

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO EM SAÚDE COM
HABILITAÇÃO EM GERÊNCIA EM SAÚDE

Vitor Mateus Paiva Meireles

DETERMINAÇÕES CAPITALISTAS NEOLIBERAIS NO SUS: impactos na conformação da
Atenção Primária à Saúde brasileira

Rio de Janeiro

2019

Vitor Mateus Paiva Meireles

DETERMINAÇÕES CAPITALISTAS NEOLIBERAIS NO SUS: impactos na conformação da
Atenção Primária à Saúde brasileira

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
como requisito parcial para aprovação no curso
técnico de nível médio em saúde com habilitação
em Gerência em Saúde.

Orientadora: Mariana Lima Nogueira

Rio de Janeiro

2019

Vitor Mateus Paiva Meireles

DETERMINAÇÕES CAPITALISTAS NEOLIBERAIS NO SUS: impactos na conformação da
Atenção Primária à Saúde brasileira

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
como requisito parcial para aprovação no curso
técnico de nível médio em saúde com habilitação
em Gerência em Saúde.

Orientadora: Mariana Lima Nogueira

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINATÓRIA

Leticia Batista da Silva

(Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz)

André Vianna Dantas

(Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz)

AGRADECIMENTOS

A Deus por me conceder saúde e força para superar os obstáculos ao longo dessa etapa acadêmica.

A esta instituição, seu corpo docente (em especial, a professora Letícia por me indicar a Mariana para me orientar), direção, administração por me oportunizar a possibilidade de ampliar minha visão crítica-analítica da realidade social na qual estou inserido.

À Professora orientadora Mariana Lima Nogueira pela força de vontade, por sempre acreditar no meu potencial para realização desta monografia, por me incentivar durante todo o período de realização, por ser bastante atenciosa comigo, pela dedicação, por me oportunizar mais conhecimento e leituras extremamente relevantes para a minha formação, pela compreensão, pelo apoio e todas as correções e críticas construtivas para o aprimoramento da qualidade da monografia. Foi proporcionada pela Professora Mariana a oportunidade de realizar um trabalho com tanta importância para a nossa conjuntura brasileira atual. Agradeço a ela por me iniciar no processo de produção científica e me repassar aprendizados que serão essenciais para toda a minha vida. Não tenho palavras para expressar o quanto foi importante a participação desta professora na minha formação acadêmica.

E à minha família pelo amor, incentivo, apoio incondicional e compreensão.

RESUMO

A pesquisa analisa determinações capitalistas neoliberais no Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente seus impactos na conformação da Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira. É um estudo qualitativo e se apoia no referencial materialista histórico dialético. A partir de levantamento bibliográfico na base de dados *Scientific Library Online*, leitura de artigos na íntegra bibliografia sobre Estado, neoliberalismo, SUS, APS e Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), foram analisados mecanismos históricos que produzem o neoliberalismo, sua relação com o Estado e capitalismo e as principais consequências desencadeadas na América Latina. A consolidação da APS no SUS e o próprio setor saúde são atravessados por disputas e interesses econômicos, sociais e políticos. O neoliberalismo na APS é difundido por importantes forças políticas como os Organismos Internacionais, principalmente o Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde. Estes influenciam historicamente o Sistema e também a formulação da PNAB, particularmente a PNAB em vigor produz diversos prejuízos como: ênfase e orientação da centralidade do cuidado a partir do modelo de atenção biomédico com esvaziamento da referência comunitária e territorial; desvalorização dos princípios da APS e do SUS, segmentação do cuidado; legitimação da proposta de cobertura universal em detrimento do princípio da universalidade. Tal processo ocorre em uma conjuntura neoliberal de aprovação de medidas como: a aprovação da Emenda Constitucional 95, Reforma da Previdência Social e Reforma Trabalhista na política brasileira, que se constituem como retrocessos na seguridade social e cortes nos direitos dos trabalhadores.

Palavras-chave: Neoliberalismo; Atenção Primária à Saúde; Política Nacional de Atenção Básica; Sistema Único de Saúde

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BM	Banco Mundial
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSs	Organizações Sociais
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPP	Parcerias Público-Privadas
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
Scielo	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. METODOLOGIA	14
3. NEOLIBERALISMO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	17
3.1 NEOLIBERALISMO E POLÍTICAS SOCIAIS.....	20
4. CONTRADIÇÕES E DISPUTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL.....	29
4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA APS	29
4.2 INFLUÊNCIAS DOS ORGANISMOS INTERNACIONAIS NA APS BRASILEIRA.....	37
4.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA 2017 E SEUS EFEITOS	42
5. CONCLUSÕES	46
REFERÊNCIAS.....	48
APENDICE A - Artigos encontrados e artigos selecionados por ano de publicação sobre neoliberalismo e SUS	52
APENDICE B - Artigos encontrados e lidos na íntegra sobre a PNAB 2017	53

1 INTRODUÇÃO

A história de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) é marcada por um movimento intitulado de Reforma Sanitária que surgiu durante o período de resistência contra a ditadura empresarial-militar no Brasil. Neste período, principalmente durante as décadas de 1970 e 1980, houve uma série de reivindicações sociais realizadas por movimentos comunitários, profissionais de saúde e das universidades públicas, estudantes, partidos políticos, sindicatos entre outras entidades, que exigiam mudanças e transformações necessárias para o sistema de saúde que na época não era universal (PAIVA e TEIXEIRA, 2014). Essas reivindicações também criticavam o sistema político vigente abrangendo lutas que não se restringiam a demandas setoriais da saúde, mas também buscavam melhoria das condições de vida da população (FIOCRUZ, s.d).

Durante o período ditatorial, profissionais da saúde, sindicatos e movimentos sociais propuseram a perspectiva de um sistema universal de saúde cujos vários princípios são pertencentes ao SUS atual. Esse processo se consolidou como marco institucional da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 (CEBES, 2013). Algumas das reivindicações realizadas no âmbito dos movimentos e demais entidades que participaram da Reforma Sanitária foram incluídas na legislação do SUS como universalidade à saúde, participação social e a integralidade atrelada a humanização do serviço de saúde. Estes foram incluídos como princípios estruturantes do SUS, sistema o qual é consolidado posteriormente a ditadura.

O SUS é criado a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população. A saúde e seus serviços públicos deveriam estabelecer que todos os cidadãos brasileiros tenham o acesso ao atendimento nos serviços públicos de saúde, em todos os seus níveis de complexidade, compreendendo os níveis primário, secundário e terciário.

A atenção primária à saúde (APS), que constitui o nível primário, visa orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento de diferentes complexidades (secundário e terciário). Uma das propostas da APS é organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde de maneira integrada por níveis de atenção. A ideia principal de APS adotada nos documentos oficiais (BRASIL, 2017) é se constituir como uma estratégia de organização fundamental da atenção à saúde, focada

principalmente em responder de forma regionalizada, sistematizada às necessidades de saúde de uma população. Como consequência, pretende integrar ações preventivas e curativas para a atenção individual e integral da comunidade usuária deste nível de atenção.

A APS é uma forma de estruturar e organizar sistemas de saúde, esta é o contato preferencial dos usuários ao SUS e deveria ser estruturada a partir dos princípios da universalidade, acessibilidade, e coordenação do cuidado, vínculo, longitudinalidade, continuidade, equidade, participação social (BRASIL, 2011). De acordo com Morosini, Fonseca e Lima (2017), a APS incorpora princípios da Reforma Sanitária em sua organização, levando consigo a designação Atenção Básica em Saúde no Brasil a fim de priorizar a reformulação do modelo médico-assistencial, a partir da utilização de um sistema de saúde universal e integrado a saúde, no entanto os documentos oficiais do Ministério da Saúde utilizam Atenção Básica e Atenção Primária com os mesmos objetivos (NOGUEIRA, 2017).

A organização da APS se dá por meio de alguns princípios característicos, como a regionalização, integralidade. Esses ideais mostram que os serviços de saúde devem ser organizados para que o atendimento nas regiões seja restrito e diferenciado com base em cada necessidade presente no seu respectivo território de atuação e que a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas esteja presente. A APS também considera que a saúde é um direito humano (MATTA e MOROSINI, 2009).

A APS se concentra nos cuidados primários de saúde que são os cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas que deveriam ser colocados ao alcance universal dos indivíduos e famílias. A APS também representa o primeiro nível de contato dos usuários, da família e da comunidade com o sistema de saúde. O primeiro contato realizado na APS é, assim, considerado o elemento fundamental ao processo de assistência a saúde.

No município do Rio de Janeiro há diversos programas governamentais relacionados à APS, sendo o principal deles a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde são realizadas, por exemplo, consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos que são disponibilizados aos usuários. A ESF pretende promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação e o uso de tabaco, fazendo assim, por exemplo, campanhas, alertas a

população. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF pode ser considerada a porta de entrada do SUS (BRASIL, 2011).

A proximidade da equipe de saúde da família com o usuário proporciona o conhecimento da pessoa, da família e da vizinhança. Essa estratégia pode garantir a maior adesão do usuário aos tratamentos e às intervenções propostas pela equipe de saúde. Os resultados esperados são mais problemas de saúde resolvidos na Atenção Primária, conseqüentemente, sem a necessidade de intervenção da média e alta complexidade de uma unidade de saúde (BRASIL 2011).

A Equipe de Saúde da Família é vinculada à UBS e compõe o nível de atenção primário, nível que resolve cerca de 80% dos problemas de saúde da população, reforçando assim a ideia de que a ESF é importantíssima para o acompanhamento das pessoas e suas trajetórias nas unidades de saúde (BRASIL, 2011). Entretanto, se o usuário necessitar de um cuidado mais avançado, a ESF também faz o encaminhamento do usuário para uma unidade e um nível de atenção mais apropriado e preparado para a necessidade de saúde do usuário.

Para a regulação da APS no Brasil o Ministério da Saúde publicou portarias ao longo dos anos. A legislação vigente é a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada no final do ano de 2017, e que apresenta graves retrocessos para o SUS em relação à PNAB anterior, publicada no ano de 2012. A PNAB vigente produz diversas alterações no que diz respeito a atenção primária como a promoção da relativização da cobertura universal, a segmentação do acesso, a recomposição das equipes, a reorganização do processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a fragilização da coordenação nacional da política (MOROSINI, et.al, 2018).

A PNAB estabelece a composição de equipes na APS, dentre estas a ESF onde se incluem os ACS que são trabalhadores que atuam exclusivamente no âmbito do SUS, atualmente somam em todo o Brasil um número em torno de 270 mil trabalhadores, distribuídos em 5.429 municípios, e assistindo a mais de 120 milhões de pessoas (BRASIL, 2018). De acordo com Nogueira (2017, p.4):

os ACS são trabalhadores particularmente vulneráveis às forças políticas conservadoras que respondem aos interesses privatistas e medicalizantes no SUS, aos ajustes fiscais e ao avanço das contrarreformas neoliberais por existirem somente no âmbito de uma política social e na política

pública; por terem conseguido avanços significativos em relação ao vínculo empregatício e por assegurarem em lei o piso salarial nacional. Além disso, uma questão fundamental que contribui para essa vulnerabilidade é [...] não possuírem uma formação profissional específica, uma formação que confira habilitação profissional.

Dentre os requisitos para exercer esse trabalho estão os seguintes: residir no território de atuação, ter escolaridade de ensino médio completo, ter disponibilidade de tempo de 40 horas semanais e idade mínima de 18 anos. Historicamente, os âmbitos de atuação prioritária do ACS foram o comunitário e o domiciliar (NOGUEIRA, 2017).

Para que o atendimento integral seja efetivado, é importante que haja a participação de profissionais inseridos no nível de atenção primária em saúde conhecedores da região, das necessidades e desafios de vida enfrentados pela comunidade, como os ACS, responsáveis pela educação e vigilância em saúde mais aproximada da população atuando regionalmente sobre a população usuária.

Apesar da Atenção Primária à Saúde ser constituída por um conjunto de ações de saúde que deveriam estar acessível para todos como um direito, o Estado é atravessado pelo neoliberalismo proposto pelo capitalismo, o que tensiona a saúde pública brasileira. No Brasil, a APS é ofertada principalmente a populações de baixa renda, classe trabalhadora que sofre com a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global. O avanço da privatização da saúde produz um distanciamento de um caráter universalista da Declaração Alma-Ata¹, afastando-se também da ideia de defesa da saúde como um direito, não visando assim uma atenção integral, que contemple a determinação social da saúde e a universalidade (MATTOS, 2000).

No ano de 2018 a prefeitura do Rio de Janeiro anunciou que faria uma reestruturação da rede de atenção primária da cidade, reduzindo equipes de saúde da família, e prevendo a demissão de muitos trabalhadores, em sua maioria, ACS (SMSDC-RJ, 2018). O processo de transformação na Atenção Básica, tanto na PNAB quanto no município do Rio de Janeiro, ocorre em uma conjuntura política de intensificação das pressões neoliberais, onde é enfático o apelo a privatização das empresas estatais e nas políticas sociais focalizadas. Assim, considerando as

¹A declaração de Alma-Ata foi um pacto assinado entre 134 países a partir da primeira conferência internacional sobre cuidados primários de saúde no ano de 1978, realizado na capital do Cazaquistão, Alma-Ata. Na declaração a APS era compreendida como cuidados primários de saúde ou cuidados essenciais em saúde (MATTIA e MOROSINI, 2009).

recentes transformações na APS regulamentadas pela PNAB 2017 e o avanço do neoliberalismo na atenção primária à saúde, apresenta-se as seguintes questões norteadoras:

- Quais são os impactos do capital no campo da saúde, em específico na atenção primária em saúde?
- Qual é a relação do neoliberalismo com a reconfiguração do SUS na atenção primária a partir da publicação da PNAB de 2017?

As políticas públicas em saúde são muito importantes na sociedade e são elaboradas a partir de conflitos e lutas entre as classes sociais e o papel do Estado. No Brasil a definição legal de saúde está intimamente relacionada ao princípio da dignidade da pessoa humana previsto pela Constituição Federal de 1988, e esta definição é muito importante para garantir que as pessoas exigem seus direitos e que sejam atendidas em suas necessidades, independente de sua condição econômica.

O direito universal à saúde é fundamental porque se uma pessoa economicamente desfavorecida adoece, ela deveria ser acolhida, escutada e se necessário tratada de acordo com suas necessidades. Por isso a importância de um sistema de saúde pautado em princípios igualitários, integrais, regionalizados para que a população usuária tenha acesso, com qualidade, à serviços públicos, como os da saúde, que contribuem para condições dignas de vida.

O SUS tem hoje mais de 2 milhões de profissionais e trabalhadores cuidando de cerca de 150 milhões de pessoas que dependem exclusivamente desse Sistema (BRASIL, 2010), no entanto em razão de muitas determinações sociais que constituem o Brasil, como a desigualdade social, concentração de renda, que produz baixa renda para grande parte dos trabalhadores, locais de moradia desiguais e qualidade de vida heterogêneas no mesmo país, o direito à saúde não é efetivado por muitos trabalhadores e a rede de saúde pública é precária em diversas regiões².Essas desigualdades são decorrentes do modo de produção capitalista como gerador medular produzindo tanto o não acesso a saúde por todos como a falta de reconhecimento da saúde como direito (BATISTA, 2019).Portanto, apesar da saúde ser direito de todos e dever do Estado, de acordo com a Constituição de 88, no capitalismo a saúde é tratada como mercadoria, e

² Segundo Nogueira (2017, s.p): “mais de 50,6 milhões de pessoas no Brasil não são cobertas pelos serviços públicos da ESF; na região nordeste existem mais de 9 milhões de pessoas sem cobertura; região centro-oeste mais de 4 milhões de pessoas ; região norte em torno de 5 milhões de pessoas não tem acesso a estes serviços públicos; região sudeste 26 milhões de pessoas não são cobertas; região no Sul 6 milhões não possuem cobertura”.

mesmo sendo um direito o acesso aos serviços de saúde, estes não são acessados com a mesma qualidade e facilidade para todos.

Este estudo é relevante, pois pretende investigar os impactos do neoliberalismo na Atenção Primária à Saúde, este que é o nível de atenção que funciona como porta de entrada para atendimento das pessoas no SUS, ou seja, que é ordenador de toda a rede. Além disto, a Atenção Primária é realizada tendo como princípio o cuidado não somente nas unidades de saúde, mas também no território, então é o nível mais próximo de prestação de cuidados aos usuários do Sistema.

Neste sentido, o objetivo geral do presente estudo é: analisar determinações capitalistas neoliberais no SUS, particularmente, seus impactos na conformação da APS brasileira.

Para a elaboração do presente estudo são desenvolvidos os seguintes objetivos específicos: discutir os impactos do neoliberalismo no campo da saúde, em específico na APS; e identificar as principais alterações produzidas a partir da PNAB 2017 em vigor no SUS.

2 METODOLOGIA

A pesquisa é de abordagem qualitativa e de tipo exploratória. Segundo Minayo (2004), a pesquisa qualitativa considera a investigação social de processos complexos, contraditórios e em transformação que envolvem sujeitos de estudo que tem determinada condição social e são pertencentes a determinada classe social.

A pesquisa baseou-se em um referencial teórico e metodológico: materialismo histórico dialético (MARX, 2012). De acordo com Netto (2011), este referencial foi elaborado por Karl Marx que descobriu a estrutura e dinâmica reais do capital, e que extraiu seu movimento a sua própria lógica. Ao se pesquisar tendo por base as categorias do referencial materialista histórico e dialético, o pesquisador necessita incluir a prática social à teoria (KONDER, 2008).

A dialética afirma um entendimento de que a realidade é histórica, não é estática, é uma unidade diferenciada e contraditória:

[...] o conflito dos contrários faz avançar a realidade num processo histórico de transformação progressiva e tanto evolucionária como revolucionária, e, em suas transformações revolucionárias ou descontínuas, dá origem a novidade qualitativamente autêntica. [...] a natureza contraditória da realidade implica que afirmações contraditórias são verdadeiras em relação à realidade e, conseqüentemente, exigem uma lógica dialética que supere a lógica formal (BOTTOMORE, 2012, p.382).

Para conhecer o objeto o pesquisador deve extrair da realidade social as suas múltiplas determinações. Para isto, é necessário utilizar três categorias centrais na concepção teórico e metodológica de Marx: totalidade, contradição e mediação.

A totalidade consiste na visão de conjunto que permite ao homem descobrir a estrutura significativa da realidade com que se defronta numa situação dada (NETTO, 2011). A mediação é a forma com que um fato é mediatizado por outros fatos e por diversas ações humanas. Bottomore (2012) estabelece que a mediação é uma categoria central da dialética “é o passo necessário para descrever a particularidade do objeto – de estudo-, a relação do aparente, singular ou contingente, com o processo mais compreensivo que o determina” (ZEMELMAN apud CIAVATTA, 2009, p.131). As mediações, entretanto, obrigam-nos a refletir sobre outro elemento insuprimível da realidade: as contradições (NETTO, 2011).

Segundo Konder (2008), a dialética reconhece a contradição como princípio básico do movimento pelo qual os seres existem. Bottomore (2012) afirma que a contradição é, entre outras coisas:

[...] as que existem entre as relações de produção e as forças produtivas, ou entre o capital e a luta organizada da classe trabalhadora. Tais contradições históricas estão assentadas nas contradições estruturais. [...] Todas estas contradições são dialéticas porque elas constituem oposições inclusivas reais, pois seus termos pressupõem existencialmente seu oposto [...] Contradições dialéticas [...] em Marx, são ao mesmo tempo, próprias ao sujeito e empiricamente fundadas (BOTTOMORE, 2012, p.118).

Estas categorias do método apoiaram o desenvolvimento da pesquisa em todas as suas fases, da leitura crítica e atenta dos artigos encontrados à análise e elaboração escrita.

Para o desenvolvimento da pesquisa foi realizado um levantamento bibliográfico por meio da busca na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) tendo como referência as palavras-chaves: Neoliberalismo; Saúde; Atenção primária a Saúde. O levantamento bibliográfico foi feito para tomar conhecimento das alterações que o neoliberalismo pode causar na política pública de saúde e possíveis impactos na sociedade, incluindo os usuários e trabalhadores da área da atenção básica.

O resultado do levantamento bibliográfico ao utilizar as palavras chaves combinadas: Neoliberalismo e Atenção Primária a Saúde foi de nenhum artigo. Procuramos então artigos com as palavras chaves combinadas: Neoliberalismo; e Saúde; e foram encontrados 70 artigos científicos. Para refinar a pesquisa aplicamos os filtros: artigos produzidos no Brasil; idioma em Português; e produzidos nos últimos 5 anos; assim foram encontrados 10 artigos (APÊNDICE A).

Em seguida, foi realizada a leitura de todos os títulos dos 10 (dez) artigos encontrados, cinco destes não se adequaram aos objetivos da pesquisa, pois tratavam de temas específicos (Enfermagem, Educação, Pessoas em situação de rua) e um deles tinha um referencial teórico diferente do que utilizamos na pesquisa (Biopolítica). Assim, realizou-se a leitura na íntegra de quatro artigos que abordam a temática geral.

Em um segundo momento foi realizado outro levantamento bibliográfico na base de dados *Scielo* com os descritores: Política nacional de Atenção Básica e aplicou-se o filtro do recorte temporal do ano de 2017, pois neste ano ocorreu a publicação da Política em vigor. Foram

encontrados 14 artigos, destes 5 estavam repetidos duas vezes, totalizando 9 artigos sobre a PNAB 2017. Ao ler o título dos artigos foram excluídos da leitura na íntegra 5 textos que não tratavam especificamente sobre a Política Nacional de Atenção Básica, mas de outros temas como Saúde bucal e formação de professores na APS. Assim, foram lidos na íntegra os 4 textos (APÊNDICE B)

Para subsidiar o desenvolvimento desta pesquisa também foram realizadas leituras sobre o conceito de Estado, neoliberalismo, SUS, APS e PNAB 2017 (LAURELL, 1982; BEHRING, 2008; CONILL, 2008; RIZZOTO, 2009; MENDONÇA, 2012; FAUSTO et.al, 2018, entre outros).

3 NEOLIBERALISMO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O presente capítulo tem por objetivo discutir o impacto do neoliberalismo no campo da saúde, específico no SUS, a partir da revisão de literatura em articulação com os achados do levantamento bibliográfico realizado no Scielo. Para escrita deste capítulo, foram lidos 5 artigos na íntegra encontrados no levantamento bibliográfico e textos elaborados por autores respaldados no materialismo histórico dialético que abordam os temas: Estado e neoliberalismo.

O neoliberalismo é uma forma de organização e modus operandis do Estado em determinada fase do capitalismo. Para elaborarmos reflexões sobre o neoliberalismo precisamos então apontar que o Estado pode ser interpretado por diferentes correntes de pensamento, como a liberal e a marxista. O pensamento marxista a respeito do Estado mostra que: “a cada grande época do capital corresponde uma estrutura estatal diferente – mais ou menos intervencionista maior ou menor em seu escopo de atuação, organizada internamente de uma, ou outra maneira” (PEREIRA e LINHARES, 2007, p. 67). O Estado nesse sentido é resultante das múltiplas formas de organização e conflito da vida social (MENDONÇA, 2012).

Com base na matriz liberal o conceito de Estado é entendido como parte de dois princípios-chave. Esses princípios são: o direito e o fato desse direito ser pertencente ao domínio da natureza. Podem ser notados alguns paradoxos dentro da matriz liberal nas concepções de origem e papel do Estado, em relação à origem e papel do Estado afirma-se que: “a noção de sociedade (ou Estado) civil por ela veiculada subentende a ideia de que a sociabilidade humana somente ocorre no âmbito do político, torna-se Estado e governo ‘naturalmente’ sinônimos” (MENDONÇA, 2012, p.351). Soma-se a compreensão da matriz liberal de Estado uma “cristalização” de seu conceito ao associá-lo a um sujeito dotado de iniciativa própria, ativa e que mantém sua imparcialidade sobre os indivíduos e sociedade, sem vínculos com quaisquer grupos sociais (MENDONÇA. 2012). Na matriz liberal há a aceitação de que em qualquer sociedade está presente uma minoria privilegiada por dons, competências ou recursos que detém o poderio sobre uma maioria.

Na matriz marxista, a partir do começo do século XIX, se fazem presentes as primeiras discordâncias a concepção de Estado da matriz liberal. A matriz marxista se contrapõe a matriz liberal por considerar que esta última compreende o Estado como algo a histórico, neutro e acima de interesses da sociedade. A matriz marxista é responsável pela ruptura da visão liberal já que autores como, Marx e Engels, colocam-se contra estes fundamentos (MENDONÇA, 2012).

Para a perspectiva marxista, a origem da propriedade privada se constituiu como central para a criação do Estado liberal, ou seja, entende-se que o Estado é a derivação da “necessidade dos grupos sociais privados e hegemônicos em assegurar e ocultar por meio de leis e demais medidas coercitivas capazes de manter os desfavorecidos financeiramente nessa condição, sem se rebelarem contra a apropriação (MENDONÇA, 2012, p. 349-355). Na matriz marxista sobre Estado é apresentada a visão “histórica e classista” da sociedade e dos homens (MENDONÇA, 2012, p. 349-355), o surgimento do conceito de Estado e sua aplicação se dá a partir do conjunto de relações sociais para assegurar a produção e reprodução de si mesmo.

Dessa forma, para a matriz marxista o poder do Estado é a expressão das relações de dominação presentes na vida social como, por exemplo, nos âmbitos econômico, social, cultural e político e está ligado a dominação econômica do homem sobre o outro. Marx (1998) afirma que “o poder estatal moderno é uma comissão que administra os negócios comuns do conjunto da classe burguesa”, expondo o conteúdo não neutro, mas de classes do Estado. Pereira e Linhares (2007) nesta mesma direção, argumentam que “o Estado é um instrumento mediante o qual uma classe exerce o poder sobre a outra explorando-a economicamente e conseqüentemente politicamente” (PEREIRA e LINHARES, 2007, p.66).

A concepção de Estado para o marxismo é baseada na relação entre modo de produção e sociedade, o que ocorre a partir da determinação econômica sobre a política, a sociedade e a cultura. Nesta perspectiva, entende-se que para assegurar a existência do Estado, no modo de produção capitalista, há o reforço do poderio por meio de ações coercitivas ou pela persuasão ideológica (MENDONÇA, 2012).

Antonio Gramsci, pensador militante e filósofo marxista, considera que o Estado não se resume a um sujeito ou objeto, expandindo assim a perspectiva para uma relação social, conceito ampliado para relações presente em uma sociedade. Assim, é incorporado o conceito de Estado Ampliado, compreendido como a união da sociedade civil e da sociedade política, sendo a primeira constituída por um conjunto de agentes sociais associados aos chamados aparelhos

privados de hegemonia como, por exemplo, a mídia; e a segunda consiste em um conjunto de aparelhos e agências do poder público que se interagem por si (MENDONÇA, 2012). Para Linhares e Pereira (2017) Gramsci alarga o entendimento do Estado, pois na sua perspectiva a dominação de classe é obtida não somente pela coerção, mas também pela persuasão.

O Estado no capitalismo é favorecedor de direitos individuais da classe dominante, detentora da propriedade privada, de um suposto regime de direito e das instituições de mercados de livre funcionamento e comércio. O Estado se utiliza da coerção para manter o monopólio das classes dominantes e preservar a todo custo os direitos individuais e o livre comércio, segundo a teoria neoliberal “[...] a eliminação da pobreza (no plano doméstico e mundial) pode ser mais bem garantida através dos livres mercados e do livre comércio (HARVEY, 2013, 75).

No neoliberalismo, forma que o Estado assume em determinado momento histórico, a privatização e a desregulação atrelada à competição é estimulada para um suposto aumento da eficiência e da produtividade, como se isto “melhorasse” a qualidade dos serviços. Esses efeitos tornam o mercado mais livre e um Estado socialmente precário. Cada indivíduo é responsável por si mesmo e pelo seu bem estar. Há governança do Estado pelas minorias privilegiadas, típico favorecimento do sistema financeiro e não o bem estar da população, pois ocorre a precarização dos serviços públicos, da seguridade social, o questionamento e a retirada de direitos historicamente conquistados pelos trabalhadores e a desregulamentação do mercado de trabalho em geral (BEHRING, 2008). Portanto, no Estado Neoliberal há uma disparidade entre o que é declarado como o bem estar de todos e suas consequências concretas a restauração do poder de classes, já que é uma forma de Estado que se organiza no capitalismo.

Para a competitividade se concretizar no mercado, o Estado desregulamenta e flexibiliza as relações de trabalho, o que leva a diminuição dos salários, a segmentação do mercado de trabalho e a diminuição das contribuições sociais para a seguridade. Destacam-se as iniciativas de privatização e da terceirização, assim sendo reduzindo o espaço de atuação do setor público, amortizando dívidas da iniciativa privada e dando abertura para investidores estrangeiros diretos (BEHRING, 2008).

Os efeitos do neoliberalismo se expressam desigualmente na periferia do Sistema em relação aos países centrais, esta é uma característica constituinte do capitalismo, a periferia do sistema (América Latina e África) sofrem efeitos agravados das desigualdades sociais enquanto os países centrais se beneficiam da acumulação do capital. No Brasil está presente uma constante

piora na desigualdade de renda, ou seja, a concentração de riquezas em poucos indivíduos e a ausência para grande parcela da população, já esperado dentro de um modo de produção capitalista.

O Estado neoliberal atua nacionalmente e internacionalmente: a neoliberalização é considerada um projeto de reorganização do capitalismo internacional e um projeto político de reestabelecimento das condições da acumulação do capital e de restauração do poder das elites econômicas (HARVEY, 2013). Exemplo disso é o acontecido na década de 70, período em que há uma acentuada queda na taxa de lucro das classes altas nos Estados Unidos da América, e quando estas mesmas classes se juntam às elites domésticas latino americanas e impulsionam o golpe no Chile e a tomada do poder na Argentina:

O subsequente experimento chileno com o neoliberalismo demonstrou que os benefícios da acumulação do capital revivida foram altamente prejudicados pela privatização forçada. O país e suas elites dirigentes, ao lado de investidores estrangeiros se saíram muito bem no começo. [...] Efeitos redistributivos e uma desigualdade social crescente têm sido de fato uma característica tão persistente do neoliberalismo que podem ser considerados estruturais [...] depois da implementação das políticas neoliberais no final dos anos 1970 a parcela da renda nacional do 1% mais rico dos EUA disparou, chegando a 15%- bem perto de seu valor pré-segunda Guerra mundial [...](HARVEY, 2013, p. 26).

3.1- NEOLIBERALISMO E POLÍTICAS SOCIAIS

Para avançar na análise sobre o neoliberalismo e seus efeitos nas políticas sociais é preciso entender conceitos como crise. A crise pode ser entendida por concepções distintas. Os autores definem que a essência da sociedade capitalista está em seu modo de produção e em suas relações de produção. A crise mundial de 2008 teve como consequência a resposta de países dominantes por meio da estatização das dívidas para salvar a classe social beneficiária dos lucros bancários, o aprofundamento das políticas neoliberais e o reforço da financeirização da economia, ampliando críticas e ataques contra as políticas universais:

[...] o capital realizou uma ofensiva contra a saúde. Sistemas nacionais de saúde sofreram comprometimento da universalidade, aprofundando políticas de competição regulada e comercialização, bem como fortalecendo as tendências de segmentação e de mercantilização na saúde. [...] Houve cortes com restrições de serviços, ampliação de copagamentos, transferência de custos para os usuários, diminuição de

responsabilidades por parte do Estado e aumento nas formas de privatização. Na América Latina, a privatização observada nos sistemas de saúde do Chile, da Colômbia, do México e da Argentina não se mostrou efetiva, aumentando a barreira de acesso e custos administrativos [...] (TEIXEIRA e PAIM, 2018, p. 12).

A Acumulação Integral se caracteriza por ser um regime de acumulação que expressa uma determinada forma hegemônica de organização de trabalho, em um determinado momento histórico, determinadas relações internacionais e forma estatal. Esse regime tem como suporte o Estado neoliberal e ataca um dos princípios fundamentais do SUS que é a universalidade, principalmente porque, segundo Mészáros apud Campos et. al (2015, p.17),

[...] é impossível existir universalidade no mundo social sem igualdade substantiva. Evidentemente, portanto, o sistema do capital, em todas as suas formas concebíveis ou historicamente conhecidas, é incompatível com suas próprias projeções – ainda que distorcidas e estropiados – de universalidade(...). A potencialidade da tendência universalizante do capital, por sua vez, se transforma na realidade da alienação desumanizante[...].

O ideário do SUS deveria ser alinhado à concepção social de direito universal, porém o seu processo de implementação foi descaracterizado pelo neoliberalismo que surgiu nos anos 90 no Brasil, na qual houve um momento de transição na política se configurou como uma contrarreforma social, já que reconfigurava a hegemonia burguesa no Brasil. Enquanto ocorria essa transformação, durante o pleito eleitoral de 1989, a burguesia se fragilizou em razão da redemocratização, quando um candidato político que representou processos de organização dos trabalhadores e classes médias quase se elegeu, Collor se elege nessa disputa embora não tenha refletido majoritariamente a vontade política da burguesia brasileira, já que posteriormente ocorre um impeachment em 1992. O neoliberalismo despertou vários desafios para a concretude do SUS, no contexto capitalista atual o SUS é viabilizado e operacionalizado sob as formas de organização baseadas no regime acumulativo integral (CAMPOS, VIANA e SOARES, 2015).

Para Teixeira e Paim (2015), a sociedade brasileira possui determinantes histórico-sociais que conformam o país como extremamente desigual, mesmo havendo um sistema de saúde teoricamente universalizado, é presente o subfinanciamento, a articulação público-privada na gestão e a desvalorização dos trabalhadores.

Viana e Silva (2018) afirmam que existe uma tensão inerente à ideia de saúde como direito social e de saúde como bem econômico e individual na medida em que este último entendimento aproxima a prestação de serviços de saúde a lógica proprietária (ou privada), pois o acesso somente é dado a partir do pagamento de cada pessoa necessitada do serviço. O neoliberalismo, assim, aproxima a saúde universal à prestação de serviços para o campo dos bens individuais da lógica proprietária.

Uma das contradições que constituem o SUS é a relação público-privada que se expressa pelo subfinanciamento do setor público e pelos “mecanismos de subvenção”, de apoio ao capital privado, e da privatização da gestão, enquanto o Sistema apoia-se no direito universal a saúde para todos.

O subfinanciamento na saúde em geral pode ser analisado, por exemplo, pelos números divulgados pela Auditoria Cidadã da dívida pública em relação ao orçamento federal pago em 2018, foi constatado que para juros e amortizações da Dívida destinou-se 40,66% (1, 065 trilhão de reais) de recursos públicos enquanto para saúde foram apenas 4% (AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA, 2019). Estes números alarmantes também foram identificados por Teixeira e Paim (2018), que afirmaram que o Governo Federal em 2014 gastou com o pagamento dos juros da dívida e amortizações o equivalente a 12 vezes o que foi destinado à educação, 11 vezes à saúde, e mais que o dobro dos gastos com a previdência social. Constata-se que esse subfinanciamento também está presente na atenção primária, segundo Santos apud Campos, et. al, (2015), a assistência de alta e média complexidade teve seus investimentos elevados em 43% entre 1995 e 2012 enquanto que na atenção básica o aumento foi de apenas 1,1%.

O orçamento da seguridade social não foi historicamente adotado, na íntegra, no Brasil, e suas fontes de recursos foram capturadas pela área econômica dos diferentes governos, de Sarney até os dias atuais. Estes recursos foram desviados para financeirizar a economia: “a questão social passou a ser conduzida por meio de programas emergenciais e políticas focalizadas defendidas por especialistas e preconizadas por instituições internacionais como o Banco Mundial (TEIXEIRA E PAIM, 2018, p.12).

Em relação aos mecanismos de subvenção, estes são realizados pela renúncia fiscal ou isenções e reduções de tributos de empresas, indústrias farmacêuticas de cofinanciamento público de planos privados de saúde a servidores federais. Segundo Behring (2008, p.63):

[...] a tendência de crescimento da renúncia fiscal consiste na explicação primeira da crise fiscal [...]ou seja, a crise fiscal é induzida não apenas,

nem principalmente pelas pressões dos trabalhadores por maior proteção social. Este foi na verdade um argumento para a defesa neoliberal dos cortes dos gastos sociais, escamoteando as intenções reais de diminuição do custo do trabalho, ao lado da imposição de derrotas aos segmentos mais organizados dos trabalhadores. É evidente a reorientação do fundo público para as demandas do empresariado, combinada à queda da receita engendrada pelo ciclo depressivo e à diminuição da taxa sobre o capital, que alimentam a crise fiscal.

Sob o argumento da escassez de recursos para conter o déficit público, preconiza-se o corte dos gastos estatais, a fim de quitar a dívida. Neste sentido, as políticas públicas brasileiras são conformadas por disputas neoliberais que são acompanhadas por um discurso ideológico baseado na melhoria absoluta dos serviços se forem privatizados. Nesse discurso ideológico as políticas são vistas como paternalistas, geradoras de desequilíbrio, excessivamente custosas, e que devem ser mediadas pelo mercado do capital. Logo, nessa perspectiva os direitos sociais se dissolvem trazendo, assim, a tendência pela desresponsabilização e desfinanciamento da proteção social do Estado. Há resistências e conflitos políticos neste processo, pois trata-se de luta de classe, no entanto com o avanço do neoliberalismo em ciclos de crise fiscal o Estado se configura como mínimo para a massa trabalhadora e máximo para o capital. A degradação dos serviços públicos e o corte dos gastos sociais leva às políticas públicas um processo de privatização e terceirização, tendo em vista a mercantilização e a transformação das políticas sociais em mercadoria, visando a rentabilidade do capital.

Outro elemento da relação público-privada é a outorga do gerenciamento de estabelecimentos públicos de saúde a grupos privados, sob a “[...] falsa tese de que o setor público é por definição incompetente no gerenciamento de serviços públicos para as necessidades sociais, e que o setor privado é naturalmente competente” (SANTOS apud CAMPOS et. al, 2015, p.89).

Para embasar a teoria de que o setor privado é mais eficiente, o neoliberalismo se utiliza de um convencimento por caráter ideológico, por exemplo, substituindo a universalidade pela focalização e a igualdade pela equidade. A ideia de equidade tomada pelo neoliberalismo é supostamente baseada na escassez de recursos públicos, logo deveriam ser atendidos somente os “socialmente excluídos” (CAMPOS, et.al, 2015). Na concepção capitalista que compreende essa fase neoliberal, o bem estar social é pertencente à iniciativa privada, porém há um equívoco já que nessa concepção a saúde é tratada de modo focalista, emergencial e parcial, ou seja, a procura

por saúde e atendimento de suas necessidades se apresenta como um dever e responsabilidade da população que supostamente deveria se responsabilizar em prover sua própria saúde e bem-estar, levando a outra característica do capitalismo pautada no individualismo (SOARES, 2001).

A relação público-privada foi aprofundada no SUS nos últimos cinco anos devido ao reconhecimento do poder Judiciário da constitucionalidade das Organizações Sociais (OS) o que se configurou como porta aberta para terceirizações no setor. Outros elementos contribuintes para a precarização do SUS podem ser expressos: pela extinção da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), pela rejeição do poder Executivo e Legislativo à proposta de 10% de toda a receita da União fosse para a saúde, a abertura da saúde ao capital estrangeiro; prorrogação da desvinculação das receitas da União, aprovação da emenda constitucional 95/17; apresentação dos Planos Populares pelo Ministério da Saúde; a ênfase na proposta de Cobertura Universal da saúde em detrimento do direito universal a Saúde; a saúde, educação, ciência e tecnologia utilizada como moeda de troca político-partidária (TEIXEIRA e PAIM, 2018). As operadoras de plano de saúde financiaram as campanhas das eleições de 2010 e 2014, portanto, estes retrocessos são produzidos pelo capital financeiro que definem direta e indiretamente as políticas públicas.

Os impactos consequentes do neoliberalismo ao sistema público, da provisão de serviços sociais, podem ser relacionados ao papel das grandes empresas que foi amplamente modificado incluindo uma maior atuação destas na provisão de serviços sociais a partir da privatização e mercantilização das políticas, desregulamentação das indústrias e das finanças:

[...] não é apenas um movimento de queda na provisão pública de serviços sociais, mas sim uma grande imbricação dos sistemas de proteção social com a economia, com a reestruturação neoliberal do capitalismo o que distancia a proteção social do direito e da oferta pública para uma proteção mercantilizada da provisão privada e paga pelo cidadão [...] as fronteiras entre o público e o privado são borradas e há um processo de mercadorização da esfera pública, obrigada a funcionar conforme as regras tradicionalmente empregadas no setor privado onde a lógica da competição e do lucro é predominante (VIANA e SILVA, 2018 p. 2110).

Neste sentido, Campos et.al (2015) afirma que a terceirização de serviços públicos de saúde, a precarização dos vínculos trabalhistas, a reorganização dos processos de trabalho com base no modelo toyotista, trazem impactos para os trabalhadores individualmente e coletivamente. Atualmente, nota-se algumas implicações do neoliberalismo que se refletem na

queda de salário, redução na taxa de empregados e na diminuição da carga tributária voltada para investimentos nos segmentos sociais.

As repercussões do neoliberalismo afetam diferentes dimensões como, por exemplo, na sociedade, na economia, na política, na proteção social e nas condições de saúde, como apresentado no quadro a seguir:

Quadro. Implicações do neoliberalismo para a sociedade, a economia, a política, a proteção social e as condições de saúde.

Dimensão	Implicações
Sociedade	Mais individualista, materialista e socialmente antagônica
Economia	Menor crescimento econômico, maior concentração da renda, maior insegurança financeira
Política	Menor poder político para as classes médias e baixas
Proteção social	Crianças, adultos e idosos sem proteção social adequada
Condições de saúde	Epidemias de obesidade, autoflagelação, transtornos alimentares e transtornos mentais (depressão, ansiedade, fobia social)

Fonte: Viana e Silva (2018, p.2110).

Mesmo que no quadro haja uma divisão errônea que separa sociedade de economia e política, o quadro contribui para destacar didaticamente implicações materiais, econômicas e subjetivas do neoliberalismo.

Para Viana e Silva (2018), um dos problemas que a falta de proteção social adequada causa é a vulnerabilidade às pessoas em condições de pobreza, desigualdade e exclusão social ao longo do ciclo de vida, o que constitui um obstáculo grande ao desenvolvimento econômico e social. No entanto, entendemos que o modo de produção desenvolvidor econômico e social do capitalismo produz e amplia as desigualdades e a exclusão social presentes no Brasil, e isto se relaciona também com o desenvolvimento dos países centrais.

No caso da saúde, o neoliberalismo afeta principalmente na condição atual de falta de cobertura de saúde com extensão dos direitos para toda a população, sendo diminutos os graus de proteção nas áreas rurais ou periféricas, geralmente onde vivem populações com índice agravado de pobreza, ausência de educação adequada e segurança. Estima-se que o direito a saúde não é

realidade em muitas partes do mundo, 56% da população que mora em área rural não está coberta e 22% nas áreas urbanas não possuem proteção social (VIANA e SILVA, 2018)

A falta da proteção social provoca mais adoecimento, pobreza e morte as populações que residem em regiões periféricas. Os interesses do capital financeiro transpassam as políticas públicas em uma conjuntura neoliberal colocam em situação de risco regiões mais precarizadas pois fragilizam as instituições públicas e os sistemas de proteção social. O aumento das desigualdades e do empobrecimento, as necessidades básicas insatisfeitas, os direitos humanos, o investimento em soluções sustentáveis e o bem-estar coletivo (VIANA E SILVA, 2018).

Em relação às condições de saúde da classe trabalhadora no Brasil, Paim e Teixeira (2018) alertam que com as aprovações da Emenda Constitucional 95 (EC-95) que congela os gastos públicos na educação e saúde por 20 anos e a Reforma da Previdência são preocupantes, já que compreendem cortes no funcionalismo público e visam alterações nos mecanismos de gestão dos serviços de saúde. Este processo provoca privatização e mercantilização do direito à saúde no sistema público de saúde. A privatização produzida pelo Estado capitalista para atender aos interesses empresariais, das classes que possuem privilégios econômicos e políticos no Brasil disputam o fundo público e contribuem para o encarecimento dos serviços de saúde ofertados para a população.

A EC-95 que aprofunda a privatização dos serviços de saúde e intensifica a precarização dos serviços públicos, contribui para o que Paim e Teixeira (2018) nomearam de uma ‘bomba-relógio’, pois na conjuntura de aprovação da emenda há registro de aumento do número de casos de Diabetes e hipertensão de crianças, adultos jovens com obesidade e sobrepeso; uma geração de crianças com Síndrome neurológica da Zika; pessoas sofrendo com problemas articulares decorrentes da *Chikungunya*; taxas elevadas de morbimortalidade por câncer; elevada prevalência de transtornos mentais, principalmente depressão; crescimento de violências e acidentes; e com o envelhecimento da população. Outro aspecto importante são os novos perfis epidemiológicos da população, ou seja, mais usuários doentes crônicos e que demandam cuidados prolongados (VIANA e SILVA, 2018)

Atualmente, nota-se que os três poderes da República têm agido intensamente contra os princípios do SUS. Com o passar dos anos, pode ser constatada uma negligência com o princípio constitucional de que a saúde é direito de todos e que é dever do Estado provê-la. Em 2015, houve a publicação de dois documentos que expressam projetos em disputa em relação à saúde,

intitulados: "Uma ponte para o futuro" e "O Brasil que queremos". O primeiro foi proposto pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), que ficou conhecido como "Plano – Michel- Temer" contendo planos ultraliberais na economia e na regressão dos direitos sociais estabelecidos pela constituição. Já o plano "O Brasil que queremos" foi articulado a partir de pesquisadores intelectuais e discutido por membros que compuseram o movimento da Reforma Sanitária Brasileira das décadas de 1970 e 1980. Esse projeto tinha como ideia: preservar o emprego; desarmar a armadilha recessiva; abaixar os juros; preservar os gastos sociais; recompor a capacidade de financiamento do Estado. Foram estabelecidas as seguintes diretrizes: "a) defesa da Constituição de 88; b) preservar a inclusão social; c) enfrentar as desigualdades e discriminações históricas; d) enfrentar as desigualdades da renda e patrimônio; e) enfrentar as desigualdades na oferta de serviços e universalizar a cidadania" (TEIXEIRA e PAIM, 2018, p.18).

Depois do golpe de 2016, que resultou no impeachment da presidenta Dilma Rouseff, foi possibilitada implantação acelerada do projeto "Uma ponte para o futuro" que expressou um cenário mais regressivo, pois suas propostas vão contra diretamente e indiretamente aos interesses nacionais e contra a democracia, além trazer riscos a população em relação à vida e saúde.

No governo Temer houve a implementação ainda mais rápida da agenda de retrocessos neoliberais por meio de cortes das políticas sociais, como por exemplo: "recuo da legislação ambiental, retirada de direitos previdenciário e trabalhistas, entrega do patrimônio público, tributação regressiva, restrição ao pensamento crítico e na arbitrariedade escancarada da força policial" (TEIXEIRA e PAIM, 2018, p.16).

O desmonte do SUS é viabilizado a partir da financeirização, da total hegemonia do capital financeiro, da política de ajuste fiscal e estabilização econômica publicadas pela EC-95, da restauração radical do neoliberalismo e o clientelismo político da direita conservadora, segundo Teixeira e Paim (2018). A EC-95 é um ataque ao SUS universal e as gerações brasileiras seguintes que presenciarão nos próximos 20 anos um cenário bastante regressivo e individualista. As políticas de ajuste e estabilização econômica são baseadas na alta valorização cambial, nos juros internos elevados, nas medidas de liberalização econômica e na desestabilização na balança de pagamentos do país trazendo assim um aumento da dívida interna atrelada a emissão de títulos da dívida pública junto à política de juros. O ajuste passa atualmente

pela desregulamentação dos mercados, principalmente pela redução do déficit fiscal e do gasto público, política de privatização, capitalização da dívida e abertura de espaço para o capital internacional.

No caso das políticas sociais ocorre a focalização das políticas, ou seja, o que leva estímulos a fundos públicos de emergência, e a mobilização individual e voluntária em nome da solidariedade, como visto em organizações filantrópicas e/ou não-governamentais prestadoras de serviços de atendimento na sociedade civil. Observa-se a emersão do clientelismo ou corporativismo.

Na conjuntura política brasileira neoliberal há vias de tentativa de desmonte do SUS, que são ideológicas, políticas e econômicas. Em relação a via ideológica, quando a mídia, políticos, gestores e etc, defendem o “SUS – pobre – para pobres” há um ataque ideológico. No que diz respeito à política, quando o Legislativo e o Executivo aprovam a participação do capital estrangeiro na saúde, além de propostas de terceirização, planos privados de saúde e Planos populares privados. E para o setor econômico, o constante subfinanciamento crônico, subsídios ao setor privado e a EC-95 (TEIXEIRA E PAIM, 2018).

É necessário que a política social pública recupere seus investimentos retirados tendo em vista as crises recorrentes, o aumento das desigualdades e do empobrecimento, as necessidades básicas insatisfeitas, os direitos humanos, o investimento em soluções sustentáveis e o bem-estar coletivo (VIANA E SILVA, 2018).

Por esses motivos não se tem uma visão de reversão desse cenário estabelecido a partir do golpe de 2016, a não ser que haja mudanças a partir de uma grande mobilização democrática e popular com "atores sociais" capazes de incluir propostas na agenda do Estado que possam prover mudanças e retomada da garantia dos direitos sociais (TEIXEIRA E PAIM, 2018).

4. CONTRADIÇÕES E DISPUTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

No presente capítulo apresentam-se disputas históricas que constituem a APS no Brasil, estas são de ordem econômica, política e social. São analisados princípios e contradições observados ao longo do tempo desde a implantação da APS no Brasil e que expressam interesses de classes. São apresentados brevemente alguns avanços e contradições da APS para o SUS e propostas de reorientação do modelo de atenção na saúde pública brasileira. São apresentadas as influências exercidas pelos Organismos Internacionais, especificamente, o Banco Mundial (BM) e Organização Mundial da Saúde (OMS), na Atenção Primária, e os efeitos da PNAB publicada em 2017, em vigor, para o SUS.

4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA APS

A APS pode ser interpretada a partir de diversas perspectivas que são constituídas historicamente por disputas, interesses de classe, lutas que constituem os países e continentes (NOGUEIRA, 2017). Uma das referências sobre APS mais citadas por autores do campo da saúde coletiva (VILAÇA, 2015; FONSECA, 2013; MATTA E MOROSINI, 2009, entre outros) é intitulado por Relatório Dawson, publicado no ano de 1920 com o objetivo de associar a ideia de regionalização com a hierarquização de cuidados, na Inglaterra (CONILL, 2008). Tal documento foi baseado na organização dos sistemas de atenção a saúde em quatro níveis de atenção: centros de saúde primários, centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino (PENN apud MENDES, 2015).

O relatório Dawson abordou cada nível de atenção citado acima e a suas relações entre si e aponta para a regionalização dos sistemas de atenção à saúde organizados com o foco na saúde populacional cujas atribuições, de acordo com Fonseca (2013, p.20), foram as seguintes: “uniformização do tratamento adequado de doenças transmissíveis, localizar foco de doenças, e principalmente, criar oportunidades para a educação sanitária dos pacientes e das respectivas famílias”. Deste modo, há um foco na educação à saúde e conscientização sanitária como princípio que deve ser aplicado juntamente à promoção de serviços de saúde a população. Esse modelo de prestação de serviços de saúde também foi adotado por países como Cuba, Moçambique, Canadá, Inglaterra e Espanha (FONSECA, 2013).

Nota-se que a APS é formada a partir de alguns atributos essenciais que são: o primeiro contato com o usuário (acessibilidade), a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação e o cuidado territorializado. Estes atributos tem por sua vez o objetivo de mostrar aos usuários que há a responsabilização por parte do sistema de saúde por sua integridade, comunicação e a resolubilidade no processo de saúde (MATTA e MOROSINI, 2009).

Em 1920, ano de publicação do Relatório, houve a criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido e, posteriormente, no ano de 1948, é criada a proposta de médicos generalistas, representantes da medicina familiar e populacional. Muitos outros movimentos ocorreram neste período como, por exemplo, a saúde materno-infantil, estudos sobre os fatores de riscos nas doenças cardiovasculares, publicações de estudos sobre saúde e tabaco, e a ascensão do Dr. Halfdab Mahler como grande liderança da Organização Mundial da Saúde (MENDES, 2015). Com isso, nota-se o fortalecimento da institucionalização da APS: “[...] em escala planetária, o que veio a ocorrer na Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância” (MENDES, 2015, p.30).

É necessário apresentar o contexto histórico em que a Conferência é realizada, na década de 1970 quando houve a disseminação de movimentos nacionalistas, socialistas e movimentos sociais em defesa de direitos humanos e civis (LIMA apud NOGUEIRA, 2017).

A APS foi definida na Conferência de Alma-Ata como:

[...] cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade [...]. Além de ser o primeiro nível de contato de indivíduos da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF apud FONSECA, 2013, p.32).

Por esta definição também se entende que a APS se sustenta pelo alcance de resultados efetivos a partir da relação entre serviços de saúde prestados e população, e não somente pela ausência de doença. A partir desta definição foram incorporados ideais de grande importância a APS, pautados na educação à saúde, o saneamento básico, o programa materno-infantil, a prevenção de

endemias, o tratamento apropriado de doenças e danos mais comuns, e a provisão de medicamentos essenciais (MENDES, 2015).

A APS historicamente também é um campo de disputa, onde são enfrentadas orientações políticas, econômicas e sociais distintas, pautadas em diferentes concepções do processo saúde-doença, dos direitos sociais e sobre a produção e manutenção de serviços de saúde públicos que o Estado deve prover para a população. Uma expressão concreta destas disputas foi o acontecimento da Conferência de Bellagio, na Itália, um ano após a Conferência de Alma-Ata, cujo principal organizador foi o Banco Mundial em conjunto com as Fundações Ford e Rockefeller. A partir deste evento houve a disseminação da APS seletiva implementada por programas focalizados de APS financiados e apoiados por Organismos Internacionais, a APS seletiva, assim, é pautada em baixo custo e:

[...] dirigidas a grupos de alto risco [...]. Os Estados Nacionais, de acordo com o ideário da APS seletiva, não deveriam assumir todas as ações de saúde da população, mas um conjunto mínimo de ações que seriam voltadas para os pobres [...]. O cenário de crise econômica dos anos 80 e a emergência de governo neoliberais nos países centrais também corroboraram para a ampliação destas iniciativas (NOGUEIRA, 2017, p.140)

Levando em conta estas disputas, Mendes (2015) aponta que há três interpretações da APS: a seletiva, a APS como nível de atenção do sistema de saúde e a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde. A primeira interpretação é explicada anteriormente; a segunda que se relaciona ao nível primário do sistema de atenção à saúde enfatiza o modo de organização e funcionamento da porta de entrada do sistema, relacionada a oferta de médicos especializados em medicina geral ou de família; a terceira identifica a APS como estratégia de organização do sistema relacionando-a a rede de atenção à saúde.

A saúde é constituída por determinações sociais como, por exemplo, questões que atravessam a vida das pessoas e dos territórios onde moram, ou seja, questões que não se resumem a doença. Determinações sociais históricas e dos processos de saúde e de doença são as manifestações empíricas das condições vividas pela coletividade ao contrário da visão individual de saúde e doença que o capitalismo carrega, ou seja, baseada no modelo biomédico que apenas visa a resolução da enfermidade sem observar o usuário e as condições sociais, econômicas, territoriais enfrentadas (LAURELL, 1982).

Deste modo, é possível concluir que o modelo de produção capitalista determina processo de saúde e doença, que é participante do processo de reprodução social, já que produz mudanças na vida das pessoas, pois estas possuem suas vidas determinadas, assim como o acesso a saúde determinado, por sua condição de classe.

O desenvolvimento da APS inclui ações que compõem a integralidade na visualização do processo saúde e doença como base nas determinações históricas de saúde, como por exemplo: a educação voltada à saúde para a prevenção de doença e proteção da saúde; acesso à alimentação e nutrição apropriada; tratamento de água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; construção de rede de apoio e de cuidado no território, entre outras.

No Brasil, a APS é originária das práticas higienistas que associadas ao modelo dos centros de saúde possuem um caráter normatizador, onde a educação sanitária e a visita domiciliar são dirigidas aos segmentos populacionais pobres e se limitam ao controle da propagação de doenças e na difusão de hábitos produzindo a individualização das responsabilidades (FONSECA, 2013). Esta perspectiva, apesar de mostrar a relação das condições de vida da população com o adoecimento, não é ampliada ao ponto de questionar o modo de produção capitalista e a responsabilidade do Estado na produção destas condições (NOGUEIRA, 2017). A APS seletiva constitui a história da APS no Brasil desde 1930 quando houve a implantação dos centros de saúde com base no modelo americano da Fundação Rockefeller. No período pós Segunda Guerra Mundial ocorre aumento da incorporação tecnológica e problemas em relação a fragmentação dos níveis de atenção a saúde, à especialização da assistência na saúde e “à dualidade entre serviços preventivos e curativos” (FAUSTO, ALMEIDA e BOUSQUAT, 2018).

A APS a partir da análise do artigo de Conill (2008) inclui duas faces: a face que propõe a incorporação de “medidas inovadoras” (como por exemplo, comunidade como fundamento das necessidades de saúde, coordenação do cuidado, entre outras) e de práticas de prevenção, e a integração do cuidado; e neste sentido, a autora cita que há a participação social e a democratização dos serviços, ou seja, ampliação do acesso, inclusão de agentes comunitários, implantação de equipes multiprofissionais, e estímulo do controle social. A APS é expressa como

resposta a necessidades de ordem econômica, política e social, e também as demandas propostas por movimentos sociais e setoriais de peso (CONILL, 2018).

As demandas propostas por movimentos sociais e entidades representativas dos trabalhadores, partidos do campo da esquerda e sindicatos, nos anos 1980, compuseram o movimento que se convencionou a chamar de Reforma Sanitária, o que foi importante para posteriormente nos anos 90 produzir mudanças no SUS. Na conjuntura em que estava atuante o movimento da Reforma Sanitária, o ideário da necessidade de uma saúde universal com cuidado humanizado, descentralizado, contínuo e coordenado entre centros de saúde, serviços comunitários, especializados e hospitalares foi fortemente apoiado, já que somente com os serviços especializados, havia insuficiência para atender a estes princípios e as necessidades da população. Com isso, é acrescentada a agenda governamental brasileira no início da década de 80, a necessidade por integração dos serviços e níveis de atenção à saúde, já que foram levadas em conta experiências positivas no Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde e as Ações Integrais em Saúde como estímulo (FAUSTO, ALMEIDA e BOUSQUAT, 2018).

Esta necessidade foi atenuada com a criação da APS e algumas mudanças surgiram com a consolidação da APS.

O apelo pela descentralização da saúde pelos entes federativos é uma dessas mudanças, detentora do intuito de expandir as bases municipais, como estratégia central para incorporação de novos sistemas de gestão de saúde, com o estabelecimento de relações entre os níveis de governo, unidades de saúde e serviços, a fim de assegurar a consolidação de um sistema universal de saúde. Para isso, anos depois, acontece a constituição de redes regionalizadas conjugadas aos princípios da integralidade e da coordenação do cuidado, presentes na pauta da agenda das políticas de saúde, contrapartida com alguns desafios a serem enfrentados como a desigualdade socioeconômica e geográfica que caracteriza o território nacional (FAUSTO, ALMEIDA e BOUSQUAT, 2018).

Na década de 90, com o intuito de impulsionar a descentralização das ações e serviços de saúde em nível municipal foram adotadas medidas pelo governo federal. Uma dessas medidas é a Norma Operacional Básica (NOB) SUS n.01/96, protagonizada pelo Ministério da Saúde (MS) que prioriza o Programa de Saúde da Família (PSF) visando promover a reconfiguração dos serviços da APS nos municípios. O PSF tem o princípio longitudinal de cuidado focado na abordagem familiar e comunitária ao longo da vida, enquanto que anteriormente só havia a

abordagem individual e a ação programática como foco de serviços de saúde. Esses avanços trouxeram visibilidade para a APS e fortalecimento visto que ganharam atratividade na agenda decisória da política nacional de saúde (FAUSTO, ALMEIDA e BOUSQUAT, 2018).

A partir da difusão de ideários de regionalização e descentralização incluídos no modelo da APS no Brasil, houve a criação no ano de 1994 do PSF, que é elaborado a partir do êxito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ocorrido no Nordeste. Esta conjuntura de implantação do PSF e do SUS é marcada neste período pelo avanço do neoliberalismo no país, o programa mencionado é instituído inclusive por sua alta visibilidade política favorecendo o governo que o implantou. O PSF é compreendido primeiramente como um programa nesta fase do capitalismo, posteriormente é visto como estratégia para reorganizar o modelo assistencial, a fim de substituir as “práticas convencionais” (CONILL, 2008).

No ano de 1996, foi iniciada a consolidação da política de descentralização da gestão do SUS com as Normas Operacionais com vistas a municipalização. Este marco incidiu na reorganização do modelo assistencial, em que foi predominante a realização e garantia dos interesses dos repasses federais (CONILL, 2008).

Há avanços em relação à integração do PSF com a descentralização, no sentido de facilitar o “financiamento per capita das ações básicas”, em contrapartida o que atrasa a expansão significativa deste programa são algumas características do neoliberalismo, como por exemplo, o corporativismo, as estruturas exageradamente burocráticas e a utilização de tecnologia simplificada nos serviços de saúde (CONILL, 2008).

Alguns avanços consideráveis do PSF podem ser observados pelo êxito de prevenção, a “consciência sanitária”, visitas domiciliares exercidas pelos agentes comunitários de saúde, principal figura deste programa que leva o primeiro contato, cuidado mais aproximado ao usuário (CONILL, 2008). O PSF favoreceu também um serviço regionalizado, já que pretende promover em alguma medida a participação social da comunidade e coberturas de ações programáticas.

Nota-se também juntamente aos avanços, alguns desafios de funcionamento do PSF nas áreas periféricas do país, levando em conta os altos graus de precariedade das condições de vida da classe trabalhadora, e a precarização da estrutura e das condições de trabalho dos profissionais dos serviços de saúde. Acrescido ao fato da precarização do trabalho, há problemas setoriais em decorrência da existência de sistemas municipais com baixa sustentabilidade da gestão e problemas financeiros decorrentes da política de repasses de investimentos para amortização de

dívidas públicas, como citado no primeiro capítulo (CONILL, 2008). Outro aspecto que contribui para agravar as condições de vida e, portanto, de saúde da classe trabalhadora que vive em regiões periféricas é a violência urbana, em grandes metrópoles como o Rio de Janeiro, está cada vez mais presente os interesses políticos e econômicos das classes dominantes a frente da gestão pública, estes se utilizam de aparelhos de repressão do Estado para coerção em favelas, o que é refletido no cotidiano da vida dos indivíduos e na rotatividade das equipes (NOGUEIRA, 2017).

Posteriormente, no início dos anos 2000, houve a adesão da proposta de implantação da Estratégia de Saúde da Família - ESF com o modelo prioritário de APS, induzido financeiramente pelo MS aos municípios, conseqüentemente, ocorreu uma ampliação considerável da cobertura das equipes Saúde da Família nacionalmente. Durante a implementação da APS, foram desenvolvidos fortemente aspectos importantes para sua continuidade como o acesso aos serviços e a cobertura populacional: “o processo de expansão do Programa de Saúde da Família na década de 1990 ocorre sustentado na precarização do trabalho das equipes de Saúde da Família, na conjuntura em que o projeto neoliberal se torna hegemônico no Estado Brasileiro” (NOGUEIRA, 2017, p.21), durante os anos em que o Partido da Social Democracia Brasileira esteve na presidência da República, o Programa atingiu a cobertura de 30% da população brasileira; ao final do governo do Partido dos Trabalhadores a cobertura atingiu em torno de 70%.

Há a criação do Pacto pela Saúde em 2006, como diretriz e marco importante no desenvolvimento da institucionalização da política de Atenção Básica. Este pacto visa a valorizar os princípios e diretrizes do SUS, com a qualificação da gestão e organização e integração dos três níveis de atenção à saúde, e especificamente, com a perspectiva de fortalecimento da APS no Brasil (FAUSTO, ALMEIDA e BOUSQUAT, 2018).

A partir do Pacto pela Saúde houve o investimento por parte do MS na regionalização. A APS é considerada neste período como estratégia principal de reorientação do modelo de atenção na saúde, enquanto as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) se fazem importantes para a regionalização da assistência, pois, visam o aumento do acesso às ações e serviços universais e integrais (FAUSTO, ALMEIDA e BOUSQUAT, 2018).

O Pacto pela Saúde também instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2006, que de acordo com o governo estabelece a reorientação do modelo assistencial na APS, marcada pela sua estratégia principal expressa pela “saúde da família”. Esta PNAB deveria se adequar aos princípios da APS e ao conceito ampliado de saúde propostos pela

constituição de 1988, que prevê a promoção e organização dos serviços baseados na atenção integral, promovendo desde a reabilitação dos usuários até seu acompanhamento por toda a vida, o que torna a APS potencialmente impactante no processo de saúde-doença da população.

Posteriormente, em 2011, é publicada uma nova versão da PNAB que visa a consolidação da ESF, considerada como um dispositivo de reorganização da APS no Brasil, embora haja um questionamento a respeito da equivalência dos termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde. Concomitantemente a isso, é implementada pelo MS a Rede de Atenção à Saúde (RAS), que é considerada como estratégia organizacional do cuidado. A RAS estabelece a organização não-hierárquica de serviços de saúde, “vinculados entre si por uma ação cooperativa que visa à garantia de oferta de atenção contínua e integral a determinada população” (FAUSTO, ALMEIDA e BOUSQUAT, 2018, p.1141). A RAS também estabelece que o APS seja como uma porta de entrada provedora de atenção e coordenadora do cuidado.

Desde a regulamentação da APS no Brasil, nota-se que a APS funda-se em políticas focalizadas como, por exemplo, o PACS e o PSF. A APS também foi adotada em outros países como Canadá e Cuba, porém estes possuem processos históricos particulares (formas do Estado, modos de produção, condições materiais, lutas de classes), e que, portanto, constituem a atenção primária. Segundo Santos e Melo (2018, p.95), Brasil, Canadá e Cuba apresentam no que se refere ao sistema de saúde brasileiro, semelhanças com os “princípios constitucionais, a organização da atenção à saúde da família e a cobertura a medicamentos”. Considera-se também em relação ao Canadá, o princípio de descentralização bastante difundido em seu sistema de saúde, que é empregado também no sistema de saúde brasileiro, apesar do território ser dividido diferentemente do Brasil, já que apresenta 10 províncias e 3 territórios do país cada um com seu MS.

Não é possível comparar a interferência da iniciativa privada nestes 3 países, já que Cuba apresenta um sistema de saúde totalmente universal e eficaz com a participação nula da iniciativa privada. Já, o Canadá possui a iniciativa privada em seu sistema, porém seu sistema de saúde é totalmente coberto pelo Estado, e seus serviços privados são apenas suplementares. No Canadá, os serviços privados são apenas suplementares, pois, por lei, é definido que o sistema privado não pode concorrer com os serviços disponíveis na rede pública, isso porque “o segmento privado é proeminente apenas em ações que não são consideradas de grande relevância para as autoridades sanitárias” (SANTOS e MELO, 2018, p.89). No Brasil, a iniciativa privada é diferente já que há

no país historicamente uma conciliação entre a iniciativa privada e o sistema de saúde pública brasileiro, instituído inclusive pela Lei Orgânica da Saúde. Analisando estes fatos, é inviável comparar o sistema de saúde brasileiro com o cubano já que o Brasil é um país capitalista periférico e um campo de disputa de interesses de organismos internacionais que contribuem para o desenvolvimento do modo de produção capitalista, enquanto Cuba é um país socialista latino americano.

4.2 INFLUÊNCIAS DOS ORGANISMOS INTERNACIONAIS NA APS BRASILEIRA

O BM e a OMS são organismos internacionais e ferramentas de institucionalização do capital imperial a países periféricos com economia dependente, como por exemplo, o Brasil. Estes organismos exercem pressões neoliberais que desencadeiam reformas na política, que visam mudanças na saúde (SUS) para que estas favoreçam a abertura do mercado, a interferência do capital estrangeiro e as privatizações dos serviços que deveriam ser universais. Nota-se que estas reformas visam obter lucro para o mercado capitalista (SANTOS e SILVA, 2019).

A criação do BM aconteceu no ano de 1944, oficialmente, enquanto a OMS foi implementada somente em 1948 e houve a incorporação da Organização Pan-Americana de Saúde (RIZZOTO e CAMPOS, 2016). Em decorrência da crise orgânica do capital ocorrida neste período histórico, surgiram questionamentos a respeito da promoção da saúde universal pautados no argumento de uma suposta baixa eficiência da saúde pública. Houve a reconfiguração da base de acumulação do capital, operacionalizada pelo BM, em nível político e global afetando as políticas de seguridade social de países periféricos com suas medidas neoliberais. Assim, há a disputa do BM pela liderança setorial na área internacional da saúde, havendo influência dos interesses destes organismos na saúde pública brasileira (SANTOS e SILVA, 2019).

Foram desenvolvidos diversos relatórios pelo BM desde 1975 que seguiram disputando a formulação de políticas públicas nos países periféricos. Durante os governos neoliberais de Collor de Melo e de Fernando Henrique Cardoso houve aplicação de diversas orientações deste organismo internacional (SANTOS e SILVA, 2019). Dentre as finalidades dos documentos formulados pelo BM prevalece a disseminação de uma política de saúde privatista e voltada para o lucro do capital privado internacional. Nogueira (2017) afirma que nos governos de Luis

Ignácio Lula da Silva e Dilma Rousseff a política de saúde também foi orientada pelos interesses do Banco, como por exemplo, a partir do financiamento da expansão da Estratégia de Saúde da Família que ocorreu financiada por empréstimos junto ao BM e com implantação focalizada nas regiões de maior pobreza do país.

Na conjuntura de início da influência do neoliberalismo na saúde, em 1990, houve o incentivo do BM a favor da descentralização do SUS, porém, isto resultou na municipalização do sistema, com bases na precarização do trabalho dos profissionais de saúde das equipes de saúde da família, desiguais salários e vínculos empregatícios precários (RIZZOTO e CAMPOS, 2016).

Foi lançado pelo BM, o documento intitulado de “Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: Fortalecendo a Qualidade dos Investimentos Públicos e da Gestão de Recursos”, em 2007, que favorece a relação público-privada de inserção da lógica capitalista transformadora da saúde em mercadoria, e a injeção da lógica do capital privado internacional na gestão (SANTOS e SILVA, 2019)..

No ano de 2011, há o lançamento do documento “Documento de avaliação da proposta de empréstimo para o projeto de modernização de Hospitais Universitários Federais”, este tem o ideário de modernização do Hospital Universitário (HU), através do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), objetivando suposta “inovação da gestão” ao trazer a privatização dos HUs, proposta como solução dos problemas de gestão do SUS. Ou seja, essa solução é realizada a partir da realização da transferência dentro da gestão para uma empresa pública estatal com caráter jurídico baseado no lucro do capital privado, explicada pela criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), caracterizada por ser uma empresa pública estatal com caráter jurídico voltado para o capital privado. Com isso, houve a entrega do serviço público ao privado a partir da criação da EBSERH.

Em 2013, há a formulação do documento “20 anos da Reforma do Sistema do Sistema de Saúde do Brasil: uma avaliação do sistema único de saúde” aprovado durante o governo de Lula e posto em continuidade no governo de Dilma.

O documento formulado pelo BM em 2016 se consolidou na política neoliberal em 2017, no governo de Michel Temer foi aprovado e posto em prática o relatório intitulado “Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil”. O documento apresentou sua argumentação na necessidade de redução dos investimentos públicos no setor saúde, visto que são considerados altos pelo BM. No entanto, estas orientações aceleram o sucateamento dos

serviços públicos com base na defesa da política privatista, privilegia os seguros privados de saúde induzindo a população a pensar que os seguros privados de saúde são mais eficientes e que os serviços públicos não tem a capacidade de oferecer qualidade em seus serviços prestados. Os documentos dos anos de 2013 e 2016 apresentam a sugestão de adoção de um modelo de Estado mínimo, a abertura para a iniciativa privada por meio das Organizações Sociais (OSs), e das Parcerias Público-Privadas (PPP).

O BM e a OMS já haviam se colocado contra a consideração da saúde como direito universal e, conseqüentemente, à criação do SUS e seus princípios. Deste modo, pode ser observado que estes órgãos exercem influência nos sistemas de saúde há muito tempo pelo menos desde a década de 60 (FONSECA, 2013).

O governo de Michel Temer manteve uma relação com a agenda capitalista dos organismos internacionais, já que adotou suas medidas conservadoras e neoliberais. Isto ocorreu baseado na justificativa de que os desafios que o SUS apresentava seriam resolvidos a partir de mudanças na área gerencial, voltando a sua gestão para as PPP (SANTOS e SILVA, 2019).

O BM vem estabelecendo cada vez mais relação com o financiamento da saúde brasileira com o passar do tempo. Em 2016 já havia sido estabelecida a maior porcentagem de interferência financeira em relação aos outros países periféricos, com 31% no Brasil. O BM e a OMS possuem um caráter altamente neoliberal, já que apresentam um viés de saúde como bem de consumo, estabelecendo que a saúde deve ser privatizada com o argumento de que seriam exigidos menos gastos públicos e renderia mais lucro para o capital privado. Estes organismos formulam propostas que induzem a concessão de serviços essenciais através de políticas públicas somente para os mais pobre, tornando a saúde focalizada na pobreza, e desestruturando princípios do SUS, como por exemplo, universalidade e integralidade (SANTOS e SILVA, 2019).

Uma das principais propostas elaboradas e implantadas pelos organismos internacionais nos países periféricos na direção da privatização da saúde e do questionamento da sustentabilidade dos sistemas universais de saúde é a Cobertura Universal à Saúde, na língua inglesa “*Universal Health Coverage*”: “[...] foi moldada no período 2004-2010, por meio de relações entre a OMS, a Fundação Rockefeller e o BM, congregando um conjunto de diretrizes das reformas pró-mercado como redução da intervenção estatal, seletividade e focalização nas políticas de saúde” (GIOVANELLA, et.al, 2018, p.1764).

O BM em seu último relatório publicado em 2016 relata que o Brasil gasta excessivamente com a saúde e gerencia seus investimentos equivocadamente, porém a maior parte desse gasto com saúde é realizada pelo setor privado, acrescido ao fato de que é comprovado que o Brasil gasta o correspondente a menos de 4% do PIB, enquanto que países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento (OCDE) o gasto é equivalente a 7% do PIB. Com estes fatos a afirmação de gastos exagerados é equivocada, e também não há forma de estabelecer comparação com estes países já que 80% dos gastos do PIB destes países são efetuados nas políticas públicas de seguridade social, ao contrário do Brasil que realiza mais gastos com o setor privado (SANTOS e SILVA, 2019).

O foco dos relatórios do BM é argumentar pela ineficiência produtiva do SUS, e suas soluções são baseadas em uma suposta eficiência da gestão neoliberal e nos cortes de gastos na seguridade social, principalmente, na saúde. Porém, podem ser estabelecidas algumas contradições em relação a este argumento, porque há a proposta de diminuição dos gastos públicos, enquanto há a exigência de qualidade e índices satisfatórios de resolutividade das necessidades da população, e isso se apresenta inalcançável já que são estabelecidos com o passar dos anos quedas de investimentos e congelamentos de gastos, como aprovado na EC-95, em 2017.

Para Mendes, Carnut e Guerra (2018) a implantação da EC-95 produz resultados graves a curto prazo no que se refere a redução da oferta e cobertura de vacinas, atendimento nos hospitais e desenvolvimentos das ações na APS. Os autores afirmam que o desfinanciamento produzido por esta Emenda caso fosse aplicada em 2003 até 2015, reduziria em R\$135 bilhões de reais os recursos federais investidos no SUS, os prejuízos previstos para o SUS a partir de 2017 até 2037, vigência da EC-95 será de R\$415 bilhões de reais.

Em 2017, também é proposto pelo último relatório do BM que houvesse uma redução nos investimentos na APS em 23%, com a alegação de que os níveis de resultado continuariam os mesmos, o que renderia de acordo com o BM uma economia 9,3 bilhões de reais, e acrescido a este fato uma redução de 34% nos investimentos dos serviços hospitalares, o que renderia mais uma economia de 12,7 bilhões de reais. O BM conclui que com estes cortes no total de 22 bilhões, o SUS não sofreria nenhum impacto no resultado dos atendimentos da saúde. Há o argumento também por parte do BM que seja ampliada a quantidade de procedimentos realizados por enfermeiros, o que orienta a substituição de médicos neste setor.

Em acordo com os interesses das classes dominantes, o BM conhece a situação de precarização na saúde no Brasil e insiste em exigir melhores resultados com menos profissionais. Por parte do Banco o problema não está no fato do Sistema ser subfinanciado, possuir número insuficiente de médicos, o adoecimento de profissionais do setor produzido pelas péssimas condições de trabalho, na precarização do trabalho dos ACS a partir da exigência de indicadores de metas elevados, no decréscimo alto de investimentos e insuficiência na quantidade de profissionais nas equipes de saúde, e na escala profissionais/população a ser atendida (SANTOS e SILVA, 2019). O BM afirma que é essencial que haja mais integração do sistema público com o privado. Este argumento privilegia a iniciativa privada, já que substitui o serviço público de saúde considerado ineficiente, pelo serviço privado supostamente mais eficiente que o serviço público (RIZZOTTO e CAMPOS, 2016), o que contribui para o sucateamento dos serviços públicos.

No sistema médico elitista proposto pelo BM, o princípio da universalidade da saúde que deveria ser base para a APS se faz inviável, pois o Banco afirma que o Estado não tem condições de por prover financiamento e prestação de serviços. Há o argumento pautado na inviabilização do modelo de APS já que este seria fundado sobre o entendimento do processo de saúde-doença apenas como causas biológicas, restrito a resolutividade de doenças a partir de um modelo técnico assistencial cuja centralidade está no hospital. Para isto, o BM indica que deve ser identificada a parcela da população capaz de pagar pela saúde, e devem ser viabilizados serviços da APS apenas para pobres, o que desestrutura o princípio da universalidade.

Este modelo de interferência do BM sobre o modelo de saúde pública brasileira tem aumentado, especialmente, na aprovação de acordos do BM com governos estaduais, já que a gestão pública é menos intensa nos níveis municipais, logo, o BM consegue ser mais eficaz na implantação de seu modelo de gestão excludente, havendo pouca resistência do nível municipal comparado ao nível nacional (RIZZOTO e CAMPOS, 2016).

Conclui-se que o posicionamento do BM em relação à política universal da APS e do SUS é de crítica, em vários aspectos tratados por Rizzoto e Campos (2018), como por exemplo, o modelo de planejamento que é adotado, os orçamentos supostamente altos, as políticas que estruturam o controle social que são consideradas “ineficientes”, a gestão de profissionais de saúde que é considerada insuficiente e a gestão de tecnologia de produção e qualidade de serviços supostamente fracassada. Em virtude desses desafios, o BM sugere uma reformulação do modelo

de gestão, em virtude dos desafios acima, porém propõe que a saúde siga a gestão neoliberal baseada na privatização, na redução de gastos com o serviço público, ou seja, com cortes de investimentos, terceirizações e transferência da saúde ao capital privado estrangeiro, entre outras medidas que consideram a saúde como uma conciliação com o modelo capitalista de saúde não universal e focalizado (RIZZOTO e CAMPOS, 2016).

4.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA 2017 E SEUS EFEITOS

A APS, como campo de disputas políticas e econômicas, é determinada por contradições e desafios que constituem o SUS e o Estado. Estas tensões se fazem mais notórias a partir da publicação da PNAB 2017 que visa conciliar os interesses do mercado de saúde voltado para o capital privado, distancia o princípio de universalidade do direito à saúde, ao favorecer e dar visibilidade aos seguros privados e seus serviços supostamente mais efetivos (SPERLING, 2018).

Foi previsto pela PNAB e denunciado por instituições como a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde e a Escola Nacional de Saúde Pública, a secundarização ou retirada da prioridade da ESF na APS e o desfinanciamento da saúde pelo Estado. Há também a promoção da relativização da universalidade, a segmentação do acesso, a recomposição e diminuição das equipes de profissionais de saúde, a reorganização e precarização do processo de trabalho, perda de direitos trabalhistas e fragilização da coordenação nacional da política (MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018).

A PNAB 2017 não prioriza o enfrentamento dos desafios de consolidação da APS que podem ser visualizados a partir da condição inadequada da rede física das UBS, do financiamento que sempre foi insuficiente, das dificuldades de integração da APS com a atenção especializada, e da insuficiência na incorporação de recursos humanos qualificados (FAUSTO, 2018).

Estas características de insuficiência em relação ao financiamento, principalmente, favorecem o fortalecimento ideológico do setor privado como melhor alternativa de serviço para atender a população, ao passo que leva a desconstrução do SUS integral e universal, que recebe cada vez menos financiamento, escassos recursos de características insuficiente e instável, enquanto a iniciativa privada acompanhada de seus planos de saúde é incentivada financeiramente de modo contínuo pelo Estado (MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018).

A PNAB propõe o desmantelamento das diretrizes da APS ao organizar a Atenção Primária de forma a ceder autonomia para o gestor municipal definir o escopo dos serviços essenciais ou ampliados ofertados pela UBS e a delimitar o território de vinculação da população às equipes de saúde da família ou outros tipos de arranjos organizacionais na APS (FAUSTO, 2018). Esta autonomia também é discutida por outros autores, porque deveria estar acompanhada de investimentos e recursos necessários e de princípios aplicados à prática, como por exemplo, o controle social e a participação popular (MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018). Pode ser acrescentado que o governo com esta PNAB definiu seu objetivo com base no: “[...] intermédio de contornos de formalidade administrativo-legal, [...] anuindo com o afrouxamento da APS na base do Sistema Único e acenando ao mercado da saúde e à saúde privada” (SPERLING, p.343, 2018).

Sperling (2018) afirma que a PNAB não prioriza o atendimento das necessidades primárias da população e que não visa o combate aos desafios enfrentados pela APS, porém cita que a PNAB não indica à municipalidade os melhores percursos técnicos e políticos para o fortalecimento deste nível de atenção, não induz a APS ao fortalecimento de seus princípios, fraciona a cobertura dos territórios pela ESF, estabelece modelos menos custo-efetivos para este nível de atenção e não reconhece a APS como papel formador e fixador do SUS para novos profissionais de saúde. Ao não fazer menção nesta atual PNAB a previsão de até 8 horas semanais dos profissionais da equipe de Saúde da Família para que fosse realizadas “atividades de formação, educação permanente, apoio matricial e plantão na rede de urgência”, que foi estabelecida na PNAB 2011, a mesma desconsidera esta medida e dá menor valorização a “educação permanente”, que é importante para o processo de trabalho (MELO, MENDONÇA, OLIVEIRA e ANDRADE, p.45, 2018).

Mudanças no financiamento também ocorreram, como por exemplo, o fim dos seis blocos de financiamento do SUS, um desses especificamente na APS. Além deste fato, anteriormente, em 2016, já havia ocorrido o congelamento dos investimentos em saúde e educação por 20 anos, o que torna a situação da saúde pública mais crítica. Acrescido a este fato, foi adotado o discurso de uma suposta eficiência econômica ao realizar estas medidas, a defesa pela criação dos planos de saúde privados, e a desregulação do setor de saúde suplementar (MELO, MENDONÇA, OLIVEIRA e ANDRADE, 2018).

No que se refere à relativização da cobertura proposta pela PNAB ao não fazer nenhuma referência em seu texto publicado e apenas destinar a cobertura na escala de 100% dos ACS, considerando um máximo de 750 pessoas por ACS, para áreas de risco e vulnerabilidade social, o que se caracteriza por uma medida focalizada para pobres e não considera os princípios da APS. Isto mostra a falta de comprometimento com a adoção de medidas que tragam um processo de atenção mais qualificado, pois, desconsidera a relação entre quantidade e qualidade do serviço, e somente afirma parâmetros quantitativos do cuidado a ser realizado, e leva a precarização do trabalho do ACS e da equipe ao desconsiderar a sobrecarga de trabalho (MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018).

A cobertura foi relativizada novamente quando a PNAB também propôs a indefinição no número de ACS atuantes nas regiões, levando em conta que este número deve ser definido com base populacional (critérios epidemiológicos, demográficos e socioeconômicos) pelos gestores respectivos de cada região, e a possível retirada dos ACS em algumas regiões ou a substituição destes profissionais por mais enfermeiros. Essas alterações com relação aos ACS são inviáveis ao analisar a função, importância e os resultados positivos do ACS para a APS, por ser o profissional de saúde que facilita o acesso à saúde e que propicia uma relação contínua entre a população e a APS (MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018)

Esta relativização da cobertura é o reflexo do avanço da aplicação da cobertura universal, estratégia elaborada pelos Organismos Internacionais a partir de interesses capitalistas, como afirma Giovanella et.al (2018):

[...] o interesse econômico por trás da saturação do mercado de seguro privado de saúde na Europa e EUA e a crise econômica de 2008 tenham influenciado a concepção de UHC, na busca de clientela para esse mercado em países com grandes economias, como Brasil, Índia e África do Sul. As ambiguidades da concepção da universalidade na proposta de UHC são notadas nas mudanças dos conceitos e abordagens relacionados com o financiamento em saúde em documentos [...] financiamento público perde importância e a estratégia passa a ser a redução de gastos diretos por meio da compra de seguros de saúde privados ou seguros subsidiados para pobres (subsídio à demanda). Ou seja, a forma para avançar em direção à cobertura universal deixa de ser a ampliação do financiamento público correspondente ao *universal healthcare*: a sistemas nacionais de saúde de acesso universal e financiamento público - subsídio à oferta (GIOVANELLA et. al, 2018, p.1765).

Um mecanismo reforçado pela PNAB 2017, mas também presente na PNAB 2011 impõe “ao serviço público a utilização de concepções e técnicas de gestão do setor privado, sob discurso da racionalização e eficiência, ficando conhecida como gerencialismo” (MENDES, CARNUT e GUERRA, 2018, p.239).

Na PNAB 2017 está incluída uma orientação de segmentação dos cuidados na APS a partir das noções de cuidados “essenciais” e “ampliados”, esta segmentação implementada em uma conjuntura de desfinanciamento do SUS, induz a uma saúde pública que se limita aos padrões essenciais, caracterizada por cuidados mínimos, que recupera a concepção de APS seletiva e que descaracteriza o princípio da integralidade. Além disso, esta segmentação também desmantela o princípio da equidade, ao passo que as particularidades territoriais (desafios enfrentados na saúde e necessidades da população por cada região) são desconsideradas, pois serão destinados cuidados mínimos de mesma natureza para todas as regiões (MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018).

Há flexibilização de como a APS é operacionalizada nesta nova PNAB, por meio da precarização e secundarização da ESF, indução da consolidação da privatização na saúde no Brasil, intensificando a APS como um campo de saúde “mínimo” e assistencialista, negligenciando o caráter ordenador de rede que a APS possui (MENDES, CARNUT e GUERRA, 2018). Cabe ressaltar que a expansão da APS no Brasil se dá intrinsecamente a expansão da privatização, seja a partir da passagem da gestão do orçamento públicos para as OSs, seja também a partir de inclusão de mecanismos empresariais no processo de trabalho em saúde.

CONCLUSÕES

Esta pesquisa pretendeu investigar o capitalismo e sua nova fase compreendida pelo neoliberalismo no campo das políticas sociais de saúde e seus efeitos, a relação do Estado com o capitalismo, os mecanismos históricos que o produzem nacionalmente/internacionalmente e as principais consequências que são desencadeadas na América Latina e nos outros países do mundo.

No caso das políticas sociais, em geral, o neoliberalismo influencia na presença de mais focalização nas políticas, a mobilização individual, e no âmbito da sociedade civil a um suposto voluntariado em nome da solidariedade, como visto em organizações filantrópicas e/ou não-governamentais prestadoras de serviços de atendimento. Com isso, características do neoliberalismo como o clientelismo e o corporativismo, a terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos, a conformação de um sistema de saúde complementar regulamentado e institucionalização da participação popular em controle social se estabeleceram.

No que se refere as determinações capitalistas neoliberais no SUS, particularmente, os seus impactos na conformação da APS brasileira com o capital, a partir do estudo sobre neoliberalismo e seus efeitos nas políticas sociais e sua história de avanço e consolidação. Discutiu-se os impactos do neoliberalismo no campo da saúde, em específico na APS a partir das principais alterações produzidas pela PNAB 2017 em vigor no SUS.

O neoliberalismo afeta, principalmente, na condição atual de falta de cobertura de saúde com extensão dos direitos para toda a população, sendo diminutos os graus de proteção nas áreas rurais ou periféricas, geralmente onde vivem populações com índice agravado de pobreza, ausência de educação adequada e segurança. Há a aproximação da ideia de saúde como bem econômico e individual na medida que coloca a prestação de serviços de saúde sobre a lógica privada.

Vimos que no processo histórico de consolidação do SUS no Brasil, a saúde pública sempre se constituiu como um campo de disputas de interesses econômicos e políticos. Entre as vias de desmonte do SUS destacam-se as ideológicas a partir da persuasão de que a iniciativa privada apresenta resultados mais consistentes de custo-efetivos que os serviços públicos, sendo esta afirmação equivocada e desenvolvida pela pesquisa. Na política há a defesa do ideário do SUS para pobres, favorecendo a focalização, e econômica, quando promove cortes de

investimentos. Resultados da aplicação do neoliberalismo na Atenção Primária à Saúde brasileira são caracterizados pela negligência em relação ao enfrentamento dos desafios na APS e no seu desfinanciamento regulamentado pela PNAB 2017. Isto pode ser visualizado a partir da falta de insumos suficientes na rede física das UBS, das dificuldades de integração da APS com a atenção especializada, e da insuficiência na incorporação de recursos humanos qualificados.

A PNAB 2017 é um retrocesso no que se refere ao modelo de atenção, a organização da rede e aos trabalhadores das equipes. Em relação ao modelo de atenção enfatiza uma assistência médico central, e se contrapõe ao modelo de determinação social do processo de saúde e doença, desvaloriza os princípios da territorialização, participação social, integralidade, universalidade, fraciona a cobertura dos territórios pela ESF e não reconhece a APS como ordenadora da rede. Além disto, a PNAB 2017 é uma tradução da orientação do Banco Mundial sobre cobertura universal e custo efetividade dos investimentos públicos no SUS, processo que se aprofunda com a aprovação da EC-95 e outros retrocessos nos direitos trabalhistas expressos pela Reforma da Previdência Social (em curso) e Trabalhista (2017).

Este cenário atual traz graves prejuízos para a classe trabalhadora, tanto para os profissionais das equipes de saúde quanto para os usuários do SUS. Portanto, se faz necessária a organização coletiva da classe trabalhadora para reivindicações sociais e enfrentamento às classes dominantes que se utilizam do fundo público, da seguridade social para fins privados e que produzem retrocessos tanto aos direitos de cada trabalhador como na saúde pública brasileira.

Dessa forma, sugere-se que pesquisas sobre o contexto de trabalho dos profissionais de saúde, estudos sobre o serviço de saúde em realidades sociais economicamente desiguais sejam realizadas, já que o tema é complexo, atual e de alto grau de relevância visto que as determinações capitalistas neoliberais afetam aspectos sociais, políticos, culturais e econômicos, precarizando as condições de saúde e vida da classe trabalhadora brasileira.

REFERÊNCIAS

AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA. **O rombo das contas públicas está no sistema da dívida e não na previdência social.** Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no.2436 de 21 de setembro de 2017. Brasília, 2017. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 05 mai, 2019.

BEHRING, E.R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** 2º Ed. São Paulo; Cortez, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Relatório cobertura da Estratégia de Saúde da Família, competência: janeiro de 1998 a dezembro de 2018.** 2018. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php Acesso em: 01 de fev, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria no.2436 de 21 de setembro de 2017, Política Nacional de Atenção Básica à Saúde.** Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 21 fev, 2019

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estratégia da saúde da família: sobre o Programa,** s.d. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia> Acesso em: 26 mar, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012. Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em: 2mai, 2019.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

CAMPOS, C.M.S; VIANA, N; SOARES, C.B. **Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate.** Saúde e Sociedade. São Paulo, v.24, supl.1, p.82-91, 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500082&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 02 mai, 2019.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **O eterno guru da Reforma Sanitária.** 2013.Disponível em: <http://cebes.org.br/2013/08/o-eterno-guru-da-reforma-sanitaria/>Acesso em: 11 de novembro de 2018.

CIAVATTA, M. **Mediações históricas de trabalho e educação: gênese e disputas na formação dos trabalhadores (Rio de Janeiro, 1930-60)**. São Paulo: Lamparina, 2009.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s7-s16, 2008. Acesso em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 de outubro 2019.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 12-14, Set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Nov. 2019.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; ALMEIDA, Patty Fidelis de; BOUSQUAT, Aylene; *et al.* O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp., p. 12-14, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018s101>>

FILGUEIRAS, Luiz. O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico. In: BASUALDO, E.M. et.al. **Neoliberalismo e setores dominantes. Tendências globais e experiências nacionais**: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires. 2006.

FONSECA, Angélica Ferreira. **O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na Educação em Saúde**. / Angélica Ferreira Fonseca. –2013. 233 f.: tab. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

GIOVANELLA, L. 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, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601763&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de novembro de 2019.

KONDER, L. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

LAURELL, A. A saúde e doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, 2, 1982, p.7-25. Disponível em: <https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_online_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf> Acesso: 25 de novembro de 2019.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. Manifesto do Partido Comunista. **Estud. av.**, São Paulo, v. 12, n. 34, p. 7-46, Dez. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141998000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 de outubro 2020.

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira; PEREIRA, Isabel Brasil. Educação em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.p.155162.

Disponível em:www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html. Acesso em: 26 out, 2019.

MENDONÇA, S.R.de. Verbete: Estado. In: Frigotto, et. al (org.) **Dicionário da Educação do Campo**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2012. p. 349-355

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; GUERRA, Lucia Dias da Silva. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.spel, p.224-243, Set. 2018.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500224&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Nov. 2019.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 38-51, Set. 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500038&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Nov. 2019.

MOROSINI, M.V; FONSECA, A; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde em Debate**, v.42, n.116, jan-mar, 2018, p.11-24.

NOGUEIRA, M.L. **Os Agentes Comunitários de Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica na mira das contrarreformas neoliberais: ataques e resistências recentes**. In: Anais Seminário da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), Universidade Federal do Alagoas, Maceió,2017. Disponível em:

<http://www.seer.ufal.br/index.php/anaisseminariofncps/article/view/3976/2809>
Acesso em: 18 de fev, 2019.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1ª.ed, São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PAIVA, C.H.A; TEIXEIRA, L.A.**Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. 2014.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>
Acesso: 10 de novembro de 2018.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saúde soc**.São Paulo, v. 25, n. 2, p. 263-276, Junho 2016.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200263&lng=en&nrm=iso.

Acesso em: 27 Out. 2019.

RIZZOTO, M.L.F. Neoliberalismo e Saúde. In: PEREIRA, I.B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html>
Acesso em: 17 de fev, 2019.

SANTOS, G.G; SILVA, X.A Inflexões da Política de Saúde brasileira e os intelectuais orgânicos. In: **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social: Contrarreformas e revolução, respostas ao capitalismo em crise**. Espírito Santo, 2019. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/?journal=einps&page=issue&op=view&path%5B%5D=1000>
Acesso em:25 de outubro de 2019.

SANTOS, Joelma Cristina;MELO, Walter. Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba. **Gerai, Rev. Interinst. Psicol.** Belo Horizonte, v.11, n.1, p.79-98, 2018.
Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202018000100007&lng=pt&nrm=iso>.
Acesso em: 27 out. 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMSDC-RJ). Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SUBPAV). **Reorganização dos serviços de Atenção Primária à Saúde: estudo para otimização de recursos**. 2018. Disponível em:<https://www.abrasco.org.br/site/wpcontent/uploads/2018/11/REORGANIZA%C3%87%C3%83O-DOS-SERVI%C3%87OS-DEATEN%C3%87%C3%83OPRIM%C3%81RIAASA%C3%9ADE-ESTUDO-PARA-OTIMIZA%C3%87%C3%83O-DE-RECURSOS.pdf>
Acesso em: 18 de fev, 2019.

SOARES, L.T.R. **Os custos sociais do ajuste neoliberal no Brasil**. Na publicação:O ajuste estrutural na América Latina.Custos sociais e alternativas. Buenos Aires: CLACSO, 2001. P. 171-185.

SPERLING, Stephan. Política Nacional de Atenção Básica: consolidação do modelo de cuidado ou conciliação com o mercado de saúde?. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 341-345, Set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500341&lng=en&nrm=iso>.Acesso em: 19 Nov. 2019.

TEIXEIRA, C.F.S; PAIM, J.S. **A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil**. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe2, p. 11-21, Oct. 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000600011&lng=en&nrm=iso>.
Acesso em: 10 mai, 2019.

VIANA, A.L.D; SILVA, H.PD. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 7, p. 2107-2118, Julho 2018.
Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702107&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 mai, 2019.

APÊNDICE A

Quadro 1- Artigos encontrados e artigos selecionados por ano de publicação sobre neoliberalismo e SUS

Ano de publicação	Artigos encontrados e respectivos autores	Artigos selecionados
2018	1. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil . Teixeira, Carmen Fontes de Souza; Paim, Jairnilson Silva.	1 e 2
	2. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. Viana, Ana Luiza d'Ávila; Silva, Hudson Pacifico da.	
2017	3. Educação e biopolítica: um panorama da produção acadêmica brasileira no campo educacional (2001-2016) Aquino, JulioGroppa.	0
	4. Influências neoliberais na organização e processo de trabalho de Enfermeiras hospitalares. Souza, Norma Valéria Dantas de Oliveira; Gonçalves, Francisco Gleidson de Azevedo; Pires, Ariane da Silva; David, Helena Maria Scherlowski Leal.	
2016	5. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática .Paiva, Irismar Karla Sarmiento de; Lira, Cindy Damaris Gomes; Justino, Jéssica Micaele Rebouças; Miranda, Moêmia Gomes de Oliveira; Saraiva, Ana Karinne de Moura.	0
	6. Reforma Sanitária e a privatização da Saúde em um contexto Biopolítico de garantia de direitos. Lara, Lutiane de; Guareschi, Neuza Maria de Fátima; Bernardes, Anita Guazzelli.	
2015	7. Impactos do Neoliberalismo no trabalho das enfermeiras hospitalares. Gonçalves, Francisco Gleidson de Azevedo; Souza, Norma Valéria Dantas de Oliveira; Zeitoune, Regina Célia Gollner; Adame, Gabriela Fontes Pessanha Leite; Nascimento, Sonia Maria Pereira do.	8
	8. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. Campos, Celia Maria Sivalli; Viana, Nildo; Soares, Cassia Baldini.	
2014	9. Gestão e subjetividade no SUS: o enfrentamento de impasses em tempos neoliberais. Ferreira Neto, João Leite; Araújo, José Newton Garcia de.	9 e 10
	10. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. Rodrigues, Paulo Henrique de Almeida.	

APÊNDICE B

Quadro 2- Artigos encontrados e lidos na íntegra sobre a PNAB 2017

Ano de publicação	Artigos encontrados e respectivos autores
2018	<p>Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017) Almeida, Erika Rodrigues de; Sousa, Allan Nuno Alves de; Brandão, Celmário Castro; Carvalho, Fabio Fortunato Brasil de; Tavares, Graziela; Silva, Kimielle Cristina.</p>
	<p>Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde Mendes, Áquilas; Carnut, Leonardo; Guerra, Lucia Dias da Silva.</p>
	<p>Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios Melo, Eduardo Alves; Mendonça, Maria Helena Magalhães de; Oliveira, Jarbas Ribeiro de; Andrade, Gabriella Carrilho Lins de.</p>
	<p>Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde Morosini, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; Fonseca, Angélica Ferreira; Lima, Luciana Dias de.</p>