantia do direito à saúde.

Com isso, conclui-se que para a asseguuração do direito à saúde, e conseqüentemente a manutenção do SUS é necessário que a luta que o trouxe o SUS a vida permaneça ativa e unida, buscando a melhoria do seu funcionamento e impedindo que o mesmo sucumba nas mãos de um estado neoliberal e que se mostra cada vez mais interessado em privatizar a maior política de proteção social do país. Como atesta Dantas (2018), “se o SUS foi produto de luta social potente, nas ruas, sua defesa não poderá obedecer a outra exigência”.

Capítulo 2 - A FORMAÇÃO DO NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

2.1. CRIAÇÃO DO NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS)

A Inglaterra é um país do centro do capitalismo. Primeiro país a passar por revoluções burguesa e industrial, que foi responsável pela rápida urbanização do território inglês e pelo crescimento do número de trabalhadores assalariados, gerando a estratificação social da Inglaterra. Porém, tais processos revolucionários também geraram condições de unificação entre os operários, fomentando o nascimento da organização sindical na Inglaterra ainda no fim do século XVIII, criando uma nova classe social, a chamada “classe operária”. Essa unificação entre os trabalhadores das indústrias inglesas possibilitou que os trabalhadores se organizassem para exigir melhores condições de trabalho e alguma forma de seguridade social, o que resultou na criação de políticas de saúde no início do século XX. (FILIPPON et al, 2016).

Em 1911 foi criada a "National Insurance Act"⁷, que garantia o acesso a serviços de saúde e um pagamento, caso fosse necessário que o trabalhador se afastasse do trabalho por um tempo, aos trabalhadores que recebiam até um determinado teto salarial. Esse sistema era financiado pelos empregados, empregadores e governo, e teve como base para a sua criação o então sistema de saúde alemão. Mas ao contrário dos modelos de seguridade social que existe na Inglaterra atualmente, esse sistema não se estendia a família do trabalhador, como sua mulher e seus filhos.

De acordo Silva e Mattos (2009), devido à grande crise de 1929, as duas guerras mundiais e a polarização política do mundo, ficou claro para a população que a sua saúde não poderia ficar a mercê das forças do mercado. Com isso, a população passou a exigir políticas que favorecessem o crescimento econômico, a proteção do emprego e o aumento da proteção social. Logo, o estado dos países centrais passou a interferir mais na economia com políticas fiscais e monetárias que assegurassem o pleno emprego e a proteção da saúde de sua população. Com isso, no século XX os gastos com proteção social representavam uma alta parcela dos gastos públicos. Ainda de acordo com os autores, esse avanço do gasto público com medidas de seguridade social só foi concebível com o aumento da arrecadação tributária do estado e da criação de fundos públicos destinados a proteção social. Entretanto, segundo Hobsbawm (1994), o avanço das políticas públicas só era

7 Lei dos Seguros Nacionais

possível se não comprometesse o lucro das empresas, o que provocaria uma quebra do pacto sociopolítico implícito criado no pós guerra

Tratava-se de um pacto aceitável para todos os lados. Os patrões, que pouco se incomodavam com altos salários num longo boom de altos lucros, apreciavam a previsibilidade que tornava mais fácil o planejamento. A mão-de-obra recebia salários que subiam regularmente e benefícios extras, e um Estado providenciário sempre mais abrangente e generoso. O governo conseguia estabilidade política, partidos comunistas fracos (exceto na Itália) e condições previsíveis para a administração macroeconômica que todos os Estados então praticavam. E as economias dos países capitalistas industrializados se deram esplendidamente bem, no mínimo porque pela primeira vez (fora dos EUA e talvez da Australásia) passava a existir uma economia de consumo de massa com base no pleno emprego e rendas reais em crescimento constante, escorada pela seguridade social, por sua vez paga pelas crescentes rendas públicas. Na verdade, nos eufóricos anos 60 alguns governos incautos chegaram a garantir aos desempregados — poucos então — 80% de seus antigos salários (HOBSBAWN, 1994, p. 221)

O sistema de saúde inglês, como é conhecido atualmente, começou a ser idealizado durante a década de 1940, quando o mundo passava pela Segunda Guerra Mundial. Devido às condições provocadas pela guerra e ao se tornar evidente a crise econômica que o pós-guerra traria, foi assinalada pelo então governo da Inglaterra a necessidade de mudança na estrutura social do país britânico. Então, no início da década de 1940, o então Primeiro-Ministro inglês, Winston Churchill, convidou o economista Willian Beveridge para liderar o Inter-Departmental Committee on Social Insurance and Allied Services⁸, que tinha a função de analisar a sociedade inglesa e sugerir propostas para o enfrentamento da crise que o pós-guerra traria.

Em 1942 foi entregue ao parlamento inglês o Relatório Beveridge. Nesse relatório Beveridge identificou cinco possíveis ameaças sociedade inglesa, eram elas: a necessidade, a ignorância, a esqualidez, a doença e a indolência. Após ter em vista o que ameaçava a sociedade inglesa, Beveridge propôs mudanças políticas e sociais para Inglaterra, e sua principal proposta foi a mudança do sistema de assistência social, com a implementação de um sistema de Seguridade Social, contribuindo para dar forma ao que ficaria conhecido como Welfare-State. Esta mudança de sistema para o modelo de Seguridade Social exigiria também uma mudança no sistema de saúde do país. De acordo com o Relatório Beveridge:

"um serviço nacional de saúde abrangente assegurará que, para cada cidadão, esteja disponível qualquer tratamento médico que ele requeira, sob

⁸ Comitê Interdepartamental de Seguro Social e Serviços Afins

qualquer forma que ele o requeira domiciliário ou institucional, geral, especializado ou de acompanhamento, e assegurará também a provisão de serviços odontológicos, oftalmológicos e aparelhos cirúrgicos, além de serviços de enfermagem, obstetrícia e reabilitação após acidentes. Independentemente se o pagamento para o custo do serviço de saúde está ou não incluído na contribuição do seguro social, o próprio serviço deve ser: i) organizado, não pelo ministério envolvido com seguro social, mas por departamentos responsáveis pela saúde das pessoas e por medidas positivas e preventivas, bem como por medidas curativas; e ii) fornecido quando necessário, sem necessidade de contribuição em qualquer caso individual. A restauração da saúde de uma pessoa doente é um dever do Estado e da pessoa doente antes de qualquer outra consideração (Beveridge, 1942, tradução nossa)." (BEVERIDGE, 1942 *apud* WOLF, Paulo; OLIVEIRA, Giuliano; 2019, p. 204)

Neste momento, a proteção social deixa de ser vista como um ato de caridade e passa a ser direito do cidadão. Silva (2010, p. 19-20) afirma que

A partir da Segunda Guerra Mundial, sob claras influências do Relatório Beveridge as políticas consolidaram seu caráter estruturante quando o objetivo principal passa a ser a construção da cidadania e não apenas o socorro aos casos de miséria extrema. Com esse movimento, o processo de estigmatização do beneficiário da política perde força, uma vez que a classe média que emerge do pós-guerra passa a integrar o escopo das políticas.

O Relatório Beveridge foi aceito pelo governo e pela sociedade inglesa, que mesmo sendo uma sociedade hierarquizada, fora acometida pelo medo das crises causadas pela Primeira Guerra Mundial e pela Grande Depressão de 1929. Logo, com a economia e os grupos dominantes fragilizados, o momento pós Segunda Guerra foi um momento único em que uma sociedade inteira, mesmo com algumas resistências, aceitou a expansão dos direitos sociais. Entretanto esse processo não foi harmônico, ele se deu justamente pelo conflito de classes, e a concessão de direitos sociais freou a mobilização trabalhista existente naquele momento pós guerra. Como afirmam Wolf e Oliveira (2019, p. 196)

[...] o processo de interação entre esses grupos sociais não ocorre no vácuo, mas em determinadas circunstâncias históricas, as quais podem alterar não apenas a correlação de forças entre eles, mas também as suas preferências. Tais circunstâncias referem-se não apenas aos eventos políticos, sociais e econômicos, mas também às instituições vigentes em determinado momento, as quais tendem a ser mais ou menos constantes ao longo do

tempo. Enquanto os eventos atribuem um elemento de ruptura ao perfil das políticas públicas, as instituições tendem a atribuir um elemento de continuidade a essas políticas.

Em 1944, o então Ministro da Saúde, Henry Willink, apresentou o documento “A National Health Service” que sugeria princípios que futuramente viriam nortear o NHS. Seguindo as orientações do Relatório Beveridge o documento projetava um sistema de saúde aberto a toda população, universal, incluindo estrangeiros que estivessem no país temporariamente, independente das condições de pagamento da pessoa. Esse seria financiado pelo Estado a partir das arrecadações tributárias. Este documento passou por avaliações e após o fim da guerra, em 1945, essas ideias foram resgatadas por Auberin Bevan, que foi escolhido para ser Ministro da Saúde por Clement Attlee, após sua vitória nas eleições pelo partido dos trabalhadores.

Após a vitória do Partido Trabalhista, em 1946, foi publicado o NHS Act que criou oficialmente o National Health Service na Inglaterra. Esse documento foi baseado no documento de 1944, mas apresentava algumas divergências, como a maior concentração de serviços sob responsabilidade do governo central em detrimento dos governos locais. O governo central seria responsável pelos serviços de atenção primeira e secundária. O Ato estabelecia como princípios do NHS a universalidade, o coletivismo, a abrangência, a gratuidade e a equidade (WOLF e OLIVEIRA, 2019).

Porém, mesmo tendo um grande apoio da população o governo enfrentou dificuldades para implementar o novo sistema. Existiam grupos contrários à nacionalização do sistema de saúde, como os empresários de serviços privados de saúde, que viam os seus serviços sendo estatizados, logo, perderiam sua fonte de lucro, e os administradores dos governos locais que teriam a sua liberdade administrativa restrita. Porém, a principal resistência veio por parte dos médicos, com destaque para os clínicos gerais, que eram trabalhadores liberais e estavam preocupados com suas condições de trabalho e temiam a redução de seus “salários” com a estatização do serviço de saúde. Mas o governo fez um acordo com a classe médica garantindo que sua autonomia seria mantida e que receberiam de acordo com o número de pacientes atendidos. Assim que todos os problemas foram solucionados, o National Health Service começou efetivamente a funcionar, no dia 5 de julho de 1948, tornando a Inglaterra o primeiro país a ter um sistema de saúde universal e foi o primeiro país a ter um sistema de saúde hierarquizado com foco na atenção primária (FILIPPON et al, 2016).

A criação do National Health Service juntamente com as outras políticas públicas de seguridade social foram as principais responsáveis para a melhoria dos padrões de vida no país britânico.

O principal acontecimento que favoreceu a criação e a consolidação de um sistema de saúde universal e gratuito em um país do centro do capitalismo, como a Inglaterra, foi a Guerra Fria. A Guerra Fria foi um período de tensão política que ocorreu do fim da década de 1940 até meados da década de 1990, entre as duas grandes potências econômicas do mundo na época, os Estados Unidos e a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), que dividiu o mundo em dois blocos econômicos: os capitalistas, liderados pelos EUA e os socialistas, liderados pela URSS.

Segundo o historiador, Eric Hobsbawm (1994), a Guerra Fria pode ser vista como uma Terceira Guerra Mundial, mas com algumas particularidades, pois não houve enfrentamento direto os Estados Unidos e a URSS, e, não havia perigo iminente de Guerra Mundial, porque ambos os governos haviam aceitado a distribuição de forças no fim da Segunda Guerra Mundial, em 1945.

A Guerra Fria também gerou uma corrida armamentista em que ambos os países estavam correndo contra o tempo para produzirem bombas nucleares, logo após que o Estados Unidos atacou as cidades de Hiroshima e Nagasaki, no Japão em 1945, com bombas nucleares. Logo, todo o mundo temia que estourasse uma guerra nuclear entre URSS e EUA, o que deixou as relações econômicas e sociais ainda mais fragilizadas.

Com a polarização política que a Guerra Fria gerou e o medo de um possível com muitos países que estavam sob influência do Exército Vermelho tendo revoluções trabalhistas, como Cuba, e se declarando países socialistas, o que gerou uma apreensão nos governos capitalistas que temiam também a ocorresse uma revolução socialista seus países. Para evitar uma revolução proletária alguns países europeus, como a Inglaterra, implementaram o Welfare State, que fornecia direitos e seguridade social para a sua população, porém não retirava nenhum privilégio das classes dominantes. Logo, o Welfare State serviu como um “freio” para as possíveis revoluções proletárias nos países do centro do capitalismo.

O NHS se tornou rapidamente um marco da reconstrução da sociedade inglesa. Porém também foi "vítima de seu próprio sucesso", pois houve uma grande procura aos serviços de saúde, o que mostrou os altos custos necessários para manter aquele tipo de sistema, logo foi posto em debate a forma que o sistema era administrado e financiado. Além do mais, a criação do NHS criou um novo grupo social formado pelos funcionários do novo sistema, que antes do sistema era uma classe homogênea, pois era formado por diversas categorias profissionais, que passaram a ser

organizar unificadamente em passaram a lutar juntos em prol de melhores condições de trabalho e consequentemente um melhor sistema.

2.2 CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Ao contrário da Inglaterra, o Brasil é um país subdesenvolvido, que foi colonizado por Portugal durante séculos, e vive até hoje sendo explorado e seguindo lógica capitalista ditada pelos países do chamado “primeiro mundo”, dentre eles, a Inglaterra (que, inclui, não por coincidência, a Inglaterra). A sociedade brasileira traz muitas marcas de um passado escravocrata, passou tardiamente pelo processo de industrialização, é um país de dimensão continental, vive constantemente instabilidades políticas seus líderes enfrentam as dificuldades de governar e possui um alto nível de desigualdade social. Logo, para fazer um estudo comparativo entre Brasil e Inglaterra é necessário ler criticamente o processo histórico de cada país isoladamente, considerando todas as suas particularidades históricas, geográficas, políticas e econômicas.

Anteriormente à criação do Sistema único de Saúde o Brasil não havia um sistema de saúde definido. Havia uma grande ausência do Estado a respeito das questões de saúde da população, deixando as questões de saúde ao talante da medicina privada e da caridade cristã. Durante a República das Oligarquias prevalecia no Brasil um modelo de saúde liberal de modelo medicalocêntrico, em que cada família era responsável por assegurar seus serviços de saúde pagando por ele, e o Estado só intervia nas questões de saúde em casos de calamidade pública. (PAIM,2009)

Em 1923, foi criada no Brasil a Lei Eloy Chaves, que começou a regularizar os serviços de saúde no Brasil, instituindo as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) que separava os trabalhadores por categorias para receber serviços de saúde e direito a aposentadoria. Essa lei foi criada como uma resposta para os movimentos operários que estavam ocorrendo no Brasil naquele momento, que foram influenciados fortemente pela Revolução Russa (1917). Em 1932, já no Governo Vargas, as CAPs foram transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que tinham uma gestão tripartite, com a participação do Estado, empregados e empregadores. Mais à frente em 1965, durante a ditadura militar, os IAPs são fundidos ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A principal característica desse momento da saúde no Brasil era a forte separação entre as ações de saúde pública promovidas pelo Estado e a assistência médico-hospitalar. Basicamente, as famílias ricas pagavam pelos serviços de saúde, os trabalhadores

vinculados a algum sindicato tinham os serviços que precisavam pelas CAPs e IAPs, e o restante da população ficava a mercê da caridade.

Nos anos 1960 com o mundo polarizado por causa da Guerra Fria, vários países da América Latina sofreram golpes de estado, e no Brasil não foi diferente. Em 1964 o governo brasileiro sofreu um golpe, que levou os militares até o poder apoiado pelo grande empresariado e pelo governo estadunidense. O governo militar brasileiro ficou caracterizado pela desorganizar os movimentos sociais e buscava principalmente acabar com qualquer possibilidade de revoluções socialistas no país. Durante os 20 anos da ditadura, o governo brasileiro se tornou altamente autoritário e sob forte influência dos Estados Unidos, o Brasil começou a abrir a sua economia para o capital estrangeiro. Logo, com a abertura da economia do país o governo militar visava aumentar a abrangência do setor privado e para isso, aumentou a compra de serviços privados para a previdência e concederam incentivos fiscais as empresas para que elas contratassem serviços de saúde particulares para seus empregados, deixando o momento favorável para o nascimento dos planos de saúde e futuramente esse sistema de assistência médica deixaria de ser algo de apoio ao estado e passa a ditar as políticas públicas de saúde no Brasil (PAIVA e TEIXEIRA, 2014). Como afirma Menicucci (2014, p.79)

Se num primeiro momento essa dinâmica é atrelada à política pública, por meio dos convênios, posteriormente as empresas tornam-se independentes do governo e passam a prescindir de seus incentivos financeiros. Então, se num momento a assistência empresarial era complementar à assistência pública, passa a ser suplementar, ou seja, passa a ter independência, vida própria e adquire importância como política de pessoal, passando a fazer parte, aliás, das negociações coletivas dos trabalhadores, que reivindicam mais e mais planos de saúde empresariais. A consequência política disso para o SUS é muito grande, uma vez que perde significativo apoio de um ator político que é exatamente a massa de trabalhadores organizados.

Durante o governo militar o país passou por um grande crescimento econômico, entretanto, esse crescimento econômico não se traduziu em melhoria nas condições de vida e sim, no aumento da concentração de renda, o que contribuiu para o aumento da desigualdade social no país. Em 1970 o sistema de saúde brasileiro caminhava para se assemelhar ao sistema de saúde americano, sendo completamente privado. Entretanto nesta década o mundo entrou em uma crise econômica fortíssima, que atingiu o Brasil, freando seu crescimento econômico e deixando o cenário propício a tensões sociais, que possibilitaria a formação de movimentos revolucionários. Em 1975 foi

realizada a V Conferência Nacional de Saúde e neste evento foi produzido um estudo que classificava o sistema de saúde brasileiro como mal distribuído, inadequado, insuficiente e ineficaz. Neste cenário originou-se o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, na segunda metade da década 1970, no mesmo período da criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES (1976) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco (1979), instituições que foram atores importantíssimos da Reforma Sanitária (PAIM,2009). O movimento sanitário também teve como importantes atores grupos ligados a Igreja Católica e movimentos sociais de esquerda dos bairros periféricos das grandes metrópoles, esses atores demandavam maior participação popular nas decisões sobre as políticas de saúde e melhoria da situação sanitária no país. Outro grupo importante na Reforma Sanitária foi o da classe médica que criticavam o sistema de saúde existente e exigiam melhores condições de trabalho (PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

Em 1979 foi realizado o 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, neste simpódio foi produzido um documento que estabeleceu as principais reivindicações do movimento sanitário e produziu uma análise do sistema de saúde vigente no Brasil até o momento. O texto descrevia as políticas de saúde do momento como “privatizante, empresarial e concentrador da renda, marginalizando cerca de 70% da população benefícios materiais e culturais do crescimento econômico” (CEBES, 1980, online). Neste mesmo simpósio surgiu a questão da necessidade de ampliar os serviços de saúde para todos os brasileiros, admitindo que as condições sanitárias da população interferiam diretamente o conceito de cidadania. Ou seja, melhorando as condições sanitárias do país ampliava-se o conceito de *ser cidadão*, e neste momento o conceito “saúde” no Brasil deixava de ser algo pertencente a caridade ou ao mercado e passava ser vista como um direito popular e em um momento de governo altamente autoritário, a definição de saúde como um direito era um passo importantíssimo para o processo de redemocratização do país.

Com a crise do petróleo ainda mais forte e com a inflação que atingia 200% no Brasil, geraram-se muitos movimentos populares insatisfeitos com a situação econômica e social do país, dentre eles estava o movimento “Diretas Já!”. O movimento Diretas Já ocorreu entre os anos 1983 e 1984 tendo como seus principais atores partidos políticos, intelectuais, artistas, sindicatos e a população, que juntamente exigiam a reabertura do país e eleições diretas para presidente da república. O então presidente, o general João Baptista Figueiredo, definiu que a reabertura do país seria gradual. Em 1985 ocorreu a última eleição indireta no Brasil, que elegeu o senador Tancredo

Neves, que faleceu antes de assumir a presidência, deixando o cargo para o seu vice, José Sarney, encerrando assim os 20 anos de governo militar no Brasil (VAINFAS et al, 2016).

Ainda nesse contexto de mobilização popular, em julho de 1985 foi convocada pelo presidente José Sarney a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu dos dias 17 a 21 de março de 1986 em Brasília. Esta conferência tornou-se um marco no movimento que buscava a mudança no sistema de saúde, pois foi o primeiro evento de saúde pública que contou com grande participação popular (PAIVA e TEIXEIRA, 2014). A 8ª Conferência Nacional de Saúde teve três temas centrais: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, a necessidade de reformulação do Serviço Nacional de Saúde e o financiamento do setor. O sanitarista Sergio Arouca presidiu a conferência e fez um discurso defendendo a ideia de que “saúde é democracia”, algo muito marcante para o momento de redemocratização do país. O relatório final da 8ª CNS serviu como base para parlamentares construírem o capítulo saúde da Constituição Brasileira.

Assim, após muita mobilização popular foi criado oficialmente no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS), acompanhado da Constituição Brasileira de 1988 que garantia o direito a saúde no Artigo 196

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, on-line).

Neste momento a saúde no Brasil passa a ser oficialmente reconhecida como um direito de todos os cidadãos, graças há anos de mobilização popular e a Reforma Sanitária que lutaram para que os serviços de saúde se estendessem a todos os brasileiros, por este motivo a Constituição de 1988 ficou popularmente conhecida como “Constituição Cidadã”. Em uma reportagem da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), a professora e pesquisadora Sarah Escorel contou que a ideia era ter um sistema de saúde exclusivamente público, com o sistema privado subordinado ao SUS. Entretanto, o artigo 199 da Constituição deixa os serviços de saúde livres à iniciativa privada, permitindo que elas funcionem de forma complementar ao SUS. Essa ambiguidade na constituição demonstra que mesmo com a vitória popular na conquista de um sistema universal, o mercado privado no Brasil sempre teve muita influência nas decisões políticas e fez com que o SUS já nascesse subfinanciado, o que futuramente acarretaria sérias crises no sistema de saúde público.

Capítulo 3 - A MERCANTILIZAÇÃO do Direito à Saúde

Nos dias atuais, o sistema econômico e político de seguridade social, que começou a surgir no mundo durante a segunda metade do século XX marcado fortemente pela ascensão do conceito do Welfare State, no caso da Europa, e pelo processo de redemocratização do Brasil após 25 anos de um governo ditatorial, vem sofrendo ataques e tentativas para desestruturar e deslegitimar esse sistema. Olhando mais especificamente para as políticas de seguridade social do Brasil e da Inglaterra, a saúde é uma das áreas que mais vem sofrendo ataques em ambos os países, levando esses sistemas de saúde a crises.

O Sistema Único de Saúde encontra-se em crise desde a sua criação, crise essa causada pelo subfinanciamento crônico do sistema e das atuais políticas de austeridade adotadas pelos governos, e essa crise se agrava ainda mais devido a fragilidade das bases políticas de defesa do SUS. Já no caso inglês, o National Health Service começa a sofrer os primeiros ataques com a chegada da neoliberal Margareth Thatcher ao cargo de Primeira-Ministra da Inglaterra a partir de 1979. Porém, a crise na saúde realmente se instaura no país após a crise econômica provocada pela quebra do mercado imobiliário norte americano em 2008.

A crise capitalista atual, conhecida como a maior crise capitalista desde a quebra da bolsa de valores de Nova York em 1929, iniciou-se em 2008 e teve origem nos Estados Unidos devido a uma crise na bolha especulativa no mercado imobiliário estadunidense. O estopim dessa crise se deu quando o banco central americano, o Federal Reserve Board (FED), se recusou a ajudar a instituição financeira “Lehman Brothers” levando a falência do seu banco de investimentos no dia 15 de setembro de 2008. A crise não levou muito tempo para se espalhar pelo mundo e já no último trimestre de 2008, como consequência da crise, houve uma grande queda na produção industrial. Por exemplo, no Brasil e no Reino Unido houve uma grande queda de produção industrial e uma grande recessão econômica (OREIRO, 2011). Devido a essa crise as políticas de seguridade, dentre elas a saúde universal, do Brasil e da Inglaterra passaram a ser fortemente atacadas com grandes cortes de verbas gerando crises em seus sistemas de saúde. Entretanto, diferentemente do Brasil, o vínculo da sociedade inglesa com o seu sistema de saúde é muito grande, o que proporciona uma maior defesa da manutenção do NHS.

A criação de um sistema de saúde universal logo após a Segunda Guerra Mundial foi importantíssimo para a economia britânica, porque uma vez que as pessoas não precisavam ter gastos com saúde isso fazia que elas pudessem gastar com outras coisas, fazendo o sistema

capitalista girar. A sociedade inglesa durante a criação do NHS em crise econômica e social devido o pós guerra e preocupada sobre como se daria o processo de reconstrução do país e isso fez com que a população se apegasse ao seu sistema de saúde como um marco dessa reconstrução de sua sociedade, fazendo com que a população criasse um vínculo muito forte com NHS. Entretanto, este feito se aplica somente àquela sociedade, naquela conjuntura específica. Seria errado pensar que esse feito poderia ser repetido atualmente, pois o sistema capitalista que o financiou naquele momento hoje se encontra em uma grande crise.

Os políticos ingleses sabem que alguma tentativa de privatização do NHS seria como dar um tiro no próprio pé, pois correriam o risco de enfrentar algum tipo de revolta social, porém os ataques têm ocorrido mesmo com a possibilidade de enfrentar uma revolta social, mas esses ataques são feitos com mais cautela. Aproveitando-se de momentos como o atual do país, cuja atenção da população inglesa está praticamente toda direcionada para o Brexit⁹, os ataques ao NHS podem ocorrer e o Brexit servir como uma espécie de cortina de fumaça. Entretanto, a pandemia de COVID-19¹⁰ balançou a situação desses ataques favorecendo o sistema de saúde inglês, que se mostrou essencial para o combate a pandemia na Inglaterra. Quase toda população inglesa utiliza o NHS e até o próprio Primeiro-Ministro inglês Boris Johnson, recorreu ao National Healthy Service quando sentiu os sintomas da doença e foi internado no Hospital St Thomas quando a doença se agravou. No dia 26 de março de 2020, às 20 horas do horário local, os ingleses fizeram um panelaço para celebrar o sistema de saúde público do país, e houve uma repercussão mundial. Várias celebridades e figuras inglesas postaram em suas redes sociais agradecendo ao sistema, inclusive o *twitter* do Palácio de Kensington, que postou um vídeo dos três filhos do príncipe William, homenageando o sistema com a legenda “A todos os médicos, enfermeiros, cuidadores, clínicos gerais, farmacêuticos, voluntários e outros funcionários do NHS que estão trabalhando incansavelmente para ajudar aqueles afetados pela covid-19: obrigado.”(UOL, 2020).Naquele dia a *hashtag* #ClapForNHS (#AplausosParaNHS) em alta mostrando quanto o NHS é importante para o povo inglês.

9 Movimento de saída do Reino Unido da União Europeia iniciado em 2016. No dia 23 de março de 2016 os britânicos foram as urnas para votar em um plebiscito que questionava se o Reino Unido deveria sair ou não da União Europeia e com 52% dos votos ficou decidido que o Reino Unido irá sair da União Europeia. O processo do Brexit está previsto para ser finalizado no ano de 2020.

10 Doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2.

O sistema de saúde brasileiro, o SUS, nasceu quarenta anos depois do NHS em um contexto pós ditadura militar, juntamente com a Constituição Federal de 1988, após muita mobilização social. O SUS foi inspirado no NHS, e adotou o modelo beveridgiano como base de seu sistema e tem como princípios os mesmos princípios que o NHS, a *universalidade, integralidade e equidade* (HARZHEIM, 2016). Porém, diferentemente da Inglaterra, o SUS é atacado constantemente desde a sua criação e pouco se vê mobilizações sociais em defesa do mesmo. Algumas hipóteses que podem explicar isto é que as mobilizações em defesa do Sistema Único de Saúde são difusas, fazendo com que essas mobilizações sejam fracas comparadas aos ataques existentes. Isso ocorre também porque o investimento privado na saúde do Brasil era e ainda é muito grande, e muitos profissionais prestam serviços de saúde ao SUS e a empresas privadas, dando preferência às empresas privadas, desfalcando muitas das vezes o serviço público. Segundo a médica e sanitarista Lígia Bahia (2020), cerca de 70% da classe médica brasileira trabalha na saúde privada, sendo que, apenas 30% da população é usuária da saúde privada, ou seja, há uma grande desproporção em relação ao número de pacientes e o número de profissionais na saúde privada, o que acarreta o desfalque de profissionais no sistema de saúde público. Também não há união entre os próprios trabalhadores do SUS e a população, mesmo existindo uma lei que assegure a participação popular na gestão do SUS, a Lei N° 8.142/1990¹¹, as decisões que vem sendo tomadas em relação ao SUS tem favorecido a precarização da saúde, considerando pouco as decisões dos conselhos de saúde e as reivindicações populares, fazendo com que o sistema de saúde brasileiro se torne muito mais vulnerável a ataques do que o NHS.

A crise de capitalista de 2008 gerou o aumento da dívida pública e aumento dos juros, pois para ara socorrer os bancos e empresas que estavam falindo devido à crise, o Estado brasileiro e inglês assumiram as dívidas do sistema financeiro, tornando-as uma dívida pública, e com o aumento da taxa de desemprego, a arrecadação dos estados diminuiu bruscamente, prejudicando o orçamento público, e dando início a chamada “crise da dívida pública” (GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014) levando a criação de políticas de austeridade fiscal. De acordo com Canterbury, citado por Vieira et al (2018), existem três definições que são conferidas a austeridade

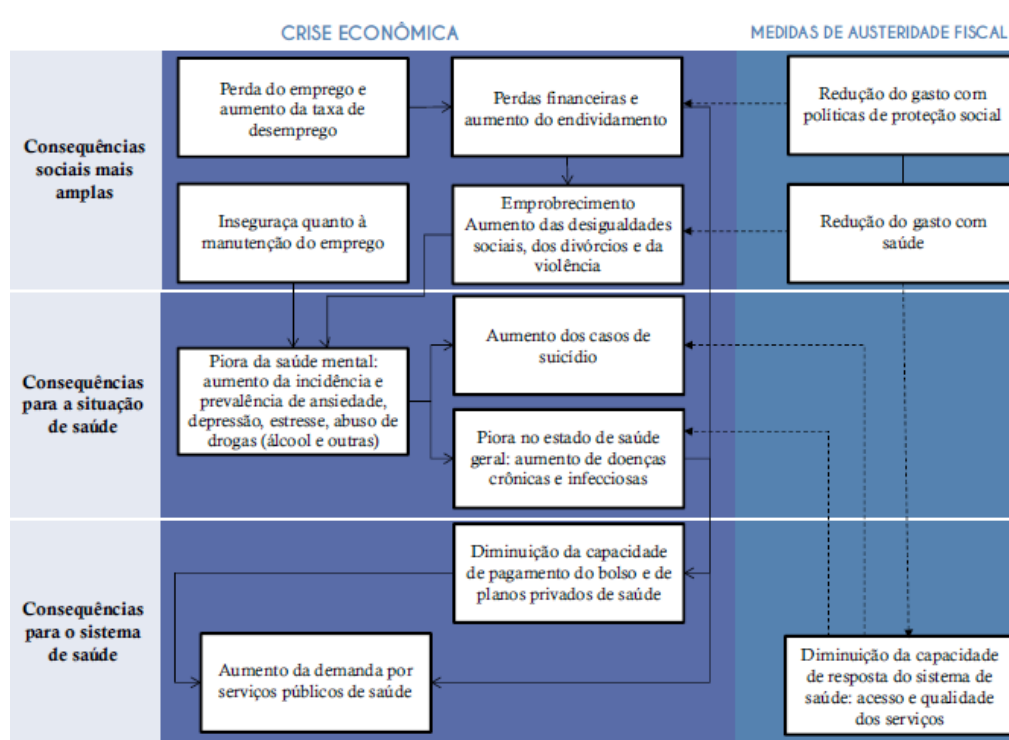
¹¹“Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.” (BRASIL, 1990)

A primeira se refere à severidade ou simplicidade, severidade de disciplina, regime, expressão ou desenho. A segunda diz respeito a uma medida econômica, como uma poupança, economia ou ato de autonegação, especialmente em relação a algo que é considerado um luxo. E a terceira está relacionada a uma poupança forçada, como política de um governo, com acesso ou disponibilidade restritos ao consumo de bens (VIEIRA et al, 2018, p. 32).

Os autores ainda escrevem sobre como a austeridade é usada pelo neoliberalismo:

No discurso neoliberal, a austeridade assume sentido diverso daquele considerado justo no campo da moral privada, em que é vista como virtude, pois está associada à ideia do comedimento nos desejos, evitando-se desperdícios de recursos e endividamento para saciar caprichos. Ela é utilizada pelos neoliberais para justificar a moderação no crescimento dos salários e da oferta de bens e serviços públicos. O argumento é de que, com esta moderação, não se prejudica a poupança dos empresários, algo necessário à geração de empregos e ao bem-estar futuro dos consumidores. Contudo, não se emprega ao mesmo tempo a moderação de lucros. Assim, ao adotar essas políticas, os neoliberais defendem mais os empresários do que os consumidores e austeridade proposta não é dos que mais consomem (os ricos), mas sim a dos trabalhadores e cidadãos que dependem de serviços públicos, o que aumenta a injustiça social (VIEIRA et al, 2018, p. 32).

Visto o que foi exposto, nota-se que a crise vivida nos países no mundo inteiro é uma crise capitalista, mas que está sendo paga pelos fundos públicos dos Estados (o que significa que está sendo paga pelos trabalhadores), levando ao corte de verbas para políticas de seguridade social, dentre elas a saúde. Essa política de austeridade fiscal adotada por alguns países é política que permite que o capital financeiro se aproprie do fundo público acessando recursos que não lhes era permitido (MENDES, 2015). A crise instaurada na seguridade social brasileira e inglesa não afetam somente os sistemas de saúde em si, mas afeta também a estado de saúde – física e mental – da população, sobretudo da classe trabalhadora e dos grupos sociais mais vulnerabilizados, que irão recorrer ao sistema de saúde para se tratarem e não encontrarão um atendimento de qualidade, levando a piora do seu quadro de saúde. Segundo Giovanella e Stegmüller (2014) juntamente com o aumento da dificuldade de acesso a serviços de saúde, observou-se um aumento nas taxas de suicídios, transtornos mentais, homicídios e abusos de drogas. O organograma abaixo mostra as consequências da crise econômica e das políticas de austeridade fiscal na população, produzido por Vieira (2016) *apud* Vieira et al (2018):



Com a crise capitalista e o governo neoliberal na Inglaterra, foi iniciada uma reforma no National Health Service em 2010, que levou a criação do Health and Social Care Act 2012¹², uma lei que determinou um corte de quase 20 milhões de libras em cinco anos que seriam destinadas ao NHS. Juntamente com o Health and Social Care Act foram estabelecidos os Clinical Commissioning Groups (CCGs) que passou a regular os serviços hospitalares do NHS e eles podem comprar serviços de saúde de qualquer prestador qualificado, seja ela público ou privado, permitindo a participação do setor privado na saúde pública inglesa. Essa lei também reorganizou o NHS permitindo uma maior participação do capital privado nas áreas de financiamento e compras. Além disso, também se passou a ser mais incentivado a contratação de planos privados de saúde, o que poderia permitir a garantia de um leito hospitalar sem ter que aguardar na fila do sistema do NHS, coisa que até então era pouco incentivada, os prestadores de serviços também passaram a oferecer aos usuários o pagamento de uma taxa para “acelerar” os procedimentos que necessitavam de uma longa espera. A meta com essa reforma era reduzir em 45% os gastos governamentais com o NHS, o que pode ameaçar a universalidade do sistema. Entretanto, as reformas no NHS são feitas de maneira muito implícitas, até o momento grande parte dos serviços continuam cobrindo a

12 <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted>

população universalmente e cerca de 70% do orçamento da saúde continua sendo público (GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014).

Já no Brasil, também há uma crise, mas a situação é diferente. Como já citado anteriormente, o Sistema Único de Saúde é um sistema que já nasceu em crise devido ao subfinanciamento existente desde a sua criação há 32 anos. Em países com sistemas de saúde universais, como Inglaterra e Canadá, cerca de 70% dos gastos com saúde são destinados à saúde pública. Todavia no Brasil isso não acontece, o estado gasta menos do que todas as famílias que têm plano de saúde. Segundo Soares e Santos (2014), os gastos públicos com saúde no Brasil em 2011 chegaram a 45,7%, enquanto os gastos privados chegaram a 54,3% do total. Com a crise de 2008 e a ascensão da política neoliberalista no país, os ataques a saúde pública se tornaram ainda mais recorrentes. O professor da pós graduação de economia política da saúde da Universidade de São Paulo, Aquila Mendes, destacou que os impactos da crise atual ocorrem basicamente na “financeirização dos recursos públicos e na apropriação do fundo público pelo capital em busca de sua valorização” (MENDES, 2015, p. 14). O autor também destaca que as principais ações que vem enfraquecendo o Sistema Único de Saúde, são elas: a entrada do capital financeiro na saúde pela aprovação da Lei 13.097/2015, o aumento da participação das Organizações Sociais de Saúde na gestão de unidades pertencentes ao SUS, a aprovação da EC 86/2015, o crescimento das renúncias fiscais aos que tem gastos com saúde privada e concessões fiscais a instituições de saúde privada (MENDES, 2015).

Ainda de acordo com Mendes, a Lei 13.097/2015, abre a saúde pública brasileira para a exploração do capital estrangeiro pois ela permite que empresas estrangeiras possam adquirir, operar e/ou explorar hospitais e clínicas, dentre eles os filantrópicos e as Santas Casas, instituições que são financiadas pelo Estado. Essa lei fere a Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990 que proibia a presença de capital privado estrangeiro no SUS. Algumas instituições e movimentos que defendem o SUS, dentre elas a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS), se manifestaram contra e pediram a revogação da lei alegando inconstitucionalidade, entretanto, o governo federal alegou que a Constituição de 1988 deixou uma brecha para o capital estrangeiro na Lei de Regulamentação dos Planos de Saúde. A Emenda Constitucional nº 86/2015 instituiu o “Orçamento Impositivo” que levou a queda significativa de recursos destinados ao SUS, estimasse em 2016, o primeiro ano em que medida passou a valer, houve uma perda de cerca de 9,2 bilhões de reais para o orçamento do SUS (MENDES, 2015).

Outra forma que vem garantindo o subfinanciamento do SUS há anos é a contratação de Organizações Sociais para a gestão de unidade de saúde pública, incentivo governamental dado a saúde privada por meio do abatimento de cobranças no Imposto de Renda Pessoa Física/Jurídica devido aos gastos com saúde privada e as renúncias fiscais dadas a unidades filantrópicas de saúde. A contratação de OSS para a gestão de unidades de saúde é uma forma de tirar do poder público a administração do SUS e entregá-lo ao capital privado, o que pode ameaçar a participação popular na gestão do SUS. No que se refere ao incentivo dado pelo governo a saúde privada, a legislação permite abatimentos de tributos no Imposto de Renda de gastos referentes a saúde, sem um limite definido, o que incentiva que pessoas e empresas contratem serviços da saúde privada contanto com a restituição do imposto de renda e algumas entidades filantrópicas são isentas de impostos (MENDES, 2015).

Desde a criação do SUS a saúde não tem sido priorizada pelos governos e o mercado privado vem se apossando cada vez mais do fundo público destinado ao SUS, mercantilizando a saúde e pondo em risco a qualidade da oferta de serviços e a cobertura universal. A crise está sendo paga por quem não a produziu e em tempos de crise setores de seguridade social, como saúde, são os que mais deveriam ter investimento, mas isso não é o que está acontecendo. O que se vê mais no Brasil e no mundo, são os sistemas de seguridade social com a sua existência ameaçada pelo capital, aumentando o grau de sofrimento e exploração da classe trabalhadora. Com a criação desse novo modelo político-econômico que garante a isenção tributária de grandes empresas, o resultado é o crescimento da desigualdade social e concentração de renda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, existem três modelos de sistema de saúde que mais se destacam no mundo. (PAIM, 2009)

São eles:

- a. **Modelo Bismarckiano:** também conhecido como modelo de seguros sociais, este sistema assemelha-se um pouco com o modelo de mercado no quesito direito à saúde, uma vez que os benefícios cobrem em sua maioria os trabalhadores e uma parte de seu grupo familiar, como por exemplo, seus filhos. O acesso a esse sistema é baseado na contribuição dos trabalhadores e empregadores, para uma espécie de poupança. Essa contribuição é administrada pelo Estado, dividindo-as em Caixas e essas caixas têm como objetivo financiar os direitos previdenciários dos trabalhadores, tais como aposentadoria, auxílio desemprego e o sistema de saúde. Dois países que adotaram o modelo bismarckiano como base para seus sistemas de saúde são Alemanha e França. Ambos os sistemas são financiados com o fundo previdenciário que é mantido por taxas cobradas em cima dos salários dos trabalhadores. Uma das grandes críticas a respeito deste modelo de sistema de saúde é que a taxa cobrada em cima do salário dos trabalhadores é fixa, ou seja, o trabalhador que ganha apenas um salário-mínimo irá pagar o mesmo valor de taxa do que um trabalhador que possui uma remuneração mais alta. Pessoas de baixa renda e desempregados são assegurados pelo governo, porém seu seguro-saúde é mais limitado do que o seguro de um contribuinte da previdência;
- b. **Modelo de Beveridge ou Modelo Beveridgiano:** modelo de seguridade social, que garante a universalidade e gratuidade em todos os níveis de complexidade. É financiado por toda a sociedade através dos impostos. Durante a Segunda Guerra Mundial, influenciado fortemente pelo conceito de Bem-Estar Social, também conhecido como Welfare State, e com fortes críticas ao modelo Bismarckiano, Willian Henry Beveridge, um economista britânico, publicou em novembro de 1942 o “Beveridge-Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Services¹³”. O relatório propôs a criação de um modelo de saúde que se baseava em três princípios:

13 Relatório Beveridge ao Parlamento sobre Seguro Social e Serviços Afins.

O primeiro princípio é que todas as propostas para o futuro, embora devam aproveitar plenamente a experiência acumulada no passado, não devem ser restringidas pela consideração dos interesses seccionais estabelecidos na obtenção dessa experiência. Agora, quando a guerra está abolindo marcos de todo tipo, é a oportunidade de usar a experiência em um campo claro. Um momento revolucionário na história do mundo é um tempo para revoluções, não para remendar. O segundo princípio é que a organização da segurança social deve ser tratada apenas como uma parte de uma política abrangente de progresso social. Seguro social plenamente desenvolvido pode proporcionar segurança de renda; é um ataque a necessidade. Mas Necessidade é um dos cinco gigantes na estrada da reconstrução e, em alguns aspectos, o mais fácil de atacar. Os outros são Doença, Ignorância, Escassez e Ociosidade. O terceiro princípio é que a segurança social deve ser obtida através da cooperação entre o Estado e o indivíduo. O Estado deve oferecer seguridade para serviço e contribuição. Ao organizar a seguridade, o Estado não deve reprimir o incentivo, a oportunidade, a responsabilidade; na definição de um mínimo nacional, deve deixar espaço e incentivo à ação voluntária para cada indivíduo prover mais do que o mínimo para si e sua família. (BEVERIDGE, 1942, p. 42 *apud* RODRIGUES, Paulo; SANTOS, Isabela; 2017, p. 10)

Além do Brasil e da Inglaterra, Canadá e Cuba são outros países conhecidos por ter um sistema de saúde baseado no Modelo de Beveridge.

c. Modelo de Mercado: também conhecido como sistema médico assistencialista, esse modelo tem a administração fragmentada e com a participação mais restrita do Estado. Esse sistema proporciona serviços apenas para aqueles que podem pagar por eles, contratando serviços de planos de saúde ou pagando diretamente pelo próprio serviço desejado. O país mais conhecido que adotou este modelo é os Estados Unidos da América (EUA), onde existem mais de 1.500 empresas de planos de saúde e a ação governamental é duramente limitada (PAIM, 2009).

De acordo com Paim (2009), cerca de 47 milhões de estadunidenses não estão inseridos no sistema de saúde, e além dos 47 milhões dos que estavam desassistidos, há cerca de 25 milhões com a cobertura precária, porque mesmo aqueles que podem pagar por um plano de saúde sofrem muitos com as restrições, pois nem todos os planos são obrigados a arcar com todos os gastos relacionados à saúde de seu contratante, exigindo uma coparticipação, e também não são obrigados a prestar serviços a uma pessoa com uma doença preexistente. O gasto com saúde nos EUA, de

universal, o gasto público em saúde é próximo a 80% do total, como mostrará o gráfico abaixo, produzido por Soares e Santos (2014, p.24):

Tabela 5. Comparativo gasto em saúde, países selecionados - 2011

Valores US\$ PPP

Países	Gasto Público		Gasto Privado		Gasto total	Gasto % PIB		
	per capita 2011	Particip. %	per capita 2011	Particip. %	per capita 2011	Público	Privado	Total
Argentina	869,00	60,6	565,00	39,4	1.434,00	4,91	3,19	8,10
Brasil	476,65	45,7	566,35	54,3	1.043,00	4,07	4,83	8,90
Canadá	3.182,08	70,4	1.337,92	29,6	4.520,00	7,88	3,32	11,20
Chile	607,24	47,0	684,76	53,0	1.292,00	3,53	3,98	7,50
Espanha	2.238,18	73,6	802,82	26,4	3.041,00	6,92	2,48	9,40
EUA	3.951,07	45,9	4.656,93	54,1	8.608,00	8,22	9,68	17,90
França	3.133,96	76,7	952,04	23,3	4.086,00	8,90	2,70	11,60
México	464,36	49,4	475,64	50,6	940,00	3,06	3,14	6,20
Paraguai	203,42	38,6	323,58	61,4	527,00	3,74	5,96	9,70
Reino Unido	2.747,29	82,7	574,71	17,3	3.322,00	7,69	1,61	9,30
Uruguai	817,96	67,6	392,04	32,4	1.210,00	5,41	2,59	8,00
Venezuela	241,85	36,7	417,15	63,3	659,00	1,91	3,29	5,20

Em um estudo mais atual da Secretária do Tesouro Nacional, publicado em 2018, o estado gastava apenas 43% com saúde, mesmo com a existência do SUS, levando ao seu desfinanciamento. Isso ocorre porque existe um grande uma influência da saúde privada no Brasil, levando ao desinvestimento na saúde pública para atender interesses da saúde privada.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2018), cerca de 100 milhões de pessoas no mundo foram levadas à extrema pobreza por terem que pagar de seu próprio bolso por serviços de saúde. Como já foi explicitado por nós, o modelo proposto por Beveridge tem como um de seus objetivos combater a pobreza, uma vez que a Europa se encontrava em um estado de calamidade pós-Segunda Guerra, e “submeter” sua população a ter gastos elevados com saúde poderia levar a população a se revoltar contra o governo, gerando uma grande tensão social que poderia desestabilizar o sistema. Mas o recuo de políticas universais, atualmente, mundo afora, apresenta para nós o risco de apostarmos todas as fichas em reformas do sistema do capital, uma vez que, como temos notado, quando a crise se apresenta as políticas sociais universais e o emprego são sempre as primeiras vítimas.

No livro O Manifesto Comunista (1848), Karl Marx e Friedrich Engels já alertavam para o risco de aderir a formas políticas que só promovem a manutenção do status quo:

Uma outra forma desse socialismo, menos sistemática, porém mais prática, procura fazer com que os operários se afastem de qualquer movimento revolucionário, desmonstrando –lhes que não será tal ou qual mudança política, mas somente uma transformação das condições da vida material e das relações econômicas, que poderá ser proveitosa para eles. Notai que, por transformação das condições da vida material, esse socialismo não compreende em absoluto a abolição das revoluções burguesas de produção – o que só é possível por via revolucionária – mas apenas reformas administrativas realizadas sobre a base das próprias relações de produção burguesas e que, portanto, não afetam as relações entre o capital e o trabalho assalariado, servindo, no melhor dos casos, para diminuir os gastos da burguesia com seu domínio e simplificar o trabalho administrativo de seu Estado. (ENGELS e MARX, 1848, p. 56-57)

Essa forma de governo os autores chamam, ironicamente, de “socialismo burguês”, com a clara intenção de minimizar os danos causados pelo modo de produção capitalista. Esses “socialistas” são humanistas e filantropos, que se ocupam em buscar formas de melhorar a vida do proletariado sem tocar nos privilégios das classes dominantes, assim causando uma espécie de alienação do proletariado. (ENGELS e MARX, 1848).

A luta de classes não é apenas um conflito entre classes sociais com interesses antagônicos, mas ela envolve também interesses financeiros, políticos e ideológicos, e pode alterar toda uma estrutura social. “A história de todas as sociedades que existiram até nossos dias tem sido a história das lutas de classes.” (ENGELS e MARX, 1848, p.7).

As lutas de classes são elementos muito fortes da construção de sistemas universais de saúde. Todo país que possui um sistema de saúde universal tem uma grande luta social por trás da criação desse sistema.

A partir deste trabalho conclui-se que, a existência um sistema de seguridade social e a saúde universal é fruto de muita luta de classes e a garantia do direito de acesso a um serviço de saúde no Brasil e na Inglaterra é um direito de todos, independentemente de seu poder aquisitivo. É importante lembrar que não há como fazer uma análise do NHS e do SUS sem levar em consideração a forma em que ambos os países estão inseridos no mundo capitalista, a Inglaterra como um país desenvolvido do centro do capitalismo e o Brasil como um país em processo de desenvolvimento que foi/é explorado por países do centro do capitalismo. Mas, apesar dessas diferenças geopolíticas ambas as sociedades conseguiram a conquista de um sistema de saúde universal. Ambos os sistemas se encontram em um processo de desmonte e com a universalidade ameaçada, a grande mídia faz uma espetacularização das falhas dos sistemas o que leva a população muita das vezes a acreditar que a privatização seja a solução para os problemas.

Assim como na Inglaterra, a saúde pública no Brasil tem se mostrado cada vez mais essencial para lutar contra a pandemia, pois cerca de 70% dos brasileiros dependem exclusivamente do SUS e as instituições que são referências para o tratamento e pesquisa no Brasil sobre esta nova doença pertencem ao SUS. Um dos principais exemplos é a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, que é referência em pesquisa sobre a COVID-19 para o Brasil e o mundo, que agora inicia o processo de produção da vacina para combater a pandemia, assim como o Instituto Butantan. Em uma entrevista dada ao Instituto Humanitas Unisinos, o vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Reinaldo Guimarães, afirmou que um sistema de saúde público é essencial para o enfrentamento da pandemia e “que países que possuem sistemas universais públicos de saúde têm melhores condições de enfrentá-los do que aqueles que não têm” (ABRASCO, 2020). Porém, mesmo com um sistema público de saúde se mostrando tão importante no momento da pandemia, os ataques à saúde pública no país permanecem, com o presidente da República desrespeitando as autoridades sanitárias durante a crise e pensando apenas na economia do país em um momento em que milhares de vidas estão se perdendo. Outros políticos também não reconhecem completamente a importância de um sistema público de saúde: como o João Amoedo¹⁴, que em um debate na GloboNews no dia 2 de maio de 2020, falou em privatizações para ajudar a combater a pandemia e acelerar a recuperação econômica do país. Porém, outra mudança a favor do SUS que a pandemia trouxe foi a grande mídia pela primeira vez parabenizando e alegando a importância do SUS para o combate a pandemia.

A pandemia trouxe uma maior valorização popular do SUS e do NHS, mas esse movimento não deve parar quando a pandemia acabar. É necessária participação popular se torne cada vez mais presente na luta sanitária, entendendo as pautas políticas e sociais que estão presentes na luta sanitária, entendendo que a valorização de um sistema de saúde não se restringe a somente os serviços que são ofertados e sim diz respeito a toda formação de uma sociedade. É preciso que a população vá às ruas exigindo uma maior valorização de seus sistemas e se negando a pagar por uma crise que não foi ela que produziu para impedir a mercantilização da saúde. A crise econômica em que o mundo se encontra atualmente vem nos sendo apresentada como se ela fosse de todos, e ela vem sendo usada como justificativa para o desmonte de políticas públicas, tais como o SUS no Brasil e o NHS na Inglaterra, fazendo o povo pagar por esta crise. Porém sabemos que essa crise tem dono,

14 Político e banqueiro. Fundador do Partido Novo, que presidiu de 2011 a 2017 e depois voltou a presidência do partido em 2019.

e não é a classe trabalhadora embora, como sempre, ela seja diretamente afetada. Nós não podemos pagar por uma crise que não é nossa, e entender como que as lutas sociais deram origem a sistemas de saúde universais em dois países inseridos diferentemente no mundo capitalista, irá nos levar a refletir e entender como as sociedades funcionam e se organizam politicamente a partir do conflito que se dá entre classes sociais distintas e antagônicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, Maria; PERILLO, Eduardo. **O National Health Service- O Sistema de Saúde da Inglaterra**. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 16, n. 1, p. 53 - 54, 2014.

ARCHIVES, T. N. **The National Archives - Homepage**The National ArchivesThe National Archives,[s.d.]. Disponível em: <<https://www.nationalarchives.gov.uk/education/resources/1833-factory-act/>>. Acesso em: 23 nov. 2020

BASTOS, L. F. C. S.; [HTTPS://WWW.FACEBOOK.COM/PAHOWHO](https://www.facebook.com/pahowho). **OPAS/OMS Brasil - Organização Mundial da Saúde divulga novas estatísticas mundiais de saúde | OPAS/OMS**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5676:organizacao-mundial-da-saude-divulga-novas-estatisticas-mundiais-de-saude&Itemid=843>. Acesso em: 3 out. 2019.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites á sua efetivação. In CFESS; ABEPSS (Orgs.).**Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF: CEAD:Ed.UNB, 2009.

BRAIN, Jessica .Historic UK. **The Birth of the NHS**. Disponível em: <<https://www.historic-uk.com/HistoryUK/HistoryofBritain/Birth-of-the-NHS/>>. Acesso em: 28 maio. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 9 set. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 9 set. 2020.

BRASÍLIA. Ministério da Fazenda. Secretária do Tesouro Nacional. **Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil**. Brasília, 2018.

CASAFUERJ. **I Simpósio pela Saúde Pública | Financiamento do SUS: os riscos de um desmonte neoliberal**, 22 jul. 2020. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=cBmHQ0dql-g&list=PLwgHzOSvF89aeR3DRbiCgebJKSPWwnC1r&index=3>>. Acesso em: 23 out. 2021

CEE-FIOCRUZ. **Os sistemas de saúde pública brasileiro e inglês enfrentam dilemas no ano em que completam 30 e 70 anos.docx**. < <https://cee.fiocruz.br/?q=os-sistemas-de-saude-publica-brasileiro-e-ingles-enfrentam-dilemas-no-ano-em-que-completam-30-e-70-anos> > em: 21 fev. 2018.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **Cebes_Saúde-e-Democracia.pdf**. [s.d.]. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/10/Cebes_Sa%C3%BAde-e-Democracia.pdf>. Acesso em: 13 set. 2020

CHAGAS, Juliana; TORRES, Raquel. **Oitava Conferência Nacional de Saúde: o SUS ganha forma | Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/oitava-conferencia-nacional-de-saude-o-sus-ganha-forma>>. Acesso em: 17 set. 2020.

Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>>. Acesso em: 9 set. 2020.

DALLARI, S. G. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, v. 9, n. 3, p. 9, 1 nov. 2008.

DAVIS, M. CONTEE - CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES EM ESTABELECIMENTOS DE ENSINO. **O coronavírus e a luta de classes: o monstro bate à nossa porta**. *CONTEE - Confederação Nacional dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Ensino*. [S.I], 2020. Disponível em: <<https://contee.org.br/mike-davis-o-coronavirus-e-a-luta-de-classes-o-monstro-bate-a-nossa-porta/>>. Acesso em: 18 março. 2020.

DE MIGUEL, Rafa. **O SUS britânico é uma história de amor que supera a polarização política | Internacional | EL PAÍS Brasil**. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2019/07/20/internacional/1563633329_652618.html>. Acesso em: 11 out. 2019.

DECCA, E. S. DE. **O nascimento das fábricas**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

DHSC - DEPARTMENT OF HEALTH E SOCIAL CARE. **The NHS Constitution for England**. Disponível em: <<https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/the-nhs-constitution-for-england>>. Acesso em: 17 abr. 2020.

DNSP - DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. Memória da Administração Pública Brasileira, 9 maio 2019. Disponível em: <<http://mapa.an.gov.br/index.php/ultimas-noticias/682-departamento-nacional-de-saude-publica>>. Acesso em: 7 maio. 2020.

ENGELS, F.; SCHUMANN, B. A.; PAULO NETTO, J. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra segundo as observações do autor e fontes autênticas**. São Paulo: Boitempo, 2008.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 1999.

FILIPPON, J. et al. A “liberalização” do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00034716, 29 ago. 2016.

GLOBONEWS. **GloboNews Debate: Ciro Gomes e João Amoêdo**. *GloboNews*, 2 maio 2020. Disponível em: <<http://g1.globo.com/globo-news/videos/v/globonews-debate-ciro-gomes-e-joao-amoado/8527986/>>. Acesso em: 3 maio. 2020

GORSKY, M. The British National Health Service 1948–2008: A Review of the Historiography. **Social History of Medicine**, v. 21, n. 3, p. 437–460, 1 dez. 2008

GUIMARÃES, Cátia. **A importância de um sistema de saúde público e universal no enfrentamento à epidemia.** EPSJV/FIOCRUZ, 2020. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/a-importancia-de-um-sistema-de-saude-publico-e-universal-no-enfrentamento-a>>. Acesso em: 27 março. 2020.

HOBBSAWM, E. J. **Era dos extremos: o breve século XX ; 1914 - 1991.** 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

I Simpósio pela Saúde Pública | Panorama histórico-político do SUS. , [s.d.]. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=wH4338JsJaw&t=158s>>. Acesso em: 8 set. 2020

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 2001.

JOAO. **Origem, causas e impacto da crise.** Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/noticias/500801-origem-causas-e-impacto-da-crise>>. Acesso em: 7 jan. 2021.

MANIFESTO: POR QUE DEFENDER O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE? Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/07/manifesto-por-que-defender-o-sistema-unico-de-saude/>>. Acesso em: 1 nov. 2020.

MARTINS, Pedro. **Reinaldo Guimarães ressalta importância atuação do SUS na epidemia da Covid-19** (Entrevista). ABRASCO, 20 março 2020 . Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/entrevista-reinaldo-guimaraes-ressalta-importancia-atuacao-do-sus-na-epidemia-da-covid-19/45852/>>. Acesso em: 24 abril. 2020.

MARX, Karl (1867). **O Capital: Crítica da Economia Política.** vol I. T1, São Paulo: Abril Cultural, 1983 (Coleção dos Economistas).

MARX, Karl. **Grundrisse: manuscritos econômicos de 1857-1858.** Esboços da crítica da economia política. São Paulo: Boitempo, 2011.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista.** Disponível em: <<https://www.marxists.org/portugues/marx/1848/ManifestoDoPartidoComunista/index.htm>>. Acesso em: 15 abr.2020.

MASON, Rowena; WATERSON, Jim; SYAL, Rajeev. **Johnson rehires election chief to sharpen coronavirus messaging.** The Guardian, 31 março 2020. Disponível em: <<https://www.theguardian.com/world/2020/mar/31/johnson-rehires-election-chief-to-sharpen-coronavirus-messaging>>. Acesso em: 1 abr. 2020.

MENDES, Áquila. O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise. **A mercantilização da saúde em debate: As organizações sociais no Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, p. 11-20, 2015. Disponível em: <[HTTPS://ISSUU.COM/JUANCARLOSRAACH/DOCS/CADERNO_DE_SAUDE_FAPERJ](https://ISSUU.COM/JUANCARLOSRAACH/DOCS/CADERNO_DE_SAUDE_FAPERJ)>

2015_1 >. Acesso em: 29 jan. 2021.

MENDES, Aquilas; CARNUT, Leonardo. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saude soc.**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1105-1119, Oct. 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902018000401105&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 9 jan. 2021.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, Mar. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702014000100077&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 ago. 2020.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sobre a doença**. Ministério da Saúde [s.d]. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>>. Acesso em: 3 maio. 2020.

NHS commissioning» Clinical commissioning groups (CCGs). Disponível em: <<https://www.england.nhs.uk/commissioning/who-commissions-nhs-services/ccgs/>>. Acesso em: 26 jan. 2021.

O GLOBO. **Boris Johnson é internado com sintomas persistentes do coronavírus**. *O Globo*, 05 abr. 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/mundo/boris-johnson-internado-com-sintomas-persistentes-do-coronavirus-24352990>>. Acesso em: 7 abril. 2020.

OECD. **Despesas em saúde em relação ao PIB | Leia online**. Disponível em: <https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/health-expenditure-in-relation-to-gdp_health_glance-2017-45-en#page2>. Acesso em: 16 out. 2019.

OSA, J. A. De la. Um olhar para a saúde pública cubana. **Estudos Avançados**, v. 25, n. 72, p. 89–96, ago. 2011.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PALMA, J. **Lutas sociais e construção do SUS: o movimento de saúde da zona leste e a conquista da participação popular**. São Paulo: Hucitec Editora : Sobravime, 2015.

PEREIRA, P. A. P. A questão social e as transformações das políticas sociais: respostas do estado e da sociedade civil. **SER Social**, n. 6, p. 119-132, 14 ago. 2009.

RODRIGUES, Paulo; SANTOS, Isabela. **Políticas e Riscos Sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências**. Rio de Janeiro: Hucitec Editora, 2017.

SANTOS, J. V. **SUS: elemento central para enfrentar a pandemia de coronavírus**. *Entrevista*

especial com Reinaldo Guimarães. Instituto Humanitas Unisinos, 17 março 2020. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/597139-sus-elemento-central-para-enfrentar-a-pandemia-de-coronavirus-entrevista-especial-com-reinaldo-guimaraes>>.

SILVA, Luiz Marcos de Oliveira; MATTOS, Fernando Augusto Mansor de. Welfare State e emprego em saúde nos países avançados desde o Pós-Segunda Guerra Mundial. **Rev. Econ. Polit.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 135-152, Sept. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010131572009000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Aug. 2020.

SILVA, Wagner Wiliam da. **Do vagabundo ao cidadão = uma discussão sobre a construção da proteção social na Inglaterra.** 2010. 102 p. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/286340>>. Acesso em: 17 jul. 2020.

SOARES, Adilson; SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Maio 2020.

SOUTO, Lucia Regina Florentino.; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 204–218, mar. 2016.

TELESSAUDERS. **O SUS e o Sistema de Saúde da Inglaterra: Semelhanças e Diferenças.** TelessaúdeRS, [s.d]. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=uL7B-5uRnxQ>>. Acesso em: 6 nov. 2019.

UOL. Ingleses fazem panelaço para celebrar sistema de saúde pública. UOL, São Paulo, 26 março 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/internacional/ultimas-noticias/2020/03/26/ingleses-fazem-panelaco-para-agradecer-saude-publica.htm>>. Acesso em: 27 março. 2020.

VAINFAS, R. et al. História 3 [Ensino Médio]. 3 e. São Paulo: Saraiva, 2016

VESCHI, B. **Trabalho.** Disponível em: <<https://etimologia.com.br/trabalho/>>. Acesso em: 14 dez. 2020.

VideoSaúde -- Distribuidora da Fiocruz. **Democracia é saúde - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz): Ciência e tecnologia em saúde para a população brasileira.** Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/video/democracia-e-saude>>. Acesso em: 30 out. 2020.

VIEIRA, F. S.; E BENEVIDES, R. P. D. S. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 10, n. 3, p. 28, 23 dez. 2016.

VIEIRA, Fabiola Sulpino et al. **Políticas Sociais e Austeridade Fiscal: Como as políticas sociais**

são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal. CEBES,2018.

WOLF, P. J. W.; OLIVEIRA, G. C. DE. O “Espírito de Dunquerque” e o NHS inglês: teoria, história e evidências. **Revista Tempo do Mundo**, v. 3, n. 2, p. 193–241, 2017.