



A CONTRARREFORMA DO ESTADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O PERÍODO DO GOVERNO BOLSONARO

THE STATE COUNTER-REFORM IN PRIMARY HEALTH CARE: THE PERIOD OF THE BOLSONARO GOVERNMENT

Tatiany Fernandes Oliveira¹
Alessandra Ximenes da Silva²

Resumo: Este artigo faz uma análise acerca da intensificação da contrarreforma do Estado brasileiro com destaque na Atenção Primária à Saúde, principalmente no Governo Bolsonaro. O texto trata questões pertinentes que relacionam a contrarreforma e a Atenção Primária à Saúde, e chama a atenção ao processo contínuo de desregulamentação de direitos estabelecidos, que caracterizavam no país o caminho para uma Atenção Primária à Saúde ampliada. O Governo Bolsonaro agravou esse processo dando materialidade, através da criação de leis, a conceitos como a Cobertura Universal de Saúde, que se apóia numa vertente de Atenção Primária à Saúde restrita e de mercado. A pesquisa realizada foi de cunho documental, e analisou os principais documentos emitidos por aquele Governo no que concerne à Atenção Primária à Saúde. Percebeu-se que três documentos são o núcleo norteador das ações pensadas para esse nível de atenção à saúde. Algumas categorias chaves foram encontradas perpassando a legislação bolsonarista naquele âmbito. O financiamento, a organização do trabalho em saúde, a regulação e prestação dos serviços são as principais das categorias analisadas. Ressalte-se que tudo isso é pautado no projeto mercadológico do grande capital.

Palavras-chave: Contrarreforma. Estado. Atenção Primária à Saúde. Governo Bolsonaro.

Abstract: This article analyzes the intensification of the counter-reform of the Brazilian State, with emphasis on Primary Health Care, mainly during the Bolsonaro Government. The text addresses pertinent issues that relate the counter-reform and Primary Health Care, and draws attention to the continuous process of deregulation of established rights, which characterized the path towards expanded Primary Health Care in the country. The Bolsonaro Government worsened this process by giving materiality, through the creation of laws, to concepts such as Universal Health Coverage, which is based on a restricted and market-based approach to Primary Health Care. The research carried out was of a documentary nature, and analyzed the main documents issued by that Government regarding Primary Health Care. It was noticed that

¹ Assistente Social. Doutoranda em Serviço Social pela UFPB. Assistente Social da Política de Saúde e Educação do município de João Pessoa - PB. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3523-1776>. E-mail: fernandestaty@gmail.com

² Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela UFPE. Professora Associada da Universidade Estadual da Paraíba. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Política de Saúde e Serviço Social (NUPEPSS). ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6362-2550>. E-mail: alesximenes@servidor.uepb.edu.br

three documents are the guiding nucleus of the actions designed for this level of health care. Some key categories were found to permeate Bolsonaroist legislation in that context. Financing, organization of health work, regulation and provision of services are the main categories analyzed. It should be noted that all of this is based on the marketing project of big capital. **Keywords:** Counter-reform. State. Primary Health Care. Bolsonaro Government.

INTRODUÇÃO

O processo de contrarreforma do Estado vivenciado no país intensifica-se ao longo dos anos, e atinge os diversos âmbitos dos direitos sociais. As conquistas promulgadas na Constituição Federal de 1988 são alvo de uma desconstrução e desregulamentação sistematizada pela política neoliberalizante postulada na direção sócio-política e econômica do Estado brasileiro.

Logo que o Sistema Único de Saúde (SUS) é regulamentado, incide sobre ele medidas que levam a negação de seus princípios. Ocorre um movimento contrário ao que estava proposto legalmente. Observa-se uma contradição entre o que está posto no arcabouço jurídico legal, em relação à política pública de saúde brasileira, e a realidade que se apresenta, seja no cotidiano de quem busca acesso aos serviços, seja nos dispositivos legais que minam os princípios do SUS.

O que se segue no curso prevalente da contrarreforma do Estado é a busca por legitimar a desregulamentação de direitos conquistados, ou mesmo por aniquilá-los. Essa perspectiva atravessa as políticas sociais no Brasil, sendo alvo precípuo exatamente aquelas que compõem a Seguridade Social, dentre as quais está a política de saúde.

É certo que esse processo perpassa todos os governos desde a redemocratização do país. Historicamente é o documento do PDRE (Plano Diretor de Reforma do Estado) em 1995, no governo Fernando Henrique Cardoso, que serve como base direcionadora de uma contrarreforma conservadora e regressiva, segundo afirma Behring (2003), e que explicita o discurso da disciplina fiscal, privatização e liberalização econômica. Tal discurso aprofunda-se e ganha cada vez mais espaço na agenda contrarreformista do Estado brasileiro sobre os direitos sociais conquistados, numa verdadeira campanha de expropriação destes.

O processo contínuo de contrarreforma é reforçado com a agudização da crise estrutural capitalista, especialmente pós 2008. O ajuste fiscal permanente (Behring,

2019) e a disputa pelo fundo público estão diretamente relacionados à expropriação de direitos no contexto das relações capitalistas. Ressalte-se que os governos do Partido dos Trabalhadores, tanto no período Lula (2003–2010), quanto no período Dilma (2011–2016) não romperam com a direção contrarreformista, apesar do país ter experimentado um crescimento sócio-econômico, principalmente no primeiro mandato do governo Lula, e ter garantido direitos sociais estabelecidos .

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

Nesse sentido, seja qual for o nicho, o capital busca valorizar-se e reproduzir-se. Assim, o campo dos direitos sociais e fundamentais ao ser humano tem sido cada vez mais transformado em mercadoria. Países de economia dependente, como o Brasil, são alvo desse tipo de investida.

O governo Bolsonaro, principalmente em seus dois primeiros anos (2019–2020), seguindo a linha do governo Michel Temer (2016–2018), aprofunda e sedimenta o caminho do ultraneoliberalismo no país. Nesse período, foram publicadas diversas normativas, entre medidas provisórias, leis, portarias, resoluções e decretos, relacionados à Atenção Primária à Saúde. A partir disso, observa-se uma investida expressiva em uma APS seletiva, em detrimento de uma APS ampliada, que corresponda aos princípios e diretrizes do SUS.

O AVANÇO DA CONTRARREFORMA NA SAÚDE: a APS em pauta

A incursão da contrarreforma, atendendo a pauta do projeto do grande capital, através da política neoliberal é devastadora para o setor da saúde. O subfinanciamento, o desvio do orçamento, a desregulamentação da própria legislação são alguns aspectos percebidos no decorrer do aprofundamento das orientações neoliberais, pautadas também por organismos multilaterais internacionais.

De acordo com Rizzoto (2012), o Banco Mundial, desde o final dos anos de 1970, já propunha aos países periféricos um modelo de sistema de saúde, o qual combinava

serviços de saúde pública com serviços privados para aqueles que podem pagar. Em conformidade com isso, Silva (2017, p. 30) afirma que “esses organismos, ao longo do tempo, recomendam a ampliação do setor privado do SUS e a diminuição do gasto público estatal com a saúde.” É assim que se pauta cada vez mais o sistema de saúde brasileiro, apesar das conquistas constitucionais.

Ressalte-se o que aponta Vasconcelos, et al. (2017), que é a partir dos anos de 1990 que o Banco Mundial ganha cada vez mais influência na política de saúde do país, com maior ou menor intensidade a depender do Governo. Nesse sentido, as autoras admitem que a intensidade nos governos petistas foi menor do que a que se seguiria no governo Temer.

Nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), as chamadas Parcerias Público-Privadas, que vieram a partir do PDRE do governo anterior, só se ampliaram. No governo Dilma Rousseff foi criada a Lei nº 13097/2015, a qual abre o capital estrangeiro para a saúde (Silva, 2017).

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

Em 2016, Michel Temer, assume o poder com o “golpe de Estado de novo tipo”, que foi “a saída da burguesia brasileira para se adaptar ao novo momento do neoliberalismo no mundo, e se conectar com as exigências do ambiente internacional, de imensa liquidez de capitais buscando desesperadamente nichos de valorização” Behring (2018, p. 62). Esse governo, que assume tão claramente o ideário neoliberal, faz o país adentrar num processo cada vez mais claro e intenso de agudização da questão social, à medida que desmonta políticas, corta orçamentos ou os estagna, a exemplo da Emenda Constitucional nº 95/2016³. Foi também no governo Temer que se efetivaram mudanças

³ A EC 95 inaugura o novo regime fiscal. Ficou conhecida também como a PEC da Morte quando tramitada na Câmara e no Senado Federal. A emenda estabelece um teto de gastos para despesas primárias como

na forma de financiamento do SUS, que extingue os seis blocos de financiamento e cria duas categorias de repasse: custeio e capital⁴. Se podemos considerar algum avanço nos governos anteriores, este último caminhou no sentido de liquidá-los, colocando em curso o projeto da burguesia do tão aclamado ajuste fiscal. Nas palavras de Silva,

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

O governo Temer funcionou, apesar do pouco tempo de mandato, como uma espécie de coringa para a classe dominante do país, ao colocar em prática, abertamente, o projeto neoliberal. Behring (2018) vai denominar como sendo, na verdade, o terceiro momento⁵ do neoliberalismo entre nós. Esse momento também tem sido denominado por alguns autores marxistas de ultraneoliberalismo, dado o seu caráter mais agressivo e sem consideração alguma aos processos democráticos e aos direitos constituídos. O direito à saúde, portanto, está imerso, e é alvo desse movimento.

Com a eleição de Jair Messias Bolsonaro em 2018, aceleraram-se as contrarreformas iniciadas no governo anterior em todas as esferas das políticas públicas e sociais. Na retórica, o primeiro ministro da saúde do governo Bolsonaro (Luiz Henrique Mandetta) discursava em favor da defesa do SUS, da saúde como direito, mas ao mesmo tempo estabelecia uma prática contrária, favorecendo o sistema privado de saúde.

Os princípios do SUS, e resalte-se o da universalidade do acesso aos serviços, têm sido violado a cada dia. A contrarreforma em curso contradiz tudo que está posto legalmente, uma vez que promove exclusão em relação ao direito da universalização e viabilização do acesso. Para Sousa, a questão da universalização

[...] parte do reconhecimento de que a saúde é um direito de todos e que o Estado deve projetar mecanismos institucionais que garantam o acesso aos bens

saúde e educação, congelando-as por 20 anos. Isso representa não apenas um subfinanciamento, mas um desfinanciamento dessas políticas. Ver o texto de BEHRING (2018), "Estado no capitalismo: notas para uma leitura crítica do Brasil recente."

⁴ Trataremos da análise dessas medidas do governo de Michel Temer no próximo capítulo do nosso estudo.

⁵ Behring (2018) advoga que o Brasil passa por três momentos ou fases diferentes da ideologia neoliberal. A primeira compreende o período dos governos de FHC; a segunda situa-se no período dos governos petistas e a terceira é exatamente a partir do golpe de Estado de novo tipo em 2016.

e serviços sem limitação ou impedimentos, sendo efetivada pelo sistema público. Esta concepção expressa uma recusa da abordagem da saúde como mercadoria (2014, p. 228).

Nos parâmetros da contrarreforma, o princípio da universalidade vem sendo chamado de universalidade excludente ou restrita, isso quer dizer que não há mais a concepção de "para todos", basta abranger parte do conjunto. Assim, esse serviço também pode ser viabilizado pelo mercado, e não somente, necessariamente, estatal.

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

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

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

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

A contrarreforma na APS colocava-se de maneira sutil, pois esse nível de atenção à saúde não era tão visado enquanto um nicho de lucratividade, porém há algum tempo tem se tornado parte da política de ajuste fiscal, de viés neoliberal. O que ocorre nos

últimos tempos é essa intensificação da contrarreforma no setor saúde com ênfase na APS, de forma clara e espúria.

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

A OMS fomenta, orienta e endossa para os países de economia periférica, principalmente, um modelo de atenção à saúde pautado na redução de gastos, abrindo maior espaço para o mercado. Noronha (2013) aponta que, foi ainda em 2005, no Relatório da 58ª Assembleia Geral da OMS, que apareceu a primeira referência ao que se chama de Cobertura Universal de Saúde (CUS ou UHC em língua inglesa), uma concepção cada vez mais difundida. Sobre o relatório, o autor comenta,

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

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

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

[...] transformar a evidência, recolhida de estudos em diversos locais, num menu de opções para angariar recursos suficientes e remover barreiras financeiras ao acesso, especialmente para os pobres. Como indica o subtítulo, coloca-se firmemente a ênfase no caminho para a cobertura universal, um objectivo actualmente no centro dos debates sobre prestação de serviços de saúde. A necessidade de orientação nesta área tornou-se ainda mais urgente neste momento caracterizado simultaneamente pela crise económica e custos

crescentes dos cuidados de saúde, à medida que a população envelhece, as doenças crônicas aumentam, e novos tratamentos mais caros se tornam disponíveis. Como é sublinhado neste Relatório, a exigência pública para acesso a cuidados de boa qualidade ainda aumenta mais a pressão pela escolha de políticas inteligentes (OMS, 2010, iv).

Percebe-se, nas entre linhas, dessa fala que, o que aparenta ser uma preocupação com a cobertura universal da saúde, é na verdade uma preocupação com a racionalidade dos recursos, e não com o aumento deles para uma assistência verdadeiramente integral e universal. Tem-se que reduzir os gastos públicos, para isso é necessário orientar esses gastos de forma racionalizada e eficiente. É esse o pensamento que está por traz do discurso e relatórios da OPAS/OMS. O discurso da eficiência dá o tom do relatório na orientação de como melhor usar os recursos com a saúde, tanto do ponto de vista dos gastos públicos quanto dos gastos pessoais, ou seja, de como as famílias gastam com saúde no âmbito privado. "Os países que adotem as políticas correctas podem melhorar significativamente a cobertura de serviços e a protecção contra risco financeiro para qualquer nível de gastos" (OMS, 2010, vii).

A denominada Cobertura Universal de Saúde (CUS) abordada no referido documento, coloca um universo focal e seletivo de cobertura e serviços. As orientações são claras no sentido de subsidiar apenas os cuidados para os mais pobres e vulneráveis. O documento também sugere que os países pobres podem receber apoio internacional para atingir essa cobertura universal. Vale salientar que, segundo Giovanella et al. (2018), o termo Cobertura Universal de Saúde é ambíguo e tem diferentes interpretações. No relatório de 2013, "Pesquisa para a Cobertura Universal de Saúde", a OMS aprofunda a discussão sobre a CUS, justificando-a como um equalizador social, o que reflete a ambigüidade do conceito.

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

de Saúde”⁶, afirma que o mesmo “apresenta um conceito restrito de universalidade e de equidade, uma vez que pressupõe o funcionamento de um sistema onde predomina o mecanismo da compra e venda de serviços de saúde” (CEBES, 2014).

A OMS coloca os cuidados primários à saúde como centro da Cobertura Universal de Saúde; como o nível de atenção condutora da cobertura de serviços. Em 2015, a CUS passou a fazer parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável dentro da Agenda 2030⁷.

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

A proposta da CUS (UHC) é controversa e compromete a saúde como direito de todos e dever do Estado, uma vez que, conforme afirma Giovanella et al. (2018, p. 1764), “a questão do financiamento é central na proposta de UHC, que incentiva o aumento da participação privada no financiamento setorial e a expansão do mercado privado em saúde”. Claramente, a APS é alvo da disputa entre concepções distintas relacionadas à assistência à saúde. De um lado tem-se a proposta da CUS e de outro, a proposta de um Sistema Universal de Saúde, como é o caso do SUS, o qual aponta para uma APS ampliada. Isso revela também, de maneira macro, uma disputa de projetos societários distintos no que diz respeito aos direitos sociais, que tem relação direta com o processo de acumulação capitalista.

A APS POR DENTRO DO GOVERNO BOLSONARO

⁶ Este documento diz respeito à 154ª Sessão do Comitê Executivo da OPAS/OMS, realizada em maio de 2014. Pode ser acessado em: <https://www.paho.org/bra/images/stories/Documents2/>

⁷ Os ODS fazem parte da “Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, resultado da reunião da ONU com países membros em setembro de 2015. “A Agenda 2030 é um plano de ação para as pessoas, o planeta e a prosperidade. O plano indica 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, os ODS, e 169 metas, para erradicar a pobreza e promover vida digna para todos, dentro dos limites do planeta”. Os ODS são uma espécie de continuidade dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio do início dos anos 2000 que já traziam também a questão da Cobertura Universal de Saúde. Ver página: <http://www.agenda2030.com.br/sobre/>

É importante e necessário trazer à memória o caráter (neo) fascista do governo Bolsonaro, como bem analisa Demier (2019). Se Temer foi responsável por aprofundar as políticas de ajuste fiscal e radicalizou ainda mais o processo de contrarreforma do Estado para enfrentar a crise econômica, Bolsonaro não apenas garantiu a continuidade desse recrudescimento, mas lhe acoplou ações fascistas legitimadas por sua investidura presidencial, causando uma verdadeira tragédia, e ainda aplaudida por vários segmentos.

De acordo com Behring (2019), foi criado no governo Bolsonaro, um verdadeiro ambiente de negócios, tanto para extrair mais-valia quanto para se apropriar do fundo público. Pode-se dizer que medidas como, a reforma da previdência, a reforma administrativa e as contrarreformas que inflexionaram as políticas sociais, como a da saúde, contribuíram para esse ambiente propício ao grande capital. Vale ressaltar que a mesma autora chama a atenção para o fato de que esse ajuste fiscal brasileiro é permanente desde o processo de redemocratização do país.

Bolsonaro nomeou, em seu primeiro ano de governo, para a pasta de Ministro da Saúde, um médico também ligado ao setor privado: Luiz Henrique Mandetta. O mesmo foi deputado federal por dois mandatos (2011–2018) pelo Partido DEM (Democratas). Foi ele quem implementou celeremente projetos contrarreformistas no setor da saúde. Mandetta ocupou o cargo até abril de 2020, quando, em meio à pandemia do novo coronavírus, foi demitido por divergências com o presidente.

Mandetta seguiu, dentre tantas orientações dos organismos multilaterais, aquelas que o Banco Mundial havia preparado e apresentado aos presidentiáveis em 2018⁸. Essas orientações com suas notas de políticas públicas fazem parte do documento "Por um ajuste justo com crescimento compartilhado: uma agenda de reformas para o Brasil". O documento relaciona três aspectos prioritários, considerados pelo órgão como sendo os maiores desafios do Brasil em 200 anos de independência: crise fiscal, crescimento da produtividade e reverter o tamanho do Estado. Para contemplar e "superar" esses desafios, as notas de políticas públicas, anexas ao documento, trazem recomendações aos mais variados setores, inclusive à saúde, e especificamente acerca do SUS.

⁸ O Banco Mundial apresentou recomendações para todas as áreas de políticas públicas aos candidatos a presidente da República e suas respectivas equipes.

Fica claro o discurso de racionalizar serviços ditos ineficientes, como os hospitais, a partir de uma potencialização na APS, inclusive transformando hospitais de pequeno porte em unidades de APS ou fechando-os. A questão que se coloca é sempre relacionada ao gasto econômico, e não exatamente uma preocupação com o direito e com o que pode ser feito para que haja um serviço de qualidade e que atenda aos princípios do SUS, a fim de ser usufruído pela população. Ao mesmo tempo, o documento aponta que no Brasil há uma rigidez nas regras que são restritas à administração pública, então é preciso flexibilizar para que haja inovação e outros investimentos. Nesse item há uma ênfase de louvor às Organizações Sociais em Saúde (OSS), conferindo aos serviços administrados por estas um maior grau de eficiência. O texto ainda aponta que na APS essa forma de gerenciamento e administração pode trazer maiores ganhos.

Na APS, há evidências de que a estratégia de contratação, também através de OSS, aumenta o número de consultas na APS em aproximadamente uma consulta por usuário do SUS por ano e reduz a internação devido a doenças que podem ser prevenidas" (BANCO MUNDIAL, 2018, p. 12).

Nota-se uma apologia ao setor privado, financiado pelo Estado, na oferta de serviços de saúde.

No início de 2019, o documento referido acima foi debatido em audiência na Câmara dos Deputados⁹ com a presença do economista sênior, Edson Araújo, que representava o Banco Mundial no Brasil, o qual reforçou a defesa das OS's como um mecanismo eficiente de administração e gerenciamento, desde a sua criação no governo Fernando Henrique Cardoso. Além disso, seu discurso também reforçou o fortalecimento da APS, no sentido de cortar gastos em outros níveis. Essa defesa de fortalecer e aumentar a cobertura não é, no entanto, através do investimento público, estatal, mas oportunizando ao mercado privado esse espaço.

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

Os serviços de saúde como área de expansão do capital exemplificam a tendência já identificada por Marx de penetração de relações capitalistas de

⁹ A matéria sobre a audiência realizada em abril de 2019 na Câmara dos Deputados pode ser lida na página <https://setorsaude.com.br/banco-mundial-apresenta-propostas-para-a-reforma-do-sus/>.

produção em todas as esferas da produção material, em que anteriormente existiam relações artesanais ou nas quais a caridade ou o Estado imperavam. Na conjuntura de crise, tais serviços podem se tornar campo de existência de contratendências à crise geral do capitalismo, quando se recomenda a privatização do Estado para que eles se tornem objeto de valorização (2014, p. 510).

O governo Bolsonaro agiu de forma avassaladora na empreitada da ofensiva ultraneoliberal protagonizada pela burguesia, com anuência do Estado, dando as condições gerais da continuidade do processo de produção capitalista e acumulação, mesmo em meio à crise. Os dispositivos legais (medidas provisórias, leis, decretos) imbuídos das concepções ideopolíticas¹⁰, que dão base ao capitalismo nessa quadra histórica ultraneoliberal e neofascista em nosso país, são expostos e colocados em prática cotidianamente.

Entre os anos de 2019 e 2020, o governo Bolsonaro publicou vários documentos que evidenciaram o recrudescimento da contrarreforma do Estado brasileiro com inflexões na APS, e principalmente na Estratégia Saúde da Família (ESF). Destaca-se 13 (treze) documentos, todos ligados à APS, os quais dão suporte à materialização das concepções ideopolíticas que perpassam o governo em questão. São legislações que abordam aspectos da estrutura organizacional da APS, do financiamento, da organização e gestão das equipes, dos serviços prestados, entre outros aspectos.

Dentre os documentos é possível perceber que há um esforço célere e bem articulado para dar maior "legalidade" e, ao mesmo tempo, oferecer mais subsídios, ao projeto do "SUS totalmente submetido ao mercado", como afirma Bravo, Pelaez e Menezes (2020).

A trama do processo de contrarreforma em tempos de ultraneoliberalismo revelou-se muito clara no governo Bolsonaro. Não obstante a importância de cada um dos treze documentos, ao analisá-los, percebe-se que o fundamento das mudanças na política de APS, que implicou especialmente na ESF, concentra-se em três legislações basilares, quais sejam, o Previner Brasil (programa responsável pelo financiamento da APS), a ADAPS (Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde) e a

¹⁰ Entendemos que as concepções ideopolíticas dizem respeito às formas de viver e pensar dentro da sociabilidade capitalista. Para além disso, tem a ver com a forma como os processos sociais se organizam nessa sociedade, uma vez que o capital estabelece uma relação social que lhe é peculiar. Isso se manifesta exatamente na vida coletiva.

CaSAPS (Carteira de Serviços da Atenção Primária). As demais aparecem como funcionais a estas, ajustando-as cada vez mais, em termos legais. Na figura a seguir, é possível observar que as várias legislações desse período confluem para as três principais que foram destacadas.

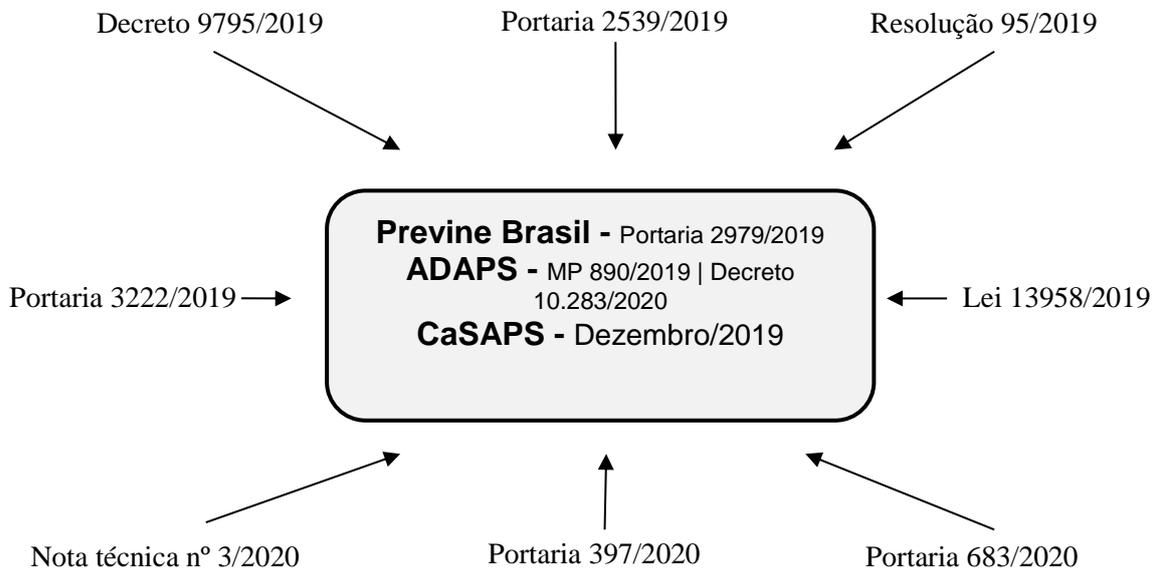


ILUSTRAÇÃO 1: Panorama normativo da contrarreforma na APS - 2019/2020

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

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

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

Independente da discussão entre Atenção Básica e APS, Mendes (2019) corrobora com as autoras ao afirmar que se reforça no Brasil a ideia restrita de Atenção Básica.

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

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

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

Erno Harzheim, na ocasião secretário da APS e vice-presidente do Conselho Deliberativo da ADAPS, nomeado pela portaria nº 683, de 2 de abril de 2020, em seu artigo¹² sobre o *Previne Brasil*, afirma que,

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

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

¹² Nesse artigo, Harzheim faz a defesa do Programa *Previne Brasil* ponto a ponto respondendo algumas a de suas principais críticas.

A manutenção dos princípios do SUS e da APS cunhada na fala de Harzheim (2020) não condiz com o *Previne Brasil*, e isso mostra o caráter contraditório de sua afirmação. O secretário alegou que a exigência de um cadastramento na Unidade de Saúde seria um estímulo ao cuidado real com o usuário do SUS, o que é bastante questionável, pois o cuidado da Equipe de Saúde da Família para com os usuários não se baseia no fato do número de cadastros em si mesmo, mas em tudo que circunda o cuidado e o fazer saúde numa perspectiva coletiva. Além disso, o cadastramento não garante o incentivo financeiro adequado.

A ausência de recurso financeiro destinado aos municípios para a manutenção do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), a partir do novo financiamento, é outro fator que modifica substancialmente o caráter de uma APS que, ainda que com dificuldades e lacunas, caminhava para fazer jus a um atendimento em que a integralidade era o norte.

A ADAPS, conforme a análise assertiva de Morosini, Fonseca e Baptista (2020) foi uma entidade privada que assumiu a gestão da Atenção Básica, e que viabilizava o acesso do setor privado a um volume de recursos financeiros transferidos da União, bem como advindos de outras fontes, como, por exemplo, de instituições de ensino, de serviços prestados por empresas privadas, dentre outros. Esta Agência era responsável por executar o Programa Médicos pelo Brasil.

A CaSAPS articulada a essa trama foi mais uma porta ao setor privado. Seu enfoque biomédico na prestação dos serviços das Unidades Básicas de Saúde afasta-se dos verdadeiros princípios da APS, que contemplam a saúde coletiva a partir do território comunitário e da dimensão familiar. Essas três principais normativas que se afirmaram desde 2019, comprometeram a expansão da ESF e sua importância como estratégia prioritária na ordenação da APS e do próprio SUS.

De acordo com Boschetti e Teixeira, o processo de contrarreforma e expropriação de direitos servem exatamente para legitimar e blindar as políticas de ajuste fiscal. "O teto de gastos atinge diretamente os gastos sociais, mas não implica redução de transferência do fundo público para o capital financeiro" (2019, p.76).

Nesse sentido, Salvador (2017), aponta como instrumento da política fiscal, e que incide sobre o financiamento da Seguridade Social, as constantes renúncias fiscais e

tributárias ao longo dos anos para recompor as taxas de lucro dos setores econômicos. Entende-se que, diante disso, o orçamento público comprometido com o financiamento de juros e amortização da dívida, compromete toda a Seguridade Social, e esta, por sua vez, sofre não apenas um subfinanciamento, mas um desfinanciamento.

As normativas expedidas pelo governo Bolsonaro nos anos de 2019 e 2020, relacionadas à saúde, reforçaram concepções ultraneoliberais. A partir da APS, imprimiu-se ainda mais um pacote básico e focal para a população, regulado mais pelo setor privado do que pelo Estado. Subsidiar uma APS ampla, de acesso universal, integral, que envolva a comunidade a partir de uma concepção de saúde coletiva, não foi pauta daquele Governo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Governo Bolsonaro configurou-se um verdadeiro palco de retrocessos. No que diz respeito à Atenção Primária à Saúde, os dispositivos legais publicados, revelam o caráter do ultraneoliberalismo, da privatização, do desfinanciamento das políticas sociais, da regulação da organização e gestão dos serviços, do gerencialismo e das próprias relações de exploração, presentes nessa conjuntura em relação aos direitos sociais.

Os discursos daqueles que exerceram cargos importantes na pasta da saúde, naquele Governo, apareciam de forma paradoxal em relação à defesa e materialização do SUS. No mesmo discurso falava-se em interesse público e, ao mesmo tempo, em interesses pertinentes ao capital privado. Nesse contexto, O SUS parece incorporar vários tipos de arranjos e modelos de saúde mediante o processo de contrarreforma intensificado.

O fundo público é parte fundamental nesse processo, e o Estado é o provedor das condições necessárias para que a acumulação do capital seja garantida. É exatamente nesse contexto que se tem a expropriação de direitos, inclusive do direito à saúde.

Concepções como, o conceito ampliado de saúde, determinação social do processo saúde-doença, participação e controle social, territorialização, universalidade

e integralidade têm sido solapadas pela frieza avassaladora da contrarreforma do Estado que, no setor saúde, chegou avassaladoramente na APS.

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

É certo que o Governo Bolsonaro trabalhou abertamente em função do grande capital e, por conseguinte, acentuou a desigualdade social no país. Direitos como a saúde foram negligenciados, suas leis regulamentares desconsideradas, dando lugar a legislações que beneficiaram o setor privado.

A tragédia de como foi enfrentada a pandemia da COVID-19 naquele Governo será, historicamente, lembrada e anunciada. O papel que a APS poderia ter desempenhado naquele momento pandêmico foi completamente relegado e subestimado.

Atualmente, em seu terceiro mandato presidencial, Lula, tem revogado e substituído muitas daquelas normativas expedidas pelo governo anterior na área da saúde, exatamente aquelas que têm incidência direta na APS. Exemplo disso é a Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, a qual substitui o Programa Previne Brasil alterando o cofinanciamento federal do piso da APS. Numa análise, ainda pouco acurada, evidenciam-se rupturas com o modelo de financiamento anterior, mas também continuidades. O fato é que alguns retrocessos têm sido revertidos, e ainda que o processo de contrarreforma seja prevalente, há uma defesa do SUS mais legítima e materializada. As marcas do Governo Bolsonaro, no entanto, extinguindo programas importantes para a saúde pública do país, expedindo normativas de desmonte da política de saúde são indelévels.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; BRAVO, Maria Inês Souza. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Ver. Trabalho, educação e saúde**

[online]. Rio de Janeiro. v. 12, n. 3, p. 499-518, Dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sjp00019>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BAHIA, Lígia. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/csp>. Acesso em: 14 jul. 2023.

BEHRING, Elaine Rossetti. Devastação e Urgência. In: CISLAGHI, Juliana Fiuza, DEMIER, Felipe (Orgs.). **O neofascismo no poder (ano I)**. Rio de Janeiro: Consequência, 2019.

BEHRING, Elaine. Estado no capitalismo: notas para uma leitura crítica do Brasil recente. In: BOSCHETTI, I; BEHRING, E.; LIMA, R. L. (Orgs.). **Marxismo, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2018.

BEHRING, Elaine. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BOSCHETTI, Ivanete; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. O draconiano ajuste fiscal no Brasil e a expropriação de direitos da Seguridade Social. In: SALVADOR, Evilasio; Behring, Elaine; LIMA, Rita de Lourdes (Orgs.). **Crise do capital e fundo público: implicações para o trabalho, os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2019.

CENTRO Brasileiros de Estudos de Saúde (CEBES). Nota pública Cobertura Universal de Saúde (2014). Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/08/nota-consulta-publica-cobertura-universal-da-saude-da-omsopas-no-brasil/>. Acesso em: 02 ago. 2024.

GIOVANELLA, Ligia [et al.] . Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, June 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601763&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2023.

HARZHEIM, Erno. Previne Brasil: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4pBPtJ4CVFGtSjYKPbnbyzD/?lang=pt>. Acesso em: 25 Jun 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. Brasília: CONASS, 2019.

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Previne Brasil. Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2020, v. 36, n. 9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>. Acesso em: 14 mai. 2024.

NORONHA, José Carvalho de. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 847-849, maio. 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/9639/2/cobertura%20universal%20de%20saude.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde (OMS). **Cobertura Universal de Saúde (CUS)**. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/world-health-day/pt/world-health-day-2019/>. Acesso em: 1 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal**. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2023.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizzon. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90**. São Paulo: HICITEC, 2012. (Coleção Saúde em Debate, n.217).

SANTOS, Girlan Guedes dos. **A saúde sob a mira dos aparelhos multilaterais de hegemonia do capital imperialista**. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós Graduação em Serviço Social). UEPB, Campina Grande, 2021.

SILVA, Alessandra Ximenes da. A contrarreforma na política de saúde e a função dos intelectuais coletivos. In: SILVA, Alessandra Ximenes da.; NÓBREGA, Mônica Barros da.; MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro. (Orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. 2010. Tese (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social). UFPE, Recife, 2010.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. *Revista Katálysis* [online]. Florianópolis. v.17, n. 2, p. 227-234. jul./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0227.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2021.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal. [et al.] **Contrarreforma na Atenção Primária à Saúde: a Estratégia Saúde da Família em foco**. In: SILVA, Alessandra Ximenes da.; NÓBREGA, Mônica Barros da.; MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro. (Orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017.