



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

TATIANY FERNANDES OLIVEIRA

**AS INFLEXÕES DA CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO GOVERNO BOLSONARO: implicações sobre a
Estratégia Saúde da Família**

**CAMPINA GRANDE
2021**

TATIANY FERNANDES OLIVEIRA

**AS INFELXÕES DA CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO GOVERNO BOLSONARO: implicações sobre a
Estratégia Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social, Estado, Trabalho e Políticas Sociais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Alessandra Ximenes da Silva.

**CAMPINA GRANDE
2021**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

O48i Oliveira, Tatiany Fernandes.

As inflexões da contrarreforma na política de Atenção Primária à Saúde no Governo Bolsonaro [manuscrito] : implicações sobre a Estratégia saúde da família / Tatiany Fernandes Oliveira. - 2021.

165 p. : il. colorido.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas , 2021.

"Orientação : Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva , Departamento de Serviço Social - CCSA."

1. Contrarreforma do Estado brasileiro. 2. Política Social. 3. Atenção primária à saúde. 4. Estratégia Saúde da Família. I.

Título

21. ed. CDD 361.3

TATIANY FERNANDES OLIVEIRA

AS INFLEXÕES DA CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE NO GOVERNO BOLSONARO: implicações sobre a Estratégia Saúde da
Família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social, Estado, Trabalho e Políticas Sociais.

Aprovada em: ___/___/_____.

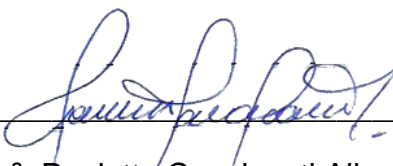
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr^a. Alessandra Ximenes da Silva (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr^a. Kathleen Elane Leal Vasconcelos
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr^a. Paulette Cavalcanti Albuquerque
Instituto Federal da Paraíba (UPE)

Ao meu pai, Argeu (*in memoriam*) e à
minha mãe, Maria de Fátima, pelo apoio
incondicional em todos os momentos, pelo
exemplo de coragem que eu preciso,
Dedico.

AGRADECIMENTOS

Àquele sem o qual nada seria possível em minha vida, a quem me ama e de mim cuida, a quem renova os meus dias e minhas forças, assim como faz o sol nascer e enche de esperança meu coração tantas vezes desencantado, à Ele seja minha eterna gratidão, Deus Pai e Senhor.

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UEPB por me oportunizar esta realização, a qual muitas vezes julguei-me não ser capaz de cumprir, mas a excelência dessa pós me cativou, desafiou e encorajou. Assim, agradeço a todo corpo docente e de funcionários na pessoa da minha querida orientadora Prof. Dr^a Alessandra Ximenes, por todo aprendizado compartilhado e pelas orientações dispensadas.

Ao meu pai, Argeu (*in memoriam*), o meu primeiro grande amor. Seus conselhos me acompanharão pelo resto dos meus dias, seu exemplo, suas virtudes maiores que os seus defeitos são meu alento em dias de saudade ardente. Te amo eternamente.

À minha mãe, Maria de Fátima, irmãos (Tacinho e Titi), cunhadas e sobrinhos, por todo apoio nesses dois anos e meio de idas e vindas à Campina Grande, por cuidarem do meu amorzinho (Bigode) enquanto eu estava fora e aguentarem minhas “crises”. Vocês sempre serão meu lugar de volta, onde quer que eu esteja.

Ao meu primo Valber, que me acolheu em sua casa durante os dias que precisei ficar em Campina Grande (cidade que amo), que me apoiou com seu humor renovador. Sucesso, primo!

Aos meus amigos que se tornaram irmãos e irmãs, presentes de Deus para mim. São verdadeiros tesouros, intercedem por mim, me amam e eu os amo. Adriana Simões, Juliana Alves, Eneida, Tatiane, Lane, Iuzi, Caliane, Eliane, Rachel, Lara (minha psicóloga) Cida, Karla Janaína, Vânia (mainha), Conceição, Valdineri (um anjo na minha vida no momento certo) Alan, César, Alysson, Édipo, Pr. Antônio e Cleyton (meu professor preferido), obrigada por tudo.

À minha querida Patrícia Barreto Cavalcanti (orientadora de longa data), por tanto aprendizado, acolhimento, generosidade e empatia. Obrigada por nunca ter desistido de mim.

Aos meus amores e irmãos de jornada acadêmica, ainda que em cursos diferentes, Íris e Wesley (meu co-orientador privativo). O que dizer das longas ligações para discutir termos, processo metodológico, teorias, textos e o mais importante, dividir angústias, dores, lágrimas e incertezas, mas também risadas? Vocês são muito especiais e eu os amo!

À minha turma “Mestrandos Raiz”, a melhor turma, no melhor tempo que poderíamos nos encontrar. Como admiro cada um de vocês, cada história, cada desafio, cada superação... Vocês não têm ideia do quanto me fortaleceram em todo processo com os lanchinhos e tanta troca boa entre nós. Na pessoa de Jussara, meu apoio confidencial em tantos momentos, eu quero expressar que vocês estarão sempre em meu coração, e a minha voz sempre será de anjo. Sucesso para nós, persistência e resistência na luta. Que Deus nos abençoe.

Aos meus amigos (as) e colegas de trabalho do Ortotrauma e da Escola Municipal Afonso Pereira, ambos locais em João Pessoa-PB, por todo apoio, por acreditarem que daria tudo certo, por torcerem por mim e dividirem comigo angústias profissionais e acadêmicas. A vocês, Leandro, Edval, Edna, Marize, Rosinha, Rose, Ogenilda, Edleide, Fernanda, Mayara, Renata, Raquel, Elaine Cristina (minha psicóloga a qualquer hora), Gracileide, Graça Madruga e tod@s os demais, meu carinho e gratidão.

À banca examinadora por todas as contribuições, compromisso e atenção dispensada na construção deste trabalho desde o processo de qualificação do projeto. Muito obrigada, Terçália Suassuna, Paulette Albuquerque (a quem eu tive o prazer de conhecer e admirar), e em especial à profissional e docente que sempre admirei desde os tempos da UFPB, Kathleen Vasconcelos.

A gratidão transcende momentos, ela deve ser uma prática de amor e benignidade.

Eu preciso encontrar um país
Onde a saúde não esteja doente
E eficiente, uma educação
Que possa formar cidadãos realmente

Eu preciso encontrar um país
Onde a corrupção não seja um hobby
Que não tenha injustiça, porém a justiça
Não ouse condenar só negros e pobres

Eu preciso encontrar um país
Onde ninguém enriqueça em nome da fé
[...]

Eu preciso encontrar um país
Onde tenha respeito com austero pudor
Qualquer pessoa em pleno direito
Diga adeus preconceito de raça e de cor

Eu preciso encontrar um país
Onde ser solidário seja um ato gentil
Eu prometo que vou encontrar
E esse país vai chamar-se Brasil

Brasil
Brasil, é
Brasil

(O país do sonho – Elza Soares)

RESUMO

A presente dissertação analisa as inflexões do processo de contrarreforma do Estado brasileiro na política de Atenção Primária à Saúde (APS) no Governo Bolsonaro, com destaque para a Estratégia Saúde da Família (ESF). A pesquisa está alicerçada na perspectiva do materialismo histórico-dialético, na qual o processo de investigação foi estruturado a partir de uma pesquisa documental acompanhada de uma revisão bibliográfica. Analisamos as principais normativas publicadas nos dois primeiros anos do Governo Bolsonaro (2019-2020) relacionadas à APS e que incidem diretamente sobre a ESF. Buscamos identificar como a contrarreforma na saúde se materializa nos atos do referido governo, no que diz respeito à APS e a ESF. O processo contínuo de contrarreforma intensifica-se com a agudização da crise estrutural capitalista, especialmente pós 2008. O ajuste fiscal permanente e a disputa pelo fundo público estão diretamente relacionados à superexploração da força de trabalho e expropriação de direitos no contexto da sociabilidade capitalista. No Governo Bolsonaro, a APS tem sido alvo de diversas normativas que inflexionam sobre seu direcionamento, concepção ideopolítica, organização dos serviços, financiamento, e, sobretudo, sobre seus princípios basilares. Diante disso, a ESF, dada a sua importância na atenção primária tem sido reconfigurada sob vários aspectos. O novo financiamento da APS com o Previde Brasil, a Agência para Desenvolvimento da APS (ADAPS) e a Carteira de Serviços para gestores, profissionais e usuários no nível primário da atenção são normativas que caracterizam a direção ultraneoliberal do atual Governo. A concepção de Cobertura Universal de Saúde (CUS) em detrimento de um Sistema Universal de Saúde estatal e de qualidade para todos, tem conduzido as medidas contrarreformistas que pautam a direção desse governo no setor saúde. Isso deixa clara a adesão, reafirmação e defesa das orientações dos organismos multilaterais, bem como as concepções ideopolíticas que o conduzem. A análise do objeto permitiu identificar retrocessos que se aprofundam na política de APS, especialmente na ESF, diante da contrarreforma empreendida para atender aos interesses do grande capital.

Palavras-Chave: Contrarreforma do Estado brasileiro. Política Social. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The current dissertation analysis the inflections of the Brazilian counter reform in the Primary Health Care (PHC) policy in the Bolsonaro government, with emphasis on the Family health strategy (FHS). The research is based on the perspective of dialectical-historical materialism, in which the investigation process was structured from a documental research followed by a bibliographic review. We analyzed the main regulations published in the two first years of Bolsonaro Government (2019-2020) related to PHC and which focus directly on FHS. We sought to identify how the health counter reform is materialized in the actions of the said government, concerning PHC and FHS. The ongoing process of counter reform is intensified with the growth of the capitalist structural crisis, mainly after 2008. The permanent fiscal adjustment and the dispute for the public are directly related to the exploration of the workforce and expropriation of rights in the context of the capitalist sociability. In Bolsonaro Government, the PHC has been target of many regulations that inflect on its direction, ideopolitical conception, organization of services and, most importantly, its basic principles. This been said, the FHS, given its importance in primary care has been reconfigured in several aspects. The new funding of PHC from Previde Brasil, the agency for development of PHC (ADPHC) and the portfolio of services for managers, professionals and users at primary level of care are regulations that characterize the ultra-neoliberal direction of the current government. The concept of Universal Health Coverage (UHC) to the detriment of a state-owned and quality Universal Health System for all has led the counter-reformist measures that guide the direction of this government in the health sector. This makes clear the adhesion, reaffirmation and defense of the multilateral organizations, as well as the ideopolitical conceptions, which guide it. The object analysis allowed us to identify setbacks that deepen in the PHC policy, especially in the FHS, given the counter reform undertaken to meet the interests of big business.

Keywords: Brazilian state counter reform. Social policy. Primary health care. Family health strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estrutura da SAPS.....	111
Figura 2 – Os desdobramentos da MP nº 890/2019.....	115
Figura 3 – Destaques da Lei nº 13.958/2019.....	121
Figura 4 – Estruturação da ADAPS.....	122
Figura 5 – Panorama normativo da contrarreforma na APS 2019/2020.....	131

LISTA DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS

Quadro 1 – Diferenças entre UHC e UHS.....	87
Quadro 2 – Descrição dos documentos analisados.....	107
Quadro 3 – Destaque da Lei nº 13.958/2019.....	115
Quadro 4 – Estruturação da APAPES.....	117
Quadro 5 – Estratégias e objetivos do Governo Federal para propagação da COVID-19.....	139
Tabela 1 – Destaques do comparativo do orçamento para a saúde no OGU 2019/2020.....	134
Gráfico 1 – Destaques do comparativo do orçamento para a saúde no OGU 2019/2020.....	134

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 CRISE CAPITALISTA, CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO E POLÍTICAS SOCIAIS	18
2.1 A crise do capital e seus principais elementos	19
2.2 Crise, superexploração e expropriação de direitos nas economias dependentes.....	26
2.3 Estado, políticas sociais e o processo de contrarreforma do estado brasileiro: um caminho de contradições.....	35
2.4 A política social da saúde frente à ofensiva neoliberal.....	46
3 A APS NO BRASIL: HISTÓRIA E INFLEXÕES DA CONTRARREFORMA DO ESTADO	56
3.1 Incursão histórica acerca da atenção primária à saúde: influências e caminhos no Brasil.....	57
3.2 A ESF no modelo de atenção à saúde: história, importância e contradições	68
3.3 A contrarreforma e a APS: a questão da CUS e os princípios do SUS	81
3.4 A intensificação da contrarreforma no Governo Temer e a política de APS.....	91
4 A APS NA TRAMA DA CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO EM TEMPOS DE ULTRANEOLIBERALISMO E NEOFASCISMO	99
4.1 O ultraneoliberalismo e o neofascismo do Governo Bolsonaro: as concepções ideopolíticas do desmonte de direitos.....	100
4.2 Evidências da trama da contrarreforma na APS/ESF no Governo Bolsonaro	107
4.2.1 <i>Saúde na Hora: a abertura das “inovações” em APS e ESF no Governo Bolsonaro</i>	109
4.2.2 <i>Nova estrutura para um “novo” governo</i>	110
4.2.3 <i>As legislações entre o Programa Médicos pelo Brasil e a ADAPS</i>	112
4.2.4 <i>Previne Brasil: o novo financiamento da APS</i>	118
4.2.5 <i>Uma lista para garantir apenas o “essencial”</i>	127
4.3 A síntese dos dispositivos legais do Governo Bolsonaro e as inflexões na APS/ESF	130
4.4 A pandemia da COVID-19 no contexto brasileiro e a APS/ESF	136
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	146
REFERÊNCIAS	150

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação não é apenas o cumprimento de um requisito para conclusão da Pós-graduação do Mestrado em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), ela também reflete a continuidade de nosso interesse pelo estudo da política de saúde no Brasil no que concerne ao nível da Atenção Primária à Saúde.

Enquanto assistente social tivemos a oportunidade de desenvolver nossas atividades na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Campina Grande-PB, de 2003 a 2008. Nesse período, o Brasil estava em plena expansão do então Programa Saúde da Família (PSF). A cidade de Campina Grande despontava entre as precursoras da experiência do Saúde da Família, e enquanto um dos poucos municípios no país que somou ao quadro da equipe mínima, o profissional de Serviço Social. Desde então passamos a observar os desafios que perpassam a política de saúde no que tange à atenção primária, principalmente a ESF, nosso *lócus* de trabalho e estudos.

A experiência vivenciada profissionalmente nos inquietou também em relação às investigações acadêmicas. O foco da prevenção e da promoção à saúde, bem como a universalidade do acesso, redirecionavam na prática o conceito de saúde a partir de uma equipe multiprofissional, da qual o assistente social foi e é integrante naquele município. Ao mesmo tempo em que observávamos avanços na ESF, algumas inquietações também se faziam presentes: rotatividade de profissionais; diferenciados tipos de inserção e contratação de pessoal; número alto de famílias por equipe; falta de infraestrutura das unidades de saúde, dentre outros fatores. Foi um tempo também de fomento da participação e controle social naquele município, através dos Conselhos Locais de Saúde e do profissional de serviço social, que muito contribuiu com esse processo.

A partir dessas questões e das vivências no cotidiano de trabalho, decidimos por cursar a Especialização em Saúde Pública, e posteriormente uma segunda Especialização em Serviço Social pela ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social), em parceria com a Universidade de Brasília (UnB), na qual privilegiamos o estudo do trabalho do Assistente Social no NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família).

O ingresso no Mestrado em Serviço Social da UEPB foi motivado pelo desejo de ampliar nosso conhecimento e pesquisa acerca da política de saúde, especialmente a da APS com ênfase na ESF. Nesse sentido, nosso objeto de estudo versa sobre as inflexões da contrarreforma do Estado brasileiro na política de Atenção Primária à Saúde com destaque para a ESF, especialmente nos dois primeiros anos do governo Jair Messias Bolsonaro.

Desde o início dos anos de 1990, tão logo o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado, incide sobre ele medidas que levam a não-materialização de seus princípios. Observa-se uma contradição entre o que está posto como arcabouço jurídico legal em relação à política de saúde brasileira e a realidade que se apresenta, tanto no cotidiano de quem busca acessar os serviços quanto nos dispositivos legais, que desde o início minam os princípios do SUS. O que se segue no curso prevalente da contrarreforma do Estado é a busca de legitimar a desregulamentação de direitos conquistados e/ou sua aniquilação. Essa perspectiva atravessa as políticas sociais no Brasil, sendo alvo precípua aquelas que compõem a Seguridade Social, dentre as quais está a política de saúde.

O Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRE, 1995), sob a presidência de Fernando Henrique Cardoso e do ministro Bresser Pereira, do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), é considerado o documento base que direciona uma contrarreforma conservadora e regressiva, conforme analisa Behring (2003). O discurso da época foi marcado exatamente pela exigência da disciplina fiscal, privatização e liberalização econômica. Percebe-se que tal discurso só se aprofunda com o passar do tempo, visto que ganha outros elementos que intensificam o processo de contrarreforma do Estado brasileiro sobre os direitos sociais conquistados, num verdadeiro movimento de expropriação destes.

A conjuntura de crise estrutural do capital desde os anos de 1970, especialmente após a crise de 2008, imputa ao capital a necessidade cada vez mais urgente de valorização. A disputa pelo fundo público torna-se ainda mais acirrada, uma vez que esse tem papel fundamental no processo de acumulação capitalista. O fundo público é componente *in flux* desse processo, como afirma Behring (2018).

É nessa conjuntura que a expropriação de direitos se adensa, principalmente em países de economia dependente, como é o caso do Brasil. Diante disso, o processo de contrarreforma do Estado brasileiro, que passa por momentos distintos em cada governo mediante a intensidade da ofensiva neoliberal, encontra nos

governos de Michel Temer (2016-2018) e Bolsonaro, atualmente, a trama mais oportuna para aprofundar e sedimentar o caminho do ultraneoliberalismo no país. São ações articuladas, principalmente do atual governo, em que o objetivo maior é dar o xeque-mate em seu opositor, leia-se nesse caso, o xeque-mate do grande capital e seus interesses nos trabalhadores e usuários de direitos duramente conquistados.

Instigados por entender as inflexões da contrarreforma do Estado brasileiro na Atenção Primária à Saúde e seus direcionamentos, principalmente para a ESF, diante da conjuntura do atual governo, é que nossa investigação se pauta. A contrarreforma do Estado brasileiro se intensifica de forma avassaladora após o golpe de 2016, que destituiu a presidenta Dilma Rousseff e assumiu naquele momento o vice-presidente, Michel Temer. A partir de então, a pauta das [contra] reformas passa a ser meta prioritária de aprovação no cenário político daquele governo. Assim, o governo Bolsonaro encontra todo o caminho sedimentado para prosseguir com as ações de viés ultraneoliberal, e tem na APS, com ênfase na ESF, um de seus alvos principais nesse contexto. Então questionamos de que forma o processo de contrarreforma no governo Bolsonaro inflexiona nos rumos da APS, principalmente na ESF.

Assim, a presente dissertação intitulada, **“As inflexões da contrarreforma na política de Atenção Primária à Saúde no governo Bolsonaro: implicações sobre a Estratégia Saúde da Família”** tem por objetivo geral analisar as incidências da contrarreforma do Estado brasileiro na política de Atenção Primária à Saúde no referido governo, com ênfase na Estratégia Saúde da Família. Além disso, procuramos desvelar as propostas político-governamentais que conflitam com os princípios constitucionais do SUS na Atenção Primária à Saúde; apreender as concepções ideopolíticas que fundamentam e orientam o arcabouço da política de Atenção Primária à Saúde no governo Bolsonaro e identificar as inflexões da contrarreforma na política de Atenção Primária à Saúde que incidem diretamente na Estratégia Saúde da Família.

Para compreender o movimento que envolve a problemática levantada, bem como responder aos objetivos formulados, buscamos centrar nossa pesquisa na perspectiva marxiana do materialismo histórico-dialético, de modo a entender o movimento dialético a partir da totalidade concreta que é a sociedade capitalista e suas relações sociais, nas quais os sujeitos estão inseridos.

O método crítico-dialético construído por Marx dentro da teoria social crítica, apreende a realidade em sua dimensão de totalidade, extrai do objeto as múltiplas determinações, que o envolvem e faz a mediação entre as totalidades de menor complexidade com a totalidade maior, que é a estrutura da sociedade burguesa (NETTO, 2009). O método considera o caráter sócio-histórico do fenômeno, e só é possível conhecer o objeto considerando esse processo.

Como esclarece Tonet (2013), a totalidade não deve ser concebida como um amontoado de partes, mas sim partes articuladas entre si, permeadas por contradições e mediações em constante processo de efetivação. “Sua importância metodológica está fundada exatamente no fato de ser uma categoria que caracteriza a realidade em si mesma” (TONET, 2013, p.115). As contradições são parte das totalidades menos complexas que formam a totalidade concreta; na *contradição* o objeto está em movimento. É preciso descobrir os processos constitutivos dessa totalidade, o que corresponde à categoria da *mediação*. Isso significa que as relações nunca são diretas, mas mediadas em cada totalidade. O claro-escuro de verdade e engano da pseudoconcreticidade, como bem ensina Kosik (2002), que ora esconde, ora revela a essência do fenômeno deve ser desfeito, e desse modo, o método de investigação assentado no materialismo histórico-dialético é o caminho.

Imbuídos dessa concepção, realizamos uma pesquisa de abordagem qualitativa, uma vez que está centrada em compreender e explicar as relações sociais, fugindo da mera verificação e manipulação de variáveis. Além disso, o pesquisador, ao mesmo tempo, pode se reconhecer como sujeito e objeto da pesquisa (SILVEIRA; CÓRDORA, 2009). No intuito de alcançar os objetivos propostos, e de acordo com os procedimentos técnicos utilizados, realizamos uma pesquisa do tipo documental, a partir da qual procedemos uma análise documental, acompanhada de uma revisão bibliográfica em relação ao objeto de estudo.

De acordo com Gil (2008, p.46), “os documentos constituem fonte rica e estável de dados [...], tornam-se fontes importantes de dados em qualquer pesquisa de natureza histórica”. Para nossa pesquisa, selecionamos treze documentos, que são normativas legais (medidas provisórias, leis, portarias, resoluções e decretos), publicados pelo governo Bolsonaro (seja pelo próprio Gabinete da presidência, seja pelo Ministério da Saúde), entre 2019 e 2020, relacionadas à APS e que incidem diretamente na ESF. Os documentos elencados são os seguintes: Portaria nº 930/2019, Decreto nº 9795/2019, Medida Provisória nº 890/2019, Portaria nº

2539/2019, Portaria nº 2979/2019, Resolução nº 95/2019, Portaria nº 3222/2019, Lei nº 13958/2019, Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde, Nota Técnica nº 3/2020, Portaria nº 397/2020, Decreto nº 10283/2020 e Portaria nº 683/2020.

Para Cellard (2012), o documento é surdo. Por isso, o pesquisador não tem como dialogar diretamente com este pedindo-lhe explicações complementares, todavia, ele também é um método de coleta de dados, e assim procedemos na nossa pesquisa.

Ainda conforme Cellard (2012), a análise documental é uma abordagem analítica que questiona e problematiza. O pesquisador constrói e reconstrói o documento para responder aos seus questionamentos. Foi a partir desse movimento que analisamos cada documento, destacando três que atravessam e são perpassados pelos demais: a Portaria nº 2979/2019 (Previne Brasil – novo financiamento da APS), a Carteira de Serviços da APS e o Decreto nº 10.283/2020 (Agência para Desenvolvimento da APS – ADAPS). No processo de análise e crítica, o pesquisador também pode fazer uso de outros documentos que dão suporte e enriquecem esse transcurso (CELLARD, 2012). Assim, fomos em busca desse suporte que se revela ao longo da pesquisa quando nos referimos a tantos outros documentos históricos, principalmente em relação à política de APS.

A revisão bibliográfica soma-se a isso no processo de fundamentação teórica do estudo em questão. Ela permeia toda a discussão da pesquisa para analisar conceitos e categorias acerca do problema elencado, entre as quais destacamos: a crise capitalista, o neoliberalismo, a contrarreforma do Estado, a política de saúde, a Atenção Primária à Saúde, a Estratégia Saúde da Família, o financiamento, entre outras.

A investigação se processou em primeiro lugar com a leitura minuciosa de cada documento elencado para a análise. Didaticamente construímos um quadro, no qual separamos cada documento por data de publicação e a seguir, de acordo com os objetivos do trabalho, identificamos a que objetivo cada um deles respondia. Também procuramos relacionar os documentos entre si, visto que estes se imbricam em muitas questões. No processo de análise destacamos em cada um deles, de acordo com o seu enunciado e assunto principal, as principais categorias de análise que estes revelam e que compõe nosso estudo.

Após a investigação e análise dos dados coletados, procedemos com a sistematização e exposição do conhecimento em que apresentamos nossa dissertação em quatro capítulos e ainda as considerações finais.

O **Capítulo I** compõe esta introdução e apresenta nosso objetivo principal de investigação, o objeto de estudo e uma prévia dos encaminhamentos teóricos e metodológicos.

O **Capítulo II** contempla a discussão de categorias e conceitos que fazem uma aproximação ao objeto de estudo deste trabalho. Trata da crise estrutural do capital e do processo de contrarreforma do Estado na perspectiva da ofensiva neoliberal que impacta sobre as políticas sociais. A discussão foi trazida para a particularidade brasileira em que abordamos a expropriação de direitos numa economia dependente, inclusive no âmbito da saúde.

O **Capítulo III** aborda de forma direta e objetiva categorias do nosso objeto, portanto, traz a discussão da APS no Brasil em seu contexto histórico, destacando a ESF e as inflexões da contrarreforma, a qual impõe propostas a exemplo da cobertura Universal de Saúde (CUS). Além disso, destacamos o recrudescimento desse processo no governo Michel Temer.

O **Capítulo IV** expõe a pesquisa realizada e analisa como o processo de contrarreforma do Estado brasileiro neste governo ultraneoliberal e neofascista de Jair Bolsonaro tem provocado mudanças na APS e na ESF, enquanto estratégia ordenadora do cuidado dentro do modelo de atenção à saúde do SUS. Diante disso, não poderíamos deixar de fora a discussão acerca da pandemia da COVID-19, uma vez que a APS deveria ter [tem] um papel preponderante em seu enfrentamento.

As **Considerações finais** apontam a desconstrução contínua e articulada por meio de normativas legais, tanto dos princípios do SUS quanto da APS, e nisso, da ESF, o que revela a tendência cada vez mais condensada de uma APS seletiva ao invés de forte e abrangente, e isso desestrutura seu principal expoente, a Estratégia Saúde da Família.

O presente estudo mostra-se relevante, especialmente na atual conjuntura, uma vez que permite reflexões e aprofundamento acerca das inflexões do processo de contrarreforma do Estado brasileiro em meio à crise capitalista e seus desdobramentos para a política de Atenção Primária à Saúde, além de possibilitar elementos que podem ser aprofundados em estudos posteriores.

2 CRISE CAPITALISTA, CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO E POLÍTICAS SOCIAIS

O modo de produção capitalista constitui-se de elementos que lhe são inerentes e que orientam e reorientam sua expansão, desenvolvimento e transformações. Conforme Harvey (2011), o capital tem seu próprio fluxo, sua lógica, a isso o autor chama de caráter sistêmico. Compreender o fluxo do capital, sua lógica, é essencial para entendermos as condições em que vivemos.

Abordamos neste capítulo a forma como o capitalismo, nas contradições que lhe são inerentes, depara-se historicamente com um processo de crise e a busca desesperada de superá-la para novamente crescer e obter uma taxa de lucros. Portanto a crise capitalista ocorre quando há uma queda tendencial da taxa de lucros e nesse processo ocorrem novas formas de reestruturação do sistema. A crise estrutural do capital, desde os anos de 1970, tem provocado profundas mudanças societárias. A partir da crise de 2007/2008, sob o domínio estabelecido do capital financeiro e fictício, tais mudanças se intensificam tanto no âmbito econômico e social quanto no âmbito político-ideológico. O dilema está no que a crise revela do próprio metabolismo do capital e que consequências ela traz para o conjunto, não apenas da classe trabalhadora, mas da humanidade, uma vez que o capital não pode estagnar-se, deve, no entanto, continuar a crescer, expandir-se e valorizar-se.

Nesse sentido, é necessário entender a função do Estado diante dos desafios que esse modo de produção encontra para continuar a afirmar-se e expandir-se na busca de garantir sua acumulação. Assim, a contrarreforma do Estado, em relação aos direitos conquistados que se materializam por meio das políticas sociais diante das relações de luta de classes da sociedade capitalista, constitui-se um mecanismo que faz parte das estratégias do capital para manter sua hegemonia e garantir sua acumulação.

Os serviços referentes às políticas de seguridade social – saúde, previdência e assistência social – entre outros que devem ser assumidos pelo Estado através das políticas sociais, passam a serem alvos de valorização e disputa do capital, via privatizações ou formas mascaradas desta, sob a égide de uma política neoliberal que procura justificar esse processo e desconsidera a proteção social como dever

do Estado. As estratégias colocam-se sempre no sentido de viabilizar a expansão e acumulação capitalista.

Desse modo, neste primeiro capítulo, buscamos abordar esses elementos que constituem, dentre outros, fundamentos teóricos para a discussão do tema do nosso estudo e são eles que nos dão suporte para análise desta pesquisa.

2.1 A crise do capital e seus principais elementos

As crises são constitutivas do modo de produção capitalista. Historicamente o capitalismo, em suas relações de desenvolvimento, expansão e busca constante de acumulação, enfrenta crises. Todavia, de antemão, é preciso esclarecer que essas crises não anunciam exatamente sua destruição ou seu fim (NETTO, 2012; MÉSZÁROS, 2011). Por mais que as crises coloquem em questão a legitimidade do capitalismo enquanto “sistema ideal” de organização socioeconômica e desenvolvimento das relações humanas, elas são parte inerente das contradições desse sistema e servem à sua reprodução, e ao mesmo tempo, elas abrem espaço para questionamentos e afirmações acerca dos limites desse modo de produção, bem como da possibilidade e urgência de sua superação.

Conforme Netto e Braz (2012), a crise pode ser detonada por qualquer fato, situação, incidente econômico ou político, mas sua razão primeira não reside ali, no que está aparente, e ela não é um acidente de percurso. O que ocorre é o elemento visível, detonador da crise. Sobre isso, Mandel (1990) ressalta que é preciso distinguir os fenômenos de aparecimento da crise, de sua causa mais profunda e de sua função na lógica capitalista, até porque o capital não é uma relação simples, mas um processo (MARX, 2011).

Conforme Mandel (1990), o elemento detonador que precipita as crises distingue suas formas de aparição. “Este pode ser um escândalo financeiro, um brusco pânico bancário, a bancarrota de uma grande empresa, como pode ser simplesmente a mudança de conjuntura [...] em um setor chave do mercado.” (MANDEL, 1990, p. 212).

A crise tem a ver com a queda tendencial da taxa de lucros que exprime a própria queda de apropriação da mais-valia. O movimento do capital (D-M-D') não se realiza a contento. Netto e Braz (2012), a partir das análises em Marx, afirmam que nesse movimento, as crises são a interrupção do processo de acumulação. Sendo

assim, o processo de reprodução ampliada, de acumulação do capital fica suspenso, e não segue o que seria seu fluxo, a conversão de mais dinheiro.

Sobre a causa das crises, Mandel (1990) aponta pelo menos quatro causas: a superacumulação de capitais, o subconsumo das massas, a anarquia da produção e a desproporcionalidade entre os diferentes ramos da produção e a queda da taxa de lucros. Essas causas estão interligadas, e tomando isso como substrato, o autor afirma que a crise econômica é sempre uma crise de superprodução de mercadorias.

É importante atentar para a função da crise, e acerca disso Mandel (1990) afirma que, a sua função objetiva é de constituir o mecanismo através do qual a lei do valor se impõe, mesmo diante da concorrência ou da ação dos monopólios.

A realidade é que a crise, enquanto constitutiva do modo de produção capitalista, está no bojo de suas contradições, daquilo que lhe é inerente, e, portanto, não se pode escapar; por isso a busca em compreender o que isso implica dentro do metabolismo do capital. Carcanholo (2010), analisando o que significa crise em Marx, esclarece que,

Crise em Marx não é apenas uma fase do ciclo econômico, especificamente aquele momento onde o auge da acumulação de capital se reverte em recessão/depressão. Crise em Marx tem o sentido de manifestação das contradições do modo de produção capitalista, ao mesmo tempo em que a unidade nessas contradições é resposta. Assim, seu significado contém toda a dinâmica dialética presente no movimento do processo de acumulação do capital (CARCANHOLO, 2010, p. 2).

É por isso que se diz que a crise é cíclica, por sua processualidade dialética. As crises cíclicas são experimentadas regularmente pelo sistema capitalista desde a segunda década do século XIX (NETTO, 2012).

Mandel (1990) destaca a grandeza da crise dos anos de 1970, e a caracteriza como uma *crise clássica de superprodução capitalista*. O autor ressalta a “superacumulação de capitais”, não como contrária a superprodução de mercadorias, mas como sua consequência, como parte do mesmo processo de engrenagem, do mesmo conjunto de elementos que estão por trás das crises. Mandel (1990) não dicotomiza o debate acerca da causa da crise, por um elemento em detrimento de outro. O fato é que, desde a década de 70, o capital passa de uma onda longa de crescimento para uma onda longa de depressão. Acary (2018, p. 34)

afirma que “a fase dos trinta anos do pós-guerra acabou e deu lugar a uma longa crise endêmica”.

A questão é que, desde os anos de 1970¹, se instaurou uma crise no sistema, considerada estrutural por alguns autores, e que tem provocado muitas mudanças nas relações sociais. Para Mészáros (2011), ela adquire um caráter não apenas cíclico, mas estrutural, do próprio sistema do capital, que afeta toda a humanidade e impõe-lhe mudanças para que o capital continue se expandindo e seja garantida a acumulação.

O que Mészáros (2011) aponta é que a crise instaurada mundialmente nos anos de 1970 é estrutural, pois ela supera os limites historicamente conhecidos das crises cíclicas, uma vez que suas causas não foram superadas. A partir desse período, outras crises, que podem ser chamadas de cíclicas, são cada vez mais frequentes em todas as partes do mundo ou, conforme Netto (2012), *experimentadas regularmente*. Para Mészáros, tudo isso demonstra o caráter do capital enquanto sistema social global, daí uma crise estrutural global.

Diante do fenômeno da mundialização do capital, a crise em curso que explodiu após uma longa fase de acumulação, “tem como substrato a superacumulação de capacidades de produção e excrescência de um montante de capital fictício sem precedente” (CHESNAIS, 2013, p. 25). Por isso, é uma crise de superacumulação em que o capital para retomar sua taxa de crescimento busca seu objetivo primordial que é a valorização sem limites para manter o processo de acumulação em alta. Conforme análise do autor, o que permitiu ao capital prolongar a acumulação, mesmo com a recessão dos anos 70, foi a base da ideologia neoliberal como força política, o endividamento privado e público e a entrada da China na Organização Mundial do Comércio. Todavia, a superacumulação torna-se uma barreira ao capital; o capital já que este produz para si, e não para a vida social.

Por ser o capitalismo um sistema carregado de contradições, o próprio movimento de reprodução explicita a natureza das crises e as prepara quando se coloca preso nas barreiras que ele mesmo criou, e que de alguma forma interferem em seu desenvolvimento. Nesse movimento, com base em Chesnais (2013), o capital busca meios para ultrapassar essas crises, os quais imbuídos de contradições geram outras barreiras que fazem explodir nova crise, a qual precisa

¹ A crise do capitalismo nos anos de 1970 corresponde à que foi detonada pela alta do preço do petróleo após o embargo árabe. (HARVEY, 2011).

ser superada. Assim, “segue o baile” do fluxo do capital. A crise seria também uma resposta ao que o capital escolheu para superar seus limites na longa fase de acumulação.

A crise estrutural que se arrasta tem demonstrado a insuficiência ou a ineficácia das saídas de superação que o capitalismo tem buscado para voltar a uma onda longa de crescimento.

Ainda de acordo com Mészáros (2011), o objetivo do capital não é a satisfação das necessidades humanas, mas sua expansão, orientada para a acumulação, como um fim em si mesmo, com o objetivo de sobreviver afirmando seu poder como modo de reprodução ampliado. Isso demonstra que o capital não tem “humanidade”, que “vai até às últimas consequências” e que tem sua própria ética para reafirmar-se como única possibilidade de conduzir as relações sociais, de engendrar o desenvolvimento humano, mas sempre de acordo com seus padrões, mantendo seu poder de dominação.

Ao introduzir o livro “A crise estrutural do capital”, de Mészáros, Antunes (2011) comenta sobre a falta de limites para a expansão do sistema do capital, e afirma:

Expansionista na busca crescente e desmedida de mais-valor, destrutivo na sua processualidade pautado pela superfluidade e descartabilidade, o sistema de capital torna-se, no limite, incontrolável. Tudo isso, aqui resumido de modo breve, faz com que, depois de um longo período dominado pelos ciclos, ele venha assumindo – segundo a formulação de István Mészáros – a forma de uma crise endêmica, crônica e permanente [...] (ANTUNES, 2011, p. 11-12).

Mészáros (2011) aponta que a crise estrutural do capital mostra que o capitalismo não é tão vitorioso quanto parece, diante de suas contradições e limites do seu próprio metabolismo.

Conforme as análises de Netto (2012), o capitalismo vive uma crise de natureza sistêmica² com base nas transformações do mundo capitalista desde a década de 1970. No entanto, é a partir da crise da Bolsa de Nova York, em 1987, que são desencadeadas várias crises ao redor mundo (não apenas de ordem

² Netto (2012) aponta pelo menos duas crises do capitalismo que ele considera sistêmica: a primeira em 1873 no cenário europeu e a segunda em 1929 nos EUA, mas que envolveu o globo e também durou anos.

financeira) e, que são exatamente indicadoras dessa crise sistêmica que vivemos. “A crise sistêmica se manifesta envolvendo toda a estrutura da ordem do capital” (NETTO, 2012, p. 415). O que aconteceu em 2008 está no lastro dessa crise sistêmica. É mais do que simplesmente crises cíclicas, apesar de contê-las.

A crise do capital, da qual somos contemporâneos, reverbera em todas as partes do mundo, e desde 2008 acentua-se exatamente porque o capitalismo não tem se mostrado, de fato, eficiente em suas medidas para superá-la, explodindo detonadores dentro daquilo que já se arrasta há décadas. Para Acary (2019), a crise de 2008 foi a mais séria desde 1929, assim como para outros autores marxistas que a analisam, conforme podemos perceber.

De acordo com Harvey (2011), o que se coloca em relação à crise de 2008, como parte dessa crise estrutural, é a sua grandeza e o seu saldo para o mundo. Pode-se dizer que são várias crises desde os anos de 1970, porém a mundialização do capital e sua financeirização, incluindo também o capital fictício, faz da crise de 2008 um marco para análise dos sinais de esgotamento do sistema capitalista em sua totalidade, mas não exatamente do seu fim. Marx (1983) nos ensina em relação às crises do capitalismo que, diante da dinamicidade do sistema, no interior do processo de crises, ele mesmo reconstrói as bases para um novo processo de acumulação do capital.

Sobre essa crise de 2008, Bensaid (2009, s/p) diz que, “trata-se, na realidade, de uma crise histórica – econômica, social, ecológica – da lei do valor, uma crise de medição e de excesso”.

A crise de 2008 é conhecida como a crise da bolha imobiliária ou das hipotecas norte-americana³, que levou ao *crash* de vários bancos de investimento, tanto de Wall Street (EUA) quanto de outras nações. Essa crise, para Harvey (2011), deve ser vista como o auge de um padrão de crises financeiras que foram se aprofundando, principalmente a partir dos anos de 1970. Isso atesta ao mesmo tempo seu caráter estrutural e sistêmico para lembrar Mészáros (2011) e Netto (2012).

³ David Harvey, em seu livro: “O enigma do capital”, diz que a crise de 2008 ficou conhecida como a “crise das hipotecas subprime”. O dia “D” foi em 15 de setembro de 2008, quando o Banco Lehman Brothers desabou e mercados globais de crédito congelaram. “No epicentro do problema, estava a montanha de títulos de hipoteca ‘tóxicos’ detidos pelos bancos ou comercializados por investidores incautos em todo o mundo. Todo mundo tinha agido como se os preços dos imóveis pudessem subir para sempre.

Ora, o capital como um fim em si mesmo, tem uma necessidade crescente de valorização. Na era da financeirização e do capital fictício, os ativos bancários são um nicho de investimento, mas a inflação relativa a estes não é eterna. Problemas como o endividamento absurdo dos próprios bancos mediante o setor imobiliário dos EUA podem levar a detonar uma crise, como aconteceu em 2008. Uma crise de proporção mundial enraizada no que já pontuamos sobre a mundialização do capital, a interação global do setor financeiro diante da desregulamentação e liberalização no setor econômico, o que contribui também para centralização e concentração do capital.

A busca ao que fazer com o excedente do capital sempre acompanha o processo de valorização e acumulação, por isso as crises sempre causam mudanças no desenvolvimento do modo de produção capitalista. Além disso, reconfiguram os espaços geopolíticos e colocam em xeque hegemonias, como é o caso do que acontece com os EUA desde 2008, pois o capital sempre vai para onde a possibilidade da taxa de lucro seja maior. (HARVEY, 2011).

Cabe ressaltar que, a crise estrutural imbricada nesse sistema de produção, especialmente depois de 2008, e que traz consequências nefastas para toda humanidade, age de maneira peculiar e altamente destrutiva para o conjunto da classe trabalhadora. Segundo Braz (2012), o aumento da população sobrando e o capital excedente que encontra dificuldades para se valorizar, torna o metabolismo social do capital ainda mais sedento e voraz na busca de espaços em que possa realizar a acumulação e valorização do valor para escapar da tendência da queda da taxa média de lucros provocada por suas próprias contradições.

A esse respeito, Netto (2012) vai exatamente destacar que as possibilidades civilizatórias da ordem do capital estão se esaurindo, sem alternativas progressistas para os trabalhadores, bem como para a humanidade. Com base em Mészáros, o autor afirma que a característica que especifica o tardo-capitalismo é a produção destrutiva, que presentifica a crise estrutural do capital. “Todos os fenômenos e processos em curso na ordem do capital nos últimos 25/30 anos [...]. Eles afetam a totalidade das instâncias constitutivas da vida social em escala planetária” (NETTO, 2012, p. 426). Braz (2012) alude que é essa crise atual que acentua esse caráter destrutivo do capitalismo, além de esgotar os mecanismos de autorregulação do sistema sociometabólico do capital.

Ressaltemos que Mézáros (2011) afirma que tal crise continua sendo a mesma crise estrutural dos anos de 1970, porém,

Na nossa época histórica, há um tipo muito mais fundamental de crise que se combina com crises capitalistas cíclicas e afeta todas as formas concebíveis do sistema do capital enquanto tal, não somente o capitalismo. A crise estrutural se faz valer ativando os limites absolutos do capital como modo de reprodução social metabólica. [...]. Assim, a cada vez mais profunda crise estrutural do sistema combinada ao fracasso comprovado de medidas paliativas [...] torna o perigo de autodestruição da humanidade ainda maior do que antes (MÉSZÁROS, 2011, p. 136-137).

O capital, diante dos seus limites absolutos ativados para sua reprodução sociometabólica, é extremamente destrutivo, visto que não leva em consideração nem mesmo as necessidades essenciais para reprodução da vida humana. Conforme o autor supracitado, os limites do capital colidem com os próprios limites da existência humana. Ultrapassar esses limites para sua autovalorização é o mote, e isso implica em mudanças. Lembremo-nos para o que Harvey (2011) nos chama a atenção, que para sobreviver diante das crises, o capitalismo precisa de “violentas correções”.

O capital não consegue lidar com seus próprios limites, a sua luta é sempre para transpô-los. Por isso também sua alta capacidade de destruição se expande a todos os âmbitos das relações que constituem a sociabilidade burguesa.

Diante disso, a crise estrutural, especialmente após 2008, revelará cada vez mais que para o capitalismo não há ética quando se trata de desobstruir o fluxo que impede a valorização do capital, seja por meios legais ou não. Como Harvey (2011, p. 24) declarou em relação ao que aconteceu em vários momentos históricos, e não difere de 2008, “salvar os bancos e arrebentar com o povo funcionou às mil maravilhas – para os banqueiros”. É isso que importa, afinal, para esse sistema.

Nesse contexto, estão a classe trabalhadora, a superpopulação relativa, os miseráveis, enfim, todos aqueles que são “livres como pássaros”⁴ nessa sociedade capitalista. Aprofundam-se, então, as condições de exploração na garantia da expansão e acumulação do capital. As estratégias do capital frente à crise, passam por mecanismos variados, os quais incidem principalmente sobre os trabalhadores e

⁴ “Livres como pássaros” é uma referência que Marx faz aos camponeses expropriados de suas terras durante o processo de acumulação primitiva para então, livres, venderem sua força de trabalho. Ver o capítulo XXIV – A assim chamada acumulação primitiva – de O Capital.

sobre todo o conjunto da sociedade. Afinal, “crescimento e expansão são necessidades imanentes ao sistema de produção capitalista, e quando os limites locais são atingidos não resta outra saída a não ser reajustar violentamente a relação dominante de forças” (MÉSZÁROS, 2011, p. 65).

Os mecanismos mencionados são parte das transformações societárias experimentadas pelo mundo desde os anos de 1970. Conforme Netto (2012, p. 417), “são transformações que desbordam amplamente o circuito produtivo: elas envolvem a totalidade social, configurando a sociedade tardo-burguesa que emerge da restauração do capital”. Assim, o autor aponta a tríplice da flexibilização, desregulamentação e privatização como parte fundamental do projeto neoliberal, que, na nossa análise, é a ofensiva e a base ideológica que sustenta as transformações que vêm ocorrendo, e que no atual momento histórico se aprofundam.

Nos países de economia periférica, esse processo de transformações e de aprofundamento da exploração é ainda mais intenso, como é o caso dos países da América Latina. É nesse espaço geopolítico que a lei do desenvolvimento desigual e combinado⁵, da qual tratou Trotsky, “ganha materialidade e efetividade nas diversas esferas, tomando uma forma particular na economia, na política e na cultura” (LIRA, 2018, p. 906).

Afinal, os enfrentamentos da crise, como nos lembra Boschetti (2016) diferenciam-se historicamente diante do desenvolvimento do capitalismo e das relações sociais e políticas que se estabelecem em cada período. Assim, no caso do Brasil, a crise tem desdobramentos peculiares diante da conjuntura sócio-política, econômica e social, conforme abordaremos a seguir.

2.2 Crise, superexploração e expropriação de direitos nas economias dependentes

De acordo com Carcanholo (2010; 2018), o capitalismo contemporâneo está subjugado à lógica do capital fictício, e isso faz diferença para entender a atual crise e as respostas que procuram ser dadas. O capital fictício que cria direitos sobre uma

⁵ Desenvolvimento desigual e combinado é uma categoria desenvolvida por Trotsky para explicar a coexistência de um setor moderno da economia com um setor mais atrasado, num sistema que se combina economicamente, seja entre nações distintas ou entre setores numa mesma nação. (LIRA, 2018).

apropriação futura de valor que ainda não existe está sobreacumulado e precisa encontrar nichos de valorização. O proprietário individual comprou o direito de uma apropriação futura de valor, mas com base no capital fictício, na totalidade do capitalismo, e isso pode não passar de uma mera expectativa. Nesse ponto ocorre uma disfuncionalidade, pois a apropriação de valor não é produzida na mesma proporção (Carcanholo, 2018). Assim, referindo-se à crise do início deste século, o referido autor afirma que

A nova crise estrutural do capitalismo, nesta passagem do século XXI, se explica justamente pelo predomínio da disfuncionalidade da lógica do capital fictício para a acumulação do capital total; ou seja, as raízes da atual crise do capitalismo são encontradas nas contradições próprias do capitalismo, aprofundadas pela sua dinâmica de acumulação na contemporaneidade. (CARCANHOLO, 2018, p. 27-28).

O estouro da crise na lógica do capital fictício atinge tanto economias centrais quanto periféricas, que anteriormente em razão das próprias contradições da economia mundial capitalista viveram um momento favorável em razão do mercado externo⁶.

As manifestações da crise em países periféricos, como os da América Latina, acompanham o movimento do cenário externo das economias centrais, dado seu caráter de dependência (Carcanholo, 2010). As economias dependentes estão diretamente atreladas à dinâmica de acumulação das economias centrais, seja quando o momento histórico de acumulação for favorável ao crescimento, seja quando for recessivo ou manifestada a crise. Os impactos vêm e a conta para esses países gera dividendos que antes de saldar os credores internos devem saldar os externos, fazendo-os lembrar da condição estrutural de dependente.

A crise do capital é mundial, mas ela tem repercussões, impactos, peculiaridades diferentes, a depender da particularidade das relações sociais estabelecidas em cada região ou país. Conforme já discutimos anteriormente, o capital está em constante busca de valorização. Para isso, busca vencer seus

⁶ Ver a obra de Carcanholo (2018). O autor demonstra que a crise atual tem a ver com as respostas dadas a partir dos anos de 1970 para o capitalismo reconstruir suas bases de acumulação. O que predominou desde então foi a lógica do capital fictício que associado a mecanismos como, a reestruturação produtiva, reformas estruturais nos mercados de trabalho, abertura comercial, liberalização financeira, tudo isso impulsionado pela ideologia neoliberal, permitiu contraditoriamente uma dinâmica de acumulação favorável também às economias periféricas.

limites, reinventar-se a todo o momento criando ou escavando novas oportunidades de valorização em que possa continuar seu processo de acumulação. Afinal, como nos afirma Behring (2010, p. 16), “o que o capital persegue apaixonadamente é o acréscimo de valor que apenas a subsunção do trabalho ao capital e sua exploração no processo de produção, que conjuga ao mesmo tempo processo de trabalho e de valorização, podem concretizar”.

Para a saída da crise, o capitalismo contemporâneo busca mais do que nunca novas formas e espaços de valorização para o capital sobrando, e assim elevar as taxas de mais-valia (Carcanholo, 2010). Diante disso, a subordinação do trabalho ao capital é cada vez maior com impactos sobre a própria reprodução da vida, visto a intensificação da relação exploração-expropriação (Mauriel, 2018). Isso está diretamente relacionado às manifestações da crise estrutural do capital, especialmente depois de 2008.

A crise contemporânea de caráter estrutural denuncia o rentismo e a dominância financeira como frações hegemônicas do capital, e expõe a utilização de diversos mecanismos e processos violentos e predatórios, alguns inovadores, outros de uso permanente pelo capital (MAURIEL, 2018, p. 234).

O que se observa é uma espécie de “vale tudo” para manter a hegemonia do sistema e garantir o processo de acumulação e valorização do capital, ainda que isso seja, ao mesmo tempo, a base para questioná-lo e denunciar seus limites. A expropriação de direitos é parte desses mecanismos e processos violentos do capital, seja em países de capitalismo central ou periférico. Ressalte-se, à luz de autores marxistas que a relação exploração-expropriação é parte da dinâmica histórica do capitalismo e pode ser observada continuamente, entendendo que a expropriação é a transformação dos meios de vida em capital (Fontes, 2018).

Na busca de preservar a dinâmica da acumulação, como resposta do capitalismo para sua crise, Carcanholo (2010) aponta dois elementos, os quais repercutirão diretamente sobre a classe trabalhadora. O primeiro trata da expansão da dívida pública e o segundo é exatamente o aumento da exploração da força de trabalho para geração de mais-valia. O autor lembra, especialmente em relação a esse segundo elemento, que isso não ocorre do dia para a noite. Diante disso, entendemos a processualidade e continuidade das formas de exploração e

expropriação que incidem sobre o processo de produção para garantir a acumulação do capital.

É nesse contexto que se fala em superexploração⁷ da força de trabalho, em que a elevação da exploração é elemento primordial para a retomada dos níveis de acumulação do capital e manutenção do status de poder político e econômico dos países centrais. A partir dessa concepção é que teremos o aprofundamento das medidas neoliberalizantes com reformas [contrarreformas] no campo de direitos já conquistados. Temos, então, a expropriação de direitos como parte das respostas à crise. Quanto a isso, Carcanholo (2018) vai mostrar que, na América Latina e Caribe, a atual conjuntura política e econômica é de um neoliberalismo sem concessões, que repassa os custos do ajuste da crise para a classe trabalhadora.

O debate acerca das expropriações torna-se fundamental para entender as estratégias que o capital usa, a fim de garantir o processo de acumulação. Marx, no capítulo XXIV⁸ de “O Capital”, nos mostra que as expropriações são a base da formação histórica do capitalismo, de sua racionalidade. Naquele período, as expropriações fundiárias, para deixar trabalhadores “livres” para a racionalidade capitalista nascente predominou à custa de crueldade e sangue. Conforme afirmou Marx (1996, p. 340), “na história real, como se sabe, a conquista, a subjugação, o assassinio para roubar, em suma, a violência, desempenham o principal papel.” A partir dessa afirmação, Fontes (2018) traz o seguinte comentário,

Ao contrário de qualquer racionalidade, o nascimento histórico e concreto do capitalismo resulta de enormes violências e poreja sangue. A forma social do capitalismo corresponde a uma verdadeira amputação das possibilidades da humanidade, com uma limitação estreita dos horizontes da inteligência humana (FONTES, 2018, p. 19).

A violência sempre potencializou as bases do capitalismo, inclusive a violência do Estado também. Fontes (2018) ressalta que a racionalidade capitalista

⁷ Ruy Mauro Marini (1973) aborda a superexploração do trabalho como uma categoria dentro da tradição marxista que é o fundamento das economias dependentes. O que o trabalhador recebe não corresponde ao valor da sua força de trabalho impedindo até mesmo a reprodução de sua vida. A condição da superexploração é uma condição intrínseca para acumulação capitalista nos países periféricos.

⁸ Neste capítulo “A assim chamada acumulação primitiva”, Marx trata dos processos de expropriação como sendo a base da acumulação primitiva do capitalismo naquele momento histórico (entre o século XIV e XIX, principalmente na Inglaterra). A expropriação de terras como forma de separar o trabalhador dos seus meios de produção e subsistência.

retira do cálculo econômico qualquer tipo de valor socialmente construído. A tendência é naturalizar formas de exploração e expropriação.

Para a referida autora, as expropriações acompanham todo o processo do sistema capitalista, em toda a sua extensão. A manutenção da expropriação se dá exatamente para assegurar as taxas de lucratividade. Ao transformar os meios de vida em capital, as expropriações são contínuas e não se deram apenas na “acumulação primitiva” até que o capitalismo fosse “normalizado”. Nesse sentido, a vida social dominada pelo capital expropria diversos outros meios da vida dos seres sociais. Assim nos explica Fontes:

As expropriações contemporâneas, que denominei de secundárias, assumem exatamente o mesmo padrão anterior: retiram dos seres sociais suas condições de existência e as convertem em capital. Reconduzem seres sociais à condição de trabalhadores, enquanto convertem meios de existência e de vida em capital. O que denominamos com base em uma espécie de senso comum generalizado de ‘mercantilização’ da existência sugere o crescimento de procedimentos mediados pelo mercado, ou a transformação direta em mercadorias de elementos da natureza, de objetos e serviços realizados pelos seres sociais (FONTES, 2018, p. 33).

Nesse modo de produção, tudo se torna mercadoria e um meio de aumentar a valorização do capital, de gerar mais-valor. A superexploração do trabalho se dá nessa perspectiva com o aparato de uma política econômica que aumenta o ônus da crise sobre a classe trabalhadora.

Mauriel (2018) discorre sobre o objetivo do capitalista em se apropriar de parcelas cada vez mais crescentes da mais-valia produzida pelo trabalhador e nos lembra, a partir de Marx, que uma população supérflua ou excedente é parte da estrutura capitalista e funcional para que se mantenham as taxas de lucro. A necessidade, as formas de inserção nos processos de trabalho são determinadas pelo capital, e não pelo trabalhador que vende sua força de trabalho. O ritmo é o do capital, e o trabalhador está à disposição deste.

A separação do trabalhador dos meios de produção se dá a qualquer custo, historicamente, daí seu caráter de violência, para criar as condições necessárias à acumulação, submetendo o trabalhador a condições laborais degradantes, inclusive de vida. Por isso, Marx (1996) afirma que os métodos da acumulação primitiva em nada são idílicos. Isso se repete continuamente na história do capitalismo em diferentes períodos e contextos, por isso pode-se falar na contemporaneidade das

expropriações, uma vez que o processo de acumulação também é contínuo. Quanto à discussão desse assunto, há diversos autores de tradição marxista que trabalham a atualização de formas de expropriação (Mauriel, 2018).

No capital imperialista contemporâneo, o movimento histórico dos processos de expropriação ganha novas formas e espaços. David Harvey, de acordo com Mauriel (2018), chama esse momento atual das formas de expropriação, de acumulação por espoliação ou despossessão. Para ele, esse tipo de expropriação percorre um caminho já aberto pela acumulação primitiva, mas o aprofundando e destruindo-o ainda mais na busca de novas oportunidades de lucro nesse capitalismo dominado pela financeirização com base política do neoliberalismo. Vejamos o que o próprio Harvey afirma, consoante as bases da acumulação e sua continuidade:

Todas as características da acumulação primitiva que Marx menciona permanecem fortemente presentes na geografia histórica do capitalismo até nossos dias. [...]. Alguns dos mecanismos da acumulação primitiva que Marx enfatizou foram aprimorados para desempenhar hoje um papel bem mais forte do que no passado. (HARVEY, 2014, p. 121-122).

Baseado nisso, Harvey começa a enumerar diferentes processos do que ele chama de acumulação por espoliação no tempo recente, nos tempos do domínio do capital financeiro e fictício. Como exemplo, ele começa por citar o próprio sistema de crédito, o endividamento, o desvio dos fundos de pensão, a biopirataria e a pilhagem de material genético, a mercadificação da natureza, dentre tantos outros itens. Harvey (2014) acrescenta que ativos de propriedade do Estado são entregues ao mercado para servirem de meio ao capital sobreacumulado.

Nessa discussão, o que queremos enfatizar é o que Fontes (2018) observa de forma muito clara e pertinente, e que a diferencia de Harvey. A autora mostra o agravamento das condições sociais dos trabalhadores, mediante as contradições e expropriações do capital na fase imperialista, de sua forma monetarizada. A autora atenta para a condição social em que se baseia a reprodução capitalista, que é exatamente a existência de “trabalhadores livres” para serem expropriados. Assim, conclui que “a expropriação, em seus múltiplos sentidos, mantém-se como a base social que constitui a relação capital” (FONTES, 2018, p. 52).

Na complexificação das expropriações, aprofunda-se a exploração sobre os trabalhadores que estão à mercê do mercado sob quaisquer condições, já que estão “livres”, todavia sob o domínio das relações sociais do capitalismo contemporâneo. As expropriações, na verdade, estão imbricadas em toda a vida social, uma vez que o modo de produção capitalista não se limita apenas a recursos materiais. Diante disso, Mauriel (2018) faz as seguintes observações,

[...] as novas expropriações, ao lado das formas originais atualizadas, vêm destruindo diversos anteparos que limitavam a disponibilidade de massas de trabalhadores para a venda da força de trabalho de forma integral ou necessitando integrar-se ao mercado, total ou parcialmente, para subsistir. [...]. As expropriações secundárias não seriam, no sentido original dado por Marx, uma perda de propriedade de meios de produção, pois as massas já não mais dispunham dela, mas uma forma de nova onda de disponibilização dos trabalhadores para o mercado, impondo novas condições e abrindo novos setores para a extração de mais-valor. (MAURIEL, 2018, p. 246-247)

Nesse mesmo contexto de discussão, Behring (2018) aponta que a questão primordial, seja o que Harvey chama de espoliação, seja o que Fontes chama de expropriação secundária é “a ofensiva atual e brutal do capital sobre os trabalhadores” (p. 188).

A ofensiva à classe trabalhadora na crise do capitalismo monopolista e imperialista que Behring (2018) observa, intensifica a expropriação por meio da exploração, e nesse sentido podemos dizer que isso se dá, por meio da superexploração da força de trabalho, conforme desenvolveu Marini (1973), e que pontuamos anteriormente.

Diante de tudo que já foi discutido, fica claro que as expropriações contemporâneas têm formas e repercussões diferenciadas em países dependentes. O processo de endurecimento das condições dos trabalhadores é bem mais intenso do que nos países centrais. A violação do valor da força de trabalho é bem maior no capitalismo das regiões dependentes. Por isso, a partir de Marini, Osório (2009) afirma que a superexploração explica a reprodução do capitalismo em economias dependentes e é seu motor fundamental. E essa superexploração, conforme o próprio Marini, pode ser observada a partir de três mecanismos: “a intensificação do trabalho, a prolongação da jornada de trabalho e expropriação de parte do trabalho necessário ao operário para repor sua força de trabalho [...]” (MARINI, 2017, p. 334).

É isso que ocorre nos países da América Latina em que o foco não é o desenvolvimento da capacidade produtiva, mas a exploração do trabalhador. Vale, lembrar o que Osório (2009) observa, quando afirma que a superexploração também existe nas economias centrais, mas “a diferença reside em que, nas economias dependentes, essa modalidade de exploração se encontra no centro da acumulação. Não é então nem conjuntural nem tangencial à lógica de como essas sociedades se organizam” (OSÓRIO, 2009, p. 175).

De acordo com autores como Marini (2017) e Osório (2009), a América Latina foi e é uma das regiões que, ao se inserir no mercado mundial, historicamente, contribui para garantir as taxas de lucro do capitalismo central à medida que, por exemplo, barateia elementos necessários ao capital variável e à sua reprodução. O que ocorre é o que os autores chamam de uma transferência de valores e intercâmbio desigual⁹ entre economias dependentes e centrais; soma-se a isso o fato de que nos países dependentes os trabalhadores não realizam o consumo, não são consumidores. De acordo com Osório (2009), esse processo faz parte da racionalidade que a lógica da reprodução do capital impõe mediante circunstâncias determinadas. Assim, podemos concluir exatamente que é um processo em constante reprodução e que pode apresentar “nova roupagem” mediante o momento histórico.

O Brasil, em seu contexto de capitalismo periférico e de desenvolvimento desigual e combinado é um espaço propício na busca de valorização do capital, uma vez que as relações de produção acentuam a exploração da força de trabalho permitindo ainda mais a geração de mais-valia, de acréscimo de valor ao capital, configurando-se aqui um terreno em que a superexploração da força de trabalho é uma realidade que salta aos olhos.

De acordo com Lira (2018), em países dependentes, a superexploração é marcada por duas características: o valor da força de trabalho paga abaixo do seu valor e a força de trabalho consumida, além das suas condições normais, levando ao seu esgotamento prematuro. A base que respalda toda essa lógica que temos discutido é a racionalidade do sistema capitalista, da qual o Estado é agente ativo,

⁹ O que ocorre, segundo Marini (1973), é o que ele chama de “troca desigual ou intercâmbio desigual”. Nesse processo, a superexploração da força de trabalho cria mais-valia para o capital, a qual é apropriada pelo capitalismo imperialista, uma vez que as economias dependentes se inserem no mercado mundial, de acordo com as regras desses países dominantes em que a composição orgânica do capital é elevada.

com uma política econômica de viés neoliberalizante. Assim, sob a hegemonia do capital financeiro, acirra-se todo esse processo, e nas economias dependentes as condições são ainda mais recrudescidas.

O enfrentamento da crise do capital, principalmente a partir de 2008, terá na expropriação de direitos uma de suas vias principais. As expropriações de direitos marcam as expropriações secundárias denominada por Fontes (2018), conforme já discutimos, e chamadas por Mota (2018) de contemporâneas que as coloca potencializadas pelo processo de superexploração da força de trabalho. A autora afirma que as atuais expropriações acabam por “desmontar qualquer ilusão da cidadania fordista quanto ao atendimento das necessidades sociais e de reprodução material, social e cultural do trabalhador e de suas famílias [...]” (MOTA, 2018, p. 171). O desmonte de direitos se dá, seja no que diz respeito à regulamentação das relações trabalhistas, seja na diminuição e ausência do Estado com políticas que materializam direitos já conquistados por meio da luta da classe trabalhadora. (LIRA, 2018; MAURIEL, 2018).

Ao situar historicamente a intensificação da expropriação de direitos, Mauriel (2018) chama a atenção para o fato de que a partir do último quartel do século XX, com a anuência de mecanismos legais, direitos sociais e trabalhistas foram cada vez mais destituídos, o que “vem configurando uma expropriação de direitos no sentido de eliminar barreiras de proteção social, historicamente construídas à plena disponibilização dos trabalhadores à exploração desenfreada” (MAURIEL, 2018, p. 248). Os mecanismos legalmente estruturados, aos quais a autora se refere têm no Estado o seu apoio majoritário, visto que conduz um processo cada vez mais crescente de colocar à disposição do mercado nichos de investimento que antes eram realizados a partir das políticas sociais, como saúde, educação, previdência, moradia, saneamento, segurança, dentre outras.

No capitalismo dependente, o Estado tem características particulares da formação dependente dessas economias. Mauriel (2018), a partir dos estudos de Osório ressalta que uma de suas características é justamente manter o fundamento da dependência que é a superexploração da força de trabalho, além de do ponto de vista político, terem uma soberania fraca, de subordinação frente às classes dominantes imperialistas.

Ao garantir as condições de manutenção da superexploração, o Estado dependente assegura determinações em que o capital dependente, para se reproduzir, se apropria de parte do fundo de consumo e de vida dos trabalhadores para transferir ao fundo de acumulação do capital. (MAURIEL, 2018, p. 254).

A lógica que pauta a intensificação das expropriações contemporâneas é, de fato, o neoliberalismo em que o Estado, conforme nos lembra Mandel (1985) tem por uma de suas funções principais garantir as condições gerais da produção/acumulação capitalista. E ainda funcionar como mecanismo de dominação de classe, uma vez que permite a apropriação privada do sobreproduto social, como aponta Behring (2018).

No Brasil, a expropriação de direitos intensifica-se a passos largos, apesar do que garante a Constituição de 1988. Nos últimos anos, as contradições do Estado capitalista ficam cada vez mais evidentes. A política de ajuste fiscal, como alternativa para superar a crise, desregulamenta e desmonta direitos conquistados, colocando-os sob a tutela do mercado com anuência do Estado. Esse movimento é a base do processo de contrarreforma do Estado brasileiro, a que Behring (2003) se refere, e que discutiremos a seguir.

2.3 Estado, políticas sociais e o processo de contrarreforma do estado brasileiro: um caminho de contradições

Antes de falarmos acerca do processo de contrarreforma e das políticas sociais nesse contexto, é necessário entendermos um pouco mais sobre o Estado capitalista e sua função nas relações sociais dessa sociabilidade em cada momento histórico. A partir disso, descortina-se o lugar das políticas sociais e sua importância na reprodução e manutenção da sociedade de classes e no *modus operandi* do sistema capitalista e, ao mesmo tempo, os ataques que vêm acontecendo aos direitos já conquistados nesse processo de contradições que é o capitalismo.

Marx (2010), em seus primeiros escritos sobre as relações capitalistas, capturou a contradição que ocorre no interior do Estado burguês, afirmando que “ele repousa sobre a contradição entre a vida pública e privada, sobre a contradição entre os interesses gerais e os interesses particulares” (MARX, 2010, p. 60). As análises do jovem Marx já mostravam sua crítica ao idealismo hegeliano, que via no

Estado o guardião do bem comum, uma espécie de espírito absoluto que assume o interesse comunitário acima dos interesses particulares (MARX, 2010).

Ao analisar a categoria Estado a partir de um dos primeiros escritos de Marx, “Manuscritos econômicos filosóficos” (1844), Coutinho (1994) aponta exatamente a crítica de Marx a Hegel, a esse caráter puramente formal de universalização do Estado. Afirma que

O Estado deixa então de lhe aparecer apenas como a encarnação formal e alienada do suposto interesse universal, passando a ser visto como um organismo que exerce uma função precisa: garantindo a propriedade privada, o Estado assegura e reproduz a divisão da sociedade em classes [...] e, desse modo, garante a dominação dos proprietários dos meios de produção sobre os não-proprietários, sobre os trabalhadores diretos. O Estado, assim, é um Estado de classe: não é a encarnação da Razão universal, mas sim uma entidade particular que, em nome de um suposto interesse geral, defende os interesses comuns de uma classe particular (COUTINHO, 1994, p. 19).

O Estado responde aos conflitos de classe, mas não de forma imparcial e pelo interesse geral. Responde no limite da classe que representa dentro do sistema da divisão social do trabalho e das relações que, a partir dela, se estabelecem.

Na disputa de classes, o Estado não assume posição de neutralidade em nenhum momento histórico, posto que,

O Estado é, portanto, um mecanismo de dominação de classe tendo em vista a apropriação privada do produto social/excedente e/ou dominação de sua produção e distribuição em qualquer tempo, em que pese os trânsitos dos modos de produção – do feudalismo para o capitalismo, por exemplo – ou as formas de exercício do poder político e institucionais – da monarquia para a república ou do Estado Absoluto para o Estado Democrático de Direito (BEHRING, 2018, p. 40-41).

Fica mais evidente a cada fase e aprofundamento do capitalismo que o Estado é imprescindível ao capital. Na análise de Coutinho (1994), a partir da concepção marxista, o Estado deve ser visto como categoria em sua dimensão histórico-ontológica. Segundo o autor, essa dimensão se refere ao grau maior ou menor de complexificação da própria realidade objetiva de dado momento com o qual nos deparamos; por isso o conceito de Estado está atrelado às próprias determinações histórico-ontológicas do modo de produção capitalista.

É importante pensar o Estado enquanto categoria e não enquanto conceito, conforme nos adverte Boschetti (2018). Para a autora, tratá-lo como categoria, e não como conceito, é ir além da aparência fenomênica em que ele se apresenta até mesmo com suas nomenclaturas ao longo da história.

Faz-se, portanto, necessário analisar o Estado na sociabilidade capitalista exatamente a partir de sua dimensão histórica. Assim, o Estado no capitalismo monopolista¹⁰ assume um papel preponderante, no qual é funcional ao processo de acumulação. Contribui diretamente para propiciar as condições da acumulação e valorização do capital, ao mesmo tempo que conserva e exerce controle sobre a força de trabalho. Nesse período, final do século XIX e início do século XX, o capitalismo passa por muitas modificações que alteram sua estrutura econômica e social. Pode-se afirmar que há um verdadeiro reordenamento de natureza política, econômica e social, e é isso que também reordena o papel/função do Estado.

Com base na teoria social crítica, Netto (2005, p.19) considera que “o capitalismo monopolista recoloca, em patamar mais alto, o sistema totalizante de contradições que confere à ordem burguesa os seus traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade histórica [...]”.

A dinâmica da sociabilidade burguesa se altera e aprofunda as contradições do capitalismo. Na busca do acréscimo de lucros, controle dos mercados e para garantir a expansão e intensificação da acumulação, o capital monopolista tem no redimensionamento do Estado o poder de que precisa enquanto aliado.

Até então, o Estado, na certa caracterização marxiana o representante do capitalista coletivo, atuara como o ocioso guardião das condições externas da produção capitalista. Ultrapassava a fronteira de garantidor da propriedade privada dos meios de produção burgueses somente em situações precisas – donde um intervencionismo emergencial, episódico, pontual. Na idade do monopólio, ademais da preservação das condições externas, da produção capitalista, a intervenção estatal incide na organização e na dinâmica econômicas desde dentro, e de forma contínua e sistemática. Mais exatamente, no capitalismo monopolista, as funções políticas do Estado imbricam-se organicamente com as funções econômicas (NETTO, 2005, p. 24-25).

¹⁰ O capitalismo monopolista corresponde à fase do capitalismo que se dá a partir do final do século XIX e início do século XX. O capitalismo começa a passar de sua fase concorrencial à fase monopolista, mediante o controle dos mercados no movimento de centralização e concentração de capital. “Trata-se do período histórico em que o capitalismo concorrencial sucede o capitalismo dos monopólios, articulando o fenômeno global que, especialmente a partir dos estudos leninianos, tornou-se conhecido como o estágio imperialista” (NETTO, 2005, p. 19).

Já no final do século XIX, Marx via nas medidas caritativas do Estado em anuência com a classe burguesa, uma espécie de suborno à classe trabalhadora para quebrar sua força revolucionária (MARX, 2012). Sempre houve intervenção estatal no processo econômico, mas as dimensões que essa assume a partir da fase monopolista/imperialista são consideravelmente alargadas. Para corroborar com essas afirmações, Behring (2015) aponta que o movimento do capital monopolista, que concentra sem precedentes, é acompanhado pela crescente intervenção econômica, política e financeira do Estado.

A intervenção do Estado, ligada econômica e politicamente às condições de acumulação do capital, passa imprescindivelmente pela questão da classe trabalhadora, no controle contínuo da força de trabalho, seja ocupada ou excedente. E essa é uma função estatal de primeira ordem ou podemos dizer também que é sua função precípua. A isso, Netto (2005) acrescenta que

O Estado – como instância da política econômica do monopólio – é obrigado não só a assegurar continuamente a reprodução e a manutenção da força de trabalho, ocupada e excedente, mas é compelido (e o faz mediante os sistemas de previdência e segurança social, principalmente) a regular a sua pertinência a níveis determinados de consumo e a sua disponibilidade para a ocupação sazonal, bem como a instrumentalizar mecanismos gerais que garantam a sua mobilização e alocação em função das necessidades e projetos do monopólio (NETTO, 2005, p. 27).

O que se tem é um Estado alinhado com os interesses do capital de forma ainda mais intensa, conforme o capitalismo mergulha em sua idade madura (MANDEL, 1985). Ao analisar esse estágio do capitalismo maduro e o papel do Estado, a partir de uma concepção marxista, Mandel (1985) classifica em três as funções principais do Estado:

Criar as condições gerais de produção que não podem ser asseguradas pelas atividades privadas dos membros da classe dominante; Reprimir qualquer ameaça das classes dominadas ou de frações particulares das classes dominantes ao modo de produção corrente através do Exército, da polícia, do sistema judiciário e penitenciário; Integrar as classes dominadas, garantir que a ideologia da sociedade continue sendo a da classe dominante e, em consequência, que as classes exploradas aceitem sua exploração sem o exercício direto da repressão contra elas (porque acreditam que isso é inevitável, ou que é ‘dos males o menor’, ou a vontade

suprema, ou nem percebem a exploração) (MANDEL, 1985, p. 333-334).

O autor destaca em seus estudos especialmente a primeira dessas funções elencadas. Portanto, para servir aos interesses da burguesia capitalista e garantir a acumulação, o Estado legitima-se politicamente junto à classe trabalhadora, principalmente, à medida que institucionaliza direitos sociais. Podemos dizer que é nesse processo que se dá o redimensionamento do papel do Estado funcional ao capitalismo, destacando que isso acontece no esteio da luta de classes em dado momento histórico.

No capitalismo tardio, pressionado pelas tensões da luta de classes, o Estado traz a questão social para o âmbito público. Esta toma um caráter público, apesar de, ao mesmo tempo, o sujeito continuar com o estigma da responsabilidade individual sobre os seus problemas que, na verdade, estão ligados à relação capital x trabalho, nesse modo de produção.

No interior da correlação de forças do jogo democrático, o Estado, a serviço do capitalismo monopolista tardio, intervém cada vez mais nas expressões da questão social, sendo assim alvo das chamadas políticas sociais, como uma forma de administrar tais expressões. A questão social vai se internalizar na ordem político-econômica, a partir das funções do Estado burguês para sua legitimação e segurança das condições gerais à produção. Isso pode até ocultar a essência de classe do Estado, mas não a extingue.

Mandel (1985) também faz referência ao papel das funções integradoras do Estado no capitalismo tardio. Essas estão inseridas no âmbito político das tensões entre a classe trabalhadora e os interesses do capital. Estão aí as relações contraditórias do Estado, nas quais se inserem os direitos e as políticas sociais.

Para a ampliação do capital, é imprescindível que se tenham condições objetivas de reprodução e integração da força de trabalho. Por outro lado, tais condições, atreladas à luta da classe trabalhadora, trouxeram ganhos para esta, como a ampliação dos direitos sociais e trabalhistas, antes inexistentes. Apesar de serem importantes, é fundamental lembrar que esses ganhos ou avanços sempre têm limites dentro do sistema capitalista, pois não superam as bases da desigualdade e concentração da propriedade privada (BOSCHETTI, 2018).

É nessa perspectiva que ocorre a ampliação do Estado por meio da materialização de direitos, via políticas sociais, sobretudo após a II Guerra Mundial. No entanto, a autora ressalta que isso “criou uma falsa interpretação sobre construção da cidadania e a possibilidade de garantia de direitos iguais a todos no capitalismo” (BOSCHETTI, 2018, p. 81).

Lembremo-nos de que a política social deve ser entendida como estratégia político-econômica. O Estado passa a ter a imagem de mediador de interesses conflitantes. Vieira (2004), ao comentar sobre a relação de dominação do Estado para com os indivíduos no capitalismo monopolista em sua fase tardia, afirma que o governo constrói a ordem de cada dia, assegurando e legalizando a dominação, como também fixa a orientação tanto da política econômica quanto da social.

Diante disso, entendemos o que acontece no Pós II Guerra Mundial, período em que o capitalismo entra em uma onda longa de expansão e as proposições Keynesianas ganham força e forma, materializando-se exatamente a partir da intervenção do Estado, o qual vai desempenhar um papel anticíclico ou de administrador dos ciclos de crise, como afirma Netto (2005). Garantir os mínimos sociais e o status de cidadania por meio da igualdade formal está na estrutura do Estado Capitalista, que se configurou historicamente, principalmente a partir da segunda metade do século XX, mas que continua a se reconfigurar.

Por ser também uma estratégia política e econômica, as políticas sociais têm avanços e retrocessos em dado momento histórico. Compõem “um conjunto de estratégias e técnicas anticíclicas, por meio dos poderes públicos, objetiva conter a queda da taxa de lucros, obtendo, com isso, algum controle sobre o ciclo do capital” (BEHRING, 2015, p. 179). Behring e Boschetti (2010, p. 71) ressaltam que as políticas sociais também “foram o resultado de um pacto social estabelecido nos anos subsequentes com os segmentos do movimento operário, sem o qual não podem ser compreendidas”.

Ressaltemos ainda que as políticas sociais se diferenciam consideravelmente em sua estrutura e implementação ao observarmos países de capitalismo central e de capitalismo periférico.

No Brasil, como se sabe, a formação da sociedade capitalista tem particularidades históricas de um país dependente que, de acordo com o que já expomos, os teóricos marxistas chamam de desenvolvimento desigual e combinado, que se configura como “uma formação social na qual sobressaem ritmos irregulares

e espasmódicos, descontraídos e contraditórios, numa espécie de caleidoscópio de muitas épocas” (IANNI apud BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p. 72). Nesse sentido, as políticas sociais também têm uma forma própria de planejamento, materialização e grau de importância na reprodução das relações sociais.

Os direitos sociais, acompanhados de algumas políticas de proteção social, só começam a ser reconhecidos no início do século XX no país, mediante a luta da classe trabalhadora. Esses direitos estavam ligados a uma política bastante fragmentada e categorizada. A partir do governo Vargas (1930-1945), algumas políticas sociais foram introduzidas mediante uma intervenção mais efetiva do Estado.

Nos anos de 1960, é necessário ressaltar que, na medida em que muitos países de capitalismo central experimentavam o chamado *Welfare State* ou Estado de Bem-Estar Social, exatamente nos anos gloriosos da expansão capitalista que se deu do Pós II Guerra até o início dos anos de 1970, o Brasil vivia uma ditadura militar que industrializou o país à custa de um endividamento sem precedentes. Em relação aos direitos e políticas sociais, o que se tinha era no sentido de legitimar o regime com ações fragmentadas e direcionadas pelo nível federal. Arelado a isso, desde então, serviços como saúde e educação já foram abertos e incentivados ao setor privado.

Ora, o mundo já questionava a função do Estado e suas políticas intervencionistas cujas medidas de proteção social, via políticas sociais, tornaram-se vilãs, limitavam a acumulação do capital e eram uma das causas da crise. Assim, a Constituição Federal brasileira (1988) aprovada na contracorrente mundial, após um longo período de ditadura, que garante legalmente a expansão de direitos sociais, principalmente ao trazer a concepção de Seguridade Social que articula o tripé das políticas de assistência, saúde e previdência, logo entra sob o julgo dos ditames do capital.

Os limites das políticas sociais estão na própria dinâmica do ciclo econômico do capitalismo, por isso a onda longa depressiva, a crise estrutural que acomete o capital desde os anos 1970, tem trazido inflexões nas relações sociais, bem como alterado e dirimido o papel das políticas sociais no atual cenário histórico.

Nosso sistema de garantia de direitos nasce em meio a esse movimento contraditório que é parte da própria sociabilidade capitalista, principalmente ao considerarmos o capital regido pela financeirização. A materialização dos direitos

sociais com a regulamentação das legislações referentes às políticas, no início dos anos de 1990, nunca se efetivou completamente. Nesse período, o país adentra na agenda da ofensiva neoliberal que tomava conta das economias centrais e era imposta aos países dependentes. A pauta principal consistia em redefinir o papel do Estado e diminuir seu tamanho, assim como deixar o mercado livre com sua própria regulação. Essa era a suposta causa da crise, e assim deveria ser combatida para garantir a acumulação do grande capital. O governo brasileiro, então, adota uma série de medidas baseadas na pauta do neoliberalismo para combater a crise e fazer o país crescer.

É importante destacar que Behring (2003) nos chama a atenção em relação à culpabilização do Estado em torno da crise, uma vez que isso esconde a perspectiva neoliberal adotada pelo Governo. Em relação a isso, a autora faz um contraponto a partir da perspectiva marxista.

Aí estão indicadas suas causas e suas saídas, o que expressa uma visão unilateral e monocausal da crise contemporânea, metodologicamente incorreta e que empobrece o debate. Em outra perspectiva – a da crítica marxista da economia política, um patamar de observação que busca a interação de um feixe de determinações o mais amplo possível, na totalidade concreta –, tem-se que as mudanças em curso passam por uma reação do capital ao ciclo depressivo aberto no início dos anos de 1970, que pressiona por uma refuncionalização do Estado [...] (2003, p. 197).

Com o mote de corrigir as distorções do Estado e reduzir os custos, o que se seguiu, na verdade, foi a implementação da ideologia neoliberal. Behring (2003) denomina esse processo de contrarreforma, por orquestrar sistematicamente com “aparatos legais”, a destruição do que já havia sido conquistado com base na Constituição, ainda que com limitações. Acrescenta que esse processo tem sido julgado como necessário e irreversível.

A chamada “reforma”¹¹ do Estado teve no PDRE – Plano Diretor de Reforma do Estado¹² em 1995 – seu documento precursor que reunia política e

¹¹ Behring (2003) faz uma crítica ao termo reforma, por isso o coloca aspeado para chamar nossa atenção ao fato de que se trata, na verdade, de uma contrarreforma, pois a reforma democrática, propriamente foi anunciada com a Constituição de 1988. O que se tem é uma contrarreforma em curso.

¹² O Plano Diretor de Reforma do Estado constitui-se em um documento elaborado em 1995 por Bresser Pereira, estando nesse período a frente do Ministério de Administração e Reforma do Estado. O Plano expressava as orientações do então governo em relação à administração pública, sob o

ideologicamente os caminhos tomados pelo governo brasileiro no início daquela década. O discurso foi marcado pela exigência da disciplina fiscal, privatização e liberalização econômica. A crise econômica estrutural expressa desde os anos de 1970 e acirrada nos anos 90 é a base sobre a qual se justifica a reforma do Estado.

Nesse sentido, os países da América Latina seguem as recomendações de organismos multilaterais, Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial, pautados também no Consenso de Washington, os quais recomendam exatamente que reformas de ajuste fiscal, diminuição dos gastos públicos, liberalização comercial, dentre outras medidas sejam tomadas em função tanto do combate a crise quanto à mundialização do capital. Na análise de Maciel (2017),

Houve o desmonte e a destruição numa espécie de reformatação do Estado brasileiro para a adaptação passiva à lógica do capital. A chamada 'Reforma do Estado' funda-se na necessidade do grande capital de liberalizar, desimpedir, desregular os mercados. Dessa forma, tal reforma deixa claro que seu caráter não é um 'ajuste positivo' de caráter meramente administrativo-institucional, apenas no plano político-burocrático, mas está articulada à reestruturação produtiva, à retomada das elevadas taxas de lucro, da ampliação da hegemonia política e ideológica do grande capital, no interior da reestruturação do capital [...] (MACIEL, 2017, s/p).

Desde então, cada governo tem aprofundado a materialização de princípios neoliberais, os quais têm na focalização, descentralização e privatização o tom das políticas sociais. Tem-se uma dualidade discriminatória entre os que podem e os que não podem pagar pelos serviços (BEHRING; BOSCHETTI, 2010).

Somado a isso, Brettas (2020) discute com muita propriedade a financeirização como o elemento chave do neoliberalismo para retomada das taxas de rentabilidade do grande capital nesse estágio do capitalismo e suas particularidades no Brasil, que incidem sobre a reorientação que tem sido dada às políticas sociais. A referida autora, mostra que a formulação e implementação das políticas sociais reconfiguram-se a serviço do capital financeiro financeirizado.

O processo de contrarreforma que envolve um ajuste fiscal permanente é contínuo no Brasil desde os anos de 1990, apesar de nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), termos conduções diferentes no que diz respeito às políticas sociais.

De acordo com a análise de alguns autores, o processo de contrarreforma continua nos governos petistas (2003-2016), revestido do social-liberalismo, a concepção ideológica que perpassa a contrarreforma, e que na verdade é considerada uma variante do neoliberalismo, com propostas programáticas neodesenvolvimentistas. Ao analisar a hegemonia neoliberal e sua variante social-liberal no Brasil, inclusive nos governos do PT, Castelo (2016, p. 69-70) afirma que “a economia social-liberal – com pitadas de novo desenvolvimentismo – está a serviço da economia política do capital financeiro internacional e nacional em todas as suas frações”. Isso quer dizer que mesmo em governos que se esperavam ações mais progressistas, de defesa e ampliação de direitos sociais, ainda que se reconheçam alguns avanços, o direcionamento político e econômico, por trás do *canto da sereia*, continua igual.

No entanto, não se pode deixar de reconhecer que, mesmo sem romper com a estrutura neoliberalizante, as ações desses governos proporcionam em certo período o enfrentamento da desigualdade social via expansão de direitos. A proteção social ganhou investimentos, mesmo diante dos desafios da economia em meio à crise, que permitiram maior ampliação do acesso a serviços como saúde, educação e moradia, mas isso, conforme Behring (2018), não representou uma reversão da heteronomia, nem significa dizer que o financiamento da política social foi priorizado, apenas se tornou mais abrangente em função do tamanho da desigualdade social do país. O que a autora conclui, que acaba por corroborar com Castelo (2016), é que “no Brasil, o ‘neodesenvolvimentismo’, na verdade, tratou-se de social-liberalismo: o suporte para o desempenho das funções do Estado na periferia, no ambiente da crise” (BEHRING, 2018, p. 60).

Nesse mesmo sentido, Santos (2012) corrobora com esse pensamento ao afirmar que a queda na taxa de desemprego que houve nos governos Lula não significa necessariamente queda nos níveis de desigualdade. Porém, de acordo com a autora, há novas premissas governamentais que diferenciam o neoliberalismo dos governos petistas daquele neoliberalismo existente nos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), as quais refreiam os impactos mais ortodoxos deste.

Com o governo ilegítimo/golpista de Michel Temer, a partir de 2016, a contrarreforma do Estado brasileiro ganha um fôlego mais audaz. Em nome do ajuste fiscal, com a Emenda Constitucional nº 95, que congela os gastos com despesas primárias, como saúde e educação, por vinte anos, abre-se ainda mais as

portas para o capital privado adentrar com mais ênfase em setores e serviços, os quais antes eram de responsabilidade do Estado. O Novo Regime Fiscal instituído pela EC 95 é parte dos mecanismos jurídicos de pilhagem do fundo público que beneficia a burguesia rentista (BRETTAS, 2020).

O que se segue no governo de Michel Temer (2016-2018), bem como no atual governo de Jair Bolsonaro, é uma intensificação exponencial desse processo de contrarreforma em curso há mais de 30 anos, em nome do combate à propagada crise fiscal.

Conforme acentua Carcanholo (2018, p. 37), “não há espaço mais para nenhum tipo de conciliação, seja nas políticas sociais, ou no interesse de classes sociais diferentes.” Percebe-se a propiciação de um nicho cada vez mais lucrativo para o capital privado, que vai agregar segmentos nacionais e internacionais. Serviços que anteriormente estavam sob a responsabilidade direta do Estado são tutelados ao setor privado como uma nova forma de organização e gerenciamento. A afirmação de Mota (2018) corrobora com essa discussão, quando faz um percurso histórico sobre proteção social e cidadania brasileira e analisa o atual cenário:

É exatamente essa condição – de acesso à proteção social pública – que está sendo expropriada e que, dado o quadro de desemprego e da expansão generalizada do trabalho desprotegido, parecem só restar aos trabalhadores a vivência da desresponsabilização social do Estado e o aumento da dependência em relação ao mercado, para atender às suas necessidades sociais e materiais (MOTA, 2018, p. 176).

Esse é o terreno das novas expropriações de que já tratamos, no qual o Estado, com o discurso do ajuste fiscal, diz ser fundamental para o processo de garantir a acumulação e a expansão do capital, assim como o foi na consolidação do modo de produção capitalista.

Logo, se as políticas sociais estão sob recrudescimento através do desfinanciamento e extinção sob muitos aspectos, além de um reordenamento com aparato legal que entrega os serviços ao mercado ou à filantropia, a Seguridade Social parece estar na linha de frente desse contexto, e conseqüentemente a política de saúde, da qual trataremos a seguir.

2.4 A política social da saúde frente à ofensiva neoliberal

Sabe-se que, a partir da Constituição Federal de 1988, o conceito de Seguridade Social passa a nortear ações das políticas sociais referentes à Previdência Social, Saúde e Assistência Social. A questão é que, conforme já apontamos anteriormente, tão logo os direitos sociais reconhecidos legalmente na Carta Magna entram em vigor, já começam a ser desconstruídos na medida em que sua efetiva materialização não é priorizada pelo governo que claramente atende às exigências da ideologia e do projeto neoliberal.

Na análise de Maciel (2017), em relação à política de saúde, o que acontece desde os anos de 1990, com o processo de contrarreforma que implementa medidas neoliberais, é um paradoxo entre o que funda o SUS e o que realmente é oferecido no cotidiano dos serviços.

O principal paradoxo é que o Sistema Único de Saúde, fundado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade das ações, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado, vem sendo minado pela péssima qualidade dos serviços, pela falta de recursos, pela ampliação dos esquemas privados que sugam os recursos públicos e pela instabilidade no financiamento (MACIEL, 2017, p. 4).

O processo de contrarreforma na política de saúde representa um retrocesso a um modelo médico assistencial e privatista que marcou o trato à questão da saúde no país por décadas. Tal modelo passou a ser fortemente questionado, a partir dos anos de 1970 pelo movimento de Reforma Sanitária Brasileira. De acordo com Paim (2008), o modelo médico hegemônico, que se desdobra no modelo médico assistencial privatista tão marcado no Brasil, fortaleceu-se com a expansão da previdência social, ligada à lógica do seguro social por meio do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária), e isso se distanciava de experiências que tivessem, de fato, a característica de universalidade.

O questionamento desse modelo se dá em plena ditadura militar no país (1964-1985), período em que há um incremento das políticas sociais atrelado à ampliação de direitos sociais, mas, em contrapartida, há o cerceamento de direitos políticos e civis. É um período que se costuma chamar de modernização conservadora, o que se buscava, na verdade, era a adesão e legitimidade àquele

regime. O modelo privatista de caráter individual e especializado, no setor saúde é privilegiado em detrimento da saúde coletiva. O que acontece é que as políticas sociais se colocam em um sistema dual de acesso entre o público e o privado, e o Brasil se aproxima mais do modelo norte-americano de proteção social do que do europeu de *Welfare State* (BEHRING, 2003).

O modelo militar imposto já mostrava sinais de esgotamento e não era capaz de responder às demandas da população, além do descompasso frente à economia internacional, fortemente marcada pela crise desde o início dos anos 1970, bem como as pressões impostas. A soma do fracasso econômico com o aprofundamento da questão social é a base da crise político-social e econômica em que o país mergulha no final da década de 1970 e durante os anos de 1980. É nessa conjuntura que os movimentos da classe trabalhadora na luta por direitos se avolumam, e assim, a luta pelo direito à saúde.

Nesse período em que os movimentos sociais ganham mais força, o Movimento de Reforma Sanitária¹³, o qual já se organizava antes, eclode na sociedade brasileira. Ele propõe um projeto de transformação do setor da saúde no país, colocando em pauta o discurso da democratização da saúde, a partir da universalização do direito, descentralização, integralidade da assistência e participação social. De acordo com Escorel, Nascimento e Elder (2005), o movimento sanitário é um movimento contra-hegemônico ao que estava preconizado pelo regime autoritário, ou seja, um modelo de atenção à saúde centrado na perspectiva médico-assistencialista e de cunho privatista. A proposta da Reforma Sanitária perpassa por vários sujeitos ligados ao setor da saúde e tem um caráter político e ideológico de mudança do modelo de atenção.

O tom das discussões passava pela influência da questão social na saúde, o que denomina-se de determinação social da saúde. Como bem afirma Filho-Almeida (2010, p. 33), “o campo da saúde sofre a ação de processos e vetores das desigualdades sociais [...]”. Isso sugere colocar, de fato, a discussão da saúde como parte das expressões da “questão social”. Naquele período, então, há uma

¹³O Movimento de Reforma Sanitária é uma organização dos setores progressistas dos profissionais de saúde pública somado a outros atores sociais, como usuários e intelectuais que se articularam em torno da reivindicação ao direito da saúde pública e gratuita para todos. Esse movimento vai tomando forma desde meados da década de 1970, tendo em vista o agravamento da questão social e o desgaste do governo ditatorial. É um movimento em voga até os dias atuais, na luta contínua pelo direito à saúde, com pressupostos que vão muito além da ausência de doença fisiológica. Vários autores estudaram esse tema, a exemplo de Bravo (1996).

introdução do pensamento marxista nas ideias que estavam sendo formuladas. “A reformulação do objeto saúde, na perspectiva do materialismo histórico, e a construção da abordagem médico-social da saúde, pretendia superar as visões biológica e ecológica do antigo preventismo” (ESCOREL; NASCIMENTO; ELDER, 2005, p. 64). Mas, vale ressaltar que esse não era um pensamento unânime em meio ao movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (RSB).

É no processo de luta pela redemocratização do país que acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), a qual evidenciou os princípios da Reforma Sanitária e a discussão do setor saúde para além das questões administrativa e financeira. É na 8ª Conferência que é definido o conceito ampliado de saúde, entendendo-se que esta também passa pela determinação social do processo saúde – doença. Em meio ao contexto de abertura política, a questão da saúde assume cada vez mais um papel político ligado estreitamente à democracia (BRAVO; MATOS, 2008).

Na Assembleia Nacional Constituinte, o consenso não prevaleceu em todos os aspectos, e nem o pretendido foi totalmente contemplado. No entanto, o artigo 196 da Constituição Federal (1988) traz o que podemos chamar de resumo dos ideais da Reforma Sanitária e a contraproposta ao modelo privatista, ao declarar “a saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, s/p).

Conforme afirma Silva (2014, p.27), “a convergência em torno da saúde como direito e dever do Estado representa uma das vitórias mais significativas da RSB”. Portanto, na Constituição, são fixadas as bases para o Sistema Único de Saúde (SUS). A autora lembra de que os avanços obtidos nos anos de 1980, em torno da Reforma Sanitária, só foram possíveis porque a classe operária foi um componente central para a derrocada da ditadura, ocupando a cena política no final dos anos de 1970.

Na contracorrente dessas conquistas, Gerschman e Viana (2005) chamam a atenção para o que já abordamos na introdução deste tópico, o fato de que “a Reforma Sanitária e seus princípios cresceram e se desenvolveram, no Brasil, na contramão da conjuntura histórico-política internacional [...]” (GERSCHMAN; VIANA, 2005, p. 309). O que ocorre é exatamente a tensão entre a fase da formulação e a implementação da política de reforma da saúde no Brasil.

Nesse sentido, como as demais políticas sociais, a política da saúde já sofrerá os embates da contrarreforma do Estado em sua regulamentação.

Lembre-mos de que no governo Fernando Collor (1990-1992) a regulamentação do SUS se deu em dois momentos, devido aos vetos do então presidente quanto às questões de financiamento e controle social. Por isso, a Lei Orgânica da Saúde é o compilado de duas leis, a 8080/90 e a 8142/90. Podemos observar, portanto, dois projetos em disputa, nesse período, vivenciados no setor da saúde: o privatista e o de reforma sanitária (BRAVO; MATOS, 2002). Os referidos autores, acerca dessa disputa, afirmam que “num primeiro momento, as proposições de saúde como direito social e o SUS são questionados pela ideologia conservadora e, num segundo, aparecem propostas de normatizações, visando consolidar a contra-reforma na saúde” (BRAVO; MATOS, 2002, p.197-198). Diante disso, há de fato um hiato entre o que se tem promulgado e o que vai se desdobrar enquanto materialização da saúde como direito universal.

As repercussões da contrarreforma atendendo à pauta do projeto do grande capital, através da política neoliberal, são devastadoras para o setor da saúde. O subfinanciamento, o desvio do orçamento, a desregulamentação da própria legislação são alguns aspectos percebidos no decorrer do aprofundamento das orientações neoliberais, pautadas também por organismos internacionais já mencionados: o BM e o FMI.

De acordo com Rizzoto (2012), o Banco Mundial, desde o final dos anos de 1970, já propunha aos países periféricos um modelo de sistema de saúde que combinava serviços de saúde pública com serviços privados para aqueles que podem pagar. Em conformidade com isso, Silva (2017, p. 30) afirma que “esses organismos, ao longo do tempo, recomendam a ampliação do setor privado do SUS e a diminuição do gasto público estatal com a saúde.” É assim que se pautará cada vez mais o sistema de saúde brasileiro, apesar das conquistas constitucionais.

Ressaltemos o que observa Vasconcelos, et al. (2017), que é a partir dos anos de 1990 que o BM ganha cada vez mais influência na política de saúde do país, com maior ou menor intensidade a depender do Governo. Nesse sentido, as autoras admitem que a intensidade nos governos petistas foi menor do que a que se seguirá no governo Temer, conforme veremos mais adiante.

No período do governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) são criadas as Organizações Sociais (OS's) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP's) como parte do Plano Diretor de Reforma do Estado. Tais organizações se pautam nos princípios da flexibilização e descentralização das

decisões no intuito de tornar o Estado mais eficiente. A respeito disso, Behring (2003) afirma que,

Este processo é caracterizado como *publicização* e é uma novidade da reforma que atinge diretamente as políticas sociais. Trata-se da produção de serviços competitivos ou não-exclusivos do Estado, estabelecendo-se parcerias com a sociedade para o financiamento e controle social de sua execução. O Estado reduz a prestação direta de serviços, mantendo-se como regulador e provedor. (BEHRING, 2003, p. 178-179).

Essas concepções e orientações adentraram nas políticas sociais, e no caso da saúde passaram a ter forte influência na oferta de serviços do sistema de saúde pública no país. As Organizações citadas começam a ser responsáveis pelo gerenciamento e contratações de recursos humanos em diversos serviços de saúde. Andreazzi e Bravo (2014, p. 512) afirmam que,

[...] as OSs, por priorizarem as transferências de recursos do Estado para entes de direito privado, em vez de fortalecerem a administração própria, respondem aos ditames do ajuste fiscal demandado pelas agências financeiras internacionais pela flexibilização, que proporciona interrupção da prestação dos serviços de saúde.

O que se tem é uma nova forma de gerenciamento que ganha cada vez mais espaço no contexto do Estado brasileiro sob várias modalidades, basta citar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública autorizada em 2011 para gerenciar os Hospitais Universitários, vinculada ao Ministério da Educação. Mesmo nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), as chamadas Parcerias Público-Privadas que vieram a partir do PDRE do governo anterior, só se ampliaram. É no governo Dilma Rousseff que foi criada a Lei nº 13097/2015, a qual abre o capital estrangeiro para a saúde (SILVA, 2017).

A era dos governos petistas (2003-2016), apesar dos avanços e conquistas no campo dos direitos sociais, conforme já pontuamos, dá continuidade às medidas macroeconômicas de orientação neoliberal. Na lógica neoliberal, sempre há o que ser “ajustado”, e por mais que tenhamos tido uma ampliação de programas sociais, dentre eles muitos relacionados à política de saúde, principalmente à ampliação e à criação de novos serviços na Atenção Primária à Saúde, as ações continuam a serem projetadas de forma que a lógica de acumulação do capital também não seja comprometida.

Dada a importância desses governos, de sua relevância no cenário brasileiro, do que estes representaram, política, social e economicamente, cabe-nos aqui ampliar nossas considerações a respeito daquele período.

De acordo com Menicucci (2011), em sua análise acerca dos oito anos do governo Lula (2002-2010), estrangimentos institucionais e financeiros impõem limites às escolhas, mas escolhas sempre serão feitas. Baseada nisso, a autora considera que tal gestão trouxe de volta, mais efetivamente, para a agenda governamental temas como, “as condições de vida e os determinantes da saúde”. O argumento é que, ao olhar para outras áreas que são condicionantes da saúde, o direito à saúde pôde ser mais garantido ou efetivado. Com relação à questão mais endógena do setor saúde, ela aponta que,

[...] a gestão do governo Lula foi um misto de continuidade e mudança. Foram adotadas medidas de caráter incremental no longo e complexo processo contínuo de implementação do SUS e que aparentemente não trazem nada ou muito pouco de inovações. Mas uma análise mais apurada aponta algumas inovações, seja no campo da organização da assistência, da gestão e da forma de alocação de recursos (MENICUCCI, 2011, p. 524).

A autora faz importantes considerações sobre a política social nesse período, destacando a política da saúde, e isso não pode ser negado ou diminuído seu valor frente à questão social do nosso país. A adoção de políticas públicas pelos governos petistas, considerando tanto Lula quanto Dilma Rousseff, ainda que não comprometida a estrutura de exploração e desigualdade do sistema capitalista, melhorou a qualidade de vida e saúde da população brasileira. Independente de outras variáveis que precisem ser consideradas, além de outras análises a serem feitas, os avanços nos aspectos apontados precisam ser registrados e considerados.

O golpe de Estado de novo tipo, que coloca Michel Temer no poder foi, nas palavras de Behring (2018, p. 62), “a saída da burguesia brasileira para se adaptar ao novo momento do neoliberalismo no mundo, e se conectar com as exigências do ambiente internacional, de imensa liquidez de capitais buscando desesperadamente nichos de valorização.” Assim, reitera-se a ofensiva sobre os direitos e as políticas que os materializa. Não se pode negar que esse governo, numa exacerbação do ideário neoliberal, faz o país adentrar num processo cada dia mais claro e intenso de agudização da questão social, à medida que desmonta políticas, corta orçamentos

ou os estagna, a exemplo da já citada Emenda Constitucional nº 95/2016¹⁴. Foi também no governo Temer que tivemos as mudanças na forma de financiamento do SUS, que extingue os seis blocos de financiamento e cria duas categorias de repasse: custeio e capital¹⁵. Se podemos considerar algum avanço nos governos anteriores, este último caminhou no sentido de liquidá-los, colocando em curso o projeto da burguesia do tão aclamado ajuste fiscal. Nas palavras de Silva,

Com o governo Michel Temer o processo de contrarreforma avança de forma significativa e direciona para uma das ameaças mais graves de restrição do atendimento do SUS ou até mesmo a sua extinção por desidratação. (SILVA, 2017, p. 30).

O governo Temer funcionou, apesar do pouco tempo de mandato, como uma espécie de coringa para a classe dominante do país, ao colocar de vez em prática o projeto neoliberal. Behring (2018) vai denominar como sendo, na verdade, o terceiro momento¹⁶ do neoliberalismo entre nós. Esse momento também tem sido denominado por alguns autores marxistas de *ultraneoliberalismo*, dado o seu caráter mais agressivo e sem consideração alguma aos processos democráticos e aos direitos constituídos. O direito à saúde, portanto, está imerso e é alvo desse movimento.

Diante disso, cabe ressaltar que, com os novos contornos da contrarreforma que tem sido implementada no Brasil, não se têm apenas dois projetos em disputa em relação ao setor da saúde, mas, quatro, conforme apontam Bravo, Pelaez e Menezes (2020). Esses projetos seriam: o da reforma sanitária, da reforma sanitária flexibilizada, o privatista e o do SUS totalmente submetido ao mercado. Entendemos que esses projetos estão postos na arena política do país concomitantemente, mas têm momentos históricos diferentes no que se refere à pressão e às articulações que seus representantes são capazes de fazer em dada conjuntura junto ao Estado.

¹⁴ A EC 95 inaugura o novo regime fiscal. Ficou conhecida também como a PEC da Morte quando tramitada na Câmara e no Senado Federal. A emenda estabelece um teto de gastos para despesas primárias como saúde e educação, congelando-as por 20 anos. Isso representa não apenas um subfinanciamento, mas um desfinanciamento dessas políticas. Ver o texto de BEHRING (2018), “Estado no capitalismo: notas para uma leitura crítica do Brasil recente.”

¹⁵ Trataremos da análise dessas medidas do governo de Michel Temer no próximo capítulo do nosso estudo.

¹⁶ Behring (2018) advoga que o Brasil passa por três momentos ou fases diferentes da ideologia neoliberal. A primeira compreende o período dos governos de FHC; a segunda situa-se no período dos governos petistas e a terceira é exatamente a partir do golpe de Estado de novo tipo em 2016.

Considerando o contexto político-econômico de cada período, ora um, ora outro desses projetos tende a ser mais fortalecido e evidenciado.

É inegável que o governo anterior e o atual têm optado por encampar os dois últimos projetos referidos. Com a eleição de Jair Messias Bolsonaro em 2018, aceleram-se as contrarreformas iniciadas no governo anterior em todas as esferas das políticas públicas e sociais. “Pode-se considerar como três características básicas do atual governo: extremo liberalismo econômico; temor das mobilizações; e desprezo pela participação da maioria, ou seja, pela democracia [...]” (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 195).

Conforme analisam as autoras acima, o governo Bolsonaro não apresentou explicitamente, no que diz respeito ao seu programa de governo, uma proposta em relação ao setor da saúde. Na verdade, entendemos que ele não o fez em relação a nenhuma política social. Seu pífio plano de governo, recheado de citações bíblicas mal colocadas, defende de fato a eficiência econômica com a apologia da privatização.

Na retórica, a princípio, o primeiro ministro da saúde do governo Bolsonaro (Luiz Henrique Mandetta) discursa em favor da defesa do SUS, da saúde como direito, mas ao mesmo tempo estabelece uma prática contrária aos princípios do SUS em todos os níveis, e é claro na defesa do sistema privado de saúde.

Se, por um lado, a afirmação de que não haverá retrocessos na máxima constitucional do direito de todos e dever do Estado na saúde pode ser avaliada positivamente, a defesa de um setor privado forte e a não proposição de mais recursos orçamentários para o SUS são preocupantes, pois não contribuem para o fortalecimento do SUS e seu componente público e estatal. (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 200).

O fato é que, nesse atual governo, a agenda da saúde está assentada no projeto privatista e de submissão das ações de saúde coletiva ao setor privado.

Coloca-se em xeque a cada dia o princípio da universalidade do acesso aos serviços e cobertura do atendimento, a começar do nível primário de atenção. A contrarreforma em curso contradiz tudo que está posto legalmente, uma vez que promove exclusão em relação ao direito da universalização e viabilização do acesso. Para Sousa (2014), a questão da universalização

[...] parte do reconhecimento de que a saúde é um direito de todos e que o Estado deve projetar mecanismos institucionais que garantam o acesso aos bens e serviços sem limitação ou impedimentos, sendo efetivada pelo sistema público. Esta concepção expressa uma recusa da abordagem da saúde como mercadoria (SOUSA, 2014, p. 228).

O governo vai exatamente no caminho inverso da Constituição, apesar desta abrir espaço ao setor privado, mas apenas como complementar e não como sendo imprescindível. Nos parâmetros da contrarreforma, o princípio da universalidade vem sendo chamado de *universalidade excludente ou restrita*, isso quer dizer que não há mais a concepção de “atingir a todos”, basta atingir parte do conjunto. Assim, esse serviço também pode ser viabilizado pelo mercado, e não apenas ser necessariamente estatal.

Trata-se da adoção da Cobertura Universal de Saúde (CUS), defendida pela própria Organização Mundial da Saúde, visto que os países periféricos, como o Brasil, não teriam condições de oferecer, de fato, uma cobertura universal (BAHIA, et al., 2016 apud VASCONCELOS, et al., 2017).

A CUS traz uma ideia contraditória de universalidade em que esta estaria voltada para os mais necessitados com a prestação de serviços primários centrados no indivíduo, e nega explicitamente a cobertura em todas as intervenções clínicas (OMS, 2019). Logo, observa-se uma completa descaracterização do princípio da universalidade que é basilar do SUS.

A Cobertura Universal de Saúde alinha-se com uma Atenção Primária à Saúde seletiva revestida do sentido de “coesão social”. A proposta é consenso para o Banco Mundial, o FMI e a OMS, enchendo os olhos também de instituições de interesse privado. De acordo com a CUS, o Estado só precisaria preocupar-se com a saúde dos mais vulneráveis, já que os de maior poder aquisitivo poderiam pagar pelo serviço. Isso claramente reforça intervenções de baixo custo, um “pacote básico” para os mais pobres, e a APS faz parte direta dessa estratégia.

O desmonte do direito à saúde, através do desfinanciamento, extinção de programas e incentivo ao setor privado, tem negado e/ou dificultado o acesso aos serviços de saúde nos três níveis de atenção. As mudanças e orientações em relação à Atenção Primária à Saúde (APS) andam de mãos dadas com os interesses neoliberais, pautados pelo grande capital a partir dos organismos multilaterais.

São várias legislações reiteradas no Congresso Nacional brasileiro, que “legitimam” o desmonte em relação às políticas sociais. Temos abordado em nosso estudo o direito à saúde e defendido que esta seja pública, de qualidade e totalmente estatal para todos os indivíduos. São três décadas de embates e sinais claros na redução de sustentação financeira, como afirmam Mendes e Carnut (2020), em relação à política que se pretende universal no país.

No capítulo a seguir abordaremos a Atenção Primária à Saúde, por ser esse o foco deste estudo. Aprofundaremos algumas dessas questões já discutidas, todavia, com ênfase nesse nível da atenção à saúde no Brasil, enfocando a ESF.

3 A APS NO BRASIL: HISTÓRIA E INFLEXÕES DA CONTRARREFORMA DO ESTADO

Há um consenso que afirma que a Atenção Primária à Saúde é responsável pela entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS). Isso é verdade na medida em que pensamos a organização dos serviços na perspectiva de atender de forma integral ao indivíduo e proporcionar-lhe acesso à rede em todos os níveis de atenção. Além disso, entrar no sistema de saúde por meio da APS significa também a valorização de um sistema que preza pela coletividade, acesso e universalidade na busca de afirmar uma saúde pública, estatal e de qualidade.

A questão que se coloca é que, em tempos de contrarreforma do Estado não se evidencia, na realidade das ações, nenhuma defesa do que está preconizado nos princípios do SUS, o qual foi construído historicamente em torno da luta de classes no Brasil. Pelo contrário, como já temos demonstrado, o processo de contrarreforma intensificado nos últimos tempos tem desconstruído o arcabouço sobre o qual o sistema de saúde brasileiro foi fundamentado, mesmo diante de todas as suas contradições e desafios.

Propostas vêm sendo cada dia mais implementadas no sentido de avançar a mercadorização da saúde no Brasil. Nesse processo, a APS tem sido alvo constante dessas propostas na atual conjuntura, o que descaracteriza e faz retroceder conquistas de décadas de lutas em torno da saúde coletiva. A Cobertura Universal de Saúde (CUS), um conceito de fazer saúde, encampado pela OMS com o apoio de organismos como o Banco Mundial e a Fundação Rockefeller, tem permeado as ações do governo brasileiro que considera uma cobertura universal em sentido restrito. Apesar da nomenclatura parecer dar outro sentido, o fato é que tal proposta atende aos interesses de mercado, e faz jus à expropriação de direitos em curso.

Assim, esse capítulo procura fazer um percurso histórico da atenção à saúde no Brasil com ênfase na APS. No entanto, não se trata de datas ou menção a fatos, mas, antes, de abordá-los dentro da conjuntura político-social do contexto histórico. Feito isso, procuramos discutir a APS a partir da Estratégia Saúde da Família, que é o nosso recorte nesse estudo, e assim fazermos uma análise crítica da CUS frente aos princípios do SUS. Por fim, analisamos o governo Michel Temer a partir de um panorama geral voltado para o setor saúde e suas implicações para a APS.

3.1 Incursão histórica acerca da atenção primária à saúde: influências e caminhos no Brasil

A referência histórica em relação à concepção de Atenção Primária à Saúde remete-se ao Reino Unido com o conhecido relatório de Dawson em 1920¹⁷ (MENDES, 2002). O documento orienta a organização do sistema de saúde em três níveis e suas referidas funções. Desse modo, têm-se os centros primários de atenção à saúde, os secundários e os hospitais de ensino. Conforme o autor acima citado, essa foi a base que influenciou a organização dos sistemas de saúde em diversos países. Contudo, é na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, realizada na cidade de Alma-Ata, em 1978, que a APS ganha uma conceituação mais precisa e de base doutrinária com deliberações explícitas em relatório para conduzir as práticas em cuidados primários à saúde.

Vale ressaltar que a Conferência de Alma-Ata foi organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). De acordo com Sumar e Fausto (2014), a Conferência foi organizada em meio à efervescência acerca do direito à saúde como necessário à manutenção das atividades diárias e de responsabilidade dos governantes, que, no final dos anos de 1970, após a 30ª Assembleia Mundial de Saúde (1977), deu origem ao movimento Saúde Para Todos no ano 2000. Para os autores, o objetivo de Alma-Ata foi discutir a promoção da saúde para todos os povos através da APS como modelo para os sistemas de saúde.

A APS é entendida no campo da atenção à saúde em que a assistência não se esgota apenas no indivíduo, mas atinge coletivamente grupos populacionais, pois suas atividades devem extrapolar o setor saúde, uma vez que a atenção à saúde numa visão ampliada compreende ações sobre outros determinantes do processo saúde-adoecimento, por isso deve promover ações individuais e coletivas (FIGUEIREDO; DEMARZO, 2016). Nesse sentido, pode-se dizer que há uma correlação entre APS e a promoção da saúde.

O desenvolvimento de um sistema de saúde amplo e orientado a partir da APS é a via da promoção da saúde, pois essa concepção desenvolvida ao longo do

¹⁷ Sobre o relatório de Dawson é possível lê-lo na íntegra em Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964. [Publicación científica nº 93]. O nome do relatório faz menção ao então ministro da saúde da Inglaterra, Lord Dawson of Penn.

século XX engloba a melhoria de vida da população, além de medidas preventivas, de prevenção de doenças (WESTPHAL, 2006).

Diante disso, entendemos que a organização dos sistemas de saúde a partir da APS enquanto estratégia, incorpora conceitos e ações que amadureceram e se desenvolveram a partir de Alma-Ata, com o objetivo de difundir o direito à saúde para todos, de forma acessível e considerando as condições de vida dos indivíduos.

Entendemos que é importante ressaltar as diferentes interpretações em torno do termo APS, e Giovanella e Mendonça (2008, p.576) o fazem muito bem consoante três linhas de pensamento, vejamos:

1- programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços; 2- um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não-especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; 3- de forma abrangente, uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde.

Apesar de existir distintas concepções acerca do que seria a APS que acabam por fazê-la, ora mais seletiva, ora mais abrangente, a Declaração de Alma-Ata é a base para entendermos seu real significado e importância.

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento [...]. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS, p. 1-2, 1978).

A partir dessa definição e de outros elementos que essa Declaração aponta acerca dos cuidados primários, estudiosos como Barbara Starfield vêm desenvolvendo melhor o conceito de APS, seus princípios e atributos. Starfield (2002) aponta quatro atributos que consideramos princípios em relação ao que deve

caracterizar e orientar as ações da APS, quais sejam: *acessibilidade e primeiro contato* (colocados pela autora como um elemento unificado), *longitudinalidade*, *integralidade* e *coordenação da atenção*. A autora estabelece ainda que o cuidado deva ser centrado na família e na comunidade, considerando seus aspectos socioculturais. Está posto aqui uma concepção de APS abrangente que pode ir além dos aspectos biológicos e tomar como fio condutor, de fato, o conceito ampliado de saúde.

Como chamam a atenção Sumar e Fausto (2014) essa não era a única concepção de APS em voga. Diante das questões ideológicas e de enfrentamento das necessidades de saúde, mas numa perspectiva em que o caráter mais economicista prevalecia, foi organizada em Bellágio (Itália) uma Conferência logo no ano seguinte a Alma-Ata. Estava posta a disputa entre uma APS mais abrangente e uma mais seletiva. A Declaração de Alma-Ata traz orientações aos governos para formular suas políticas com vistas a desenvolver os cuidados à saúde, numa perspectiva intersetorial, e isso atesta a questão da determinação social do processo saúde-doença. De acordo com os autores acima, em Bellágio foram discutidos os custos das propostas de Alma-Ata, e ao mesmo tempo, fomentada outra proposta.

Essa Conferência não teve o mesmo porte da sua anterior, e foi organizada pela Fundação Rockefeller com a participação do Banco Mundial, UNICEF, Agência de Desenvolvimento Internacional dos EUA, Fundação Ford e do Centro de Pesquisas e Desenvolvimento Internacional do Canadá. O que se sabe é que ela disseminou uma abordagem seletiva de APS (CAMARGO, 2014). Nas palavras de Sumar e Fausto (2014, p.204), a APS seletiva está

centrada em programas verticais, desarticulados da ideia de determinação social do processo saúde-doença, focalização e seletividade através de práticas que contemplavam uma cesta básica de serviços, sobretudo direcionadas aos pobres, entre outros aspectos que negligenciavam o que fora proposto em Alma-Ata.

Esse foi o debate que envolveu as abordagens de Atenção Primária em Saúde e, de acordo com Camargo (2014), o cariz técnico-operativo mais favorável à abordagem seletiva favorecida pelas agências internacionais influenciou países periféricos, como os da América Latina.

A Fundação Rockefeller, de acordo com Paim (2012), empenhou-se por instalar uma agenda alternativa e também regressiva, pós Alma-Ata, na difusão de uma APS seletiva. Afirma que há posições sobre APS para os mais variados gostos, interesses e políticas. Isso corrobora com o que ressaltam Fausto e Matta (2007, p.47) a respeito de que, “os aspectos econômicos, políticos e ideológicos que permeiam as práticas no campo da saúde produzem distintas interpretações e abordagens em APS nos diferentes sistemas de saúde”.

Nesse sentido, para entendermos esse debate e disputa em relação à concepção de APS e à sua abrangência, é fundamental considerarmos a estrutura mundial capitalista e a posição dos países periféricos em relação aos países centrais. O contexto internacional exerce influência no avanço dos direitos, nas políticas sociais, nos modelos de práticas, inclusive da saúde (GIL, 2006).

O Brasil não esteve presente na Conferência de Alma-Ata, mas em 1979 participou da 32ª Assembleia Mundial de Saúde em Genebra e assumiu o compromisso com as proposições da Declaração daquela conferência, bem como com o documento resultante da então Assembleia, intitulado “*Formulação de Estratégias com vistas a alcançar saúde para todos no ano 2000: princípios básicos e questões essenciais*”.

Ao resgatar o percurso histórico do que veio a se configurar a APS no Brasil, autores se remetem aos anos de 1920 como sendo as primeiras tentativas de organizar a Atenção primária à Saúde (LAVRAS, 2011; RIBEIRO, 2007). Os Centros de Saúde se configuraram como modelos que foram experimentados de forma, muitas vezes distintas, em diferentes regiões do país.

Os Centros de Saúde eram uma nova concepção de Saúde Pública, inspirados no modelo americano dos Health Centers, difundidos no Brasil pela Fundação Rockefeller e pela Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade de Johns Hopkins, introduzido por Paula Souza, médico sanitaria que integrou a primeira turma do curso de especialização em Saúde Pública daquela escola americana (RIBEIRO, 2007, p.93).

Ainda de acordo com Lavras (2011) e Ribeiro (2007), os Centros de Saúde tinham como eixo de trabalho, a prevenção por meio da educação sanitária, opondo-se em certo sentido ao modelo campanhista vigente; isso introduzia novas práticas em saúde.

É importante destacar a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP - 1942) que desenvolveu campanhas voltadas ao controle de doenças como malária, hanseníase e tuberculose. Nesse período, pode-se afirmar que as ações do SESP conjugavam medicina preventiva e curativa. O órgão expandiu suas atividades principalmente entre o Norte e Nordeste (SCOREL; TEIXEIRA, 2008). Com o SESP, há uma mudança, ainda que não brusca, mas paulatina, no modelo verticalizado campanhista do Governo Federal.

Conforme observa Ribeiro (2007), o SESP foi pioneiro no atendimento médico-domiciliar e proporcionava serviços preventivos e curativos. “O modelo assistencial do SESP representou, naquele momento, uma ampliação dos ideais médicos sanitários com a implantação de serviços para atenção individual e coletiva...” (RIBEIRO, 2007, p.155). Contudo, isso não é suficiente para pensarmos que no país se desenvolvia uma APS nos moldes da Declaração de Alma-Ata.

Ribeiro (2007) mostra que nos anos de 1960, influenciado pelo movimento de Medicina Comunitária dos EUA e por publicações de orientações da OPAS com apoio de convênios por meio de fundações privadas como a Rockefeller, o país desenvolve projetos municipais que estão ligados a uma concepção de APS seletiva, de baixo custo para uma população marginal, que não tinha acesso, no caso do Brasil, a uma medicina privada ou previdenciária. Observam-se ações que estão ligadas à atenção primária à saúde, mas sob a característica de práticas campanhistas isoladas, centradas em certos grupos populacionais. Concentradas em disciplinas biológicas e epidemiológicas, porquanto, não havia extensão na cobertura e no acesso.

De acordo com Paim (2008), o que se segue no país, por muitas décadas, é a convivência do modelo médico hegemônico e do modelo sanitarista de atenção à saúde. Isso será questionado, especialmente a partir dos anos de 1970 pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

O Movimento RSB, através do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde), criado em 1976, e com o lançamento naquele mesmo ano da revista “Saúde me Debate”, reafirmou a relação existente entre saúde e estrutura social, difundiu e intensificou ideologicamente o pensamento de que a saúde tem um componente histórico-social (SCOREL, 1998).

Diante disso, entendemos que é o Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro que, através do amadurecimento de uma base crítica, traz para o cenário popular o

enfrentamento de questões relacionadas à ineficiência e à insuficiência das ações de saúde no país por parte do poder público. Projetos e programas vinculados e orientados pelas instituições acima relacionadas foram recriados estrategicamente; passavam por ações não apenas preventivas, mas também curativas e mantinham uma relação direta com a comunidade. Sobre esses projetos e o que se denominou de movimento municipalista, Ribeiro (2007) comenta o seguinte:

Havia uma heterogeneidade quanto às ações desenvolvidas, mas de modo geral tinha um campo comum: saúde materno-infantil, clínica geral para adultos e controle de doenças transmissíveis. Especialmente o projeto de Montes Claros constituiu referência para uma expansão da proposta pelo governo federal, surgindo o PIASS. Também foi referência para o movimento municipalista de saúde que começava a se articular em encontros nacionais de secretários [...]. O movimento municipalista incorporou em suas proposições os princípios orientadores dos cuidados primários e posteriormente da APS. Inicia-se, desse modo, um grande movimento de expansão da rede de unidades básicas (RIBEIRO, 2007, p.223).

O PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde) foi criado em 1976 para dar assistência médico-sanitária às populações rurais. O PIASS trouxe a necessidade de unidades que executassem ações básicas de saúde no âmbito também da promoção e prevenção. Segundo Ribeiro (2007), foi o primeiro programa de medicina simplificada de uma política em nível federal e permitiu a expansão da rede ambulatorial, sendo inspirado no modelo SESP. Poderia ser considerada uma proposta de APS ainda que seletiva. A autora vai mostrar a importância dessas iniciativas, juntamente com o movimento municipalista na construção de uma rede de atenção básica e na disseminação do ideário de APS.

É exatamente nesse período histórico que ocorre a Conferência de Alma-Ata sobre Atenção Primária à Saúde (1978). Conforme já apontamos, a Declaração daquela conferência traz uma concepção de saúde e APS mais abrangente, visto que esta “é concebida como a atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 579).

Diante disso, pode-se dizer que a partir dos anos de 1970, a APS entra mais efetivamente na pauta brasileira em relação à assistência à saúde, mesmo ainda com experiências sanitárias ligadas a práticas de medicina comunitária. Outros

movimentos em torno da APS em nível internacional somam-se a algumas experiências do próprio Brasil¹⁸, e influenciam mudanças no modelo de atenção à saúde.

No Brasil, a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1979, após a Conferência de Alma-Ata, traz como tema central “*Expansão das ações de saúde através dos serviços básicos*”. Isso nos mostra que intensifica-se os debates acerca dos cuidados primários à saúde, apontando para um possível reordenamento do sistema de saúde. Nessa Conferência esteve presente o então diretor da OMS, Dr. Halfdan T. Mahler, que afirmou em discurso a necessidade de mudança do governo do brasileiro no cuidado à saúde e ratificou a adesão do país aos princípios de Alma-Ata (RIBEIRO, 2007). Ainda segundo os dados da referida autora, foi na VII CNS que o Ministério da Saúde divulgou o Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), a ser implantado em áreas rurais e pequenos centros urbanos, com ações interministeriais, mas, conforme Giovanella e Mendonça (2008), esse programa não chegou a ser aprovado. Era um projeto pautado nos princípios da Atenção Primária à Saúde em bases regionais e hierarquizadas, que não “decolou” devido as tensões do momento, especialmente as pressões por parte dos grupos de interesses privatistas.

Tudo isso se constituía num desafio que envolvia questões políticas, éticas, organizacionais, estruturais, dentre outras em torno do modelo assistencial de saúde. Na VII CNS foram deliberadas várias propostas de mudanças nos planos organizacional, prático, de política de recursos humanos e de práticas de saúde.

A VII Conferência apontou questão para o plano individual e coletivo, com ênfase neste último. Deste modo, um núcleo essencial de atividades mínimas deveria ter presença assegurada em todos os casos através de uma infra-estrutura física proporcionada pelos municípios com apoio dos estados e da união realizando ações no domicílio [...] (RIBEIRO, 2007, p. 197).

¹⁸ A história da Atenção Primária à Saúde passa por experiências diferenciadas em diversas partes do mundo, como os médicos Pés Descalços da China, nos anos de 1960. A “Nova Perspectiva para a Saúde dos Canadenses” nos anos de 1970. O questionamento do modelo médico hegemônico estadunidense na América Latina e a própria gestão de Halfdan Mahler na OMS, que em 1976 lançou a meta “Saúde para Todos no ano 2000”, representa um avanço na construção de uma APS. Assim, o Brasil também vai desenvolver suas experiências ligadas à APS. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Esta Conferência foi de fundamental importância no processo de discussão acerca da Atenção Primária à Saúde no Brasil, porque trouxe muitos aspectos relevantes, anteriormente deixados em segundo plano para a organização do sistema de saúde do país, porém, foi a VIII CNS que definiu princípios doutrinários para o que veio a se tornar o Sistema Único de Saúde.

Vale destacar nesse período, início dos anos 80, a formulação do programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), uma estratégia respaldada pela OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) e que era parte do Plano Conasp (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária), e derivava também de algumas experiências já acumuladas no país (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). “A implantação das AIS propiciou importante ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde com a criação de unidades municipais de saúde em grande parte dos municípios brasileiros” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p.598).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1986. Nesse período o cenário político já era de redemocratização do país que saía de uma ditadura militar de 21 anos. Logo, fica claro que é um período de tensões em torno da luta por direitos. Sob o tema “Democracia e Saúde”, esta foi a primeira Conferência realizada com a participação popular de diversos segmentos.

Como se sabe, tanto a VII quanto a VIII CNS, e especialmente esta última foram permeadas pelos ideais do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira. A conjuntura sociopolítica daqueles anos denunciava o estrangulamento de um modelo de assistência à saúde privatista e médico-hospitalocêntrico que deixava de fora a grande massa da população brasileira e as ações de saúde se concentravam do tratamento da doença.

Nesse contexto, é importante ressaltar que o movimento de RSB não irá fazer um recorte de defesa de propostas e ideais em torno dos diferentes níveis de atenção, mas seus princípios de modo geral apontam para um modelo de proteção mais abrangente.

Ribeiro (2007) mostra que pouco se havia avançado no que fora pensado em relação a uma atenção primária organizada no país. É na VIII CNS que se adota um conceito ampliado de saúde que passa também pela qualidade de vida dos sujeitos e discutem-se os princípios que pautariam o direito à saúde como um bem coletivo.

Essa Conferência, por seus aspectos doutrinários e organizacionais, apontou para termos um sistema de saúde orientado pela atenção primária (RIBEIRO, 2007).

Após a VIII Conferência, a saúde é cada vez mais entendida e afirmada como resultado das condições de vida do indivíduo, e não apenas como ausência de doença. Esse processo culminará, primeiramente, na criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde – SUDS – em 1987 (OLIVEIRA, 2010). O SUDS já incorporava muitas proposições do movimento de Reforma Sanitária Brasileira ao celebrar convênios entre a União, a partir de diferentes ministérios, e os Estados federativos (CAMARGO, 2014).

A luta por transformar as propostas da VIII CNS que representavam as propostas do Movimento de Reforma Sanitária em lei, reconhecidas pelo Estado, foi intensificada na Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988), e isso culmina na constituição do Sistema Único de Saúde – SUS.

O SUS representa a organização dos serviços de saúde em um sistema único que envolve conjuntamente a União, os estados e os municípios, seja da administração direta ou indireta. Conforme o artigo 2º §1º da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), que o regulamenta, esses serviços devem ser no âmbito da promoção, proteção e recuperação da saúde. A lei reconhece ainda, em seu artigo 3º, a determinação social do processo saúde-doença. Nesse sentido, o que temos legalmente estabelecido é a proposta de um modelo de atenção à saúde que envolve do individual ao coletivo com responsabilização efetiva do poder público por melhorar o nível de saúde, bem como da qualidade de vida da população.

Diante disso, a partir do SUS teremos uma estruturação mais uniforme da APS, uma vez que os próprios princípios do SUS e o fato deste cobrir os três níveis de atenção¹⁹ exigem uma APS mais estruturada e abrangente. No entanto, não podemos esquecer a questão político-econômica que permeava a conjuntura naquele momento histórico. Assim, alguns autores vão apontar que as propostas que se seguirão em torno da APS irão também atender às exigências dos organismos internacionais numa perspectiva de seletividade, já em contrariedade aos princípios e diretrizes do SUS.

¹⁹ Os níveis de atenção à saúde correspondem a organização dos serviços prestados no âmbito do SUS, quais sejam: o básico ou primário, o secundário ou de média complexidade e o terciário ou de alta complexidade. Cada nível é responsável por um leque de serviços que devem contemplar integralmente as necessidades do usuário do sistema.

Importa ressaltar que quanto à nomenclatura em relação aos cuidados primários em saúde, Camargo (2014) observa que no Brasil, a partir do SUS, a designação Atenção Básica em Saúde (ABS) prevaleceu em detrimento do termo APS²⁰.

Enquanto a Atenção Primária em Saúde (APS) representa uma expressão de difusão internacional que engloba as iniciativas baseadas na promoção da saúde (STARFIELD, 2002), a Atenção Básica em Saúde (ABS) é uma expressão tipicamente nacional, formulada pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro para definir uma forma própria de organização do primeiro nível de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (CAMARGO, 2014, p. 36-37).

De acordo com a autora, a expressão ABS é assumida pela política de saúde do país em razão das divergências no início dos anos de 1990 em relação ao caráter seletivo que a APS sofria pelos organismos internacionais, como o Banco Mundial. Assim, essa APS era contrária aos princípios defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária que se corroboraram com o SUS, esse é um dos motivos que explica a causa da resistência ao uso do termo.

O fato é que não se pode esquecer que, independente da adesão a um termo ou outro, em que pese o fato de cada um carregar o contexto das discussões e proposições do momento, o país adentrava numa conjuntura perpassada pela ofensiva e ideologia neoliberal com toda a pressão dos organismos internacionais em torno do enxugamento de gastos públicos, racionalização da economia e redefinição do papel do Estado. Nesse bojo nasce, em 1991, o novo programa que confere visibilidade e traça um novo direcionamento à Atenção Primária à Saúde no país, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e posteriormente associa-se a esse, o Programa Saúde da Família (PSF), referenciado como uma estratégia para reorientação do modelo assistencial à saúde a partir da atenção básica (BRASIL, 1998). Tais programas irão fortalecer a atenção primária na perspectiva que esta seja materializada como porta de entrada no sistema de saúde.

Dada a importância da discussão acerca desses dois programas para o nosso estudo, principalmente o PSF que passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), é que o analisaremos de forma mais cuidadosa no próximo tópico, e

²⁰ Há uma discussão em torno dos termos APS e ABS ou AB e o que estes significam historicamente. No decorrer do nosso trabalho fazemos um pouco essa discussão sem, no entanto, nos determos nela. Nesse sentido, esclarecemos que tomamos em nosso trabalho os termos APS e AB como sinônimos, sem, contudo, desprezar essa discussão e apresentá-la no próprio capítulo da nossa pesquisa (Capítulo 4).

a partir daí como vai se configurando a APS no país com dispositivos legais baseados em experiências internas, mas também sob orientações de organismos internacionais.

De acordo com o que observamos na história da APS no Brasil, é interessante destacar que a partir dos anos 2000 há uma intensificação das discussões acerca do cuidado em saúde. Há todo um debate em torno da saúde coletiva, e isso estabelece um movimento que contribuiu para a ampliação da ESF e para fomentar a legislação acerca da APS que aparece como ordenadora do modelo de atenção à saúde, reorganizando o sistema de saúde.

Destaquemos ainda, em relação às ações de fortalecimento da APS, que em 2010 o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS através da Portaria nº 4279/10. De acordo com publicação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2015), o objetivo da RAS é prestar uma atenção integral, de qualidade, resolutiva, de forma regionalizada com integração entre os pontos de atenção que atenda, de fato, às necessidades da população adscrita.

A RAS busca mudar o que tendencialmente predomina, ou seja, um modelo de atenção fragmentado, portanto, busca redefini-lo através de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde²¹. “Para que a RAS cumpra seu papel é imprescindível que a Atenção Primária à Saúde (APS) esteja organizada, coordenando o cuidado, responsável pelo fluxo do usuário na Rede de Atenção à Saúde” (CONASS, 2015, p. 20).

De acordo com a referida portaria, a APS é o centro de comunicação da RAS; estabelece a comunicação entre os demais níveis de atenção. Isso corrobora com os atributos da APS sistematizados por Starfield (2002), conforme já abordamos, principalmente, no que diz respeito ao aspecto da longitudinalidade e/ou continuidade do cuidado. Nesse sentido, o objetivo da APS seria de coordenar a atenção à saúde dentro dessa construção de redes de atenção no SUS, destacando a ESF como organizadora primeira da APS.

²¹ “A partir da Portaria GM/MS n. 4.279/2010, cinco redes temáticas prioritárias foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no período de junho de 2011 a fevereiro de 2013: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas (Raps), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas” (CONASS, 2015, p. 10).

Vale ressaltar que a ESF não deve ser confundida com a APS, algo que no senso comum é fácil perceber. A APS é mais abrangente e envolve outras frentes de atuação, programas e instituições para além de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Sem dúvidas, a ESF, em termos do que se materializa ao usuário na ponta dos serviços, é o que mais denota o cuidado em saúde na APS.

Outra questão muito importante dentro da política de saúde no Brasil, especialmente no que diz respeito à APS e à ESF, é a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). No tópico seguinte, abordaremos a importância da ESF na APS, e assim adentraremos mais especificamente no que a PNAB implicou para a APS.

3.2 A ESF no modelo de atenção à saúde: história, importância e contradições

Ao discutir sobre modelos de atenção à saúde, Paim (2008) afirma que, no Brasil, convivem de forma contraditória ou complementar dois modelos que se desdobram em outros modelos de assistência ou os integram, quais sejam: o modelo médico hegemônico e o modelo sanitarista. Referente ao primeiro, o autor aponta o modelo médico assistencial privatista e o de atenção gerenciada como integrantes daquele. No que se refere ao modelo sanitarista, o integra outros três modelos: campanhas sanitárias e programas especiais, vigilância sanitária e epidemiológica e os programas PACS e PSF. Para o autor, os modelos estão ligados à prestação da atenção e à conformação histórica do sistema de serviços de saúde.

Por modelo de atenção à saúde, Paim (2008, p.571), delineia sua definição da seguinte maneira:

Representam tecnologias estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) de uma população que, por sua vez, expressam necessidades sociais, historicamente definidas. [...]. Não se reduzem às formas de organização dos serviços de saúde nem aos modos de administrar, gerenciar ou gerir um sistema de saúde, ainda que possam interagir, sinergicamente, com as dimensões gerencial e organizativa de um sistema de serviços de saúde nas estratégias de transformação. Constituem, enfim, racionalidades diversas que informam as intervenções técnicas e sociais sobre as complexas necessidades humanas de saúde.

Evidencia-se em sua afirmação que os modelos de atenção à saúde têm uma conotação muito mais ampla que a forma pela qual os serviços de saúde são produzidos e organizados para a população. Esses podem ser variados, englobar arranjos diferenciados de práticas e, em relação à maneira como os governos escolham intervir no processo saúde-adoecimento, pode-se ter mais de um modelo em paralelo. Por fim, os modelos de atenção à saúde são permeados de concepções ideopolíticas que se traduzem na condução da política de saúde.

Paim (2008) considera que o modelo médico hegemônico [o que consideramos ser o modelo de atenção à saúde biomédico] em sua versão assistencial privatista é o mais conhecido e prestigiado, apesar de não atender aos problemas da população em sua totalidade. Esse modelo, não necessariamente, é apenas de cunho privado, mas é também do setor público, centrado no aspecto curativo biológico, dentre outros aspectos. Ainda de acordo com Paim (2008), o modelo sanitarista também é reconhecido no Brasil, historicamente, em que pese às formas de intervenção sobre os problemas de saúde, no entanto aparece sempre subordinado ao primeiro. Fica evidente o embate contínuo entre dois modelos e suas derivações no país, o qual nos leva a perceber que isso é parte de um processo maior, pois envolve a disputa de projetos societários distintos.

Nos anos de 1990, a APS no Brasil, na busca de efetivar mudanças no modelo de atenção à saúde, passa a ser identificada sumariamente pelos programas PACS e PSF. Logo, passa a utilizar a denominação Estratégia Saúde da Família (ESF), termo que se consolida com a própria ampliação e associação dos programas que têm objetivos em comum; reconhece-se que esses não eram apenas programas com duração estabelecida, mas parte de uma estratégia dentro da política de saúde e consolidação do SUS no nível primário da atenção, daí o termo *estratégia*.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado em 1991, primeiramente na região nordeste do país. O alvo principal estava na saúde materno-infantil e a equipe do programa era composta por uma enfermeira e até doze Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a depender do território adscrito. “Dentre as inovações do PACS, no âmbito da política pública nacional, está a composição da equipe não centrada no médico, mas na enfermeira e nos agentes” (NOGUEIRA, 2017). O PACS se expandiu, e a partir dele viu-se que era possível colocar em prática princípios do SUS, como a regionalização dos serviços e

universalização do acesso do direito à saúde. O programa ganhou expressividade mediante o trabalho dos ACS's e foi integrado aos sistemas municipais de saúde, mesmo sendo nítido seu caráter seletivo (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A ampliação das ações na APS e o crescimento da experiência do PACS levou o Ministério da Saúde à formulação do PSF²², implementado a partir de 1994, o qual foi considerado uma estratégia de reorganização do modelo de atenção através da promoção da saúde, conforme já assinalamos. Segundo o Ministério da Saúde (1998), o Programa possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (CAVALCANTE; OLIVEIRA, 2006). Vale salientar que o PSF, assim como o PACS, não está centrado na figura do médico uma vez que a equipe de trabalho é multidisciplinar, a qual estaria pronta para “desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção” (BRASIL, 1997). Vasconcelos e Carneiro (2011, p.175) acrescentam que a ESF “propõe que o trabalho das equipes se pautem no paradigma da produção social da saúde e na prática da vigilância da saúde”.

Nessa perspectiva, cada equipe²³ da ESF, na época PSF, era composta, no mínimo, por 1 médico de família, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde; e é responsável por acompanhar de 600 a 1000 famílias num território adscrito. A equipe de saúde bucal pode integrar a Estratégia com 1 cirurgião dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e/ou 1 técnico em higiene dental (BRASIL, 2006). O foco de atuação é exatamente a família, logo a sua operacionalização imprime “uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (PAIM, 2008, p.561). Para Ribeiro (2007), é com o Saúde da Família que a APS tem espaço privilegiado para ser experimentada, refletida e formulada.

O Ministério da Saúde (1997) ressalta acerca do PSF que este não é simplesmente mais um programa, mas se caracteriza como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades. Atua em território

²² O PSF/ESF tem como diretrizes operacionais: caráter substitutivo, complementariedade e hierarquização; adscrição da clientela; cadastramento, instalação das Unidades de Saúde da Família (USF); composição e atribuições das equipes (PAIM, 2008, p.561).

²³ Vale ressaltar que estamos nos referindo acima, em termos de constituição das equipes e atuação centrada na família, ao PSF quando da sua implementação e expansão, no entanto, mudanças na organização e priorização dos serviços vão ocorrer ao longo do tempo com mudanças político-econômicas, como veremos.

definido, buscando preservar os princípios do SUS de equidade, universalidade e integralidade, através de uma ação articulada. O órgão rejeita a ideia de que esta seja uma política pobre para pobres. “Outro equívoco – que merece negativa – é a identificação do PSF como um sistema de saúde pobre para os pobres, com utilização de baixa tecnologia. Tal assertiva não procede, pois o Programa deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade [...]” (BRASIL, 1997, p. 9).

Apesar de tais considerações do MS, há uma discussão pertinente quanto à forma como o PSF/ESF foi pensado e estruturado, tendo em vista o cenário político, social e econômico do país em meio à ascensão do neoliberalismo e as orientações dos organismos multilaterais. O PSF/ESF não foge a esse contexto, e portanto, também carrega contradições que perpassam sua proposta e materialização. Seu status de tecnologia leve na saúde é, muitas vezes, respaldo para justificar uma atuação muito limitada de seus profissionais, dada as condições de trabalho, insumos e recursos humanos [in] disponíveis nas Unidades de Saúde.

A Norma Operacional Básica (NOB/SUS-96)²⁴, em nosso entendimento, é o que vai garantir política e operacionalmente a expansão da ESF, reconhecendo a Saúde da Família de fato como uma estratégia de transformação dos serviços básicos de saúde e reestruturação do sistema (NOGUEIRA, 2017). A partir da NOB-96, várias medidas foram tomadas para que houvesse mudanças em torno da organização e gerenciamento dos serviços básicos de saúde, fortalecendo e estimulando os municípios a gerir cada vez mais seus próprios serviços em saúde no primeiro nível da atenção. Nesse sentido, a ESF colaborou para organização do SUS em seu processo de municipalização (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

No SUS, a garantia de atenção básica em saúde é de responsabilidade da administração municipal. Os gestores dos sistemas locais de saúde são responsáveis em seu território pela organização e execução das ações de saúde em unidades de saúde próprias (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 609).

A expansão da ESF e o que ela passou a englobar permitiram ao país uma APS de caráter mais abrangente, mas ainda assim características de seletividade e

²⁴ Sobre a NOB/SUS- 96, consultar a própria Norma e os comentários de (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

de uma política voltada para grupos mais necessitados e excluídos socialmente estão bem presentes. Faz-se importante pontuar, conforme Giovanella e Mendonça (2008) que a implementação do Saúde da Família se deu de modo distinto nas diferentes regiões do país. A realidade é que a ESF recebeu incentivo financeiro com o estabelecimento do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável²⁵ na NOB-96, e isso contribuiu para que a cobertura populacional assistida por esse programa fosse cada vez maior.

A experiência mostra que a implantação do Saúde da Família entre os municípios menores foi mais acelerada do que em municípios maiores, devido a questões que estão relacionadas com as complexidades dos grandes centros urbanos que adensam a própria questão social que envolve o processo saúde-doença.

Nota-se que a partir do início dos anos 2000, com a política de governo do Partido dos Trabalhadores, a ESF foi fortemente evidenciada e fortalecida. Uma ampliação substancial da estratégia deu-se a partir do PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família).

O PROESF foi uma iniciativa do Ministério da Saúde em 2003 e obteve recursos internacionais (50% dos recursos vieram do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD) com o objetivo de fortalecer a ESF principalmente em municípios com mais de cem mil habitantes. O programa estava estruturado em 03 componentes técnicos²⁶ (BRASIL, 2003).

A implantação da Estratégia Saúde da Família nas grandes cidades é mais complexa, exigindo mudanças de ordem quantitativa e qualitativa na sua operacionalização. O PROESF viabiliza recursos para estruturação das equipes/unidades, buscando integrar procedimentos de outros níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde – SUS e, aperfeiçoar tecnologias de gestão com o objetivo de aumentar a resolubilidade do sistema (BRASIL, 2003, p. 4).

²⁵ O Piso da Atenção Básica (PAB) consiste em um montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde e compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica. O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em um montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação de estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde, como o PACS/PSF, dentre outros. O repasse dos recursos do PAB fixo e variável aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para essa finalidade, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

²⁶ Os componentes correspondem a Apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica de Saúde, Desenvolvimento de Recursos Humanos e Monitoramento e Avaliação. Esses componentes se agrupam em um conjunto de subcomponentes e linhas de investimento (BRASIL, 2003).

O PROESF foi planejado para durar 7 anos e alavancou a ESF nas cidades maiores demograficamente, conforme propunha.

No marco da expansão da ESF e com as mudanças postas no trato à APS, o Ministério da Saúde lançou, por meio da Portaria nº 648, em 28 de março de 2006, a PNAB²⁷ (Política Nacional de Atenção Básica). De acordo com Giovanella e Mendonça (2008), a PNAB 2006 reconhece a ESF como modelo substitutivo e reorganizativo da atenção básica. A partir da análise das autoras, podemos elencar como sendo propósitos da PNAB os seguintes pontos: garantir a expansão da ESF, integrá-la à rede de serviços de saúde municipal para organizar o sistema local, detalhar modalidades de implantação e incentivos financeiros para as equipes, inclusive de saúde bucal e do PACS (em lugares onde ainda predominam apenas esse programa), uniformizar o processo de trabalho em equipe multiprofissional e garantir o processo de educação permanente desses profissionais.

A caracterização acerca de Atenção Básica²⁸ adotada pelo Ministério da Saúde e explicitada na PNAB permite identificarmos uma sincronia com a designação de Starfield (2002) tomada a partir de Alma-Ata, da qual já tratamos anteriormente. As principais características e atributos são endossados no documento do Ministério, bem como a incorporação dos princípios e diretrizes do SUS. Além disso, conforme Giovanella e Mendonça (2008), a caracterização que aparece na política brasileira obedece ao que preconiza a OPAS/OMS (2005) em relação ao processo de renovação da APS nas Américas.

O documento “Renovação da APS nas Américas” da OPAS/OMS levanta questões em relação ao que seria essa renovação proposta, e nos é pertinente abordá-las.

O objetivo de renovar a APS é revitalizar a capacidade dos países de elaborar uma estratégia coordenada, eficaz e sustentável para combater os problemas de saúde existentes, preparar para novos desafios de saúde e melhorar a equidade. A meta de tal esforço é obter ganhos de saúde sustentáveis para todos. [...]. Renovar a APS significa mais do que simplesmente ajustá-la às realidades atuais; renovar a APS requer uma análise crítica de seu significado e de seu propósito (OPAS/OMS, 2005, p. 1-2).

²⁷ Importante ressaltar que a PNAB sofre algumas alterações em 2011 e em 2017, sendo esta última a mais significativa para a APS. Vamos abordar mais especificamente esta última alteração no item final deste capítulo.

²⁸ Lembrando que no tópico anterior tratamos da adesão do termo Atenção Básica em detrimento de APS, naquele momento histórico do país.

Esse documento revela que, naquele momento, a OPAS/OMS defendia uma abordagem de APS abrangente, conforme fica bem explicitado em vários momentos das orientações expostas. Outro aspecto importante é que, a partir dos estudos realizados pela organização, há um reconhecimento das diferentes formas de entender e fazer APS; entende-se também a influência dos fenômenos sociais, culturais, econômicos e políticos da região geográfica em questão no fazer da APS.

Diante disso, o documento traz um quadro que identifica diferentes conceitos e práticas no que dizem respeito ao primeiro nível da atenção à saúde. Ele ainda ressalta que, “independentemente da(s) causa(s) definitiva(s), está claro que o conceito de APS tornou-se cada vez mais expansivo e confuso desde Alma-Ata, e que a APS não realizou tudo o que seus defensores pretendiam” (OMS, 2005, p. 3). São elencadas quatro abordagens ou “categorias” de APS, quais sejam: APS seletiva, Atenção Primária, APS abrangente de Alma-Ata e Abordagem de saúde e de direitos humanos. O quadro traz a definição e ênfase de cada uma das abordagens encontradas²⁹.

É interessante notar que o documento constata a abordagem seletiva de APS como dominante na maioria dos países das Américas, mas, ao mesmo tempo, justifica atribuindo isso a uma possível reação da ideia de que a APS tenha se tornado ampla e vaga demais, por isso uma abordagem seletiva, mais racional diante dos poucos recursos. O fato é que a partir dos anos 2000, a OPAS/OMS instou os países a adotarem uma série de recomendações para o fortalecimento da APS dando-lhe um caráter mais abrangente.

A mudança do discurso em relação à APS por parte dos organismos internacionais na década de 2000 é apontada por Vasconcelos et al. (2017) como um aparente revisionismo do discurso neoliberal que começa a pautar sua agenda no social-liberalismo. Sabemos que, na verdade, o social-liberalismo também pode ser considerado uma variante do neoliberalismo.

A partir de 2006, observando tais recomendações, o Brasil reafirma a reorganização do modelo de atenção à saúde a partir da expansão da Estratégia Saúde da Família, da publicação da PNAB, como já fizemos alusão, e também da

²⁹ É interessante voltar-se ao documento e entender as particularidades de como cada abordagem foi descrita pela OPAS/OMS.

Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)³⁰, ambas publicadas na mesma semana. A PNPS remete-se às propostas da Carta de Ottawa em 1986³¹, a qual corrobora com as intenções da Declaração de Alma-Ata e da meta “Saúde Para Todos” até o ano 2000.

Podemos considerar assim que a PNPS é também um marco importante para a construção da APS no Brasil e para a ESF, pois nela é reafirmada o sentido da promoção da saúde, enquanto melhoria da qualidade de vida dos sujeitos que também devem ser participantes desse processo. E que para se promover saúde, no sentido do bem-estar físico, mental e social, deve-se articular políticas intersetoriais. Tudo isso está em consonância com os princípios e diretrizes da ESF e a própria PNPS declara sua ênfase no nível da atenção primária. Ainda destaca a determinação social no processo saúde-adoecimento ao declarar isso em seu objetivo geral e endossar nos específicos o seguinte:

Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2014, p.19).

Alguns desdobramentos são apontados por Vasconcelos e Schmaller (2014) a partir da PNPS, os quais levarão à criação de programas e iniciativas intersetoriais³².

Interessante notar que no mesmo ano de 2006 foi realizado o 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e o 11º Congresso Mundial de Saúde Pública na cidade do Rio de Janeiro. Paim (2008) aponta que foram dias de intenso debate, os quais produziram a Declaração Rio³³, a qual reafirma um modelo de saúde voltado à APS.

O ano de 2006 foi, sem dúvidas, marcante no que diz respeito à política governamental do setor saúde no país. Foi nesse ano que o Ministério da Saúde

³⁰ A PNPS foi publicada através da portaria nº 687 do MS, em 30/03/2006, apenas dois dias após a publicação da PNAB. Destacamos que a PNPS foi redefinida em 2014 por meio da portaria nº 2446 de 11 de novembro, e publicada sua revisão em 2015.

³¹ A Carta de Ottawa é o documento síntese da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em 1986 em Ottawa no Canadá. É possível acessá-la no seguinte endereço: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf

³² As autoras apontam programas como as Academias de Saúde, a elaboração do Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de Doenças Crônicas não transmissíveis e o Programa Saúde na Escola (PSE), este último de caráter intersetorial.

³³ A Declaração Rio pode ser consultada na referida obra de Paim (2008). Foi ratificada pelos representantes de 26 nações presentes nos eventos referidos acima.

lançou o Pacto pela Saúde, que constituiu uma nova base organizacional e de funcionamento do SUS, a partir de três grandes eixos: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Muito do que foi proposto, e que já abordamos aqui, estava relacionado com essas diretrizes do governo brasileiro.

Assim, vemos um conjunto de ações por meio de dispositivos legais que reforçam a busca por uma APS abrangente com ênfase na ESF. Sabemos que essa conjuntura é tomada por contradições político-econômicas do cenário internacional que mais adiante tornará a influenciar e mudar³⁴ as orientações da própria OMS.

Muitos são os desafios, tensões e contradições que perpassam a ESF desde a sua implementação. Uma delas, que tem sido fortemente questionada e debatida, e é alvo da frente de luta de várias categorias profissionais, diz respeito à composição da equipe mínima. Para o MS, outros profissionais podem ser incorporados a essa equipe sem, contudo, ser garantido o financiamento dessa integração por parte do Governo Federal. Isso seria uma opção da gestão local, como é o caso do que acontece com as Assistentes Sociais inseridas nas equipes da ESF no município de Campina Grande – PB³⁵. Diversas categorias profissionais se engajaram na luta em prol do reconhecimento como necessárias à ESF, compondo a equipe básica no território adscrito. Os núcleos profissionais fazem essa reivindicação a partir do entendimento que coloca a Saúde da Família no âmbito da promoção da saúde a partir de uma visão de APS abrangente que leva em consideração o conceito ampliado de saúde. Assim, as argumentações se faziam conhecer e era defendida a presença de assistentes sociais, farmacêuticos, educadores físicos, fisioterapeutas, psicólogos, dentre tantos outros.

Na lógica, não da ampliação da equipe mínima, mas de criar equipes matriciais para apoio ao Saúde da Família, a Portaria nº 154/08 do MS cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF (OLIVEIRA, 2010).

Dentro do escopo de apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a

³⁴Trataremos disso no último tópico deste capítulo ao falarmos sobre a CUS – Cobertura Universal da Saúde.

³⁵No município de Campina Grande existem Assistentes Sociais inseridas nas equipes mínimas de PSF desde sua implantação (1994). Hoje, essa inserção no Saúde da Família, naquele município, dá-se também pelo NASF. Ver Vasconcelos (2008); Cavalcante e Oliveira (2006).

ampliação das ações da APS [Atenção Primária à Saúde] no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2009, p. 9).

Conforme a portaria, os NASF “devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família” (BRASIL, 2008, p. 2).

Os NASF's são compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas das equipes a que cada NASF está vinculado. Os núcleos classificam-se em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, para efeito de repasse de recursos, composição mínima de profissionais e vinculação a determinado número de equipes.³⁶ A portaria, em seus anexos, ainda traz as ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, bem como a descrição de ações que envolvem cada profissão em particular, dividindo a atuação NASF em nove áreas estratégicas.

Para Nascimento e Oliveira (2010, p. 93), “no contexto da Atenção Básica, o NASF busca qualificar e complementar o trabalho das equipes de Saúde da Família, atuando de forma compartilhada para superar a lógica fragmentada ainda hegemônica no cuidado à saúde [...]” O NASF traz uma perspectiva de clínica ampliada para a ESF, baseada na construção de redes de apoio e da ampliação do caráter intersetorial do fazer saúde.

A PNAB foi atualizada em 2011 e trouxe em seu texto a importância dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Reforça uma concepção mais ampliada de APS, além de reafirmar ser esta a porta de entrada preferencial do SUS e ordenadora da rede de serviços locais de saúde (NOGUEIRA, 2017).

O NASF foi um programa de muita potencialidade, mas de vários desafios que no movimento intensificado de contrarreforma do direito à saúde vive um período de extinção³⁷.

³⁶O NASF 1 e NASF 2 correspondiam a modalidades distintas em termo de profissionais integrantes, repasse de recursos e número de equipes Saúde da Família a que estavam vinculados, bem como a densidade populacional que alcançavam.

³⁷ Trataremos desse assunto no Capítulo 4 desta nossa pesquisa, uma vez que o NASF como parte da ESF, é alvo da contrarreforma vivenciada na saúde.

Na continuidade de ações nos anos 2000, que se relacionam direta ou indiretamente com a ESF, em 2011, o Ministério da Saúde lança o PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica). (NOGUEIRA, 2017). A referida autora traz a discussão do processo que revela continuidades e diferenças entre o governo do Partido da Social Democracia (PSDB) e do Partido dos Trabalhadores (PT) no que diz respeito a lógica dos programas de avaliação. O PMAQ-AB trata-se de um programa avaliativo que visa um “padrão de qualidade” nos serviços da atenção básica em saúde e dessa forma incide sobre os processos de trabalho. Assim, Nogueira (2017, p. 163) avalia que

O PMAQ-AB consolida a institucionalização da avaliação através de financiamento, da alocação de recursos, advindo da gestão federal para a gestão municipal que aderir ao Programa. O critério de alocação de recursos é pautado por índices de desempenho das equipes de saúde [...].

A crítica que se coloca aqui é que os governos do PT, como já pontuamos em outro momento, não se desvencilharam da lógica neoliberal e suas ações também estiveram ligadas a responder as diretrizes dos organismos multilaterais como o BM, o FMI e a OMS, nesse sentido, há continuidade. A “cultura avaliativa” como afirma Fonseca (2013) apud Nogueira (2017), é uma realidade que se conforma nos serviços de saúde numa lógica racionalizadora puramente formal que se volta mais para a alocação de recursos do que para a melhoria dos serviços e valorização profissional. Para Andreazzi e Bravo (2014), elementos importantes do governo dos anos 1990 são mantidos na gestão inicial de Lula (2003) e seguem nos demais mandatos petistas e, dizem respeito às diretrizes da contrarreforma do Estado brasileiro.

Isso, porém, não invalida a ampliação da ESF e de outros programas ligados à APS com disponibilidade de recursos financeiros que ocorreu nos governos petistas, o que representa um diferencial desses governos.

Em 2013 temos a criação do Programa Mais Médicos, o qual é anunciado por meio de uma portaria interministerial (Ministério da Saúde e Ministério da Educação) e instituído posteriormente através da Lei nº 12871/13. De fato, o programa reúne ações de saúde e educação de forma conjunta. Destacamos as disposições gerais:

Art. 1º É instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos: I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos [...] (BRASIL, 2013, s/p).

A OPAS/OMS viu o programa como uma iniciativa do Brasil para aumentar a cobertura de saúde de forma mais equitativa e universal e colaborou com a articulação dos acordos entre Brasil e Cuba para a mobilização dos médicos cubanos que atuariam na APS/SUS (OPAS/OMS, 2018a). O órgão considerou o Mais Médicos uma das melhores práticas de cooperação na região das Américas Latina.

De acordo com alguns dados, o programa teve impacto sobre a cobertura de atendimento na Atenção Primária. Lugares que anteriormente estavam desprovidos de qualquer atendimento médico ou tinham uma alta rotatividade, como os sertões e as comunidades ribeirinhas, passaram a ter cobertura desses profissionais. O programa também fomentou o aumento dos cursos de medicina pelo país, apesar de grande parte ter sido voltada para a rede privada, tanto nas regiões do interior quanto nas capitais. O currículo também sofreu mudanças, as quais deveriam ser incorporadas paulatinamente pelas universidades para a formação de novos médicos, incentivando o interesse pela atuação na área da medicina de família e comunidade. Segundo o portal³⁸ do programa Mais Médicos, em dois anos, o programa chegava a atender 63 milhões de brasileiros que antes não tinham atendimento médico nas unidades de saúde, o que representou 33% de aumento em consultas na atenção básica no país. Nesse período eram 18.240 médicos inseridos. Logo, permitiu-se um crescimento significativo de cobertura de equipes da ESF, que em 2015 atingiria 134 milhões de brasileiros.

³⁸ Uma observação muito importante: o portal do programa Mais Médicos (maismedicos.gov.br) está desatualizado. Logo, os últimos dados que encontramos são de 2015, aproximadamente dois anos após a implantação do programa. Os textos científicos e avaliativos acerca do programa também se concentram entre 2013-2015.

A ESF tem um papel fundamental nas mudanças ocorridas na APS, especialmente ao longo da primeira e até meados da segunda década dos anos 2000. Conforme dados do Governo Federal, em 2007, a cobertura populacional da ESF que era de 47,97%, em 2019, passa para 64,47%, o que representa um crescimento de 16,5% de cobertura. Já em dezembro de 2020, esse número sobe para 76,08% dentro do que eles chamam de cobertura da Atenção Básica³⁹. Mesmo diante das contradições que envolvem a Estratégia, as quais dizem respeito à própria APS no Brasil, a ESF representa um avanço no acesso do direito à saúde no país, no cuidado, na integralidade e na equidade dos serviços de saúde. Esse reconhecimento é necessário, assim como a crítica também é necessária e pertinente para que avançar seja sempre uma realidade, e não um retrocesso.

Vale ressaltar que as dificuldades vivenciadas pela ESF revelam fragilidades e contradições que os números da cobertura populacional por equipes podem mascarar. Muitas dessas dificuldades perduram ao longo do tempo de implementação do programa (CAVALCANTE, OLIVEIRA, 2006; OLIVEIRA, 2010). Podemos destacar: rotatividade de profissionais, demanda ampla e variada, infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde, insuficiência e/ou falta de insumos e medicamentos, número alto de famílias por equipe diante das condições de vulnerabilidade social das áreas adscritas, sistema de referência e contra-referência praticamente inexistente, pouco investimento na formação de educação em saúde para trabalho com comunidades, dentre outros fatores que podem ser elencados e que dizem respeito ao próprio processo de descentralização e gestão dos serviços de saúde, bem como a questões ligadas à própria “questão social”.

Importante o que Vasconcelos e Schmaller (2011, p.113) concluem diante das dificuldades e contradições em torno da ESF:

[...] ela se constitui em uma estratégia extremamente complexa, contraditória e, como parte do processo de construção do SUS, vem sendo tecida em meio a um terreno íngreme, tenso, no interior dos percalços vivenciados pelo sistema de saúde em geral. Há grandes desafios, problemas, mas a rota a ser assumida vai depender, em parte, da correlação de forças na esfera sanitária, tensionada pelo projeto de Reforma Sanitária e pelo projeto de contrarreforma na saúde.

³⁹ Destacamos que os dados encontrados correspondem a plataformas diferenciadas. Podemos indicar os endereços <https://sage.saude.gov.br>, correspondente ao dado de 2019 e <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> corresponde ao segundo dado.

O processo de contrarreforma posto no cenário brasileiro provoca inflexões na materialização dos princípios do SUS, legalmente condutores da própria APS e da ESF que ordena a partir do primeiro nível o modelo de atenção. Diante disso intensifica-se a luta entre projetos distintos que tensionam o campo da saúde coletiva com destaque para a APS e suas ações, a exemplo da ESF nos últimos anos. Assim, no próximo tópico passamos a discutir essas questões para elucidar mais acuradamente a lógica da contrarreforma e sua incidência sobre a APS em contraste aos princípios do SUS.

3.3 A contrarreforma e a APS: a questão da CUS e os princípios do SUS

A contrarreforma que se segue de maneira intensificada obedece sempre à lógica da acumulação capitalista, mesmo quando na tensão das relações sociais tenha que se fazer algum tipo de consenso para, na verdade, continuar avançando. Nesse sentido, o processo de contrarreforma pode ser sutil, principalmente, quando se trata de apresentar suas justificativas.

Essa contrarreforma está fundada numa racionalidade burguesa que agrega mecanismos e estratégias particulares no espaço das políticas sociais e em que o Estado utiliza de instrumentos que conservam o conteúdo e a essência dessa racionalidade (SOARES, 2010). Diante disso, a autora corrobora o que já temos discutido ao longo deste trabalho, quando abordamos o tema da expropriação de direitos.

Os serviços de saúde tornam-se cada vez mais espaços de supercapitalização e relevante fonte de maximização do capital. As diversas formas de capital, em tempos de dominância financeira, conectam a cadeia de mercadorias e serviços desde o espaço da produção e comercialização até as finanças [...] (SOARES, 2010, p. 41).

Na verdade, o setor privado sempre esteve presente na política de saúde do Brasil, desde as primeiras ações que foram muito mais na lógica do seguro de saúde, organizadas a partir dos trabalhadores e suas respectivas empresas ou categorias, passando pelo período ditatorial em que o direito à saúde era restrito somente àqueles trabalhadores vinculados formalmente ao mercado de trabalho e que o próprio governo militar financiou a construção hospitalocêntrica no país até a

desregulamentação iniciada logo após a conquista do SUS constitucional, que perdura e se intensifica nos dias atuais.

A racionalidade do capital, conforme já discutimos ao longo deste estudo está imbuída, mais expressamente, desde os anos de 1990 no país, da ideologia neoliberal, do modo como esta forma de pensar organiza o modo de vida na sociedade capitalista. Quanto à APS Vasconcelos e Schmaller (2011, p.97) ressaltam que

As tensões entre a concepção ampliada (que estaria prevista no documento resultante de Alma-Ata) e a restrita (defendida pelos organismos multilaterais) de APS perpassam os anos 1980 e 1990, porém é a última que assume a direção do debate e das propostas, sendo abertamente instrumental às ideias neoliberais em curso. Nesse contexto, diversas experiências de APS restrita foram desenvolvidas em países periféricos, através de programas de extensão de cobertura.

Disso advém a crítica à ESF, porque mesmo que tenha um amplo alcance em cobertura, é considerada por alguns autores como experiência de uma APS seletiva. Para Vasconcelos e Schmaller (2011), as críticas feitas ao PSF/ESF estão ligadas à identificação do programa com as orientações de organismos multilaterais, os quais representam a lógica da racionalidade do capital. Mas ressaltemos o que as autoras ponderam ao analisar o conceito e os tipos de APS, assunto sobre o qual já referenciamos. As autoras entendem que “as experiências de APS precisam ser situadas nos referenciais teórico-políticos e sanitários que as norteiam, bem como no contexto sociopolítico e econômico em que se desenvolvem” (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2011, p.99).

A contrarreforma na APS colocava-se de maneira sutil até poucos anos, pois esse nível de atenção à saúde não era tão visto enquanto um nicho de lucratividade, porém há muito é parte da política de ajuste fiscal de viés neoliberal. O que ocorre nos últimos tempos é essa intensificação da contrarreforma no setor saúde com ênfase na APS, de forma clara e espúria.

Apesar da saúde ser reconhecida constitucionalmente como direito universal, o Brasil sempre permaneceu em um sistema de saúde que mescla o público com o privado. A Atenção Primária à Saúde é alvo de políticas de austeridade e ajuste fiscal, na medida em que observamos seu caráter mais seletivo que abrangente, pautada em orientações de agências multilaterais, inclusive da própria Organização Mundial da Saúde.

Se em 2005 a OPAS/OMS parece preocupar-se com uma APS mais abrangente para as Américas⁴⁰, nos anos de 2010 fica claro o posicionamento desta organização em favor do modelo econômico de ajuste fiscal e políticas sociais cada vez mais focalizadas. A OMS fomenta, orienta e endossa para os países de economia periférica, principalmente, um modelo de atenção à saúde pautado na redução de gastos, abrindo maior espaço para o mercado.

Noronha (2013) observa que, ainda foi em 2005, no Relatório da 58ª Assembleia Geral da OMS, que apareceu a primeira referência ao que se chama de Cobertura Universal de Saúde (UHC ou CUS), uma concepção que tem sido cada vez mais difundida. Sobre o relatório, o autor comenta,

Nele tem início a transformação semiótica do direito à saúde e do acesso universal e igualitário aos cuidados de saúde para o conceito de 'cobertura universal' indelevelmente associado à 'proteção do risco financeiro' e à busca de mecanismos alternativos de financiamento setorial (NORONHA, 2013, p. 848).

Ressaltamos que a proposta da CUS, apesar de ganhar maior visibilidade nos três últimos anos, está estreitamente ligada às proposições do Banco Mundial (BM) em relação às modificações no setor saúde para países de economia dependente desde os anos de 1990.

No ano de 2010 a OMS publica o Relatório Mundial da Saúde intitulado "Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal da saúde" (UHC), o qual apresenta, já em sua mensagem inicial por parte da então presidente do órgão, o que parece ser um paradoxo, quando a mesma expressa o objetivo do relatório.

[...] transformar a evidência, recolhida de estudos em diversos locais, num menu de opções para angariar recursos suficientes e remover barreiras financeiras ao acesso, especialmente para os pobres. Como indica o subtítulo, coloca-se firmemente a ênfase no caminho para a cobertura universal, um objectivo actualmente no centro dos debates sobre prestação de serviços de saúde. A necessidade de orientação nesta área tornou-se ainda mais urgente neste momento caracterizado simultaneamente pela crise económica e custos crescentes dos cuidados de saúde, à medida que a população envelhece, as doenças crônicas aumentam, e novos tratamentos mais caros se tornam disponíveis. Como é sublinhado neste Relatório, a exigência pública para acesso a cuidados de boa qualidade ainda aumenta mais a pressão pela escolha de políticas inteligentes (OMS, 2010, iv).

⁴⁰ O tópico anterior abordou esse assunto ao tratar do documento "Renovação da APS nas Américas" (2005).

Percebe-se nas entre linhas dessa fala que o que aparenta ser uma preocupação com a cobertura universal da saúde, é na verdade uma preocupação com a racionalidade dos recursos, e não com o aumento deles para uma assistência verdadeiramente integral e universal. Tem-se que reduzir os gastos públicos na ótica do neoliberalismo em tempos de contrarreforma, tudo bem. Todavia, uma questão à ser resolvida: a necessidade de orientar esses gastos de forma racionalizada e eficiente. É esse o pensamento que está por traz do discurso e relatórios da OPAS/OMS. O discurso da eficiência dá o tom do relatório na orientação de como melhor gastar os recursos para a saúde. “Os países que adotem as políticas correctas podem melhorar significativamente a cobertura de serviços e a protecção contra risco financeiro para qualquer nível de gastos” (OMS, 2010, vii).

A denominada Cobertura Universal de Saúde (CUS) abordada no referido documento, coloca um universo focal e seletivo de cobertura e serviços. As orientações são claras no sentido de subsidiar os cuidados para os mais pobres e vulneráveis. O documento também sugere que os países pobres podem receber apoio internacional para atingir essa cobertura universal. Vale salientar que, segundo Giovanella et al. (2018), o termo Cobertura Universal de Saúde é ambíguo e tem diferentes interpretações, conforme vamos observando nos documentos das organizações multilaterais desde 2004.

No relatório de 2013, “Pesquisa para a Cobertura Universal de Saúde”, a OMS aprofunda a discussão sobre a CUS, justificando-a como um equalizador social. A então diretora geral da OMS, Dra. Margaret Chan, refere-se à CUS na abertura do relatório: “a cobertura universal de saúde é o conceito isolado mais poderoso que pode ser oferecido pela saúde pública”. No mesmo ano, a Fundação Rockefeller, UNICEF e OMS publicam outro relatório intitulado “Cobertura universal de saúde: um caminho para fechar a lacuna”, no qual reforçam a CUS como meta para os países.

Em nota pública com base em alguns documentos da OPAS/OMS, o CEBES questiona a consistência e a coerência da CUS frente aos princípios do SUS. Além de chamar a atenção para o espaço que a proposta abre ao investimento do setor privado, travestida de colaboração entre esse setor e o público. Ao fazer considerações sobre o documento “Estratégia para Cobertura Universal de Saúde”⁴¹,

⁴¹ Este documento diz respeito à 154ª Sessão do Comitê Executivo da OPAS/OMS, realizada em maio de 2014. Pode ser acessado em: <https://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/>

afirma que o mesmo “apresenta um conceito restrito de universalidade e de equidade, uma vez que pressupõe o funcionamento de um sistema onde predomina o mecanismo da compra e venda de serviços de saúde” (CEBES, 2014).

A OMS coloca os cuidados primários à saúde como centro da Cobertura Universal de Saúde; como o nível de atenção condutora da cobertura de serviços. Em 2015, a CUS passou a fazer parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável dentro da Agenda 2030⁴².

Em outubro de 2018, foi realizada em Astana (Cazaquistão) a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, após 40 anos de Alma-Ata. A Declaração de Astana se coloca como uma renovação do compromisso político com a APS, como uma nova Declaração mundial para a APS, mas ao mesmo tempo incorporou a proposta de Cobertura Universal de Saúde e nos traz elementos que se colocam na contrarreforma do direito à saúde na APS.

Ruiz e Martufi (2018) analisaram o posicionamento de várias entidades e representantes de Estados-Nações, posteriores à Conferência sobre a Declaração de Astana, e mostraram as polêmicas e divergências em torno da CUS relacionada à APS. A ex-ministra de saúde do Equador, Carina Vance, que defendeu a vigência plena da Declaração de Alma-Ata, afirmou que “Astana não chega nem perto de alguns conceitos que estão em Alma-Ata”. A Associação Latino-americana de Medicina Social (ALAMES) também se pronunciou contrária à Declaração de Astana, quando nem os objetivos de Alma-Ata foram alcançados. Tais posicionamentos se mostraram contrários à participação do setor privado na saúde, descortinando a necessidade de substituir a Declaração de Alma-Ata por um “documento alinhado ao discurso hegemônico” atual.

Vale a pena ressaltar que houve posicionamentos favoráveis, combinados ao discurso mercadológico em torno da APS e da cooperação público-privado. Ruiz e Martufi (2020, s/p) apontam uma das críticas à CUS ao afirma que “a proposta de Cobertura Universal em Saúde [...] restringe a Atenção Primária à saúde à provisão de pacotes de serviços básicos diferenciados conforme extrato social”.

⁴² Os ODS fazem parte da “Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, resultado da reunião da ONU com países membros em setembro de 2015. “A Agenda 2030 é um plano de ação para as pessoas, o planeta e a prosperidade. O plano indica 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, os ODS, e 169 metas, para erradicar a pobreza e promover vida digna para todos, dentro dos limites do planeta”. Os ODS são uma espécie de continuidade dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio do início dos anos 2000 que já traziam também a questão da Cobertura Universal de Saúde. Ver página: <http://www.agenda2030.com.br/sobre/>

De acordo com esses autores, alguns movimentos que podemos chamar de proposta alternativa e de resistência à CUS são gestados especialmente nas Américas, e de alguma forma impulsionam a OPAS a abrir outros posicionamentos, inclusive usando o termo “saúde universal”. As autoras citam um documento da Comissão de Alto Nível da OPAS chamado “Saúde Universal no século XXI: 40 anos de Alma-Ata”, elaborado em 2019 e que faz recomendações aos países da região no sentido de chamar a atenção para o fato de que o acesso universal é superior à perspectiva de cobertura universal limitada ao assecuramento. “O texto parte da premissa de que o direito à saúde é um direito fundamental e o Estado é responsável por sua garantia” (RUIZ; MERTUFI, 2020, s/p). Interessante que um dos elementos que o texto destaca é a importância da APS a partir das intervenções intersectoriais com foco no processo de determinação social da doença.

A 74ª Assembleia Geral da ONU, em setembro de 2019, aprovou uma declaração em apoio a estratégia da CUS, mas com avanços em relação a outras versões sobre o tema. Foi essa a opinião dos representantes da FIOCRUZ, naquele período, que estavam presentes na reunião. Segundo os mesmos, o tom era de um conceito mais abrangente de cobertura universal relacionado à necessidade de combater as iniquidades e desigualdades dentro e entre países. A declaração ressalta a importância da APS nesse processo.

Percebe-se claramente mudanças e polêmicas em relação à CUS (UHC) ao longo do tempo. No entanto, é fato que essa proposta está pautada na ideologia neoliberal que alicerça o projeto de contrarreforma do Estado, ainda que apresente alguns paradoxos ou “idas e vindas”, por isso a necessidade de fazer frente a essa proposta, no sentido de mostrar as nuances controversas que a envolvem e comprometem a materialização dos princípios do SUS.

A primeira questão que se coloca e compromete o SUS, logo a APS, é o direito à saúde pública e estatal. Giovanella et al. (2018, p. 1764) destacam que “a questão do financiamento é central na proposta de UHC, que incentiva o aumento da participação privada no financiamento setorial e a expansão do mercado privado em saúde, como se observa nos argumentos difundidos pela Fundação Rockefeller em defesa da UHC”.

A proposta da CUS (UHC) relaciona-se ao contexto de crise, especialmente depois de 2008, e a busca por novos mercados de investimento tem em países como os da América Latina economias privilegiadas para tal.

O que ocorre nesse contexto também é a indistinção entre cobertura e acesso, sobre o que Giovanella et al. (2018) corroboram ao mostrar que isso levou a questionamentos por parte de países das Américas que têm sistemas universais de saúde, como é o caso do Brasil, e isso levou a OPAS a mudanças de nomenclaturas, mas a proposta na verdade não se altera. É muito importante a observação que os autores fazem ao tratar da política de saúde na América Latina, ressaltando o caso do Brasil,

Na América Latina, permanecem disputas entre propostas para alcançar a universalidade em saúde, que envolvem diferentes concepções sobre direito à saúde e papel do Estado na proteção social. O Brasil é o único país capitalista da região que adotou um modelo de sistema público universal desde 1988. Embora a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) tenha sofrido estrangulamentos e contradições, o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e a expansão de serviços públicos trouxeram avanços importantes. Outros países latino-americanos seguiram caminhos distintos de reformas na saúde, alguns com incorporação de princípios condizentes com a proposta de cobertura universal, sob formas variadas (GIOVANELLA et al., 2018, p. 1764).

Os autores colocam que há duas propostas de assistência à saúde que envolvem o tema da cobertura universal, bem como o papel da APS, mas que são projetos em disputa, os quais se expressam ou são implementados de formas diferentes, de acordo com a realidade dos países.

Assim, temos, a Cobertura Universal (UHC) e o Sistema Universal de Saúde (UHS). Para sintetizar as principais diferenças entre essas duas propostas Giovanella et al. (2018, p. 1768) apresentam o seguinte quadro:

QUADRO 1: Diferenças entre a UHC e UHS

Características	UHC	Sistema Universal (UHS)
Concepção de saúde	Saúde como mercadoria	Saúde como direito universal
Papel do Estado	Mínimo Restrito à regulação do sistema de saúde; Separação explícita de funções de financiamento/compra e prestação de serviços	Bem-estar social Responsável pelo financiamento, gestão e prestação dos serviços de saúde
Financiamento	Combinação (<i>pooling</i>) de fundos públicos e privados (prêmios de seguros, contribuições sociais, filantropia, impostos)	Fundo público com receitas de tributos (impostos gerais e contribuição para seguros sociais)

Ênfase das reformas	Subsídio à demanda para aquisição de seguros Seletividade da cesta e focalização nos mais pobres	Subsídio à oferta para garantia de acesso equitativo
Elegibilidade/Titularidade	Acesso segmentado, conforme filiação a algum seguro (privado ou público)	Acesso universal como condição de cidadania
Eficiência do sistema	Aumenta custos operacionais e administrativos; Gastos totais em saúde mais elevados	Menores custos operacionais e administrativos; Reduz custos unitários por economia de escala; menores gastos totais por maior regulação da oferta
Desenho do sistema de serviços	Serviços fragmentados, sem territorialização	Serviços organizados em rede, territorializados, orientados pela APS
Abordagem da APS	Seletiva	Integral
Prestação	Serviços prestados principalmente pelo setor privado	Serviços prestados principalmente pelo setor público
Cesta de serviços	Restrita (pacotes básicos/mínimos) Explícita	Abrangente (atenção integral) Implícita
Integralidade	Centrada na assistência individual e serviços biomédicos; Dicotomia entre cuidados individuais e coletivos	Integração entre cuidados individuais e ações de saúde pública; Integra promoção, prevenção e cuidado
Determinantes sociais de saúde	Não contempla abordagem DSS Possibilidade de ação intersetorial restrita	Contempla abordagem DSS Possibilidade de ação intersetorial facilitada
Cidadão	Consumidor/objeto	Protagonista/sujeito
Cidadania	Residual	Plena
Efeitos de solidariedade	Restritos	Abrangentes
Equidade	Cristaliza as desigualdades de acesso e uso conforme renda e inserção social; Acesso condicionado à capacidade de pagamento individual	Garantia de acesso e uso a serviços de saúde entre os grupos sociais para necessidades iguais, independente da capacidade de pagamento
Ideologia	Liberal	Social-democrata
Países alvos	Países de baixa renda	Todos os países

Fonte: Giovanella et al. (2018).

O quadro nos oferece uma percepção clara da disputa de duas concepções que são opostas e representam projetos societários diferenciados. Salientamos que nem todos os conceitos e categorias propostos pela autora no respectivo quadro revelam, de fato, a realidade, quer seja da Cobertura Universal de Saúde, quer seja do Sistema Universal de Saúde. Há mediações e contradições que se colocam para

que não pensemos que as características em cada concepção são unanimidade em cada uma delas, ou as representa tal qual está colocado.

No que diz respeito à concepção de cidadania residual da UHC, a autora chama a atenção para o fato de que nessa concepção o Estado só chega, quando o próprio indivíduo ou suas redes comunitárias não conseguem satisfazer suas necessidades; é o que Teixeira (1985) concebe por cidadania invertida⁴³.

Interessante ressaltar com relação a essas duas concepções o que afirma Bhaia et al. (2016, p.2) apud Vasconcelos et al. (2017, p. 233) que, “para os países ricos prescreve-se o modelo universal clássico, seja via serviço nacional de saúde, seja via seguro social, e para os demais países restaria a proposta de cobertura universal”.

Conforme podemos observar, dentre as contradições que a proposta da CUS coloca em relação aos princípios do SUS, está a que diz respeito à universalidade do acesso aos serviços e cobertura do atendimento, a começar do nível primário de atenção. Observa-se uma completa descaracterização do princípio da universalidade que é basilar do SUS. O que está em voga nesse processo é o “novo universalismo” ou “universalismo básico” de caráter focalizador para as políticas sociais.

Observemos o que Noronha (2013) adverte sobre o fato de que cobertura nem sempre corresponde ao acesso e uso. Pode haver cobertura, mas o acesso e o uso não se materializarem. “Cobertura deve significar acesso e uso, e não apenas entitlement [direito], que deve se dar sem barreiras” (NORONHA, 2013, p. 849).

O princípio da integralidade que é parte de uma APS abrangente também se torna irrelevante quando a proposta da CUS limita-se a intervenções determinadas, específicas. A integralidade inclui ações individuais, mas também coletivas em relação aos problemas de saúde da população. As respostas de uma APS robusta devem se estender às necessidades apresentadas dos usuários numa perspectiva integral e de longitudinalidade. A quebra desse princípio tem levado a uma crescente judicialização pelo direito à saúde.

⁴³ Essa condição política de *cidadania invertida*, em que o indivíduo entra em relação com o Estado no momento em que se reconhece como um não-cidadão, tem como atributos jurídicos e institucionais, respectivamente, a ausência de uma relação formalizada de direito ao benefício, o que se reflete na instabilidade das políticas assistenciais, além de uma base institucional que reproduz um modelo de voluntariado das organizações de caridade, mesmo quando exercidas em instituições estatais (TEIXEIRA, 1985, p. 401).

De acordo com Noronha (2013) acerca do princípio da equidade, segmentar a oferta de serviços de acordo com as classes sociais não significa que este princípio esteja sendo evidenciado. O que ocorre nesse caso não é tratar os diferentes de forma diferente, numa perspectiva de justiça, mas a focalização da política.

Quanto à relação APS e CUS, Vasconcelos, et al. (2017, p. 234) observam que “em consonância com a proposta da CUS, a concepção restrita de APS é disseminada como remédio mais eficiente para os sistemas de saúde dos países periféricos, em íntima relação com os anseios do neoliberalismo”. As autoras ainda reiteram que a proposta da CUS aparece revestida de um discurso aparentemente progressista, no entanto encobre inflexões nos princípios basilares do SUS/APS. Fica claro que, em relação ao SUS, a UHC/CUS rompe com os princípios de universalidade, integralidade e equidade, e vai de encontro a uma concepção de cidadania plena que embasa a proposta do SUS (GIOVANELLA et al., 2018).

Em matéria veiculada na revista Consensus do CONASS, Barros, Delduque, e Santos (2016) concluem que a preocupação com riscos financeiros e alternativas de financiamento para o setor saúde é o que conduzem a proposta da CUS para os países periféricos, em detrimento do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, característico dos sistemas públicos universais de saúde. Em relação a países de economia central, os autores observam:

Países que dispõem de sistemas públicos universais de saúde, tais como Canadá, Espanha, Reino Unido e Portugal, experimentaram mudanças, reformas e ajustes ao longo de suas existências, com maior ou menor grau de garantia efetiva de universalidade, integralidade e de financiamento público, sem, entretanto, alterarem sua concepção de sistemas públicos de acesso universal (BARROS; DELDUQUE; SANTOS, 2016, s/p).

Coloca-se aqui a condição histórica dos países dependentes em relação aos centrais, uma vez que o impacto das relações capitalistas é bem diferenciado. No caso de países como o Brasil, o que se coloca em tempos de contrarreforma é comprovadamente o sub e o desfinanciamento, comprometendo a realização dos princípios do SUS.

Com o governo Michel Temer (2016-2018), percebe-se que o processo de contrarreforma do Estado brasileiro intensifica-se e materializa muitas outras estratégias. Isso provoca consequências ainda mais drásticas para os direitos

sociais, inclusive para a política de saúde com retrocesso para APS, conforme veremos a seguir.

3.4 A intensificação da contrarreforma no Governo Temer e a política de APS

O governo Temer impetra tensões significativas para o processo de contrarreforma, no qual destacamos a saúde, através da APS e da ESF, como ordenadora do cuidado e dos serviços de saúde.

A crise estrutural do capital reverbera em tensionamentos que adensam e potencializam a crise política do Brasil. A elite burguesa e empresarial do país pressiona por (contra) reformas mais robustas que imprimam ainda mais a lógica neoliberal nesse contexto de acirramento da crise capitalista.

Nesse sentido, sobre o que culminou em abril de 2016 e colocou Michel Temer no poder, Demier (2017, p. 15) declara:

A queda do segundo governo Dilma constará exatamente como o que foi: um golpe. Muitos argumentos, de ordem política, técnica, jurídica, etc., poderiam ser esgrimidos para justificar tal assertiva, mas para justificar o óbvio basta apenas ressaltar a obviedade que lhe vértebra: o sufrágio universal de 54,5 milhões de brasileiros e brasileiras foi cassado por um Congresso composto por pusilânimes prepostos burgueses, em sua quase totalidade corruptos, lumpens e biltres.

Na veiculação midiática acerca da figura de Michel Temer, ele era considerado o perfil político que melhor teria condições de levar adiante o projeto societário do grande capital. Nesse sentido, o golpe foi travestido de legitimidade política e necessidade econômica para o país no momento de crise.

O governo Temer segue a cartilha dos organismos multilaterais ao ponto de, para justificar e fundamentar as reformas em curso, encomendar um relatório ao Banco Mundial acerca das despesas públicas do país. Assim, no final de 2017, o Banco Mundial publica a síntese do relatório denominado “Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil”. O objetivo era exatamente “realizar uma análise aprofundada dos gastos do governo e trazer alternativas para redução do déficit fiscal”. O desafio seria, portanto, “desenhar e implementar um ajuste justo que coloque as contas fiscais do Brasil de volta em uma trajetória

sustentável, ao mesmo tempo em que protege os pobres” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 1)

O relatório reforçou a adoção do “teto de gastos” já colocado em prática pelo governo desde 2016 com a EC 95⁴⁴ e suas consequências já drasticamente sentidas em relação aos direitos sociais e as políticas que os materializam. Só em relação ao setor saúde, a projeção é que haja uma perda de mais de 400 bilhões até 2036, segundo apontam alguns estudos (MENDONÇA, et al., 2018), ou seja, além de aprofundar o subfinanciamento já estabelecido para as políticas sociais, essa redução estabelece um desfinanciamento.

Conforme analisa Mendes (2017), intensificam-se os mecanismos de mercantilização e privatização na saúde. O Estado em sua relação orgânica com o capital concede cada vez mais incentivos a este. O autor mostra que a EC 95 impõe a desestruturação e privatização crescente da saúde pública no Brasil. Em 20 anos, os prejuízos acumulados podem chegar a R\$ 415 bilhões. O que se vê é a presença do Estado na dinâmica do capital, e não sua ausência.

O relatório do BM traz recomendações para vários setores da administração pública e para as políticas sociais, inclusive a da saúde. O documento deixa bem clara a receita para sustentabilidade fiscal da reforma da previdência e administrativa, uma verdadeira agenda de retirada de direitos. Vale salientar que, a equipe do BM analisa os gastos públicos das duas últimas décadas, de acordo com o documento referido acima, o que corresponde à grande parte dos governos petistas. De forma geral, o ajuste fiscal é colocado como um remédio imprescindível e urgente.

Em relação ao setor saúde, o documento fala de melhorar a eficiência nos serviços de saúde, e assim gerar uma economia no PIB. A atenção volta-se para o nível primário e a eficiência dos municípios.

A reformulação da PNAB deu-se em 2017 pela Portaria nº 2423/17 como parte não estranha a todo esse processo de intensificação da dilapidação de direitos, uma vez que a PNAB 2017⁴⁵ trouxe mudanças que incidem diretamente sobre a organização dos serviços na APS, sobre o financiamento, dentre outras. A nova PNAB reconhece outras estratégias no território para organização da APS

⁴⁴ No último tópico do capítulo I temos uma nota de rodapé mais explicativa sobre a EC 95.

⁴⁵ As mudanças, sejam alterações ou inclusões que a PNAB 2017 traz podem ser conferidas em diversos trabalhos. Destacamos o artigo de MELO, et al. (2018), o qual está nas nossas referências, dada a sua didática para compreender as mudanças e continuidades que trouxe a PNAB 2017.

além da ESF, apesar de reconhecê-la como prioritária, o que é paradoxal. Isso coloca questionamentos e produz várias críticas quanto à centralidade da ESF nos últimos anos em relação a ser ordenadora do cuidado em saúde a partir da APS. A PNAB deve operacionalizar os princípios do SUS e das RAS na Atenção Básica ou APS⁴⁶. Algumas mudanças ou alterações que permitem visualizar continuidades e descontinuidades serão pontuadas de forma breve para nos dar um panorama das inflexões dessa PNAB e subsídios para análises posteriores, mas não nos deteremos em sua análise.

Sobre outras estratégias, a PNAB 2017 reconhece outras formações de equipe na Atenção Básica que não sejam exatamente parte da ESF, mas que podem gradualmente tornarem-se equipes Saúde da Família. Assim, as equipes podem ser do tipo: e-ESF, e-AB, Estratégia ACS, equipes NASF e as equipes para populações específicas, como ribeirinhas, Consultório na Rua, etc. De acordo com Vasconcelos, et al. (2017), ao reconhecer outras equipes de AB que não seja a ESF, outros princípios e diretrizes da APS são comprometidos em sua realização, tais como: resolutividade, longitudinalidade, prevenção e promoção da saúde. Isso indica também, para as autoras, um retrocesso ao modelo tradicional que faz jus ao corte de recursos advindos da EC 95.

Mudanças mais relacionadas à ESF podem ser observadas no que diz respeito à composição e modalidades de equipes, carga horária, recursos e organização do atendimento. O número mínimo de ACS não é mais fixado; até a revisão da PNAB em 2011 era de 04, a nova PNAB (2017) não define mais nenhum número. A respeito da carga horária queremos apenas destacar que antes existia uma recomendação de 8h semanais para educação permanente em saúde, todavia, foi suprimida na PNAB atual. Há outras diferenciações quanto a carga horária, especialmente no que se refere ao profissional médico, o qual gozava de certa flexibilidade ou ajustes diferenciados, mas sua jornada passa a ser de 40h semanais como os demais profissionais.

A PNAB também traz os conceitos de *padrão essencial* e *padrão ampliado* quanto à conformação dos serviços e ações da APS. O texto não deixa muito claro sobre esses padrões, mas, o primeiro, remete-se a procedimentos básicos que se relacionam às condições básicas de qualidade e acesso, e que, todas as equipes da

⁴⁶ No Brasil, a PNAB considera a Atenção Primária como termo equivalente a Atenção Básica.

APS devem realizar em uniformidade. O segundo tipo de padrão refere-se a procedimentos considerados estratégicos para avançar na qualidade e acesso da APS, considerando as características das localidades e indicadores, portanto, não há exigência de uniformidade.

Com essa reformulação, abriu-se a possibilidade do Agente Comunitário de Endemias fazer parte direta da e-ESF. Além disso, a PNAB retira a obrigatoriedade da presença dos ACS's na modalidade e-AB, e, ao mesmo tempo, orienta novas competências (aferrir pressão, temperatura e medir glicemia ou ainda realizar alguns tipos de curativos) para esses profissionais, apesar de dizer que tais competências seriam realizadas em caráter excepcional.

Vale ressaltar também que a PNAB 2017 inclui a figura do Gerente de Atenção Básica como parte dos profissionais que pode compor a equipe. Tal profissional não atende clinicamente, mas, de preferência, deve ser qualificado com experiência na Atenção Básica para articular as equipes das Unidades de Saúde, fomentando o planejamento, a integração e a organização do processo de trabalho. Cada gerente deve ser responsável por, no mínimo, duas equipes da ESF ou e-AB.

Quanto ao financiamento, “a agregação trazida pela PNAB 2017, neste item, é a previsão, sem detalhes, de modalidade de financiamento federal com recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços” (MELO, 2018, p.46). Essa “inovação” já nos mostra indícios do que poderia vir a desenvolver-se em termos de vincular financiamento à prestação de serviços, restritivamente.

As críticas de entidades representativas do campo da saúde coletiva e do movimento de RSB, como o CEBES e a ABRASCO, apontam que a PNAB 2017, acaba por enfraquecer a ESF. Outros críticos mais ligados ao Governo do período entendem que a APS está para além da ESF, que não cobre 100% dos municípios brasileiros. Mesmo a PNAB em seu texto reafirmando a ESF como estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB ou APS, é fato que,

A recente mudança da PNAB, em 2017, diferentemente de 2011, deu-se em uma conjuntura de crise política econômica do país, que vem incidindo de forma avassaladora sobre políticas sociais. Se forem efetivamente considerados os dispositivos da PNAB que induzem, impedem ou condicionam mudanças, pode-se dizer que os propósitos centrais dessa política são a diminuição dos ACS e a mudança de seu perfil, bem como a priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF, com maior autonomia e flexibilidade para a gestão municipal. Se tentarmos configurar uma

‘trama’, relacionando os elementos da PNAB entre si e com a conjuntura (do SUS e do país), veremos que o seu principal efeito tende a ser o desmonte da ESF (ao invés do enfrentamento dos seus problemas, limites e desafios), em uma conjuntura em que seria desejável manter o que fora conquistado até o momento. (MELO, 2018, p. 49)

Como parte do projeto “SUS Legal”, a mudança no financiamento do SUS, logo da política de APS dar-se-á um pouco mais adiante da publicação da reformulação da PNAB, com a Portaria nº 3992, de 28 de dezembro de 2017, a qual define a organização do Fundo Nacional de Saúde em dois blocos de financiamento: *bloco de custeio das ações e serviços públicos e bloco de investimento na rede de serviços públicos de saúde*. É justamente o primeiro grande bloco que integra outros blocos do financiamento anteriormente⁴⁷ separados, dentre os quais está a Atenção Básica que inclui a ESF. O segundo bloco também pode incluir a Atenção Básica, conforme está descrito, e seu intuito é a aquisição de equipamentos, construções ou reformas de imóveis. De acordo com a análise de Silva (2017), entendemos que, condensando os blocos em duas categorias de repasse, a flexibilização para os gestores aumenta de forma que a alocação de recursos poderá se dar mediante a correlação política de forças.

A criação dos “Planos Acessíveis de Saúde”, proposta pelo ministro da saúde (Ricardo Barros), em 2017, também se configura enquanto componente das medidas de ajuste e retração de direitos do governo Temer. A proposta foi aprovada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e coloca limitações de acesso e serviços ao oferecer atendimento ainda mais restrito aos usuários consumidores, delegando ao SUS o que custa mais caro às necessidades dos pacientes. Isso ao mesmo tempo enfraquece a APS à medida em que estimula o usuário a não acessar o direito à saúde nesse nível da atenção, e o faz crer que está seguro em relação aos cuidados de sua saúde, uma vez que pode pagar por determinado serviço. Na verdade, o que ocorre é um retrocesso na oferta de serviços por parte dos planos e uma transferência da responsabilidade desses pacientes ao SUS, visto que esses planos deixam de cobrir situações de internações por pelo menos 24h em emergência, por exemplo (BAHIA, 2017). Vale ressaltar a observação que Bravo,

⁴⁷ Anteriormente o financiamento do SUS dava-se por seis blocos que alocavam recursos distintamente, quais sejam: Atenção Básica, Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência farmacêutica, Gestão do SUS e Investimento na rede de serviços. Ver a portaria nº 204/2007, disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html

Pelaez e Menezes (2020) fazem acerca do discurso do ministro Ricardo Barros, o qual coloca que os direitos da Constituição Federal são insustentáveis na conjuntura de crise, inclusive o direito universal à saúde, tudo isso para justificar a aprovação da proposta dos planos.

Para Bahia (2017), a ANS foi omissa e conivente com esse retrocesso ao ser favorável a esses planos. Além disso, Vasconcelos, et al. (2017) afirmam que essa proposta está vinculada às recomendações internacionais da CUS e coloca a APS como alvo direto do mercado na perspectiva do projeto privatista.

A OPAS/OMS apresentou relatório em outubro de 2018 intitulado: “30 anos de SUS – que SUS para 2030?”. O relatório traz uma análise sobre os principais eixos que compreendem o SUS e versa sobre as estratégias/recomendações para o alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030. Reflete acerca dos 30 anos de SUS, considerado pela própria OPAS/OMS referência mundial de sistema universal de saúde.

Dentro desse contexto de crise e ajuste fiscal intensificada num Governo de retrocessos, o documento ora mostra um discurso de fortalecimento do SUS, ora nega nas “entre linhas” os seus princípios. O relatório levanta questionamentos que caracterizam nebulosidade e/ou contradições naquilo que defende para o SUS, apesar de recomendar uma APS forte e ordenadora das Redes de Atenção. Fala de integralidade, mas indaga como manter esse princípio sem conflitar com a sustentabilidade financeira.

O relatório também apresentou dados de um questionário que a OPAS aplicou com atores diversos (gestores públicos e privados, parlamentares, acadêmicos, e outros) acerca da “sustentabilidade” do SUS. A partir disso, algumas questões foram levantadas e respostas foram dadas como forma de recomendações. Num primeiro momento são apresentados questionamentos que perpassam os princípios e diretrizes do SUS, como por exemplo, a universalidade e a integralidade. Na visão dos relatores, esses princípios devem permanecer como sustentadores do SUS, porém, indagações do tipo: “qual melhor estratégia: estabelecer uma relação de serviços a ser garantida pelo sistema público ou uma lista de serviços não cobertos pelo SUS? Como evitar cair em um pacote de serviços simplificado para os pobres?” (OPAS/OMS, 2018b, p.10) são feitas aos entrevistados da pesquisa. A partir disso, os relatores tecem comentários com base

na narrativa dos entrevistados e fazem inferências que apresentam um movimento de posicionamentos e análises variadas.

Diante disso, voltemo-nos a Mendes (2019), o qual afirma que o SUS vive sob dilemas, e um deles está no plano macroeconômico, que se dá entre a segmentação e a universalização do sistema brasileiro de atenção à saúde. A questão que se coloca é: qual o lado que está sendo mais fortalecido? Será a consolidação de um sistema estatal e universal ou a segmentação que atende apenas aos pobres com restrições cada vez mais consolidadas em nome da economia dos gastos públicos?

Logo após as análises das falas dos entrevistados, o relatório segue com a apreciação dos principais eixos e/ou programas dentro do SUS e, ao final de cada um, coloca os desafios e recomendações. Interessante notar que nesse ponto as afirmações se colocam em defesa de um SUS forte que materialize a saúde como direito universal.

Por fim, não se sabe exatamente em que sentido ocorre essa defesa, pois o documento afirma que mudanças e inovações devem ser feitas para preservar o SUS e o direito à saúde, apesar de não deixar explícito como se dariam ou exatamente de que ordem seriam elas.

A inovação faz parte da agenda de sistemas de saúde universais no mundo. Sistemas de saúde de vários países, como Reino Unido, Itália, Espanha e Canadá têm passado por grandes mudanças, mas a preservação da saúde como direito para todas as pessoas permanece como um desafio a ser enfrentado. A transformação e inovação são condições fundamentais para que os sistemas de saúde avancem, sejam fortalecidos e se atualizem diante das mudanças demográficas, sociais, epidemiológicas e tecnológicas vividas no mundo contemporâneo. A defesa da saúde como direito, combinada à criatividade e à capacidade de superar adversidades transformou o SUS em um exemplo de inovação para América Latina e referência para o mundo. Não podem ser poupados esforços para o seu fortalecimento. (OPAS/OMS, 2018b, p. 17)

Em nome da atualização e importando exemplos sem contextualização, o discurso que se faz, na verdade, está pautado mais na necessidade econômica do que na preocupação real com a garantia do direito. Ao observarmos os argumentos dessas organizações internacionais, a inovação pretendida está entre o “SUS possível”, pautado em arranjos institucionais, conforme Bravo, Pelaez e Menezes (2020) fazem alusão, e entre o SUS subordinado ao mercado, pautado no projeto

privatista que tem como pressuposto os novos modelos de gestão que captam o fundo público em favor do mercado e da acumulação do capital.

O governo Temer respalda, reforça e faz uso das orientações das organizações internacionais e, como afirmam Bravo, Pelaez e Menezes (2020, p. 197), “defende a tese de que os setores público e privado precisam construir uma rede integrada de cuidados contínuos, a qual pressupõe maior participação da iniciativa privada.”

Para Vasconcelos et al. (2017), sem dúvidas, no governo Temer, as medidas de desmonte do SUS e outros ataques aos direitos sociais foram violentamente intensificados, desvirtuando cada vez mais o marco legal original.

O terreno está amplamente fértil em todos os âmbitos das políticas sociais para a continuidade do projeto ultraneoliberal, com a agenda de retirada de direitos que segue com o governo Jair Bolsonaro a partir de 2019. Assim, adentraremos na nossa pesquisa sobre o recrudescimento da contrarreforma na APS/ESF, a partir dos documentos chaves que foram anteriormente elencados.

4 A APS NA TRAMA DA CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO EM TEMPOS DE ULTRANEOLIBERALISMO E NEOFASCISMO

O então presidenciável Jair Messias Bolsonaro, no ano de 2018, já anunciava a que grupo de ideias representava. Nesse sentido, não é surpresa nos depararmos com normativas “legais” para ilegalizar direitos adquiridos e, ao mesmo tempo, beneficiar o grande capital.

Recentemente, autores de tradição marxista, principalmente, têm feito um paralelo entre as atitudes do Governo Bolsonaro, no que diz respeito não apenas a declarações, mas a atos de poder, a partir do seu cargo e o nazifascismo histórico. Mediante as análises, é possível qualificar esse governo como ultraneoliberal⁴⁸ e neofascista em seu viés político-econômico e ideológico, respeitadas, claro, as diferenças conjunturais e históricas. Tudo isso forma a base da expropriação de direitos a que temos assistido que, apesar de não ser exclusividade e novidade deste Governo, eleva-se potencialmente com ele.

Os dispositivos legais (documentos normativos) expedidos pelo executivo federal intensificam e arquitetam a contrarreforma do Estado brasileiro no setor da saúde, e revelam as suas concepções ideopolíticas a que aludimos. É nesse sentido que, entre os anos de 2019 e 2020, a APS tem sofrido inflexões na condução da política nesse nível de atenção, que comprometem de forma crucial e radical o que se buscava construir historicamente, ainda que em meio a contradições.

Mesmo em meio à pandemia da COVID-19, para a qual dedicamos um tópico neste capítulo, o recrudescimento da contrarreforma na APS, com implicações severas para a ESF, só aumenta.

Assim, discutimos nos tópicos que se seguem e, a partir de nossa análise documental, como a trama da contrarreforma, e o que está por trás dela em relação à APS com ênfase na ESF, desenvolve-se no governo Bolsonaro.

⁴⁸ O termo ultraneoliberal ainda não é unanimidade entre os teóricos de cunho marxista, do método do materialismo histórico-dialético. É um termo ainda recente na literatura, e que apresenta opiniões divergentes, dado os seus prefixos. Optamos por seu uso por acreditar que essa quadra histórica de nossa pesquisa, do ponto de vista político-econômico e ideológico desse atual Governo, configura uma exacerbação do neoliberalismo, daí seguindo alguns autores concordamos com o uso do termo.

4.1 O ultraneoliberalismo e o neofascismo do Governo Bolsonaro: as concepções ideopolíticas do desmonte de direitos

As eleições de 2018 no Brasil revelaram um país para muitos desconhecido no que diz respeito à identificação com ideais e aspirações de uma representatividade política, que há muito já demonstrava sua face imperiosa e antidemocrática. O grito na voz de Cazuza ao cantar: “Brasil, mostra tua cara! Quero ver quem paga pra gente ficar assim” parece ser cada dia mais respondido. O Brasil mostra-se ao mundo. Quanto e quem paga, a história sempre nos diz e o processo dialético evidencia.

Parte da classe trabalhadora, inclusive, apoiou a um “projeto” de governo, que de projeto, na verdade, não tinha nada, e o tinha contra a própria classe trabalhadora. A legitimação ao Governo Bolsonaro veio de diferentes classes sociais e por razões também diversas, mas que se uniam em torno do discurso do antipetismo aliado ao da anticorrupção. Como já se sabe Bolsonaro não era a primeira opção para o ideal da burguesia e do empresariado, mas logo se tornou ao longo da campanha. Isso ocorreu porque nenhum dos outros nomes apresentados ganhou força no decorrer do processo eleitoral. Levado ao segundo turno ao lado de Fernando Haddad (PT), Bolsonaro reforça seu *slogan* messiânico que é harmonizado exatamente com os temas “família” e “Deus”.

Ainda que uma resistência de partidos de esquerda e de movimentos sociais tenha se estabelecido antes mesmo do primeiro turno, o bolsonarismo não foi derrotado nas urnas, mesmo que o segundo turno de 2018 tenha acumulado um percentual de 30,87%⁴⁹ entre brancos, nulos e abstenções. Mattos (2019) lembra de que a imprensa internacional classificava Bolsonaro como ultradireitista, radical de direita, populista de direita e neofascista, diante do conteúdo de suas declarações e de tudo que envolveu sua campanha eleitoral.

Para Demier e Cislighi (2019, p. 11), o governo Bolsonaro é evidenciado pelo tripé, neofascismo, ultraneoliberalismo e ultraconservadorismo. No contexto econômico, de crise estrutural, os autores descrevem Bolsonaro da seguinte forma:

Obstinado como um jesuíta, Bolsonaro é incansável como um jumento, e parece não haver um só domínio, uma só dimensão da

⁴⁹ Dados no site: <http://divulga.tse.jus.br/oficial/index.html>.

vida social, uma só área da atividade política que ele deixe intacta [...]. Um líder cujo propósito não é outro senão, à base de férrea violência e incêndios criminosos, reconfigurar a economia, o espaço e as relações sociais do país, de modo a adequá-lo às novas necessidades da acumulação de um capital estrangeiro e nacional cada vez mais vampiresco e parasitário.

Bolsonaro representa então, desde sua candidatura e logo com suas ações enquanto governo, a personificação do projeto do grande capital na busca de superação da crise e garantia da acumulação constante e crescente. Ele é necessário ao aprofundamento de uma contrarreforma no terreno de país de capitalismo periférico e dependente, como é o caso do Brasil (DEMIER; CISLAGHI, 2019).

Ao fazer uma análise sobre o fascismo histórico e analogamente remetê-la ao Brasil de Bolsonaro, não num quadro correspondente tal qual, mas destacando pontos convergentes, Mattos (2019) mostra que a crise econômica e política associada também à ausência de alternativa revolucionária, historicamente, propiciaram o nazismo e o fascismo. Assim, o autor demonstra, a partir das análises de Trotski e Gramsci, como se estabeleceu o nazifascismo histórico e então situa o caso brasileiro com o governo Bolsonaro. Ressaltemos o que afirma Poggi (2019, p. 70) que “o presente não é uma reencenação do passado”; a conjuntura e as relações sociais são diferentes, e o próprio capitalismo se altera em sua forma de acumulação.

Nesse sentido, não se pode ignorar que as semelhanças não são meras coincidências. De acordo com Mattos (2019), o nazifascismo conquista a classe média e faz dela sua base aliada, mas, no poder, governa para o grande capital imperialista. É importante salientar, conforme o autor, que Gramsci alerta para a construção do fascismo por dentro das formas de Estado que o antecedem e que o respaldam a partir da burocracia instituída, além da construção de consensos entre o Estado e a sociedade civil, o que daria segmento ao ódio e a violência⁵⁰.

Diante das declarações e pautas do governo Bolsonaro, chamá-lo de (neo) fascista não é “forçar a barra” ou levantar falso testemunho, ainda que as devidas considerações, dadas as próprias questões históricas devam ser feitas. Assim como no fascismo histórico, no Brasil, o terreno do neofascismo foi preparado pelo Estado

⁵⁰ Nesse aspecto, Mattos (2019) chama a atenção para a questão ideológica do fascismo que se coloca como uma (anti) política renovadora que canaliza um furor destrutivo.

com sua “democracia blindada” (DEMIER, 2017), que levantou o golpe de 2016 sobre a presidente Dilma atrelado ao contexto de crise, que coloca Michel Temer na presidência. O caminho da radicalização e autoritarismo já estava preparado e sua consolidação é característica do governo Bolsonaro (MATTOS, 2019).

Outro ponto é que, assim como no fascismo histórico, a pequena burguesia e a classe média são adeptas à violência institucional e a outros tipos, bem como a radicalismos ideológicos. Esses grupos são a base de sustentação de Temer a Bolsonaro, que também atraiu as massas populares a seu favor com os discursos do tipo já mencionamos acima. A diferença em relação ao fascismo histórico é que a base de apoio a Bolsonaro veio “de cima”, da organização partidária com vistas ao processo eleitoral, depois é que chega às massas. Mas qual o seu objetivo? Cumprir o programa do grande capital, como no fascismo histórico (MATTOS, 2019).

Bolsonaro pode ser boçal, mas sabe se localizar politicamente. Ao apresentar-se como única saída contra o ‘esquerdismo’ dos governos anteriores, pretende, em paralelo, seduzir/chantagear as representações burguesas com uma postura de garantir a entrega do projeto ultraneoliberal [...] (MATTOS, 2019, p. 40).

O autor nos adverte que não se trata de uma simples analogia entre o fascismo histórico e o bolsonarismo, nem tampouco este governo é homogeneamente fascista. O fato é que não se pode desprezar o componente neofascismo ou considerá-lo apenas uma retórica ameaçadora.

Interessante a ênfase de Poggi (2019) ao declarar o fascismo como filho da crise e descrever sua forma de nutrir-se e crescer.

[...] o fascismo se alimenta do desespero social, da falta de horizonte e perspectiva, cresce onde reina a desesperança. O fascismo se nutre do medo. É a política do medo! Sua resposta a esse cenário é a violência e o ódio direcionados a determinados grupos sociais, vistos como responsáveis pela crise e por todo infortúnio social vivido (POGGI, 2019, p. 74).

A autora nos leva a entender porque o fascismo arregimenta a classe trabalhadora e quais suas interlocuções com o próprio conservadorismo, o qual articula preconceitos estruturais. O fascismo apresenta-se como alternativa à crise, mas o que faz é aprofundar o projeto neoliberal com o toque da força e da violência.

Diante disso, ao olharmos para o Brasil, é impossível não traçar um paralelo com os dias desse Governo em que vivemos. Conservadorismo, fascismo ou práticas fascistizadas são elementos muito presentes nas ações de Bolsonaro. É evidente que seu projeto político é de caráter fascista (POGGI, 2019). Além disso, o Estado totalmente a serviço do grande capital não deixa dúvidas sobre o neofascismo e ultraneoliberalismo característicos desse Governo.

Para Demier (2019), Bolsonaro representa um semibonapartismo ultraneoliberal e reacionário, além de fascista. A lógica do bonapartismo de Bolsonaro revela a lógica e a verdade do golpe de 2016, tudo em nome do projeto do capital.

Se Temer foi responsável por aprofundar as políticas de ajuste fiscal e radicalizou ainda mais o processo de contrarreforma do Estado para enfrentar a crise econômica, Bolsonaro não apenas é a garantia da continuidade desse recrudescimento, mas lhe acopla ações fascistas legitimadas por sua investidura presidencial, causando uma verdadeira tragédia, e ainda aplaudida por vários segmentos. O caráter da política econômica defendida pelo fascismo atual é o aprofundamento do neoliberalismo, pois a crise do capital não representa a crise do neoliberalismo (POGGI, 2019).

De acordo com Mota (2019), o capitalismo contemporâneo exige respostas radicais e essas são dadas através das contrarreformas e medidas de austericídio que fazem parte do pacote ultraneoliberal, assim como a onda conservadora desencadeada pelo bolsonarismo, a favor do mercado e da subtração da intervenção social do Estado. Isso, “no caso brasileiro e latino-americano, pode ser considerado uma resposta política com tons imperialista e neolclassista ao social-liberalismo e à onda neodesenvolvimentista que vigeram no subcontinente na primeira década deste século” (MOTA, 2019, p. 140).

O governo Bolsonaro intensifica o processo de superexploração da força de trabalho e transforma os direitos cada vez mais em mercadoria. Behring (2019) chama de um processo de devastação que tem no fascismo a expressão da crise do capitalismo decadente, o que corrobora com Poggi (2019), quando aponta o fascismo enquanto filho da crise, conforme já pontuamos acima.

Conforme Behring (2019), o que vivemos no Brasil é uma ditadura aberta da burguesia, cujos, fascismo e bonapartismo convergem num mesmo processo. Tudo

isso está ligado à própria necessidade do capitalismo reproduzir-se e acumular. Na busca por saídas para a crise,

se o fascismo não é a forma desejável e ‘normal’ da dominação burguesa, a burguesia não tem pudores em lançar mão do mesmo em condições determinadas – de crise – mobilizando a fração enfurecida da pequena burguesia para esmagar as organizações operário-populares, na forma de falanges e esquadrões paramilitares inclusive (BEHRING, 2019, p. 228).

Por isso, há no Brasil, elementos do fascismo que intensificam a devastação de cunho ultraneoliberal com a finalidade de favorecer o grande capital.

Medidas como a reforma da previdência, a reforma administrativa em curso e as contrarreformas em relação às políticas sociais que materializam direitos conquistados, segundo Behring (2019), objetivam criar um “ambiente de negócios”, tanto para extrair mais-valia quanto para se apropriar do fundo público. Vale ressaltar que a mesma autora chama a atenção para o fato de que esse ajuste fiscal brasileiro é permanente desde o processo de redemocratização do país.

Bolsonaro nomeou, em seu primeiro ano de governo, para a pasta de Ministro da Saúde, um médico também ligado ao setor privado: Luiz Henrique Mandetta. O mesmo foi deputado federal por dois mandatos (2011-2018) pelo Partido DEM (Democratas), na época, inclusive, fez campanha e votou a favor do *impeachment* da presidente Dilma Rousseff. Foi ele quem implementou celeremente projetos contrarreformistas no setor da saúde, o qual veremos adiante em nosso estudo. Mandetta ocupou o cargo até abril de 2020, quando, em meio à pandemia do novo coronavírus, foi demitido por divergências com o presidente.

Mandetta seguiu, dentre tantas orientações dos organismos multilaterais, aquelas que o Banco Mundial havia preparado e apresentado aos presidentiáveis em 2018⁵¹. Essas orientações com suas notas de políticas públicas fazem parte do documento “Por um ajuste justo com crescimento compartilhado: uma agenda de reformas para o Brasil”. O documento relaciona três aspectos prioritários, considerados pelo órgão como sendo os maiores desafios do Brasil em 200 anos de independência: *crise fiscal, crescimento da produtividade e reverter o tamanho do Estado*. Para contemplar e “superar” esses desafios, as notas de políticas públicas

⁵¹ O Banco Mundial apresentou recomendações para todas as áreas de políticas públicas aos candidatos a presidente da República e suas respectivas equipes.

complementam este documento. Nesse sentido, temos as recomendações em relação à saúde e especificamente ao SUS.

Fica claro o discurso de racionalizar serviços ditos ineficientes, como os hospitais, a partir de uma potencialização na APS, inclusive transformando hospitais de pequeno porte em unidades de APS ou fechando-os. A questão que se coloca é sempre relacionada ao gasto econômico, e não exatamente uma preocupação com o direito e com o que pode ser feito para que haja um serviço de qualidade e que atenda aos princípios do SUS, o qual possa ser usufruído pela população. Ao mesmo tempo, o documento aponta que no Brasil há uma rigidez nas regras que são restritas à administração pública, então é preciso flexibilizar para que haja inovação e outros investimentos. Nesse item há uma ênfase de louvor às Organizações Sociais em Saúde (OSS), conferindo aos serviços administrados por estas um maior grau de eficiência. O texto ainda aponta que na APS essa forma de gerenciamento e administração pode trazer maiores ganhos. “Na APS, há evidências de que a estratégia de contratação, também através de OSS, aumenta o número de consultas na APS em aproximadamente uma consulta por usuário do SUS por ano e reduz a internação devido a doenças que podem ser prevenidas” (BANCO MUNDIAL, 2018, p. 12).

A defesa da privatização por meio de OS's (Organizações Sociais) não dá voltas, nem está nas “entre linhas” dessas e de outras recomendações dos organismos multilaterais, ela é bastante direta. No início de 2019, o documento referido acima foi debatido em audiência na Câmara dos Deputados⁵² com a presença do economista sênior, Edson Araújo, que representa o Banco Mundial no Brasil, o qual reforçou a defesa das OS's como um mecanismo eficiente de administração e gerenciamento desde a sua criação no governo FHC. Além disso, seu discurso reforça também o fortalecimento da APS no sentido de cortar gastos em outros níveis. Essa defesa de fortalecer e aumentar a cobertura não é, no entanto, através do investimento público, estatal, mas oportunizando ao mercado privado esse espaço.

Diante disso, cabe enfatizar as considerações de Bravo e Andreazzi (2014) ao afirmarem que

⁵² A matéria sobre a audiência realizada em abril de 2019 na Câmara dos Deputados pode ser lida na página <https://setorsaude.com.br/banco-mundial-apresenta-propostas-para-a-reforma-do-sus/>.

Os serviços de saúde como área de expansão do capital exemplificam a tendência já identificada por Marx de penetração de relações capitalistas de produção em todas as esferas da produção material, em que anteriormente existiam relações artesanais ou nas quais a caridade ou o Estado imperavam. Na conjuntura de crise, tais serviços podem se tornar campo de existência de contratendências à crise geral do capitalismo, quando se recomenda a privatização do Estado para que eles se tornem objeto de valorização (ANDREAZZI; BRAVO, 2014, p. 510).

Isso é o que temos vivenciado no Brasil que, em sua condição de dependente, o faz uma vitrine na lógica ultraneoliberal estabelecida por aqui.

Desde o início, o governo Bolsonaro é avassalador na empreitada da ofensiva e ideologia neoliberal protagonizada pela burguesia, com anuência e protagonismo do Estado, dando as condições gerais da continuidade do processo de produção capitalista e acumulação mesmo em meio à crise. Os dispositivos legais (medidas provisórias, leis, decretos) imbuídos das concepções ideopolíticas⁵³ que dão base ao capitalismo nessa quadra histórica ultraneoliberal e neofascista em nosso país, são expostos e colocados em prática cotidianamente. Tudo converge dentro da sociabilidade burguesa para garantir a perpetuação da expansão capitalista em sua relação de dominação. Essa é a chave, de acordo com Behring (2019), para entender a lógica da totalidade da sociedade burguesa.

A razão burguesa estabelece uma lógica que se consolida e flexiona a medida dos desafios e crises do próprio capital. De acordo com Lara (2013), a realidade da sociabilidade capitalista impôs a apologética burguesa e a mistificação do pensamento social com a finalidade de conservar a ordem do capital e amenizar as análises que a criticassem.

As concepções ideopolíticas, no que se referem à classe dominante no sistema capitalista, permeiam suas ações nas diversas formas de exploração sobre os sujeitos, servindo de base para o estabelecimento de seus projetos e de sua lógica.

Assim, compreendemos melhor quando Behring (2019) afirma que até mesmo o terror e a violência estão ligados à própria necessidade do capitalismo de

⁵³ Entendemos que as concepções ideopolíticas dizem respeito às formas de viver e pensar dentro da sociabilidade capitalista. Para além disso, tem a ver com a forma como os processos sociais se organizam nessa sociedade, uma vez que o capital estabelece uma relação social que lhe é peculiar. Isso se manifesta exatamente na vida coletiva.

reproduzir-se e acumular, e que o processo de contrarreforma é também intelectual e moral.

Adiante analisaremos documentos-chave dentro do nosso estudo sobre a contrarreforma do Estado brasileiro no setor saúde, com enfoque na APS/ESF no atual governo, conforme descrito na metodologia. Além disso, no último tópico deste capítulo, demonstramos o caráter neofascista e ultraneoliberal do Governo Bolsonaro ao analisarmos sua relação com o trato da pandemia da COVID-19 no país e o lugar da APS/ESF nesse contexto. Esta discussão também foi incorporada a nossa pesquisa, visto que mantém relação intrínseca com nosso objeto na atual quadra histórica.

4.2 Evidências da trama da contrarreforma na APS/ESF no Governo Bolsonaro

Apresentaremos alguns dos principais documentos que corroboram nossa discussão, uma vez que evidenciam o recrudescimento da contrarreforma do Estado brasileiro em tempos de ultraneoliberalismo do governo Bolsonaro. Na análise crítica de tais documentos, envolvendo suas intenções e conjuntura, procuramos identificar as categorias que esses revelam e que perpassam nosso estudo.

Os documentos no quadro abaixo estão apresentados por ordem cronológica de publicação. No entanto, a exposição dos mesmos relaciona aqueles que se interpõem ou se cruzam de alguma forma. Na exposição são feitas as mediações pertinentes e as análises política, social e econômica que os envolvem, o que nos permite algumas sínteses e antíteses necessárias nesse movimento dialético. No próprio quadro descritivo já é possível visualizar o que está abordado na análise. São 13 (treze) textos analisados criticamente que dão suporte à materialização das concepções ideopolíticas que perpassam o governo Bolsonaro. Os documentos elencados referem-se ao período que vai do ano de 2019 a junho de 2020, apesar do último registro ter sido de abril/2020.

QUADRO 2: Descrição dos documentos analisados

Documento	Data	Enunciado	Destaque/Síntese
Portaria nº 930	15/05/2019	Institui o Programa Saúde na Hora, que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a portaria 2436/GM/MS, de 2017, a portaria de consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a	Abertura de horário diferenciado no funcionamento das Unidades de Saúde da Família com seus profissionais.

		portaria de consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências.	
Decreto nº 9.795	17/05/2019	Aprova a estrutura e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do grupo Direção e Assessoramento Superiores – DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo.	Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) com seus Departamentos.
Medida Provisória nº 890	01/08/2019	Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS).	MP que extingue o Programa Mais Médicos e coloca a APS nas mãos de um serviço social autônomo.
Portaria nº 2.539	26/09/2019	Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária – eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal com carga horária reduzida.	Institui as e-AP ao invés de e-AB e em que se diferenciam das e-SF.
Portaria nº 2.979	12/09/2019	Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.	Este documento é um marco no financiamento APS dentro do SUS. Institui a captação ponderada para o financiamento.
Resolução nº 95	19/11/2019	Opina pela qualificação da política de fomento ao setor de atenção primária à saúde para fins de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada para construção, modernização e operação das unidades básicas de saúde, no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República.	Reforça a política de parceria com a iniciativa privada no âmbito do SUS para a APS.
Portaria nº 3.222	10/12/2019	Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil.	Esmiúça o que significa o pagamento por desempenho no âmbito do SUS.
Lei nº 13.958	18/12/2019	Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o poder executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS).	O que antes era MP, agora tem valor de lei. O Programa Médicos pelo Brasil gerido pela ADAPS.
Carteira de Serviços da Atenção Primária (CaSAPS)	18/12/2019	Trata-se de uma lista para orientar sobre as ações e serviços clínicos e de vigilância em saúde que podem ser ofertados na APS.	Estabelece para profissionais e gestores os serviços em APS. Publicada também uma versão para os usuários.

Nota Técnica nº 3	28/01/2020	Assunto: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB) e Programa Previne.	Trata da revogação das normativas em relação ao NASF-AB, o qual não terá mais incentivo do governo federal.
Portaria nº 397	16/03/2020	Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica.	Além das Unidades de Saúde da Família, o Programa Saúde na Hora é ampliado para as UBS's em geral e suas equipes AP.
Decreto nº 10.283	20/03/2020	Institui o Serviço Social Autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – ADAPS.	A ADAPS torna-se oficialmente um órgão ligado a APS com estrutura de Conselhos e Diretoria Executiva.
Portaria nº 683	02/04/2020	Determina a indicação e a designação dos titulares e suplentes do Ministério da Saúde nos Conselhos Deliberativo e Fiscal da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – ADAPS.	Arrola os nomes de quem representa MS nos Conselhos da ADAPS.

Fonte: Elaborado pela própria autora com base nos dados do Ministério da Saúde 2019/2020.

4.2.1 Saúde na Hora: a abertura das “inovações” em APS e ESF no Governo Bolsonaro

A **Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019** institui o Programa Saúde na Hora, que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, e altera a portaria 2.436/GM/MS, de 2017, a portaria de consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a portaria de consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências.

O Programa Saúde na Hora foi lançado pela Secretaria de Atenção Primária do MS em maio de 2019 e já passou por atualizações com a **portaria nº 397, de 16 de março de 2020**⁵⁴. Esse programa trata da implantação do horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o território brasileiro.

Obviamente, o objetivo primeiro do programa é estender o horário de funcionamento das unidades de saúde, seja com equipes da ESF ou equipes e-AP.

⁵⁴ Destacamos que esse documento acrescenta, além das Unidades Saúde da Família que poderão aderir ao Programa Saúde na Hora, também as Unidades Básicas de Saúde, que seriam aquelas que possuem apenas equipes AP. Dessa forma, o programa Saúde na Hora conta agora com a possibilidade de adesão em quatro tipos de formato de funcionamento em horário estendido, antes eram três: USF com 60 horas semanais, USF com 60 horas semanais com Saúde Bucal, USF com 75 horas semanais com Saúde Bucal e USF ou UBS com 60 horas semanais Simplificado.

O discurso dos objetivos, de modo geral, passa pela ampliação da cobertura e aumento do número de usuários ao acesso dos serviços e ações. Destacamos que, ampliar a cobertura não tem necessariamente a ver com horário estendido das USF ou UBS, mas sim com a presença de uma equipe da ESF, preferencialmente, em um território adscrito, conforme orienta o modelo de atenção em saúde que faz da APS coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), como diz a PNAB 2017. Dessa forma, o horário estendido não seria necessariamente uma necessidade, visto que a área teria uma cobertura de APS adequada.

A portaria também delibera sobre os termos para adesão ao programa e os valores do incentivo financeiro a depender do tipo de equipe e de seu respectivo horário de funcionamento.

A questão que se coloca não é a proposta em si mesma, mas o que vem agregado a ela. O programa objetiva também diminuir os atendimentos em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares. Logo, percebemos que a APS é sempre pensada em função dos custos dos demais níveis de atenção (média e alta complexidade), e não de fato a partir da intenção de termos um sistema universal, cuja base forte seja mesmo a APS.

Podemos pontuar também algumas outras problemáticas em torno do Saúde na Hora em relação aos princípios da ESF, a exemplo do vínculo com os usuários que fica comprometido, uma vez que prevalece apenas o atendimento médico e de enfermagem. Conseqüentemente temos o não desenvolvimento de ações socioeducativas, o que constitui um dos pilares do trabalho da ESF. Em síntese, os princípios derivados da APS que envolvem a vinculação comunitária, de acordo com Starfiel (2002), são negligenciados e há o reforço da orientação biomédica.

O Programa Saúde na Hora passa a fazer parte do incentivo para ações estratégicas que compõem o financiamento da APS, mediante o Previner Brasil com a Portaria nº 3222/19. Sobre essa portaria, trataremos mais adiante quando também abordarmos o novo financiamento da APS.

4.2.2 Nova estrutura para um “novo” governo

O **Decreto nº 9.795, 17 de maio de 2019** aprova a estrutura e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções

de confiança e substitui cargos em comissão do grupo Direção e Assessoramento Superiores – DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo.

Tal documento muda a estrutura do Ministério da Saúde por dentro e revoga os **decretos nº 8901/16 e 9320/18**.

O anexo I desse Decreto trata exatamente da estrutura regimental do Ministério da Saúde. No capítulo II, sessão II, lista os órgãos específicos singulares. Nesse sentido, fez um enxugamento nos órgãos singulares, e a Secretaria de Atenção à Saúde que continha o Departamento de Atenção Básica (DAB) é transformada em Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Dentro da SAPS estão colocados três departamentos, quais sejam: Departamento de Saúde da Família; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Promoção da Saúde.

FIGURA 1: Estrutura da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)



Fonte: Elaboração da própria autora com base no Decreto nº 9795/19.

O Decreto nº 9.795/19 altera a nomenclatura que comumente era usada pelo Ministério da Saúde em relação ao primeiro nível de atenção à saúde, e coloca em evidência a APS conferindo-lhe *status* de Secretaria com várias subdivisões. Ressaltamos que, até o governo Temer privilegia-se o uso do termo AB (Atenção Básica), apesar da PNAB 2017 trazer explicitamente os termos AB e APS como sinônimos.

De acordo com Reis et al. (2019, p. 3457), a SAPS tem importantes desafios pela frente, dentre os quais os autores destacam:

- (i) ampliação do acesso do acesso da população às unidades de saúde da família, (ii) definição de um novo modelo de financiamento baseado em saúde e eficiência, (iii) definição de provimento e formação de médicos para áreas remotas, (iv) fortalecimento da

clínica e do trabalho em equipe, (v) ampliação da informatização das unidades e prontuário eletrônico.

Sem dúvidas, o status de Secretaria coloca a APS em outro patamar de visibilidade em relação às políticas governamentais, mas é também a porta para respaldar e colocar em prática propostas contrarreformistas ligadas a essa política, visto que os desafios elencados pelos técnicos do MS estão, na verdade, relacionados às normativas que se seguirão no aprofundamento de mudanças na APS, especialmente na ESF. Os desafios que parecem legítimos escondem, a partir da criação da SAPS, outras intenções.

Uma alteração significativa nessa normativa será o **Decreto nº 10.697, de 10 de maio de 2021**, o qual cria a Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19. Sobre este trataremos no tópico posterior ao falarmos da pandemia COVID-19.

4.2.3 As legislações entre o Programa Médicos pelo Brasil e a ADAPS

A **Medida Provisória nº 890, de 01 de agosto de 2019** institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo⁵⁵ denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS).

Anexado a MP tem-se a exposição de motivos em relação ao Programa Médicos pelo Brasil e a criação da ADAPS. Esse anexo revela exatamente as concepções ideopolíticas desse governo, a exemplo do [ultra] neoliberalismo e o conservadorismo.

O Programa Médicos pelo Brasil é apresentado como uma inovação em relação a cobertura dos serviços de saúde em áreas de difícil acesso na atenção

⁵⁵ Serviço Social Autônomo é pessoa jurídica criada ou prevista por lei como entidade privada de serviço social e de formação profissional vinculada ao sistema sindical, sujeita ao disposto no art. 240 da Constituição Federal. Atua no âmbito da relação econômica, capital e trabalho e compõe o tradicional Sistema “S”. Sua finalidade, em geral, é a de prestar assistência ou ensino a certas categorias sociais ou grupos profissionais. Sua criação decorre de lei que institui ou autoriza a sua instituição. Geralmente, seu regulamento é estabelecido por decreto. Adquire personalidade jurídica com a inscrição do seu ato constitutivo no Registro Civil de Pessoas Jurídicas. Vincula-se ao órgão da administração direta relacionado com suas atividades para fins de controle finalístico e prestação de contas dos dinheiros públicos recebidos para sua manutenção. Essa vinculação com o Poder Público é diferenciada das entidades da administração indireta.

primária ou no nível da atenção básica. O programa coordenado e executado pela ADAPS também seria responsável pelo aumento exponencial da formação de Médicos de Família e Comunidade. Isso é colocado como um diferencial para o provimento de médicos em áreas vulneráveis, associando o fato de não tê-los a uma ausência de uma formação mais especificada. Assim, a exposição de motivos fala em princípios do SUS como, acesso universal e igualitário, mas, paradoxalmente, para concretizar esses princípios aponta o caminho do mercado, da privatização por dentro do SUS, e não a partir da defesa dos direitos conquistados.

A exposição de motivos aponta fragilidades, na ótica dos seus elaboradores e defensores da MP 890, em relação à **Lei nº 12.971, de 22 de outubro de 2013** (criação do Programa Mais Médicos). A exposição afirma que o Programa Mais Médicos criou mais vagas para a área urbana (12.000), e apenas 5.000 vagas para regiões de alta vulnerabilidade. Nesse sentido, o Programa Médicos pelo Brasil corrigirá essa distribuição de vagas. Interessante que essa exposição de motivos não aponta a partir de quais dados, fontes e/ou material oficial tais conclusões foram extraídas. O fato é que, diametralmente oposto ao que os formuladores da exposição de motivos querem fazer crer, o Programa Mais Médicos foi responsável pela ampliação da ESF no país. Entre 2013 e 2015 (ano em que encontramos alguns dados referentes à avaliação do Programa), o percentual de cobertura da ESF passou de 56,28% para 61,83%⁵⁶. O programa colocou 18.240 médicos em 73% dos municípios brasileiros, inclusive em 34 distritos de saúde indígena⁵⁷. A exposição de motivos sempre busca desqualificar o Mais Médicos e os Programas de Residência por ele conduzidos.

Entre os motivos para que a ADAPS seja criada, é que esse serviço social autônomo teria maior *segurança jurídica e sustentabilidade econômica* para gerir o Médicos pelo Brasil. Quanto à segurança jurídica, de acordo com o descrito no anexo da MP, ela diz respeito ao estabelecimento do vínculo empregatício via CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) via contrato de gestão. No que se refere à sustentabilidade econômica, esta decorre do fato do Programa Médicos pelo Brasil ser executado pela ADAPS que teria uma “estrutura administrativa enxuta e modelo

⁵⁶ Dados coletados no site oficial do governo federal. <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/>.

⁵⁷ Alguns dados avaliativos são possíveis de encontrar no site <http://maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>, mas estes foram alimentados apenas até o ano de 2015 quando o programa completou dois anos.

de governança que permite a observância do interesse público” (BRASIL, 2019c, s/p). Claramente estamos diante de uma visão privatista e economicista voltada para as políticas sociais. O próprio Estado em sua administração direta tem sua lisura e transparência questionadas, uma vez que a exposição de motivos eleva essa estrutura administrativa da ADAPS e o modelo de governança acima da administração pública direta, com o bônus (na ótica de seus idealizadores) de que o Estado não estaria se isentando de suas responsabilidades, pois o Conselho Deliberativo e o Fiscal são indicados pelo Ministro da Saúde.

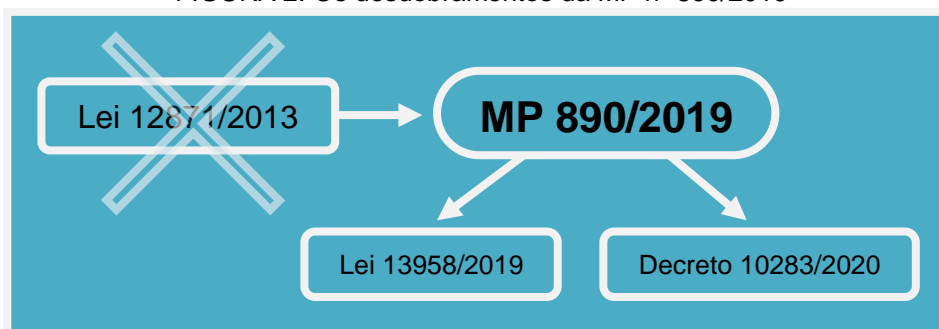
Por fim, a exposição de quinze motivos para legitimar a MP 890/19 termina com o reforço no sentido de desqualificar o Programa Mais Médicos e os projetos a ele vinculados.

É de conhecimento público que, desde sua campanha e até mesmo enquanto parlamentar, Bolsonaro tecia fortes críticas ao fato do Mais Médicos ser um programa que celebrava um acordo com Cuba para o provimento de médicos, principalmente para as áreas mais distantes e vulneráveis, uma vez que no Brasil a concentração de médicos por habitantes é na região sul e sudeste. O acordo não requeria validação de diploma para os médicos e parte do valor dos salários era enviado direto ao governo cubano

Desde a candidatura, Bolsonaro indicava que, enquanto governo, daria outros encaminhamentos ao programa, leia-se: inviabilizaria a permanência dos médicos cubanos, uma vez que estes eram “comunistas” e o Brasil “dava” dinheiro para Cuba. Tal concepção foi forjada e apoiada pela base bolsonarista; Bolsonaro deu uma enxurrada de declarações afirmando que, quando assumisse a presidência, exigiria a validação dos diplomas médicos. Além disso, os profissionais teriam que trazer suas famílias, e não poderiam mais mandar dinheiro à Cuba. Enfim, alterações diversas, previstas para o termo de cooperação, fez com que Cuba encerrasse e não renovasse a cooperação com o Brasil no final de 2018, ainda no governo Temer, e os 8.500 médicos cubanos foram retirados do programa. Assim, podemos dizer que o governo Bolsonaro já impetra retrocessos antes mesmo de sua posse legal.

Essa MP 890/19, que revoga a Lei nº 12.871/13 (criação do Programa Mais Médicos), será transformada na Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, e também estará relacionada como Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020, que institui, de fato, a ADAPS, como mostra a figura a seguir:

FIGURA 2: Os desdobramentos da MP nº 890/2019



Fonte: Elaboração da própria autora com base nos dados do Ministério da Saúde.

Vejamos um pouco mais da **Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019**, que institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e autoriza o poder executivo federal a instituir serviço social autônomo, denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS).

Essa lei foi convertida da MP 890/19, sobre a qual já fizemos apontamentos anteriormente. A lei subscreve em tudo a MP 890/19, e apenas detalha melhor alguns artigos, especialmente no que trata da execução do Programa Médicos pelo Brasil.

Apresentamos algumas considerações e análises sobre essa lei ao tratarmos de seu formato enquanto MP, e agora vamos apresentar um panorama em forma de quadro para visualizarmos melhor suas principais disposições legais.

Quadro 3 - Destaques da Lei nº 13.958/19

CAPÍTULO II Do Programa Médicos pelo Brasil	CAPÍTULO III Da ADAPS	Considerações sobre a ADAPS
Tem por finalidade incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade e fomentar a formação de médicos com especialização em medicina de família e comunidade, no âmbito da APS no SUS.	Tem por finalidade promover, em âmbito nacional, a execução de políticas de desenvolvimento da APS, inclusive executar o Programa Médicos pelo Brasil.	Quanto às receitas, a ADAPS receberá pelos serviços prestados seja a pessoa jurídica de direito público ou privado, dos acordos e convênios realizados com entidades públicas ou privadas.
Os objetivos são pontuados em seis incisos, os quais podemos assim sintetizar: promover o acesso universal, igualitário e gratuito; fortalecer a APS com ênfase na ESF; valorizar os médicos da APS; aumentar a provisão de médicos; intensificar a formação de	Os objetivos ou competências estão no âmbito da prestação de serviços na APS/SUS e de desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão para qualificação profissional em torno da APS. A ADAPS também busca firmar contratos, convênios, acordos,	Em sua estrutura organizativa, a ADAPS possui um Conselho Deliberativo, no qual 50% dos seus membros (seis) é de representantes do MS; não há representação de nenhuma entidade propriamente de usuários. Além disso tem-se o Conselho Fiscal e o Conselho

médicos em medicina de família e comunidade; estimular a presença de médicos no SUS.	ajustes e congêneres, seja com entidades públicas ou privadas para o alcance de seus objetivos.	Executivo.
Ao MS compete basicamente a organização do termo de adesão ao programa, sua avaliação sobre os serviços prestados e cumprimento das metas.	Ao MS compete dar subsídios legais para o cumprimento do que está disposto nesta lei, conforme contrato de gestão a ser firmado para sua execução; aprovar o orçamento anual da ADAPS com base nesse contrato e apreciar relatório sobre execução desse contrato. O MS pode ceder servidores deste órgão à ADAPS.	Em relação ao programa Médicos pelo Brasil, a ADAPS na execução deste, contratará os profissionais médicos de família e tutores médicos por meio de processo seletivo, além de firmar parcerias para curso de formação (especialização) com integração entre ensino e serviço.

Fonte: Elaboração da própria autora com base na Lei nº 13958/19.

A mesma lei aborda tanto a criação do Programa Médicos pelo Brasil quanto a instituição da ADAPS para executá-lo, uma vez que o Programa está no nível da APS. Como pode ser visualizado, o Capítulo II da lei trata do Programa Médicos pelo Brasil e o III apresenta a ADAPS. Destacamos a finalidade e os objetivos do Programa e da ADAPS, bem como a competência do MS em relação a cada um deles.

Diante do quadro apresentado, é possível observar que o Estado transfere sua responsabilidade com a política de APS, no que diz respeito ao provimento de médicos e formação desses para este nível da atenção, para uma entidade que certamente carrega interesses do setor privado, preza por outras formas de contratação que não a do serviço público, e o MS aparece como coadjuvante na coordenação da política.

De acordo com Santos (2018), o mercado privado atua no interior do SUS a partir dos novos modelos de gestão e a estrutura do sistema de saúde brasileiro é uma sobreposição do setor público e do setor privado. Podemos dizer que a ADAPS se encaixa nesses modelos e é parte da estratégia de contrarreforma do Estado.

Sobre os novos modelos de gestão, Correia e Santos (2015, p. 36) afirmam que “trata-se da privatização e da terceirização dos serviços públicos, na medida em que o Estado abdica de ser o executor direto desses serviços, mediante repasse de recursos, de equipamento e de instalações públicas e de pessoal [...]”. Isso se confirma quando observamos o que é a ADAPS.

Foi com o **Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020**, que a ADAPS – Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – foi oficialmente instituída enquanto um serviço social autônomo. Ressaltemos mais uma vez que o

referido decreto institui o que já havia sido autorizado na lei 13.958, de 18 de dezembro de 2019, que por sua vez era a medida provisória nº 890/19.

Logo em seguida, é publicada a **Portaria nº 683, de 2 de abril de 2020**, a qual determina a indicação e a designação dos titulares e suplentes do Ministério da Saúde nos Conselhos Deliberativo e Fiscal da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – ADAPS.

Essa portaria foi publicada menos de um mês depois do Decreto nº 10.283/20 para fazer valer regulamentar a composição da estrutura da ADAPS. Como o próprio texto afirma, os nomes para compor os Conselho Deliberativo da ADAPS, no que tange à representação do Ministério da Saúde (seis conselheiros) são indicados pelo Ministro da Saúde, que dentre esses também apontará o presidente e vice-presidente deste Conselho (art 4º do decreto 10.283/20). No que concerne ao Conselho Fiscal, o Ministro também indica dois dos três membros; o terceiro membro é escolhido por todo o conjunto do Conselho Deliberativo (art. 8º do decreto 10.283/20).

Vale ressaltar que na composição da estrutura da ADAPS ainda temos a Diretoria Executiva, a qual é composta por três membros eleitos pelo Conselho Deliberativo, e um deles será designado Diretor-Presidente (art. 6º do decreto 10.283/20).

Vejamos o quadro para melhor visualizar e compreender essa estrutura:

QUADRO 4: Estruturação da ADAPS

Estrutura	Composição	Processo de escolha
Conselho Deliberativo	06 representantes do Ministério da Saúde; 01 representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 01 representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; 01 representante da Associação Médica Brasileira; 01 representante do Conselho Federal de Medicina; 01 representante da Federação Nacional dos Médicos e 01 representante do Conselho Nacional de Saúde	Todos indicados pelo Ministro da Saúde. Para o quantitativo de titulares, o mesmo de suplentes também indicados. Indica também o presidente e vice-presidente deste Conselho.
Conselho Fiscal	03 membros (não especifica entidade representativa)	Dos três membros, dois são indicados pelo Ministro da Saúde e um pelo Conselho Deliberativo.
Diretoria Executiva	03 membros (não especifica entidade representativa).	Eleitos pelo Conselho Deliberativo.

Fonte: Elaboração da própria autora com base no Decreto 10.283/20.

É importante apresentarmos em linhas gerais essa estrutura para percebermos, por exemplo, que a representatividade dos usuários, propriamente dita, não existe nos quadros da ADAPS, salvo o representante do Conselho Nacional de Saúde, que pode ser, ou não, da representação dos usuários naquele Conselho. O controle social é totalmente dispensado em entidades como a ADAPS, assim como nas OS's. Isso revela, na ADAPS, o gerenciamento e a governança a serviço dos interesses do capital privado, e não considera os posicionamentos dos usuários e trabalhadores.

Salientamos ainda que em 26 de setembro de 2019 foi publicada a **Portaria nº 2.539**, a qual altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária – eAP e dispõe sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal com carga horária reduzida.

Essa portaria altera oficialmente a nomenclatura do que seria e-AB para e-AP, e apresenta a diferença desta para uma equipe da ESF. Além disso, a portaria aponta sobre a modalidade⁵⁸ das equipes de acordo com a carga horária dos profissionais.

Desde a PNAB 2017, a qual deu a opção do tipo de equipe AB para determinadas localidades, de acordo com as “necessidades do município” tivemos essa dualidade que perpassa a carga horária, a vinculação dos profissionais às equipes, pois os profissionais eAP podem estar vinculados a mais de uma equipe.

A portaria é publicada poucos dias após o anúncio do “Médicos pelo Brasil” e da ADAPS, como forma de oferecer mais subsídios a essas mudanças na APS por parte do Governo Federal.

4.2.4 *Previne Brasil: o novo financiamento da APS*

A **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**, institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção

⁵⁸ Conforme a portaria nº 2539, de 26 de setembro de 2019, as equipes AP podem ser de duas modalidades, de acordo com a carga horária. Modalidade I – carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 20h semanais, com população adscrita correspondente a 50% da população adscrita para uma eSF. Modalidade II – a carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 30h semanais, com população adscrita correspondente a 75% da população adscrita para uma eSF

Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Essa portaria versa exclusivamente sobre o financiamento da APS. Altera justamente o título II da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, “Do custeio da Atenção Básica”, que passa a vigorar com o título, “Do custeio da Atenção Primária à Saúde⁵⁹”.

As considerações que antecedem os artigos da portaria (uma prática comum em textos legislativos e regulamentares) revelam as razões para a publicação desse dispositivo legal. Tais razões trazem por fundamento os princípios e atributos da APS, mas, ao mesmo, tempo são esses mesmos princípios que são violados, contraditos com o teor do texto que traz a portaria. Assim, podemos observar desde as considerações que as razões concretas, nubladas pelo jogo de palavras, dizem respeito à lógica ultraneoliberal imperativa nesse contexto histórico. Vejamos as três principais considerações antes dos artigos,

Considerando os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde, que são: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural; considerando a necessidade da valorização do desempenho das equipes e serviços de Atenção Primária à Saúde para o alcance de resultados em saúde e considerando a necessidade de revisar equitativamente a forma de financiamento federal de custeio referente à Atenção Primária à Saúde, resolve [...] (BRASIL, 2019e, s/p).

Destaquemos o contraditório ao que estas considerações que dão razão a publicação da portaria nos trazem.

Antes disso, porém, é preciso entender o que constitui o financiamento de custeio da APS. O artigo 9º aponta três componentes para compor o financiamento, quais sejam: *capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas*.

Sobre a capitação ponderada, o cálculo do incentivo financeiro é feito com base na população cadastrada na Unidade de Saúde da Família (USF) ou por equipe de Atenção Primária (e-AP) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

⁵⁹ Os documentos adotam oficialmente apenas o termo Atenção Primária à Saúde e equipe de Atenção Primária (e-AP) ao invés de e-AB (equipe de Atenção Básica). A PNAB considerava AB e APS como equivalentes, mas a Portaria nº 2539, de 26 de Setembro de 2019 altera oficialmente essas nomenclaturas denominando apenas e-AP para aquelas antes conhecidas como e-AB que compõem os serviços da APS além da ESF.

Sabemos bem que, de acordo com a PNAB, o cálculo para o repasse de recursos era de acordo com o total da população do município ou do Distrito Federal definida pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). O recurso, portanto, pautava-se no critério per capita (Piso de Atenção Básica - PAB fixo) e PAB variável, conforme já explicitamos anteriormente.

Vale salientar que as mudanças nos blocos de financiamento do SUS incidiram sobre a APS desde a PNAB 2017 e já seriam indícios de inflexões maiores. Destacamos que, na atual portaria, o peso do cálculo por pessoa para fins de repasse também menciona outros critérios associados à população cadastrada que, de acordo com o documento, prioriza aspectos como: vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica de acordo com a definida pelo IBGE. Segundo o artigo 12, os valores são recalculados a cada 4 meses com base nesses critérios.

Percebe-se nesse componente uma tentativa de estabelecer uma certa equidade no repasse dos recursos, conforme a realidade de cada município. No entanto, o que se verifica é uma discriminação a partir da seletividade para otimizar e racionalizar o gasto público.

O pagamento por desempenho baseia-se nos resultados alcançados pelas equipes a partir de indicadores, recalculados a cada 4 competências (meses). Os indicadores são estabelecidos pelo Ministério da Saúde e acessados a partir do que as equipes informam no SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica). Esses indicadores se relacionam a grupos que as equipes de saúde já atendem em seu cotidiano, como gestantes, idosos, hipertensos, saúde da mulher, dentre outros. De acordo com o artigo 12-D, as categorias de indicadores são: processo e resultados intermediários das equipes, resultados em saúde e globais de APS.

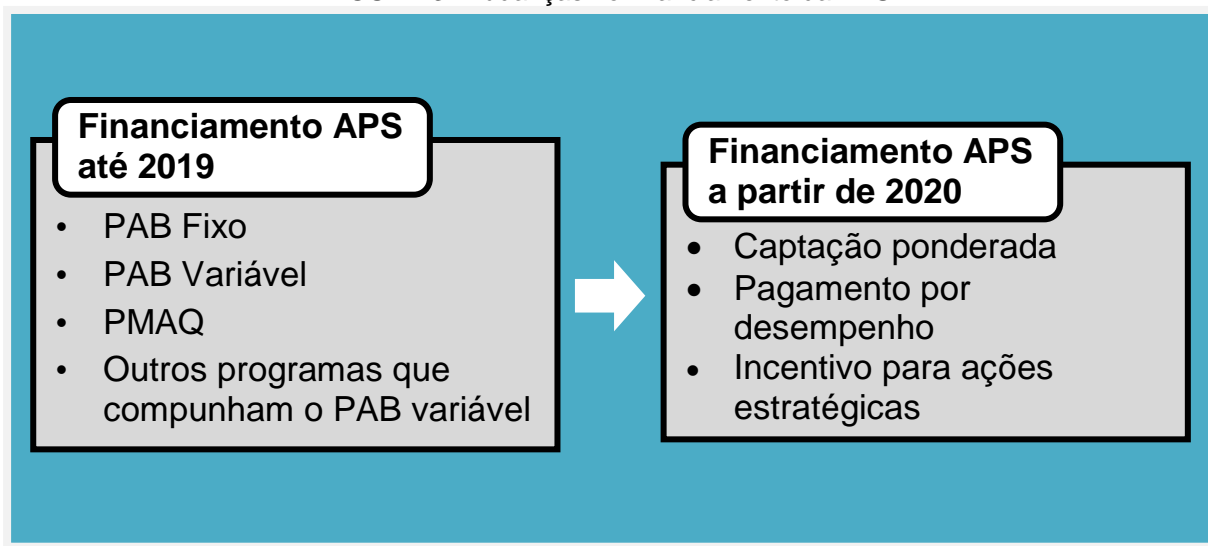
Para as autoras Morisini, Fonseca e Baptista (2020, s/p), no que diz respeito ao pagamento por desempenho, “o Previne Brasil não valoriza os aprendizados do PMAQ e introduz outra lógica de desempenho, que enfatiza o monitoramento de procedimentos e os resultados das ações de saúde, não abarcando a avaliação dos processos de trabalho”.

O incentivo para “ações estratégicas” diz respeito a estratégias e programas ligados à APS e que estão listados no artigo 12-H. São mencionados vinte e sete

estratégias ou programas. São incentivos ligados a ações específicas, que deixam de fora, por exemplo, o NASF-AB.

As figuras a seguir sintetizam a relação normativa dessa portaria com legislações anteriores e suas contradições em relação aos princípios e atributos da APS com os quais o SUS legal se comprometeu.

FIGURA 3: Mudanças no financiamento da APS



Fonte: Elaboração da própria autora com base nos documentos do Ministério da Saúde.

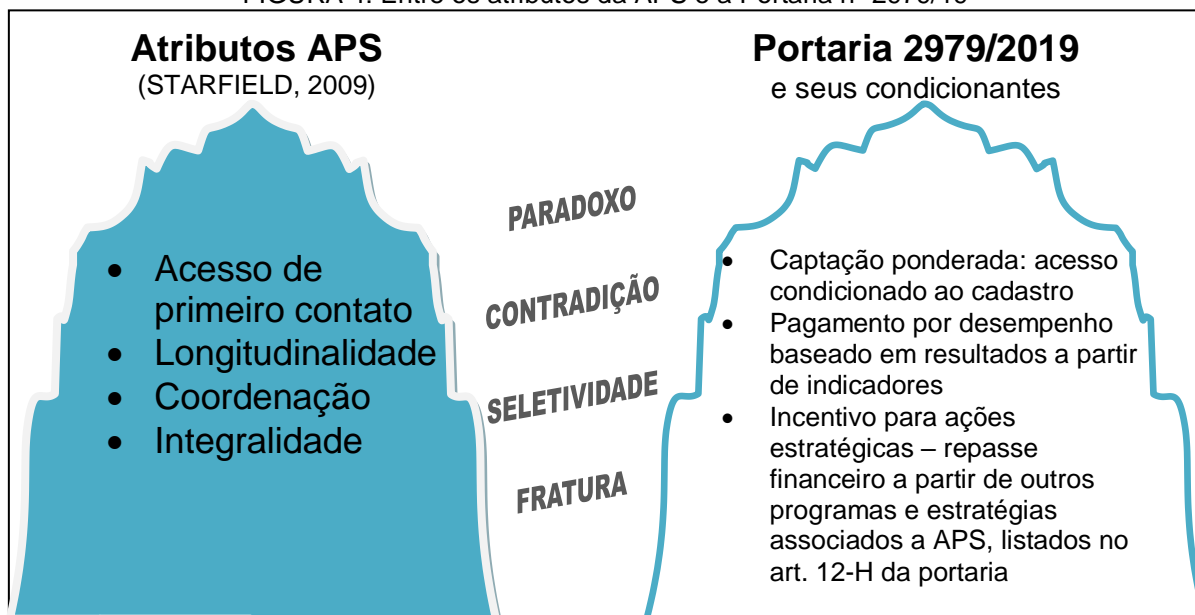
Até 2019, o financiamento da APS pode ser sintetizado entre o PAB fixo, PAB variável e o PMAQ que veio posteriormente (2011), que estava condicionado ao desempenho das equipes e da gestão municipal. Houve alterações no modelo de financiamento ao longo desses anos, mas a lógica indutora, de transferência regular per capita por parte do Governo Federal, não mudou (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020). A partir de 2020, ano em que começa a vigorar a portaria 2979/19, o novo financiamento da APS é enxuto nesses três componentes.

Ao analisar o Previne Brasil, Morosini, Fonseca e Baptista (2020, s/p) afirmam que o novo financiamento da APS

[...] altera de forma estrutural a lógica indutiva de organização da política de saúde e aporta três mudanças principais para a atenção básica: extingue os pisos fixo e variável (PAB); introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas; e estabelece nova forma de pagamento por desempenho.

Observemos a figura seguinte, a qual representa um abismo entre a literatura que, muitas vezes as próprias normativas querem ancorar-se, e o teor do documento publicado.

FIGURA 4: Entre os atributos da APS e a Portaria nº 2979/19



Fonte: Elaboração da própria autora com base em STARFIELD (2009) e Portaria nº 2979/19.

A partir da figura acima observa-se que a regulamentação do atual financiamento da APS contradiz o pressuposto de uma APS forte e abrangente. A portaria 2979/19 não permite a materialização de uma APS baseada nos atributos apresentados que serviram de base, conforme vimos no capítulo 3 deste trabalho, para subsidiar a construção na Atenção Básica no Brasil.

Ressaltamos que relacionada à portaria 2979/19 está a portaria do Ministério da Saúde nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, a qual “dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil” (BRASIL, 2019g).

Essa portaria define os indicadores para o ano de 2020 e aponta que os indicadores para 2021 e 2022 serão pactuados após avaliação de 2020, mas estarão atrelados a algumas ações estratégicas já previstas nesta normativa. Interessante notar o que o artigo 3º determina, “os parâmetros e metas dos indicadores serão progressivos e definidos em ficha de qualificação, acompanhada de nota técnica, disponibilizadas no endereço eletrônico do Ministério da Saúde,

após pactuação tripartite”. A portaria não traz detalhes sobre essa ficha de qualificação, mas é clara que se refere ao desempenho das equipes de saúde.

Chama atenção o inciso “X” do artigo 7º que aborda as ações estratégicas que serão observadas na definição e avaliação dos indicadores. Trata-se dos indicadores globais de avaliação da qualidade assistencial e experiência do paciente com reconhecimento e validação internacional e nacional em APS. Esses indicadores globais já eram previstos na Portaria nº 2.979/19, mas o inciso nomina cada um deles. Em sua maioria, são instrumentos de validação internacional, um deles é o PCATool-Brasil.

Em maio de 2020, o Ministério da Saúde atualiza o Manual de Instrumentos de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil)⁶⁰. De acordo com publicação do Ministério da Saúde (2020), essa versão insere novos questionários validados internacionalmente. Esse é um dos principais instrumentos para avaliar as equipes ESF e e-AP no que se refere ao pagamento por desempenho, além da ficha de qualificação e outros.

O problema não são necessariamente os instrumentos em si, mas como a leitura de seus resultados é realizada e o que se propõe a partir desses dados. Para que eles servem? Para subsidiar melhorias de implementação das políticas ou para negá-las e desqualificá-las com o objetivo de atender ao interesse privado do capital? Se leva em consideração quanto ao que pode interferir nos dados, como por exemplo, as condições de trabalho das equipes?

Conforme já previsto na Portaria nº 2.979/19, os indicadores serão apurados quadrimestralmente e o pagamento estará sempre vinculado ao quadrimestre anterior.

Apesar de historicamente não termos uma APS abrangente e de prioridade na agenda da política de saúde, o novo financiamento acaba por minar ainda mais essa possibilidade. A portaria com seus condicionantes associa a lógica empresarial, de gerenciamento ao serviço público, na justificativa de eficácia e eficiência.

⁶⁰ O primeiro PCATool-Brasil é do ano de 2010 lançado pelo Ministério da Saúde com o auxílio de estudiosos como a professora Bárbara Starfield. Na verdade houve muita discussão em torno desse instrumento para a realidade brasileira, e o fato é que o MS optou na época apenas pelo PMAQ-AB como instrumento próprio de avaliação. O instrumento na versão 2020 pode ser encontrado na página <https://aps.saude.gov.br/noticia/8376>.

Um dos atributos centrais da APS que buscamos construir é o acesso de primeiro contato, o qual também passa pelo princípio da universalidade do SUS. De acordo com Starfield (2002),

A acessibilidade é o elemento estrutural necessário para a primeira atenção. Para oferecê-la, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível; se não, a atenção será postergada, talvez a ponto de afetar adversamente o diagnóstico e manejo do problema (Starfield, 2002, p. 226).

Se a acessibilidade não acontece, então não há o recebimento da atenção que seria oferecida pelo serviço. Logo, há uma quebra dos demais princípios e atributos da APS. Foi estabelecido um abismo entre o que deveria e o que é na realidade.

Em exposição preliminar acerca do novo modelo de financiamento da APS em outubro de 2019, o Ministério da Saúde tomou como parâmetro para construção dos componentes de financiamento o caso do Reino Unido. Apresentou gráfico mostrando que a maior parte do financiamento se dá por capitação ponderada e pagamento por desempenho. É certo que não temos subsídios aqui para afirmar como se dá, de fato, esse financiamento no Reino Unido, mas há que se considerar a grande diferença entre a população que acessa os serviços de saúde pública no Reino Unido e a do Brasil.

O Reino Unido tem um histórico de direito à saúde que remete aos anos de 1940, com o Welfare State, e o modelo de Seguridade Social adotado pelo país; enquanto que no Brasil, não vivemos esse período histórico e só tardiamente, na contracorrente dos anos de 1980, alcançamos alguns direitos sociais e pautamos a Seguridade Social na Constituição Federal de 1988. Enquanto no Reino Unido, a exceção é usar algum plano privado de saúde, no Brasil, há uma busca por este em função do incentivo histórico do próprio Estado no setor privado, negligenciando o direito social à saúde, mesmo depois da criação do SUS. Segundo o Jornal Nexo⁶¹, os britânicos fazem questão de se cadastrar no Sistema Nacional de Saúde (NHS) e se identificam com o Sistema apesar deste ter também muitos problemas e lacunas, o que não é o caso do Brasil em relação ao cadastro no SUS, uma vez que nosso

⁶¹ O Jornal Nexo e a matéria, a qual subsidia algumas das informações apresentadas podem ser acessados online: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/04/14/O-que-%C3%A9-e-como-funciona-o-SUS-brit%C3%A2nico>

Sistema é descredibilizado pelos próprios gestores dos três entes federativos. A campanha de deslegitimação do SUS é contínua desde sua criação. A percepção não é de universalidade, mas de seletividade, pois a política do SUS é vista como designada aos mais pobres, e muitas vezes tem se materializado assim.

O documento em análise atende à lógica da EC 95 que não permite o aumento no investimento de políticas sociais. Assim é preciso reduzir custos, então, a capitação ponderada é uma estratégia nesse sentido. A Portaria nº 2.979/19 atende ao propósito da Cobertura Universal de Saúde.

Ao analisarmos essa Portaria, nota-se o estrangulamento dos atributos da APS em nome de uma direção ideopolítica racionalizadora, de ajuste fiscal, privatista, economicista e de eficiência pessoal e meritocrática.

Ressaltamos que logo em seguida à lei que institui o Previn Brasil, no dia 19 de novembro de 2019 foi publicada a **Resolução nº 95**, a qual opina pela qualificação da política de fomento ao setor de atenção primária à saúde para fins de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada para construção, modernização e operação das unidades básicas de saúde, no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República. Esse Programa foi criado no governo Temer, a partir da Lei nº 13.334, de 13 de setembro de 2016, que se destina ao fortalecimento da interação entre o Estado e a iniciativa privada. Um de seus objetivos explícitos no texto legal é fomentar medidas de desestatização.

Essa resolução publicada pelo Conselho do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República, e indexada pelo chefe da Casa Civil (Ônix Lorenzoni) considera que o incentivo ainda maior à iniciativa privada amplia e abre novas oportunidades para o desenvolvimento econômico do país. Assim em seu artigo 1º, resolve:

Opinar favoravelmente e submeter à deliberação do Presidente da República a qualificação, no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República - PPI, da política de fomento ao setor de atenção primária à saúde, para fins de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada para construção, modernização e operação das Unidades Básicas de Saúde, para fins de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada para implementação, operação e modernização de UBS's dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 2019f, s/p).

Percebe-se muito claramente qual o objetivo da resolução. Ela serve como mais um fundamento para legitimar as ações de privatização e destruição por dentro do Sistema Único de Saúde.

O artigo é bem amplo no sentido de abrir um leque de frentes ou poderíamos chamar de nichos para a iniciativa privada. Contempla o âmbito da construção, modernização e operação das Unidades Básicas de Saúde. A resolução não explica exatamente cada um desses nichos, portanto, principalmente em relação à modernização e à operação deixa em aberto interpretações diferenciadas que podem levar a ações diversas.

Os estudos de que trata o artigo têm por objetivo propor projetos a serem desenvolvidos em parceria com a iniciativa privada.

Mais uma vez abre-se o leque do setor privado como modelo de gerenciamento e eficiência que o setor público deve seguir, ou melhor, entregar a condução da política nas “mãos de quem faz melhor”.

O primeiro efeito da lógica do novo financiamento veio com a **Nota Técnica nº 3, de 28 de janeiro de 2020**. Ela tem por assunto o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e o Programa Previne.

Com o novo financiamento fica revogada a normativa que define os parâmetros de custeio NASF-AB. A composição de equipes multiprofissionais não é mais de tipologia NASF-AB. O gestor local tem autonomia própria para compor equipes multiprofissionais e vinculá-las à ESF ou à e-AP, bem como definir carga horária e especialidades que podem compor essas equipes. O financiamento para equipes NASF-AB, especificamente, não mais existe.

De acordo com a nota, o gestor pode manter as equipes já cadastradas como NASF-AB, mas não haverá novos credenciamentos e a partir de janeiro de 2020, as solicitações de cadastro existentes ficam arquivadas. Cabe ao gestor organizar a forma como manterá, ou não, as equipes NASF-AB.

O texto ressalta que o gestor municipal pode aplicar recursos em equipes multiprofissionais no formato que lhe for mais apropriado. Lembra que, a partir de 2021, haverá indicadores relacionados à atuação de equipes multiprofissionais na APS para pagamento por desempenho, como previsto na Portaria nº 3222/19.

A nota técnica da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) é mais um dispositivo legal de enfraquecimento dos princípios do SUS e atributos da APS. A

Estratégia Saúde da Família, através do NASF-AB⁶² garantiu a possibilidade de ter uma equipe de referência com especialidades diferenciadas para um número determinado de equipes. O NASF era o modelo multiprofissional na ESF que tem sido extinto. Com a nota 3/2020, a integralidade do atendimento é ainda mais comprometida, uma vez que o fim do NASF significa recursos cada vez mais escassos e desfinanciamento específico para equipes multiprofissionais. Daí temos um passo para o não investimento da gestão local nessas equipes atreladas à ESF. Assim, a tendência é a extinção total dessas.

Mais uma vez o modelo de atenção à saúde que coloca o profissional médico no centro das ações é reforçado (salvo a exceção do enfermeiro e do odontólogo, considerando as profissões de nível superior). Se não há equipe multiprofissional, não há clínica ampliada para o cuidado ao usuário da APS, não há integralidade e o acesso é ainda mais restringido.

A política do MS, na prática, representa o fim do NASF-AB, deixando a cargo dos municípios definirem se podem manter o mesmo padrão de equipes NASF vinculadas à ESF, ou apenas cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde, ou até mesmo se as equipes multiprofissionais de apoio matricial deixarão de existir.

Ressaltemos que o novo modelo de financiamento da APS teve 2020 como o ano de transição e passa a ser definitivo neste ano de 2021.

4.2.5 Uma lista para garantir apenas o “essencial”

A **Carteira de Serviços da Atenção Primária (CaSAPS)**⁶³ foi lançada em 18 de dezembro de 2019. De acordo com o Ministério da Saúde, trata-se de uma lista para orientar sobre as ações e serviços clínicos e de vigilância em saúde que podem ser ofertados na APS. A justificativa é que foi construída para auxiliar profissionais na tomada de decisões e informar os cidadãos sobre os serviços que podem buscar na atenção primária.

Diversas entidades contribuíram para elaboração desse instrumento, segundo informações do MS. Assim, tem-se a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), a Associação Brasileira de Enfermagem de Família e

⁶² Detalhamos melhor sobre o NASF-AB no capítulo III do nosso estudo ao tratarmos sobre a ESF.

⁶³ Sobre a CaSAPS é importante ressaltar que a proposta foi apresentada pelo Ministério da Saúde em agosto/2019, uma consulta pública de uma semana foi realizada e em dezembro, o documento pronto foi publicado.

Comunidade (Abefaco) e a Associação Brasileira de Odontologia (ABO), além da participação da equipe técnica do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). O MS informa também que em agosto de 2019 realizou consulta pública junto aos profissionais de saúde, os quais contribuíram para ajustar alguns dos itens de serviços listados na CaSAPS.

A Carteira foi editada em duas versões: a dos profissionais de saúde e gestores, e a da população. Vejamos como o Ministério da Saúde argumenta a legitimidade da Carteira.

O instrumento agirá, portanto, como norteador das ações de saúde, com reconhecimento da clínica multiprofissional, e como orientador dos serviços. Ele também responde à orientação presente nas políticas oficiais voltadas à atenção primária de definir um amplo escopo de serviços a serem oferecidos às pessoas como forma de garantia da integralidade, da coordenação do cuidado e da ampliação do acesso (BRASIL, 2019i, s/p).

A defesa do MS e de outras entidades é de uniformizar ações e serviços da APS no território nacional para que não fique apenas a critério do gestor local, apesar de seu texto considerar que adequações podem ser feitas de acordo com a realidade de cada município. Menciona a orientação da PNAB 2017, a qual aponta a necessidade de definir ações e estratégias da APS tanto em padrões essenciais quanto ampliados⁶⁴.

Conforme observa-se, a proposta em sua apresentação tanto para profissionais e gestores quanto para a população, ancora-se nos atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação clínica e integralidade ou abrangência do cuidado) e derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) da APS, elaborados pela professora Starfield, como temos mencionado. Na realidade, a carteira propriamente dita responde, na concepção dos seus formuladores, ao atributo da integralidade ou abrangência do cuidado, com serviços divididos em: vigilância em saúde e promoção à saúde, atenção à saúde do adulto, incluindo saúde da mulher e idoso, atenção à saúde da criança e do adolescente, procedimentos de atenção primária e cuidados relacionados à saúde bucal.

⁶⁴ Sobre esses padrões, apresentamos algumas considerações no capítulo anterior ao tratarmos da PNAB 2017.

Observemos que tal instrumento utiliza o discurso dos atributos da APS para agregar legitimidade a sua proposta. No entanto, percebe-se que o paradoxo se estabelece na proposta em si mesmo e no que ela significa diante do contexto de contrarreforma. A crítica que se faz é que quanto aos demais atributos, a exceção da integralidade, sejam essenciais ou derivados, não há nenhuma abordagem.

Uma APS efetiva deve buscar o equilíbrio entre o cuidado individual e o cuidado coletivo. Desta abordagem integral dependem os efeitos positivos da APS na saúde da população. A promoção da participação social, uma das dimensões cruciais da atenção primária integral, seja em seu componente individual de participação do paciente seja em seu componente comunitário não é mencionada em qualquer momento (GIOVANELLA; MENDES, 2019, s/p).

Apesar de listar também serviços relacionados à promoção da saúde, nota-se que o faz de modo muito pontual sem considerar, de fato, a participação da popular.

De acordo com a Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde (Rede APS), a CaSAPS traz a ênfase na abordagem biomédica e deixa de lado ações de prevenção e promoção à saúde, já que não privilegia a abordagem coletiva. A integralidade, na verdade, é o possível e o mínimo a ser ofertado; é um tipo de integralidade restrita.

Uma carteira de serviços em APS forte, integral, de qualidade não pode restringir-se a práticas clínicas individuais como o que está sendo proposto nesta carteira sob pena de apenas promover a medicalização sem melhorar nem a qualidade, nem a eficiência. O cuidado oportuno de qualidade e a abordagem populacional territorial com ação comunitária e promoção da participação social são componentes cruciais de uma atenção primária à saúde integral (GIOVANELLA; MENDES, 2019, s/p).

A FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz) denuncia que a proposta da Carteira de Serviços na APS não é nova. A proposta já vem desde o governo Temer quando em 2016 foi colocada no VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica que antecedeu exatamente a atualização da PNAB 2017. Ao comentar algumas das pautas que se passaram no Fórum, a professora e pesquisadora da FIOCRUZ, Mariana Nogueira, expôs que

A carteira de serviços restringe o lugar da atenção básica, coloca o procedimento biomédico no centro da política quando na verdade o

que deveria ser reafirmado é o lugar da atenção básica como ordenadora da rede e reorientadora do modelo de atenção. Isso implicaria em pensar ações para além dos procedimentos ofertados para os usuários de maneira individual dentro do consultório e processos de promoção da saúde no território, a partir da continuidade do cuidado, da educação popular, da participação social (NOGUEIRA, 2016 apud MATHIAS, 2016, s/p).

Nogueira (2016) nos chama atenção e corrobora com o pensamento que vem sendo colocado pela Giovanella e Mendes (2019) é que a CaSAPS, apesar de dividir opiniões sobre a questão de garantir serviços na APS mais uniformizados em território nacional, reforça o modelo de atenção centrado no médico e mais curativista do que da promoção da saúde e prevenção.

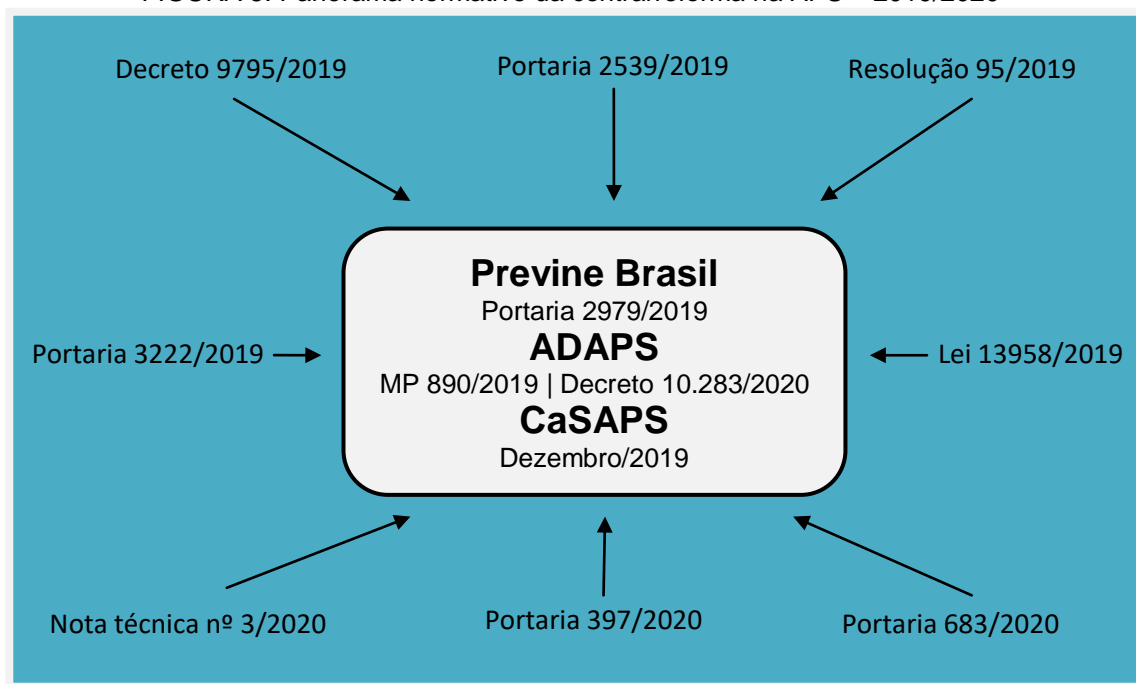
Diante disso, o que se percebe é um retrocesso, uma vez que o modelo de atenção à saúde no Brasil, ainda que com grandes desafios e limitações, caminhava até poucos anos numa perspectiva de reorientação a partir da ESF e seus princípios que preconizam um SUS e uma APS mais forte, conforme apontado em documentos como a própria PNAB. Mais uma vez vivemos a defesa e o investimento no modelo biomédico que, na verdade, permanece hegemônico no setor saúde nesse país.

4.3 A síntese dos dispositivos legais do Governo Bolsonaro e as inflexões na APS/ESF

Diante do que foi exposto a partir da análise das normativas do governo Bolsonaro, é possível perceber um esforço célere e bem articulado para dar maior “legalidade” e, ao mesmo tempo, oferecer mais subsídios, ao projeto do “SUS totalmente submetido ao mercado”, como afirma Bravo, Pelaez e Menezes (2020).

Os tópicos do item anterior revelam exatamente a trama do processo de contrarreforma em tempos de ultraneoliberalismo, neofascismo e conservadorismo que vivemos no país. Não obstante a importância de cada documento estudado anteriormente vemos que, o que fundamenta as mudanças na política de APS e tem implicado especialmente na ESF, concentra-se nas legislações basilares do Previner Brasil, da ADAPS e da CaSAPS. As demais aparecem como funcionais a essas, ajustando-as cada vez mais em termos legais. Assim, ilustramos na figura a seguir:

FIGURA 5: Panorama normativo da contrarreforma na APS – 2019/2020



Fonte: Elaboração da própria autora com base nas normativas do MS (2019/2020).

Tais legislações alteram o modelo de atenção à saúde que, especialmente, a partir da PNAB 2006, ao consagrar o Programa Saúde da Família como Estratégia de reorganização do SUS e ordenadora da APS, buscava imprimir uma APS mais forte e abrangente na busca também do fortalecimento do SUS.

Vale destacar que, de acordo com Morosini, Fonseca e Baptista (2020), a partir da nova estrutura organizacional do Ministério da Saúde em que a APS ganhou status de Secretaria (SAPS), exatamente com o Decreto nº 9795/19, ela passa a ser alvo de variados instrumentos normativos. A análise das autoras mostra que esses instrumentos e a mudança na própria nomenclatura oficial, de Atenção Básica para APS⁶⁵, denotam a convergência cada vez maior com as orientações dos organismos internacionais em relação a uma APS restritiva e seletiva que representa o conceito de CUS.

Independente da discussão entre Atenção Básica e APS, Mendes (2018) corrobora com as autoras ao afirmar que o que se reforça no Brasil é uma ideia restrita de Atenção Básica.

⁶⁵ Essa discussão em torno do que representa a nomenclatura “Atenção Básica” e “APS” foi apontada no Capítulo III. Cabe reforçar que essa diferenciação foi tomada por trabalhadores da saúde ligados a RSB para diferenciar a proposta brasileira de uma Atenção Básica comprometida com a universalidade e integralidade das propostas que se seguiram dos organismos internacionais, apesar de termos tido a Conferência de Alma-Ata (1978).

Ao comentar as normativas basilares da contrarreforma na APS entre 2019 e 2020, Morosini, Fonseca e Baptista (2020), analisam que há uma reestruturação na Atenção Básica composta por três eixos: financiamento, regulação e prestação de serviços que dizem respeito, respectivamente, ao Previner Brasil, à ADAPS e à CaSAPS.

A articulação entre essas normativas trama uma mudança estrutural em torno da APS no Brasil que corrobora com todo o processo de contrarreforma engendrado até aqui e exponencialmente intensificado.

Esse conjunto de medidas aprofunda o sentido das mudanças estabelecidas pela PNAB 2017 e delinea uma alteração significativa no cenário político e institucional da atenção básica. O Previner Brasil, a ADAPS e a CaSAPS, combinados sinergicamente, ampliam as possibilidades de privatização da saúde e integram um novo processo de acumulação, alargado pela abertura do setor ao capital estrangeiro [...] a velocidade com que esses documentos foram oficializados sugerem que a arquitetura da nova política para a atenção básica vem sendo produzida com clareza de interesses (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, s/p).

Erno Harzheim, secretário de APS e vice-presidente do Conselho Deliberativo da ADAPS, nomeado pela portaria nº 683, de 2 de abril de 2020, em seu artigo⁶⁶ sobre o Previner Brasil, afirma que,

O Previner Brasil busca sincronia entre o resgate aos princípios historicamente estabelecidos da APS e a modernização organizacional que o século XXI e as mudanças sociais e culturais nos impõem. Com este movimento pretendemos enfrentar os desafios não resolvidos da APS no SUS e inovar na organização dos serviços, mantendo, com solidez, os princípios que regem nosso Sistema Único de Saúde (SUS) e a APS (HARZHEIM, 2020, p.1189).

Sua fala corrobora a propagada nova forma de gerenciamento no serviço público desde os tempos PDRE (1995), podemos assim afirmar. Lembremo-nos de que aquele Plano tinha como pressuposto ideopolítico um Estado mais enxuto e eficiente.

A manutenção dos princípios do SUS e da APS cunhada na fala de Harzheim (2020) não condiz com o Previner Brasil, como já está claro na nossa exposição. O secretário alega que a exigência de um cadastramento na Unidade de Saúde seria

⁶⁶ Nesse artigo, Harzheim faz a defesa do Programa Previner Brasil ponto a ponto respondendo algumas a de suas principais críticas.

um estímulo ao cuidado real com o usuário do SUS, o que é bastante questionável, pois o cuidado da Equipe de Saúde da Família para com os usuários não se baseia no fato do número de cadastros em si, mas em tudo que circunda o cuidado e o fazer saúde numa perspectiva coletiva, sem falar que o cadastramento não garante incentivo financeiro adequado.

A falta de estímulo à manutenção do NASF a partir do novo financiamento é outro fator que modifica substancialmente o caráter de uma APS que, ainda com dificuldades e lacunas, caminhava para fazer jus a um atendimento em que a integralidade era um norte.

Harzheim certamente representa o discurso de que os impedimentos para um melhor desempenho do SUS devem ser combatidos. No entanto, tal o discurso que pode aparecer como defesa dos direitos e do interesse público é, na realidade, a defesa de projetos de privatização no setor saúde, que atende interesses do capital.

A ADAPS, conforme a análise assertiva de Morosini, Fonseca e Baptista (2020) é uma entidade privada que assume a gestão da Atenção Básica e viabiliza o acesso do setor privado a um volume de recursos financeiros que são transferidos da União, bem como advindos de outras fontes, como, por exemplo, de instituições de ensino, de serviços prestados por empresas privadas, dentre outros. A questão não diz respeito apenas a execução do Programa Médicos pelo Brasil, mas vai muito além.

A CaSAPS articulada a essa trama é mais uma porta ao setor privado. Seu enfoque biomédico, conforme já apontado anteriormente afasta-se dos verdadeiros princípios da APS que contemplam a saúde coletiva a partir do território comunitário e da dimensão familiar.

Essas três principais normativas que vêm se afirmando desde 2019, comprometem radicalmente a expansão da ESF e sua importância como estratégia prioritária na ordenação da APS e do próprio SUS.

De acordo com Boschetti e Teixeira (2019), é possível compreender que as normativas governamentais que intensificam o processo de contrarreforma e expropriação de direitos servem exatamente para legitimar e blindar as políticas de ajuste fiscal. “O teto de gastos atinge diretamente os gastos sociais, mas não implica redução de transferência do fundo público para o capital financeiro” (BOSCHETTI; TEIXEIRA 2019, p.76).

A partir de alguns dados analisados referentes à saúde em relação ao Orçamento Geral da União foi possível a construção da seguinte tabela e gráfico.

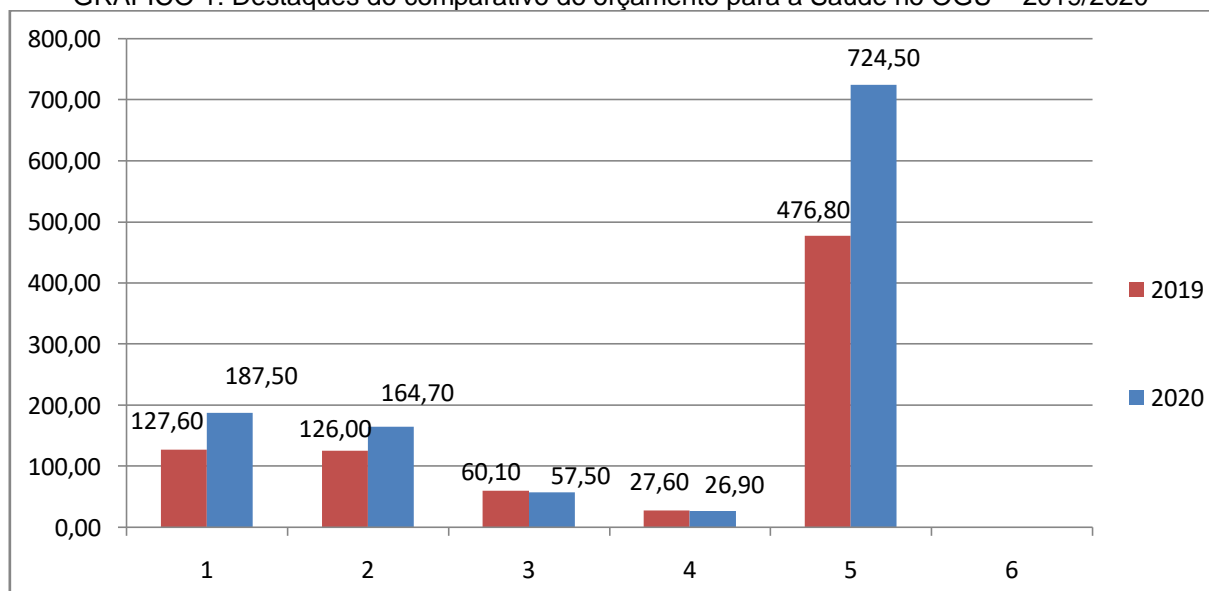
TABELA 1: Destaques do comparativo do orçamento para a Saúde no OGU – 2019/2020

Descrição	2019	2020
Orçamento autorizado (R\$)	127,6bi	187,5bi
Orçamento executado/Percentual em relação a OGU	126,0bi (5,87%)	164,7bi (5,92%)
Do executado: Atenção Hospitalar e Ambulatorial	60,1bi (47,70%)	57,5bi (34,92%)
Do executado: Atenção Básica	27,6 bi (21,87%)	26,9bi (16,35%)
Refinanciamento ou rolagem da dívida (executado)/Percentual em relação a OGU	476,8bi (16,41%)	724,5bi (19,06%)

Fonte: Elaboração da própria autora com base no Siga Brasil.

Seguem os mesmos dados em gráfico para melhor visualização e posterior análise:

GRÁFICO 1: Destaques do comparativo do orçamento para a Saúde no OGU – 2019/2020



Fonte: Elaboração da própria autora com base no Siga Brasil.

Observa-se que há um crescimento em valores absolutos entre 2019 e 2020, no entanto, o aumento do percentual do que foi executado em relação ao Orçamento Geral da União (OGU) é de apenas 0,5%. Paralelo a isso, o gráfico mostra que o refinanciamento da dívida pública aumentou 2,65% em relação ao OGU.

Interessante ainda destacar que, na distribuição desse orçamento executado dentro da saúde há um decréscimo no percentual destinado aos serviços por nível

de atenção, inclusive na Atenção Básica/APS, salientando ainda que esta sempre está mais de 50% inferior aos recursos da Atenção hospitalar e ambulatorial.

Vale salientar que para 2021 estão planejados 171,5 bilhões para gastos com a saúde, sendo uma estimativa de 68,5 bilhões para Atenção Hospitalar e Ambulatorial e 33,9 bilhões para Atenção Básica. Com relação ao refinanciamento ou rolagem da dívida, a perspectiva é de 1,5 trilhões, e isso representa 33,90% em relação ao OGU autorizado.

Os dados do quadro acima corroboram a receita do ajuste fiscal permanente (Behring, 2019) em nome da estabilização da economia e pagamento da dívida. Salvador (2017) ressalta ainda que outro instrumento da política fiscal e que incide sobre o financiamento da Seguridade Social tem sido as constantes renúncias fiscais e tributárias ao longo dos anos para recompor as taxas de lucro dos setores econômicos.

O fundo público é parte fundamental nesse processo, e o Estado é o provedor das garantias necessárias para acumulação no contexto de crise. Assim, vários autores de tradição marxista apontam que o dano para o orçamento público está no financiamento dos juros e amortização da dívida, e isso compromete toda a Seguridade Social.

Entre o aumento da DRU e a EC 95; entre recursos aprovados, mas não executados; entre terceirizações e privatizações por dentro do próprio SUS; entre as políticas de isenções fiscais que há anos retira recursos do Orçamento da Seguridade Social e entre dispositivos legais, mas também inconstitucionais, a saúde deixa de ser apenas subfinanciada e passa a ser cada vez mais desfinanciada.

Diante do exposto, a garantia do SUS materializado em seus princípios, logo de uma APS forte e abrangente, é uma luta constante entre os interesses públicos e privados. E como ressaltam Figueiredo et al. (2018, p. 44), passa também pela “capacidade e interesse dos agentes do Estado para regular essa relação, visando à priorização do sistema público”.

As normativas expedidas pelo Governo nos dois últimos anos reforçam concepções como a CUS, advogada pelos organismos multilaterais, a qual temos enfatizado ao longo do nosso estudo. A partir da APS, imprime-se um pacote básico e focal para a população, regulado mais pelo setor privado do que pelo Estado. Subsidiar uma APS ampla, de acesso universal, integral, que envolva a comunidade

a partir de uma concepção de saúde coletiva, vai sendo deliberadamente extinguida do escopo das ações em torno dessa política.

Essas normativas revelam o caráter do ultraneoliberalismo, da privatização, do desfinanciamento das políticas sociais, da regulação, da organização e da gestão dos serviços, do gerencialismo e das próprias relações de exploração dos trabalhadores presentes nessa conjuntura em relação aos direitos sociais. O SUS parece incorporar vários tipos de arranjos e modelos de saúde mediante o que o processo de contrarreforma tem engendrado ao longo dos anos.

Mediante essa análise e discussão, não é de se estranhar a forma como o atual Governo tem procedido quanto ao [não] enfrentamento da questão da pandemia da COVID-19 no Brasil, a qual explode em meio a uma crise política, social e econômica já posta neste país.

Assim, discutiremos a seguir o contexto pandêmico brasileiro em relação ao SUS e à APS com ênfase na ESF. Entendemos que este momento também é bastante revelador das consequências deletérias das inflexões da contrarreforma do Estado na saúde e Seguridade Social em geral. O item que se segue também é constitutivo da nossa pesquisa, uma vez que nessa conjuntura não poderíamos deixar de fazer a relação da contrarreforma do Estado brasileiro na APS/ESF e a pandemia da COVID-19 que nos assola.

4.4 A pandemia da COVID-19 no contexto brasileiro e a APS/ESF

O enfrentamento da pandemia da COVID-19 está atrelado ao conjunto das políticas econômicas ultraneoliberais que limitam ainda mais o sistema público de saúde, no caso do Brasil, o SUS. Ante essa fase perversa do neoliberalismo, as políticas sociais são cada vez mais fragilizadas e mesmo com o avanço e agravamento da pandemia não se pode dizer que houve recuos nesse processo de contrarreforma recrudescido.

A pandemia não está apenas ligada ao aspecto epidemiológico, dada a relação social do capital. O mundo pandêmico não sofre apenas em termos sanitários e biológicos, mas todos os âmbitos da sociabilidade capitalista são afetados e respondem em condições diferentes, a depender das características do capitalismo naquele país ou região.

A pandemia não pode ser entendida como um mero fenômeno de origem biológica, mas como uma expressão da conformação contemporânea do capitalismo e seu estilo de vida adjacente [...]. A nosso ver, a pandemia contribui para tornar ainda mais evidentes as contradições imanentes do sistema do capital, aqui apreendidas por meio de sua estrutura totalizadora de controle, o Estado (SOUZA, 2021, p. 196).

O autor ainda nos lembra que o Estado não possui nenhum caráter neutro ou imparcial. Ele detém um caráter dialético dentro da luta de classes, e sua intervenção tem sido cada vez mais solicitada nesses tempos ultraneoliberais, podemos assim dizer. A pandemia revela que a relação ultraneoliberalismo e políticas sociais, bem como a função do Estado de garantir as condições de acumulação capitalista, tem sido hipertrofiada. A disputa em torno do destino do fundo público ocupa lugar de destaque, e caminha para que este financie exclusivamente o capital (BOSCHETTI; TEIXEIRA, 2019).

Diante disso, quando olhamos para a pandemia que temos vivido, podemos dizer que não existe o famoso dilema entre economia e saúde, como se quer fazer crer. O que existe é uma relação de causalidade, de entrelaçamento. O predomínio do interesse econômico, do capital é desde sempre, e isso compromete as condições de saúde da população, o que se agrava ainda mais no contexto de pandemia. Nesse sentido, a prioridade é manter ou aumentar a taxa de lucro em detrimento da vida. Essa relação não é necessariamente dicotômica, mas faces de uma mesma moeda (SILVA; CASTRO; SOUZA, 2021) dentro das relações sociais capitalistas. De acordo com essas autoras, não há empatia alguma do capitalista para com o trabalhador em tempos de pandemia, na verdade esta aprofunda as relações de exploração.

Outra falácia que deve ser desfeita é a afirmação da democratização do vírus SARS-CoV-2. De fato, ele pode atingir a todos indistintamente, mas isso não significa dizer que seja democrático, pois incide muito mais sobre aqueles que vivem em situação de vulnerabilidade social e extrema pobreza. Seus efeitos também repercutem no modo de vida da classe trabalhadora, na perda ainda mais voraz de seus direitos, na ausência de políticas públicas para efetivamente combater o crescimento do desemprego nesse período, dentre tantas outras questões. Nesse sentido, Silva, Castro e Souza (2021, p. 39) nos lembram que,

A pandemia afeta a todos, entretanto, o peso e os efeitos são vivenciados de formas distintas. Sob os ombros da classe trabalhadora recaem os maiores custos e não há nada de inevitável ou natural nesse processo, assim como não é algo novo. Os efeitos da crise sanitária causada pelo SARS-CoV-2 repercutem em meio a uma crise econômica vigente.

Tais questões são ainda mais dimensionadas em um país de economia dependente, como o Brasil. Temos um ambiente em meio à crise capitalista, de encontro entre ultraneoliberalismo e neofascismo, acirrado pela pandemia da COVID-19 (BEHRING; CISLAGHI; SOUZA, 2020).

O processo de contrarreforma do Estado brasileiro, de desmonte de direitos sociais conquistados recentemente, como parte das medidas neoliberais ao longo dos anos, interfere diretamente na mitigação da pandemia da COVID-19. O que ocorre é que o Brasil conjuga várias crises simultaneamente, a econômica, a social, a política e a sanitária. A resposta à crise sanitária passa pelas respostas que vêm sendo gestadas às demais crises citadas.

No Brasil, o sub e o desfinanciamento da saúde é um problema que tem se mostrado crônico, e isso reverberou e reverbera nas ações de combate [ou não] à pandemia.

O primeiro caso de COVID-19 foi oficialmente notificado no Brasil em 26 de fevereiro de 2020 e o primeiro óbito ocorreu no mês seguinte, em 17 de março. A situação de pandemia foi declarada pelo MS em 11 de março de 2020. Vale lembrar que o óbito foi de uma empregada doméstica, negra, idosa com problemas de comorbidades, infectada por sua empregadora recém-chegada da Itália – país que na época estourava em casos.

O histórico do governo Bolsonaro é de propagar o negacionismo em relação à gravidade do vírus. As falas do presidente da república referindo-se ao novo coronavírus ficaram conhecidas internacionalmente. Além disso, o mesmo dedicou esforços no sentido de desqualificar a OMS e a comunidade científica em geral. A falta de empatia com tudo que a pandemia tem trazido, a ausência de uma política e de um plano de enfrentamento ao problema mostrou não apenas negligência, mas também deliberada intencionalidade de instalação do medo e do caos. Tudo isso é parte de sua estratégia neofascista e ultraneoliberal.

O Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA), publicou em maio⁶⁷ deste ano um estudo intitulado “A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da COVID-19”. Ele parte do projeto de “Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à COVID-19 no Brasil”, o qual tem sido desenvolvido em parceria com outras instituições, como a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

O estudo apresentado pela CEPEDISA está baseado na hipótese de que

[...] está em curso no Brasil uma estratégia de disseminação da Covid-19, promovida de forma sistemática em âmbito federal [...]. A coleta de dados para fins específicos deste estudo compreendeu o período de 03/02/20 a 28/05/21, e buscou informações correspondentes a eventos (ações e omissões) que demonstram a presença de intencionalidade, aqui compreendida simplesmente como a confluência entre a consciência dos atos e omissões praticados, e a vontade de praticá-los (CEPEDISA, 2021, p. 2).

A CEPEDISA analisou atos normativos da União, atos do governo de ações e omissões e o que o Centro chamou de “propaganda contra a saúde pública”, que seriam notícias falsas sem comprovação científica e argumentos ideológicos, morais e/ou econômicos que contribuíram para o avanço da COVID-19.

De acordo com o estudo mencionado, a disseminação da doença, enquanto estratégia do Governo Federal, ocorre através de atos e omissões, os quais foram sintetizados no quadro abaixo, e que denominamos de estratégias com seus respectivos objetivos.

QUADRO 5: Estratégias e objetivos do governo federal para propagação da COVID-19

ESTRATÉGIAS	OBJETIVOS
Defesa da tese da imunidade de rebanho (ou coletiva) por contágio (ou transmissão).	Disseminar a crença de que a infecção em massa pelo vírus levaria ao enfraquecimento deste.
Incitação constante à exposição da população ao vírus.	Potencializar e contribuir para o descumprimento das regras sanitárias de proteção ao contágio do vírus e ao mesmo tempo alegar que o suposto “tratamento precoce” evitaria os óbitos.
Banalização das mortes e das sequelas causadas pela doença.	Omitir-se em relação à responsabilização pelo agravamento da disseminação da doença e ausentar-se nas medidas protetivas que deveriam ser

⁶⁷ A primeira publicação deste estudo ocorreu em janeiro/2021. A Comissão Parlamentar de Inquérito que investiga o enfrentamento à COVID-19 no Brasil solicitou à CEPEDISA uma atualização, a qual foi publicada em maio/2021.

	prestadas aos pacientes e familiares.
Obstrução sistemática às medidas de contenção promovidas por governadores e prefeitos.	Espalhar a ideia de que tais medidas era uma forma de promoção partidária e não de preocupação com a população, e que a economia prejudicada por essas medidas prejudicaria a população mais do o próprio vírus.
Foco em medidas de assistência e abstenção de medidas de prevenção da doença.	Negar a importância da prevenção e promoção da saúde
Ataques a críticos da resposta federal, à imprensa e ao jornalismo profissional.	Buscar autopromoção através do negacionismo e da tentativa de desqualificar a imprensa.
Consciência da irregularidade de determinadas condutas.	Assumir as irregulares das condutas, como o não uso de máscara e o desencorajamento à vacinação para promover exemplo negacionista aos seus apoiadores.

Fonte: Elaboração da própria autora com base nos dados da CEPEDISA (2021).

O trabalho realizado pela CEPEDISA (2021) atesta concreta e sistematicamente o negacionismo em curso e deliberado pelo Governo Federal durante a pandemia. O Ministério da Saúde que, de acordo com a Lei nº 8080/90, deveria coordenar as ações de enfrentamento à pandemia até poucos meses atrás não havia veiculado nenhuma campanha nacional publicitária⁶⁸ de orientação comunitária de combate à COVID-19 ou que denotasse a seriedade da pandemia.

Ao contrário, as orientações da OMS, por exemplo, foram constantemente descredenciadas pela figura do presidente da República, que cobrava [cobra] do seu alto escalão, inclusive do Ministro da Saúde, postura semelhante. Bolsonaro chegou a revogar medidas do ex-ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta, que buscavam alguma contenção da pandemia ainda em março de 2020 (CALIL, 2021).

Vale ressaltar que, desde o início da pandemia, a crise política interna do governo levou a troca do ministro da saúde por três vezes⁶⁹. A pandemia desnudou o caráter neofascista e autoritário de Bolsonaro mesmo quando as questões se referiam aos seus aliados. O presidente retrucava [retruca] em rede nacional qualquer fala que pudesse ser contrária ao seu pensamento e planejamento, mesmo

⁶⁸ A primeira campanha oficial que encontramos registro por parte do MS em relação ao combate da pandemia é do mês de maio/2021, ou seja, mais de 01 ano após a deflagração da pandemia no Brasil. A campanha tem por tema “O cuidado é de cada um, o benefício é para todos”. Ver: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/05/campanha-destaca-importancia-da-vacina-e-de-medidas-nao-farmacologicas>.

⁶⁹ Em 16 de abril de 2020, o médico Luiz Henrique Mandetta entregou a pasta do MS que ocupava desde 2019. Assumiu em seguida, Nelson Teich que ficou menos de um mês no cargo e pediu demissão. O General Pazuello, mesmo estando na ativa do Exército brasileiro assumiu a pasta, a princípio interinamente, mas quatro meses após foi efetivado no cargo e ficou até 15 de março de 2021. Sua saída esteve diretamente ligada a situações de escândalos na condução do enfrentamento a pandemia de COVID-19, e está em curso uma CPI no Senado Federal que trata de tais questões. Ainda em 15 de março do corrente ano é anunciado o novo ministro da saúde, Marcelo Queiroga, médico cardiologista, o qual está ocupando o cargo até o momento.

que viesse do seu ministro da saúde, até que assumiu o terceiro deles, General Eduardo Pazuello, ainda da ativa do Exército Brasileiro. Este corroborava as falas e orientações do presidente, incluindo ações ilícitas, como vem sendo comprovado com a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da COVID-19, instaurada pelo Senado Federal em abril do corrente ano.

Apenas em maio de 2021, o presidente da república publica o **Decreto nº 10.697**, que cria a Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à COVID-19 no quadro do Ministério da Saúde, mais de 1 ano após o início da pandemia no Brasil. A competência da Secretaria Extraordinária de “exercer a função de representante do Ministério da Saúde na coordenação das medidas a serem executadas durante a emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do coronavírus [...]” (BRASIL, 2021) chega em franco atraso ante a política de enfrentamento à COVID-19, e faz jus à política de disseminação do vírus por parte do Governo Federal, conforme tem sido constatado. O negacionismo é um fator que também interfere na questão dos recursos financeiros disponibilizados no combate da doença e seus efeitos.

Acerca da questão dos recursos para o enfrentamento da pandemia, Souza (2021) mostra que o histórico de defasagem do financiamento da saúde em cada país não se resolve com a alocação de recursos emergenciais para combater a pandemia, as consequências dessa defasagem são visíveis em cada sistema de saúde⁷⁰.

De acordo com o que já abordamos, o SUS passa de um histórico de subfinanciamento ao desfinanciamento efetivo a partir da EC 95/2016. Isso potencializou o agravamento da pandemia no Brasil, pois encontrou terreno propício ao invés do que seria necessário ao combate do vírus dentro da organização do modelo de atenção à saúde no país.

Países ricos, no ano de 2020, chegaram a gastar 63,7% do PIB em ações relacionadas à pandemia, como é o caso do Japão. Destaca-se também a França que injetou 37,5% do seu PIB. Já o Brasil movimentou 11,2% do PIB, ficando atrás, na América Latina, de países como Chile e Peru (SOUZA, 2021). Ressaltemos que, de acordo com os dados do Siga Brasil, do orçamento autorizado em 2020 (R\$

⁷⁰ Souza (2021) apresenta alguns estudos e dados de pesquisa própria que mostram o financiamento público de saúde em alguns países e aponta como a fragilização do financiamento público da saúde, com medidas neoliberais, desmontam sistemas de saúde que defendem a universalidade em alguns países, e como isso impacta no combate ao novo coronavírus.

635,53bi) para combate à pandemia no país, cerca de 15% não foi executado; e o orçamento autorizado para 2021 (R\$ 118,36bi) representa apenas 18,6% daquele autorizado no ano anterior.

Diante do já exposto, não restam dúvidas que a forma como a pandemia tem sido enfrentada no Brasil mostra, além do negacionismo, a falta de investimentos em recursos financeiros efetivos para o seu combate. Isso reforça a intencionalidade de propagação do vírus.

Além disso, a arbitrariedade, a censura de informações que são direito da população⁷¹ e a propagação de *Fake News* sobre um suposto tratamento precoce, como se houvesse respaldo científico comprovado, também compõem o quadro do trato que é dado às questões da COVID-19 no país. Soma-se a isso, uma total falta de empatia às famílias brasileiras que padecem com o vírus e perderam [perdem] seus entes, diante do adiamento e corrupção na compra de vacinas para a população. Ressaltamos ainda a falta de testagem para o vírus na população, de insumos para tratamento dos pacientes, de equipamentos de segurança para trabalhadores e, principalmente, o que denota o nível de preocupação deste Governo com a pandemia: a falta de elaboração de um Plano Nacional coordenado pelo MS, discutido em Comissão de Intergestores Tripartite e com a participação de trabalhadores em saúde e usuários. Por fim, Calil (2020, p. 71) assim resume a postura do presidente da República

Ao longo do desenvolvimento da pandemia do novo coronavírus, as posições e atitudes do presidente brasileiro Jair Bolsonaro destacaram-se por contrariar ostensivamente o consenso científico, sabotar medidas de contenção da pandemia e propagar desinformação, sobretudo através das chamadas *fake news*.

Todas essas questões apresentadas contribuíram para que a APS, no cenário de pandemia brasileiro, fosse subestimada em seus atributos, descredenciada ou subutilizada sua capacidade de coordenação do cuidado em território.

A Rede de pesquisa em APS (Rede APS) aponta exatamente que a resposta à pandemia tem estado centrada nos serviços hospitalares, enquanto que a APS/AB tem tido seu papel secundarizado. A maioria dos municípios brasileiros conta

⁷¹ Em junho de 2020 foi criado o consórcio G1 que reúne alguns veículos de comunicação para buscar informações sobre os números da pandemia no Brasil, uma vez que o governo Bolsonaro começou, naquela época a restringir o acesso a dados sobre a pandemia. Desde então este consórcio coleta informações nos 26 estados e no Distrito Federal, acerca de número de casos de COVID-19, óbitos, vacinação e outros.

apenas com a UBS, seja com a equipe da ESF, seja com a equipe AP, mas estratégias não têm sido traçadas no Brasil de forma a valorizar o papel da APS e seus atributos no combate à pandemia.

A Frente pela Vida⁷², criada em junho de 2020, a qual é integrada por entidades como a ABRASCO, CEBES, Rede Unida, CNS, dentre outras, diante da necessidade de haver mudanças em relação ao enfrentamento da pandemia e da omissão do Governo Federal, elaborou o “Plano nacional de enfrentamento à pandemia da COVID-19”, apresentado e entregue ao MS em julho de 2020. O Plano aborda questões cruciais de enfrentamento, de forma coordenada e planejada, como o panorama epidemiológico, a questão da bioética, a importância do SUS e da promoção da saúde, financiamento, controle social, fortalecimento do sistema de proteção social, dentre outros aspectos. Por fim, traz recomendações acerca das responsabilidades das autoridades políticas, sanitárias, gestores do SUS e sociedade em geral. O Plano está na sua terceira versão publicada em dezembro de 2020 e reforça o papel da vigilância e promoção da saúde, isso nos faz repensar, dentre outras questões, sobre o papel da APS e especialmente da ESF nesse contexto.

O que observamos ao longo da pandemia, principalmente no ano de 2020, foi que, de fato, a APS não aparece no cenário de enfrentamento à COVID-19. Sabemos que a pandemia é de dimensão social e política, como afirma YASBEK et al. (2020, p. 8), visto que ela

exacerba a lógica que tem sido reiterada na sociabilidade brasileira e assumida pelo Estado (ao demonstrar o seu papel como garantidor na dinâmica social tida como “normal”, mas naturalmente desigual), que estabelece que alguns possuem mais chances de sobreviver e outros são abandonados à própria sorte (conforme conceito de necropolítica), ou seja, algumas vidas são definidas como descartáveis.

Nesse sentido, considerando o que significa a APS na perspectiva abrangente com atributos e funções que focam na determinação social do processo saúde-doença, a APS no Brasil em meio à pandemia teria [tem] grande contribuição a dar

⁷² A Frente pela Vida foi uma iniciativa de entidades que se posicionaram e se posicionam contrárias às ações do governo Bolsonaro no que tange o trato, não apenas da pandemia, mas do direito à saúde. No site <https://frentepelavida.org.br/> é possível encontrar diversos materiais

para aplacar a disseminação da doença, mas isso não foi levado em consideração, e pouco ainda tem sido, visto a falta de investimento nesse nível de atenção.

Por algum tempo, as UBS's ficaram até mesmo fechadas, como se não houvesse nenhum tipo de ação que a APS pudesse desenvolver diante do cenário de pandemia, como se a APS não fizesse parte dos serviços de saúde. É certo que houve e estão em curso algumas experiências diferenciadas no país no que tange à APS, mas sem coordenação central. Vale ressaltar o que afirma Albuquerque (2020, s/p) ao referir-se sobre o papel estratégico que teria a APS, mas que é inviabilizado pela exclusividade nos serviços hospitalares. "Não há pandemia que se solucione sem a Atenção Primária, nem sem educação em saúde".

Em julho de 2020, o editorial da revista *The Lancet* denunciou o caso da APS no Brasil em relação à COVID-19 a partir da situação dos Agentes Comunitários de Saúde. Os mesmos denunciaram as condições de trabalho que impediam algumas ações, uma vez que eles não recebiam Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) ou recebiam de forma insuficiente. Além disso, a falta de um planejamento nacional acerca da reorganização da APS em resposta à pandemia para evitar ações pulverizadas, assistemáticas e que, dependendo do caso colocava em risco a vida desse profissional, pois alguns gestores locais obrigavam a execução de ações sem respaldo de segurança sanitária.

Ressaltemos, como observam Fernandez, Lotta e Côrrea (2021, p. 3) que "mesmo países que possuem a APS como porta de entrada do sistema de saúde não usaram a estrutura desse nível de atenção para combater a COVID-19 em um primeiro momento". Isso denota também uma tendência à secundarização da APS em diversos países e à valorização pelo tratamento hospitalocêntrico, biomédico (GIOVANELLA et al., 2021).

O alcance da APS em regiões de grande desigualdade é um diferencial para o enfrentamento, seja de epidemias, endemias e pandemias, pois a determinação social do processo saúde-doença é vivenciada de muito perto e de forma clara, especialmente com a ESF. Assim, Giovanella, et al. (2021, p.3) afirmam que,

La prevención y control de una epidemia, además de la asistencia médica individual, exige un abordaje centrado en las poblaciones dirigido a protegerlas del contagio, detectar precozmente los sintomáticos, rastrear los contactos, aislar, tratar y rehabilitar a los afectados, con prioridad en los grupos sociales en desventaja y vulnerables. Enfrentar esta pandemia requiere un enfoque

promocional, territorial, comunitario y de vigilancia integral en salud que puede ser desarrollado desde una estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) Integral e Integrada [...].

Reafirmamos que a APS em seus atributos pode contribuir na continuidade do cuidado, principalmente com as equipes multiprofissionais da ESF, nas ações de educação permanente e vigilância em saúde por parte de todos os integrantes das equipes, ações comunitárias de apoio social, ser um espaço de testagem para o novo coronavírus, bem como de vacinação, ou seja, um espaço estratégico, de primeiro contato que não tem sido explorado adequadamente para o enfrentamento da COVID-19, nem tampouco tem recebido investimento, quer de recursos financeiros, quer humanos.

Sabemos que os desafios da APS são anteriores à pandemia, mas esta potencializa a crise política, econômica e social que já estava posta, e urgencializa ainda mais a defesa do SUS, de uma APS forte que seja porta de entrada e organizadora do cuidado, dos serviços, das redes de atenção e que assim a universalidade e integralidade sejam uma realidade para o usuário. Destacamos que, mesmo diante dos desafios, resultados positivos têm sido alcançados com a APS no Brasil no enfrentamento à pandemia, os quais são reconhecidos por entidades nacionais e internacionais⁷³, mas isso se torna insuficiente diante da gravidade do que temos vivenciado, além de serem iniciativas próprias das equipes, não ações pensadas enquanto política social.

Quando olhamos os números da pandemia no Brasil⁷⁴ fica claro o quanto sofremos e perdemos e o quanto temos por fazer em relação às consequências desta, seja na questão sanitária ou na esfera econômica, psíquica e social. Mais que nunca, a luta por uma APS abrangente com uma cobertura que seja efetivamente universal e com o fortalecimento da ESF, faz-se necessário.

⁷³ Várias experiências podem ser encontradas no site da APS em Revista, que é uma publicação da Rede APS desenvolvida pela ABRASCO.

⁷⁴ Dados até 18/07/2021, de acordo com o site: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/07/18>. O total de mortes por COVID-19 até esta data é de 542.262; atualmente a média móvel de mortes é de 1.245 por dia, considerando os últimos 7 dias. Em relação aos casos confirmados de COVID-19, o Brasil tem 19.372.820 casos. Quanto à vacinação, infelizmente os números revelam o contexto de negacionismo da doença e da legitimidade científica da vacina (único tratamento eficaz), apenas 15,98% da população brasileira está imunizada com as duas doses.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objeto de estudo analisado neste trabalho, a partir de mediações, contradições e da totalidade concreta dos fenômenos, está em constante movimento dialético no tempo presente. Entendemos que as considerações aqui expostas andam longe de serem conclusivas, no entanto, apontam caminhos e fazem prospecções pertinentes sobre os tempos de “combo dos horrores”, nas palavras de Behring, Cislaghi e Souza (2020).

O processo de contrarreforma do Estado brasileiro, no que tange à atenção primária à saúde com incidências diretas sobre a ESF, a qual tem sido há cerca de 25 anos a principal política social nesse nível da atenção, traz consequências desastrosas para a efetivação do direito à saúde no país que conquistou mediante inscrição no texto constitucional, um Sistema Único de Saúde (SUS) baseado, especialmente, na universalidade e na integralidade enquanto princípios que devem orientar sua organização.

O que temos assistido no Brasil vai de encontro ao que está posto legalmente, e ao mesmo tempo, usa de dispositivos ou normativas legais (decretos, leis, medidas provisórias ou resoluções) para instaurar cada vez mais a direção da ofensiva neoliberal – o ultraneoliberalismo, sua fase mais perversa.

O governo Bolsonaro reafirma, intensifica e adiciona mais ações dessa natureza ao legado da gestão Temer, no que diz respeito às reformas “necessárias e urgentes”. Isso se efetiva mediante a crise fiscal que o país sofre em meio à estrutural crise do capitalismo, principalmente depois de 2008. Na verdade, isso é o que justifica a constante redução dos gastos públicos para as políticas sociais e a intensificação da expropriação de direitos.

Assim, nosso estudo apontou o recrudescimento do processo de contrarreforma na APS com ênfase na ESF a partir das normativas analisadas. A concepção ideopolítica ultraneoliberal tão característica e clara desse governo está em todos os âmbitos da política de Seguridade Social. O foco da contrarreforma do setor saúde na APS, principalmente após 2017 com a nova PNAB e as mudanças materializadas entre 2019 e 2020 nega os princípios do SUS e os inviabilizam na prestação de serviços à população. Desse modo, o que ocorre é uma sequência articulada de desfinanciamento, privatização e inviabilização do SUS.

De acordo com Morosini, Fonseca e Baptista (2020), a partir de 2019, ocorre uma reconfiguração do SUS, via atenção básica com medidas que ampliam as alterações inauguradas pela PNAB 2017. São mudanças que passam pela nomenclatura, pela reestruturação organizacional e pela produção de instrumentos normativos. Rotineiramente, o governo apresenta normativas que agudizam esse processo, inclusive na APS. Em 26 de outubro de 2020, foi publicado o Decreto nº 10.530, o qual dispõe sobre a qualificação da política de fomento ao setor de APS, no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos (PPI) da Presidência da República, para fins de elaboração de estudos e alternativas de parcerias com a iniciativa privada. O único artigo do Decreto deixa evidente que o PPI no setor da APS objetiva deixar as UBS's a encargo da iniciativa privada, seja para questões de infraestrutura, seja para operacionalização dos serviços, começando com projetos pilotos posteriormente selecionados pela Secretaria Especial do PPI do Ministério da Economia. O Decreto foi revogado no dia 28 de outubro do mesmo ano mediante mobilização popular via redes sociais, bem como de entidades que lutam por uma saúde pública, estatal e de qualidade.

A questão que se coloca é que em plena pandemia da COVID-19, Bolsonaro, quer aproveitar todas as oportunidades para “passar a boiada”, conforme metaforizou o então ministro do meio ambiente Ricardo Sales em reunião ministerial com o presidente, em 22 de maio de 2020, referindo-se explicitamente a oportunidade de passar leis e medidas contrarreformistas enquanto o povo estava envolvido com a pandemia.

O que rege a contrarreforma em curso na APS, especialmente em relação à ESF são concepções como a Cobertura Universal de Saúde (CUS), fundamentada nas orientações do BM e OMS, ao invés de sistema universal de saúde. Outras concepções como a de conceito ampliado de saúde, determinação social do processo saúde-doença, vínculo, participação e controle social, territorialização, universalidade e integralidade, coordenação do cuidado, longitudinalidade têm sido solapadas pela frieza avassaladora da contrarreforma do Estado no setor saúde e que, nesse contexto histórico, mira a APS com ênfase na ESF.

O ministro Paulo Guedes, no primeiro mês do governo Bolsonaro, chegou a propor a criação de um *voucher* para educação e saúde pública, o qual seria entregue aos usuários para trocar por serviços básicos nessas áreas, o que ocorreria em empresas privadas prestadoras de tais serviços (PELAEZ, et al., 2020).

Além de desresponsabilizar totalmente o Estado em relação a diversos serviços da educação e saúde, essa proposta privilegia o setor privado, atendendo a interesses de grupos empresariais.

As ações desse Governo ferem em vários quesitos a própria Constituição Federal e as leis que regulamentam as políticas de Seguridade Social. São propostas que estão na contramão do que temos aprovado constitucionalmente, uma vez que se revestem de uma aparente legalidade, dados os instrumentos jurídicos, dos quais o presidente faz uso para validar a ditadura do capital.

Percebe-se na história da política de saúde no Brasil, logo na história da APS e da configuração da própria ESF, que a disputa entre os modelos de saúde é constante. De um lado, a luta por um modelo de saúde pautado na universalidade, na integralidade, na continuidade do cuidado, na equidade do atendimento das necessidades, numa visão de saúde enquanto construção coletiva, que para isso valoriza a participação dos sujeitos; e de outro, um modelo sempre voltado para o mercado privado, centrado no núcleo biomédico que deixa em segundo plano a determinação social do processo saúde-doença, que exige o compromisso político do Estado para a garantia do direito à saúde em seu conceito amplo.

É importante ressaltar que diversas entidades têm levantado uma frente de resistência a todo o processo de contrarreforma na saúde. Articulam-se para enfrentar o desmonte do SUS que se aprofundou em larga escala no governo Bolsonaro, o qual não retrocedeu mesmo diante da pandemia, mas que ao contrário, mostra seu caráter político, ideológico ultraneoliberal na forma como se comporta diante da gravidade do momento.

Entidades como a ABRASCO, a Frente pela Vida, o CEBES, a Frente Nacional contra privatização da Saúde (FNCPS), a Rede APS e outras, têm contribuído para revelar as falácias em torno das justificativas veiculadas para legitimar a expropriação de direitos (principalmente no âmbito da saúde) e fundamentar medidas de ajuste fiscal em que o fundo público serve tão somente à garantia da acumulação capitalista.

Nesse sentido, enquanto trabalhadora do SUS, unimo-nos a milhões que também levantam a voz em denúncia à contrarreforma na saúde que se materializa nos modelos de gestão, por meio das OS's e de órgãos como a ADAPS, através do novo financiamento, ou melhor, desfinanciamento. E ainda, por intermédio do enxugamento da assistência aos indivíduos, que é o caso da CaSAPS, através da

DRU e EC 95, a qual não nos cansamos de denunciar seus impactos e pedir sua revogação.

Foi possível perceber, a partir da realização deste estudo que, de fato, as contrarreformas são um mecanismo adotado pelo Estado capitalista em tempos de capital financeirizado para garantir o processo de acumulação e fomentar relações sociais que o capital privado necessita para manter suas taxas de lucro, e disso decorre a financeirização das políticas sociais no país, como bem analisa Brettas (2020).

Por fim, as inflexões que a contrarreforma do Estado brasileiro impõe à saúde, e em específico à APS com relevância na ESF, descaracterizam o arcabouço sobre o qual essa política foi planejada e construída socialmente, ainda que com contradições. Reunir esforços para a efetiva priorização do SUS e cumprimento dos seus princípios basilares, assim como da APS e da ESF, é nosso dever e luta cotidiana. Ao mesmo tempo entendemos que o contexto de crise capitalista e de imperialismo tanto do capital financeiro quanto fictício acirram as contradições e as lutas, o que nos desafia a “fazer a hora” sem esperar ainda mais acontecer.

REFERÊNCIAS

ACARY, Valério. Sobre a crise histórica do capital: o debate sobre o bloqueio das forças produtivas no Programa de Transição. **Revista História e Luta de classes**. Ano 14, n. 27, 2019.

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti. Não há pandemia que se solucione sem Atenção Primária. **SUSCONNECTA** Blog. Disponível em: <http://www.susconnecta.org.br/nao-ha-pandemia-que-se-solucione-sem-atencao-primaria-em-saude-diz-paulette-cavalcanti-da-fiocruz-pe/>. Acesso em: 10 ago. 2021

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; BRAVO, Maria Inês Souza. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Ver. Trabalho, educação e saúde** [online]. Rio de Janeiro. v. 12, n. 3, p. 499-518, Dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00019>. Acesso em: 10 fev. 2021.

ANTUNES, Ricardo. Prefácio. *In*: MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital**. 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2011.

ARRETCHE, Marta. A política da Política de Saúde no Brasil. *In*: LIMA, N.T.; GERCHMAN, S.; EDLER, F.C. **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

BAHIA, Lígia. Lígia Bahia fala sobre o Relatório final da ANS para plano de saúde acessível. **ABRASCO**. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/ligia-bahia-fala-sobre-o-relatorio-final-da-ans-para-plano-de-saude-acessivel/30699/>. Acesso em 19 abr. 2021.

BANCO MUNDIAL (BM). **Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro**. Banco Mundial, 2018. Disponível em: <https://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>. Acesso em: 30 maio. 2021.

BANCO MUNDIAL (BM). **Um Ajuste Justo**: análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil. Brasília: Grupo Banco Mundial, 2017.

BARROS, Fernando Cupertino de.; DELDUQUE, Maria Célia; SANTOS, Alethele de Oliveira. O direito à saúde e a proposta de cobertura universal. **Revista CONSENSUS**. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/o-direito-saude-e-proposta-de-cobertura-universal/>. Acesso em: 23 maio. 2021.

BEHRING, Elaine Rossetti; CISLAGHI, Juliana Fiúza; SOUZA, Giselle. Ultraneoliberalismo e bolsonarismo: impactos sobre o orçamento público e a política social. *In*: BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio de Castro; FREIRE, Silene de Moraes (Orgs.). **Políticas Sociais e Ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

BEHRING, Elaine Rossetti. Devastação e Urgência. In: CISLAGHI, Juliana Fiuza, DEMIER, Felipe (Orgs.). **O neofascismo no poder (ano I)**. Rio de Janeiro: Consequência, 2019.

BEHRING, Elaine. Estado no capitalismo: notas para uma leitura crítica do Brasil recente. In: BOSCHETTI, I; BEHRING, E.; LIMA, R. L. (Orgs.). **Marxismo, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2018.

BEHRING, Elaine. **Política Social no capitalismo tardio**. São Paulo: Cortez, 2015.

BEHRING, Elaine. Crise do capital, fundo público e valor. In: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine R.; SANTOS, Silvana M.M.S; MIOTO, Regina C.T. (Orgs.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez 2010.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BEHRING, Elaine. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BENSAÏD, Daniel. 'Karl Marx, As Crises do Capitalismo', **Demopolis**, Paris, jun/2009. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/bensaid/2009/08/marx.htm>. Acesso em: 10 dez. 2020.

BOSCHETTI, Ivanete; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. O draconiano ajuste fiscal no Brasil e a expropriação de direitos da Seguridade Social. In: SALVADOR, Evilasio; Behring, Elaine; LIMA, Rita de Lourdes (Orgs.). **Crise do capital e fundo público: implicações para o trabalho, os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2019.

BOSCHETTI, Ivanete. Crítica marxista do Estado Social e dos direitos no capitalismo contemporâneo. In: BOSCHETTI, I. BEHRING, E. e LIMA, R. L. (Orgs.). **Marxismo, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2018.

BRASIL. Ministério da Economia. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílio, acesso e utilização dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 10.697, de 10 de maio de 2021**. Altera o Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, para criar a Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19 e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2021/decreto-10697-10-maio-2021-791343-publicacaooriginal-162803-pe.html>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 683, de 02 de abril de 2020**. O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando o inciso I e § 1º e 3º do art. 4º e inciso I do art. 8º do Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020, que determina a indicação e a designação dos titulares e suplentes do Ministério da Saúde nos Conselhos Deliberativo e Fiscal da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps. Brasília, 2020d. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-683-de-2-de-abril-de-2020-251286827>. Acesso em: 7 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 10283, de 20 de março de 2020**. Institui o Serviço Social Autônomo denominado Agência de Desenvolvimento para a Atenção Primária à Saúde (ADAPS). Brasília, 2020c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2019-2022/2020/Decreto/D10283.htm. Acesso em: 05 maio. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 397, de 16 de março de 2020**. Altera as portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5/GM/MS de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2020b. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-397-de-16-de-marco-de-2020-*-248809238. Acesso em: 13 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assunto:** Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne. Brasília: 2020a. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>. Acesso em: 2 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde** (versão população). Brasília, 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/6694>. Acesso em: 20 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde** (versão profissionais de saúde e gestores). Brasília, 2019i. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/6694>. Acesso em: 20 mai 2021.

BRASIL. Presidência da República/Casa Civil. **Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019**. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e autoriza o poder executivo federal a instituir o serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária (Adaps). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3222, de 10 de dezembro de 2019**. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília, 2019g. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em: 12 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 95, de 19 de novembro de 2019**. Opina pela qualificação da política de fomento ao setor de atenção primária à saúde para fins de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada para construção, modernização e operação das unidades básicas de saúde, no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República. Brasília, 2019f. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-95-de-19-de-novembro-de-2019-232399979>. Acesso em: 10 maio. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2979, de 12 de novembro de 2019.**

Institui o Programa Previne Brasil que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2019e. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 25 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2539, de 26 de setembro de 2019.** Altera as Portarias de Consolidação no 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e no 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde. Brasília, 2019d. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.539-de-26-de-setembro-de-2019-218535009>. Acesso em: 27 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Medida Provisória nº 890, de 1 de agosto de 2019.**

Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). Brasília, 2019c. Disponível em:

<http://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-1/medidas-provisorias/2019-a-2022>. Acesso em: 10 maio. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019.** Aprova a estrutura e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do grupo Direção e Assessoramento Superiores – DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo. Brasília, 2019b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/decreto-no-9795-de-17-de-maio-de-2019>. Acesso em: 2 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019.** Institui o Programa “Saúde na Hora”, que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria no 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação no 2/GM/MS, de 2017. Brasília, 2019a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n%C2%BA-930-de-15-de-maio-de-2019-104562211>. Acesso em: 20 maio. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017.**

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Presidência da República/Casa Civil. **Emenda Constitucional nº 95.**

Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, 11 de novembro de 2014. **Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 21 maio. 2021.

BRASIL. Presidência da República/Casa Civil. Lei nº 12871, de 22 de outubro de 2013. **Institui o Programa Médicos pelo Brasil**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm. Acesso em: 8 maio. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/>. Acesso em 10 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 27**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Brasília, 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 23 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família**. Ministério da Saúde. Brasília, 2003. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2203, de 05 de novembro de 1996**. Aprova a Norma Operacional Básica – NOB 1/95 do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 1 mar. 2021.

BRASIL. **Plano Diretor de Reforma do aparelho do Estado**. Brasília, 1995. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras

providências. Brasília, 1990. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080. Acesso em: 20 jun. 2020.

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

BRAVO, Maria Inês; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **SER Social**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191-209, jan/jun. 2020.

BRAVO, Maria Inês de Sousa; MATOS, Maurílio Castro. A política de saúde no governo Lula: algumas reflexões. **Anais**. XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília: CFESS, 2010.

BRAVO, Maria Inês de Sousa; MATOS, Maurílio Castro. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. *In*: MOTA, Ana Elizabete [et al.], (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS/OMS, Ministério da Saúde, 2008.

BRAVO, Maria Inês de Sousa; MATOS, Maurílio Castro. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. *In*: PEREIRA, Potyara A. P.; BRAVO, Maria Inês Souza (Orgs.). **Política Social e Democracia**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

BRAZ, Marcelo. Capitalismo, crise e lutas de classes contemporâneas: questões e polêmicas. **Revista Serviço Social e Sociedade**. n. 111, São Paulo: Cortez, jun/set, 2012.

BRETTAS, Tatiana. **Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Consequência, 2020.

CAMARGO, Marisa. **Configurações do trabalho do assistente social na Atenção primária em Saúde (APS) no século XXI**: um estudo da produção teórica do serviço social brasileiro. Tese. Porto Alegre: PUCRS, 2014.

CALIL, Gilberto Grassi. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Rev. Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 140, p. 30-47, jan/abr 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.236>. Acesso em 15 jul. 2021.

CALIL, Gilberto Grassi. Brasil: o negacionismo da pandemia como estratégia de fascistização. **Materialismo Storico**, v. IX, n. 2, 2020. Disponível em: <https://journals.uniurb.it/index.php/materialismostorico/article/view/2470>. Acesso em: 16 jul 2021.

CARCANHOLO, Marcelo Dias. A crise do capitalismo dependente brasileiro. *In*: MACÁRIO, Eptácio [et al.]. (Orgs.). **Dimensões da crise brasileira**: dependência, trabalho e fundo público. Fortaleza: EdUECE, Bauru: Canal 6, 2018.

CARCANHOLO, Marcelo Dias. Crise econômica atual e seus impactos para a organização da classe trabalhadora. *In: Aurora Revista*. Marília: PGP GS UNESP, v. 3, n. 2, 2010.

CASTELO, Rodrigo. O canto da sereia: social-liberalismo, neodesenvolvimentismo e supremacia burguesa no capitalismo dependente brasileiro. *In: MACÁRIO, Epitácio; VALE, Erlenia Sobral do; RODRIGUES, Natan Junior (Orgs.)*.

Neodesenvolvimentismo, trabalho e questão social. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2016.

CAVALCANTE, Luciana Paiva; OLIVEIRA, Tatianny Fernandes. **Programa Saúde da Família: percepções e perspectivas dos usuários e profissionais**. FACISA: João Pessoa, 2006.

CENTRO Brasileiros de Estudos de Saúde (CEBES). Nota pública Cobertura Universal de Saúde (2014). Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/08/nota-consulta-publica-cobertura-universal-da-saude-da-omsopas-no-brasil/>. Acesso em: 20 fev. 2021.

CELLARD, André. A análise documental. *In: POUPART, Jean [et al.]*. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de Ana Cristina Nasser. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

CEPEDISA. Centro de Estudos e Pesquisas. A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da COVID-19. São Paulo: CEPEDISA, 2021.

CHESNAIS, François. As raízes da crise econômica mundial. **Em Pauta**. v. 11, n. 31. Rio de Janeiro: UERJ, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2013.7556> Acesso em: 01 dez. 2020.

CISLAGHI, Juliana Fiuza; DEMIER, Felipe (Orgs.). **O neofascismo no poder (ano I)**. Rio de Janeiro: Consequência, 2019.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

CORREIA, Maria Valeria; SANTOS, Viviane Medeiros. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão. *In: BRAVO, Maria Inês Souza [et al.]*. (Orgs.). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

COUTINHO, Carlos Nelson. A ditadura de poderes: Estado e Revolução no pensamento Marxista. *In: COUTINHO, Carlos Nelson*. **Marxismo e Política: a dualidade de poderes e outros ensaios**. São Paulo: Cortez, 1994.

DEMIER, Felipe. Democracia e bonapartismo no Brasil pós-Golpe. *In: CISLAGHI, Juliana Fiuza, DEMIER, Felipe (Orgs.)*. **O neofascismo no poder (ano I)**. Rio de Janeiro: Consequência, 2019.

DEMIER, Felipe. **Depois do golpe: a dialética da democracia blindada no Brasil**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2017.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. *In*: GIOVANELLA, Lígia (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. *In*: LIMA, N.T.; GERCHMAN, S.; EDLER, F.C. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação**. 1998.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. *In*: MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).

FERNANDEZ, Michelli; LOTTA, Gabriela; CÔRREA, Marcela. Desafios para a atenção primária no Brasil: uma análise do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde durante a pandemia de COVID-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.19, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321>. Acesso em: 18 jul. 2021.

FIGUEIREDO, Elizabeth Niglio de; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. **Atenção Primária à Saúde e Política Nacional de Atenção Básica**. Material de curso Especialização em Saúde da Família UNA-SUS UNIFESP. 2016. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/11/Unidade1/Atencao_Primaria_a_Saude/p_01.html. Acesso em: 14 fev. 2021.

FIGUEIREDO, Juliana Oliveira, et al. Gastos públicos e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Rev. Saúde Debate** [online]. Rio de Janeiro. v. 42, número especial 2, p 37-47. Out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S203>. Acesso em: 26 jun. 2021.

FRENTE PELA VIDA. **Plano Nacional de enfrentamento à pandemia da COVID-19**. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br/>. Acesso em: 15 jul. 2021.

FONTES, Virgínia. A transformação dos meios de existência em capital: expropriações, mercado e propriedade. *In*: BOSCHETTI, Ivanete (Org.). **Expropriação e Direitos no Capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2018.

GERSCHMAN, Silva; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Descentralização e Desigualdades Regionais em tempos de Hegemonia Liberal. *In*: LIMA, N.T.; GERCHMAN, S.; EDLER, F.C. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed.11. reimp. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, Célia Regina Rodrigues. **Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família**: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600006F>. Acesso em: 3 mar. 2021.

GIOVANELLA, Ligia [et al.]. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>. Acesso em: 18 jul. 2021.

GIOVANELLA, Ligia; MENDES, Cassiano Franco; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 25, n. 4 p. 1475-1482. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Acesso em: 15 fev. 2021.

GIOVANELLA, Lúgia [et al.]. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 18 mar. 2021.

GIOVANELLA, Lúgia; MENDES, Cassiano Franco. Comentários sobre a carteira de serviços para a APS sob consulta. **ABRASCO**, ago. 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniao/comentarios-sobre-a-carteira-nacional-de-servicos-para-a-aps-sob-consulta-artigo-de-ligia-giovanella-e-cassiano-franco/42331/>. Acesso em: 10 jun. 2021.

GIOVANELLA, Ligia [et al.]. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, June 2018. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601763&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2021.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lúgia (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GUERRA, Yolanda. **Investigação social e serviço social**: novos processos de produção do conhecimento. 1998. Disponível em: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-145.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

HARZHEIM, Erno. Previne Brasil: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4pBPtJ4CVFGtSjYKPbnbyzD/?lang=pt>. Acesso em: 25 Jun 2021.

HARVEY, David. **O novo imperialismo**. 8.ed. Trad. de Adail Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Loyola, 2014.

HARVEY, David. **O enigma do capital e as crises do capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2011.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto**. 2. ed. (tradução Célia Neves e Alderico Toríbio). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976 (reimpressão: 2002).

LARA, Ricardo. Notas luckacsianas sobre decadência ideológica da burguesia. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v.16, n. 1, p. 91-100, jun. 2013.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>. Acesso em: 01 mar. 2021.

LIRA, Tercália Suassuna Vaz. Superexploração da força de trabalho, crise mundial e Golpe de Estado no Brasil. **Revista de Políticas Públicas** [online], v. 22, n. 2. EDUFMA: 2018.

MACIEL, Sergiane Maia. Reforma (contrarreforma) do Estado: reflexos na política de saúde. VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas (JOINPP). UFMA, 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo1/reformacontrareformadoe stadoreflexosnapoliticadesaude.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

MANDEL, Ernest. **A crise do capital**. São Paulo: Ensaio; Unicamp, 1990.

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. 2 ed. São Paulo: Nova Cultura, 1985.

MARINI, Ruy. Dialética da dependência. **Germinal: Marxismo e Educação em Debate**. Salvador, v. 9, n. 3, p. 325-356, dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/24648>. Acesso em: 11 nov. 2020.

MARX, Karl. **Crítica do Programa de Gotha**. Seleção, tradução e notas Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2012.

MARX, Karl. **Grundisse**. São Paulo: Boitempo, 2011.

MARX, Karl. **Glosas Críticas Marginais ao artigo “O rei da Prússia e a reforma social” de um prussiano**”. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

MARX, Karl. **Contribuição à crítica da economia política**. [Tradução e introdução de Florstan Fernandes]. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARX, Karl. A assim chamada acumulação primitiva. *In*: MARX, Karl. **O Capital: Crítica da economia política**. Livro I: O processo de produção do capital. (Trad. Régis Barbosa e Flávio R. Kothe). São Paulo: Nova Cultural, 1996. (Coleção Os Economistas).

MARX, Karl. **O Capital**. Volume III - Tomo 2. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MATHIAS, Maíra. **Guinada biomédica?** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/guinada-biomedica>. Acesso em: 10 jun. 2021

MATTOS, Marcelo Badaró. Mais que uma analogia: análises clássicas sobre o fascismo histórico e o Brasil de Bolsonaro. *In*: CISLAGH, Juliana Fiuza; DEMIER, Felipe. **O neofascismo no poder (ano I)**. Rio de Janeiro: Consequência, 2019.

MAURIEL, Ana Paula. Estado e expropriações no capitalismo dependente. *In*: BOSCHETTI, Ivanete (Org.). **Expropriação e direitos no Capitalismo**. São Paulo: 2018.

MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2011.

MELO, Eduardo Alves [et al.]. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>. Acesso em: 21 fev. 2021

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. Brasília: CONASS, 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Atenção Primária à saúde no SUS**. Ed. Escola de Saúde Pública do Ceará: Fortaleza, 2002.

MENDES, Aquilas Nogueira; CARNUT, Leonardo. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social**.v. 22, p. 9-32, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260/25136. Acesso em: 3 jul. 2020.

MENDES, Áquilas. **A Atenção Básica no SUS e as pedras no seu caminho**. J Manag Prim Health Care [Internet]. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/709>. Acesso em: 06 jun. 2021.

MENDES, Áquilas. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa. **CEE/FIOCRUZ**. Disponível em: https://www.cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo_Aquilas_Mendes.pdf. Acesso em: 30 jul. 2021.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de [et al.]. Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *In*: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães [et al.]. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2018.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A política de saúde no governo Lula. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, jun. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000200022>. Acesso em 14 fev. 2021.

MIRANDA, Ana Paula Rocha de Sales. Política de Saúde no Brasil: conquistas e inflexões. *In*:CAVALCANTI, P.B.; CARVALHO, R.N.; MIRANDA, A.P.R.S. (Orgs.). **Saúde em foco: visibilidades no contexto atual**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2010.

MOTA, Ana Elizabete. A cultura da crise e as ideologias do consenso no ultraneoliberalismo brasileiro. *In*: CISLAGHI, Juliana Fiuza, DEMIER, Felipe (Orgs.). **O neofascismo no poder (ano I)**. Rio de Janeiro: Consequência, 2019.

MOTA, Ana Elizabete. Expropriações contemporâneas: hipóteses e reflexões. *In*:BOSCHETTI, Ivanete (Org.). **Expropriação e Direitos no Capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2018.

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2020, v. 36, n. 9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>. Acesso em: 14 mai. 2021.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**. São Paulo: 2010. Disponível em: <http://docplayer.com.br/18386410-Reflexoes-sobre-as-competencias-profissionais-para-o-processo-de-trabalho-nos-nucleos-de-apoio-a-saude-da-familia.html> Acesso em: 10 mar. 2021.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

NETTO, José Paulo. Crise do capital e consequências societárias. **Revista Serviço Social e Sociedade**. n. 111, São Paulo: Cortez, jun/set, 2012.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método da teoria social. *In*: **Serviço Social: Direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ ABEPSS, 2009.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NOGUERIA, Mariana Lima. **O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva**. Tese. UERJ, Faculdade de Educação, 2017.

NORONHA, José Carvalho de. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 847-849, maio. 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/9639/2/cobertura%20universal%20de%20saude.pdf> . Acesso em: 12 abr. 2021.

OLIVEIRA, Tatiany Fernandes. **A inserção do Assistente Social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: a experiência do município de João Pessoa-PB. 2010. TCC. Brasília: UNB, 2010.

ORGANIZAÇÃO das Nações Unidas (ONU). ONU aprova declaração sobre Cobertura Universal da Saúde (2019). Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/onu-aprova-declaracao-sobre-cobertura-universal-da-saude>. Acesso em: 01 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde (OMS). **Cobertura Universal de Saúde (CUS)**. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/world-health-day/pt/world-health-day-2019/>. Acesso em: 1 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Atención Primaria de Salud**. Informe de la Conferência Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. Genebra, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Financiamento dos Sistemas de Saúde**: o caminho para a cobertura universal. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO Pan Americana da Saúde / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Relatório 30 anos de SUS** – que SUS para 2030? Brasília: OPAS/OMS, 2018b.

ORGANIZAÇÃO Pan Americana da Saúde / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Mais Médicos**: profissionais cubanos da cooperação internacional sairão do Brasil até 12 de dezembro. OPAS/OMS, 2018a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/19-11-2018-mais-medicos-profissionais-cubanos-da-cooperacao-internacional-sairao-do-brasil>. Acesso em: 2 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: Washington, D.C: OPAS, 2005. Disponível em: https://moodle.ead.fiocruz.br/modulos_saude_publica/sus/files/media/OPAS_APS.pdf. Acesso em 21 mar. 2021.

OSÓRIO, Jaime. Dependência e superexploração. *In*: SADER, Emir; SANTOS, Teotônio dos. **A América Latina e os desafios da globalização**. Boitempo: São Paulo, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária Brasileira e a Saúde Coletiva: concepções, posições e tomadas de posição de intelectuais fundadores. *In*: VIEIRA-DASILVA, Ligia Maria. **O campo da Saúde Coletiva**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção primária: uma receita para todas as estações? **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, jun./set. 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. *In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

POGGI, Tatiana. Fascismo à brasileira. *In: CISLAGHI, Juliana Fiuza, DEMIER, Felipe (Orgs.). O neofascismo no poder (ano I)*. Rio de Janeiro: Consequência, 2019.

REIS, João Gabbardo [et al.]. Criação da Secretaria de Atenção Primária À Saúde e suas implicações para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 26, suplemento 2. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.18612019>. Acesso em: 20 maio. 2021.

RIBEIRO, Fátima Aparecida. **Atenção Primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica**. 2007. Dissertação. São Paulo: 2007.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Ed. Atlas, 2007.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizzon. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90**. São Paulo: HICITEC, 2012. (Coleção Saúde em Debate, n.217).

RUIZ, Diana; MARTUFI, Valentina. **Cobertura Universal em Saúde e APS**. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/02/03/boletim-cobertura-universal-em-saude-e-aps>. Acesso em: 23 fev. 2021.

RUIZ, Diana; MARTUFI, Valentina. **Posicionamentos sobre a Carteira de Serviços da APS**. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, 2019. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2019/09/09/posicionamentos-sobre-a-carteira-de-servicos-da-aps/>. Acesso em: 10 jun. 2021.

RUIZ, Diana; MARTUFI, Valentina. **Posicionamentos internacionais sobre a Carta de Astana**. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, 2018. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2018/11/26/posicionamentos-internacionais-sobre-a-carta-de-astana/>. Acesso em: 23 fev. 2021

SANTOS, Julia Amorim. **A ampliação do processo de privatização da saúde pública no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 2018.

SANTOS, Josiane Soares. Particularidades da “questão social” no Brasil: mediações para seu debate na “era” Lula. *Revista Serviço Social e Sociedade*. n. 111, São Paulo: Cortez, jun/set, 2012.

SALVADOR, Evilásio da Silva. O desmonte do financiamento da Seguridade Social em contexto de ajuste fiscal. *Revista Serviço Social e Sociedade nº 130*. Cortez: São Paulo, 2017.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 24. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2016.

SILVA, Alessandra Ximenes da. A contrarreforma na política de saúde e a função dos intelectuais coletivos. *In*: SILVA, Alessandra Ximenes da.; NÓBREGA, Mônica Barros da.; MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro. (Orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social**: as inflexões na política de saúde. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

SILVA, Alessandra Ximenes. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos**: no processo da Reforma Sanitária Brasileira. 2013. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, 2014.

SILVA, Letícia Batista; CASTRO, Marina Monteiro de Castro e; SOUZA, Rodriane de Oliveira. Crises econômica e sanitária: notas de continuidade. **Temporalis** [online]. Brasília. v. 21, n.41, p. 34-52, jan/jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.22422/temporalis.2021v21n41p34-52>. Acesso em: 09 jul. 2021.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CORDOVA, Fernanda Peixoto. A pesquisa científica. *In*: GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. 2010. Tese (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social). UFPE, Recife, 2010.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Rev. Katálysis** [online]. Florianópolis. v.17, n. 2, p. 227-234. jul./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0227.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2020.

SOUZA, Diego de Oliveira. O Estado neoliberal face à COVID-19: o financiamento de políticas sociais. **Temporalis** [online]. Brasília. v. 21, n.41, p. 190-204, jan/jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.22422/temporalis.2021v21n41p190-204>. Acesso em: 09 jul. 2021.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SUMAR, Norhan; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **J Manag Prim Health Care** [online]. v. 5, n. 2, 2014. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/217>. Acesso em: 8 fev. 2021.

TONET, Ivo. **Método científico**: uma abordagem ontológica. São Paulo: Instituto Lucaks, 2013.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal. [et al.] Contrarreforma na Atenção Primária à Saúde: a Estratégia Saúde da Família em foco. *In*: SILVA, Alessandra Ximenes da.; NÓBREGA, Mônica Barros da.; MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro.

(Orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social**: as inflexões na política de saúde. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; SCHMALLER, Valdilene Pereira Viana. Promoção da Saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas. *In*: VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; COSTA, Maria Dalva Horácio da. **Por uma crítica da Promoção da Saúde**: contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: HUCITEC, 2014.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; SCHMALLER, Valdilene Pereira Viana. Estratégia Saúde da Família: foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil. **Sociedade em Debate**. Pelotas, v.17, n.1, p. 89-118, jan-jun, 2011.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; CARNEIRO, Thaísa Simplicio. Saúde da Família em foco: uma análise da realidade de Campina Grande/PB. *In*: DAVI, Jordeana; MARTINIANO, Claudia; PATRIOTA, Lúcia Maria. (Orgs.). **Seguridade social e saúde**: tendências e desafios [online]. 2 ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. O silencioso desmonte da Seguridade Social no Brasil *In*: PEREIRA, Potyara A. P.; BRAVO, Maria Inês Souza (Orgs.). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez, 2ª ed., 2002.

VIEIRA, Evaldo. **Os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2004.

YASBEK, Maria Carmelita; BRAVO, Maria Inês; SILVA, Maria Liduína de Oliveira; MARTINELLI, Maria Lúcia. A conjuntura atual e o enfrentamento ao coronavírus: desafios ao Serviço Social [Editorial]. **Rev. Serviço Social e Sociedade** [online]. São Paulo, n. 140, p. 5-12, jan/abr, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.234>. Acesso em: 16 jul. 2021.

WESTPHAL, Marcia Faria. Promoção da Saúde e prevenção de doenças. *In*: CAMPOS, G.W.S. et al (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.