



Eixo: Política social e Serviço Social.

Sub-eixo: Crise, trabalho e tendências contemporâneas das políticas sociais no capitalismo.

A OFENSIVA DO PROJETO PRIVATISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA Luanda Café Santana dos Santos¹

Resumo: O artigo apresentado tem o intuito de construir uma análise sobre a expansão da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, no contexto de reforma do modelo de gestão da atenção básica, por meio das organizações sociais, assim como, propiciar o debate teórico sobre as implicações aos trabalhadores no âmbito da Atenção Básica à Saúde (ABS). A análise da atual conjuntura da saúde na cidade reveste-se da reflexão sobre o processo de privatização que está em curso no município.

Palavras chave: Atenção Básica à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Organizações Sociais.

Abstract: The present article aims to build an analysis about the expansion of the Family Health Strategy in the city of Rio de Janeiro, in the context of reform of the basic care management model, through social organizations, as well as to provide the theoretical debate on the implications for workers in the scope of Basic Health Care. The analysis of the current health situation in the city is associated with the reflection on the privatization process that is in progress in the city.

Keywords: Basic Health Care; Family Health Strategy; Social Organizations

INTRODUÇÃO

O município do Rio de Janeiro, desde o ano de 2009, iniciou um processo de reforma administrativa e organizacional do modelo de atenção à saúde. Nesta direção, a atenção básica discriminada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), do Ministério da Saúde, e formada pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF) foi admitida como principal diretriz. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, no ano de 2008, a cobertura de equipes de saúde da família correspondia a 3,5% de toda a população. No plano nacional, representava a mais baixa

¹ Estudante de Pós-Graduação. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. E-mail: <luandacaffe@gmail.com>

cobertura entre as capitais. A partir de uma perspectiva histórica de todo processo implementado, no final do ano de 2016, se registrou a marca de 70% de cobertura de toda a população (SUBPAV, 2017).

Um dos principais fatores apontados para este crescimento, nos últimos anos, se assenta no modelo de gestão por organizações sociais na Estratégia de Saúde da Família (ESF). O modelo de parcerias público-privado, por meio de entidades jurídicas de direito privado, condiciona à prestação de serviços mediante contratos de gestão com a administração pública direta.

A experiência do Rio de Janeiro reacende o debate em torno deste “novo” modelo de gestão e a problematização sobre o processo de privatização da gestão e propulsor da produção privada de saúde no Brasil (Cislaghi, 2015). A análise da atual conjuntura da saúde na cidade reveste-se da reflexão sobre o processo de privatização que está em curso no município. Assim como, sinaliza os desafios para efetivação da política de saúde pública e de qualidade. Neste sentido, o estudo busca contribuir para a reflexão sobre o modelo de gestão da atenção básica à saúde no município, com vistas à participação de entes privados na constituição das políticas públicas. Neste processo, suscitar o debate teórico sobre as implicações ao trabalhador na saúde, no âmbito da ABS municipal.

1. Atenção Básica à Saúde e o Sistema Único de Saúde

A concepção de Atenção Básica à Saúde (ABS) – termo adotado pelo Brasil – tem suas raízes teóricas com o processo de Reforma Sanitária brasileira, desde a década de 1970. O movimento de Reforma Sanitária surge como resistência à ditadura militar, no início da década de 1970. Este movimento social expressa um conjunto de ideias e teses orientadas a democratização da Saúde no país. Na correlação com a ABS, enfatiza-se a reorganização do modelo assistencial de saúde, a partir de um sistema universal e integrado, na ruptura com o modelo médico-privatista vigente até o início dos anos 1980.

No cenário internacional, emprega-se o termo Atenção Primária à Saúde (APS), que guarda proximidade ao conceito de ABS. A concepção de APS, surgiu na Inglaterra em 1920, no Informe Dawson. Este documento propôs a reorganização dos serviços de saúde, a partir da integração de ações curativas e preventivas, organizados em bases populacionais, por meio da descentralização e hierarquização das unidades de saúde. (Aguiar, 2013).

Em 1978, ocorreu a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde realizada pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), em Alma Ata, capital do Cazaquistão. Os cuidados primários à saúde foram tomados como diretrizes aos sistemas de saúde dos países e parte integrante para o desenvolvimento global, tendo como meta a “Saúde para todos no ano 2000”, admitida como estratégia de expansão para a cobertura dos serviços de saúde. (Camargo, 2014).

Esta conferência lançou as bases e princípios da APS, pela difusão do conceito descrito na “Declaração de Alma-Ata”, que definiu a APS como:

“(...) a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoresponsabilidade e autodeterminação. A atenção Primária é parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a atenção da saúde aos lugares onde pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária” (OMS, 1978).

Esta definição propõe a instituição de serviços de saúde locais, direcionados as necessidades da população, na relação da saúde como desenvolvimento social e econômico do país. O documento estabelece ações mínimas para o desenvolvimento da APS: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; assistência materno-infantil e planejamento familiar; imunização;

prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; distribuição de medicamentos essenciais (Aguiar, 2013).

Outras concepções sobre APS conferem um caráter polissêmico ao conceito. Nesta perspectiva, identificam-se três linhas principais de argumentação: (1) a APS como nível primário de atenção à saúde, de forma a ser porta de entrada do sistema hierarquizado de saúde e resolutiva dos problemas mais comuns de saúde, orientada para minimizar os custos econômicos e satisfazer, de forma restrita, as demandas da população. (2) a APS como atenção primária seletiva, como programa específico destinado a população pobre, com prioridade a serviços básicos e de baixo custo. Neste contexto, nos anos 1980 e 1990, a publicação do Banco Mundial, em 1993, orientou o redirecionamento dos gastos no “Investimento em Saúde”, em oposição às políticas universais; (3) a APS com estratégia de organização do sistema, de forma abrangente, com ênfase as necessidades das comunidades, e que preste assistência integral aos usuários na prevenção e promoção de saúde, como parte coordenadora e integrante da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esta concepção se aproxima do ideário de Alma-Ata. (Aguiar, 2013; Mendes, 2015).

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção a saúde segue a admissão de atributos e funções para a sua operacionalização. O marco referencial para a descrição dos atributos estruturais da APS foi definido por Starfield (2002).

Quadro 1: Atributos e funções da Atenção Primária à Saúde

ATRIBUTOS	FUNÇÕES
Primeiro Contato	
Longitudinalidade	Resolutividade
Integralidade	Comunicação
Coordenação	Responsabilização
Focalização na Família	

Orientação comunitária Competência Cultural	
--	--

Fonte: Starfield (2002)

Os atributos são elementos estruturais para a APS, nesta linha de argumentação, o primeiro contato implica condições para a acessibilidade do usuário e ao serviço de saúde em todos os problemas ou novo episódio do mesmo. A longitudinalidade pressupõe a construção de um aporte regular de cuidados pela equipe de saúde com a população ao longo do tempo. A integralidade exige a prestação de um conjunto de serviços que atendam as necessidades da população adstrita e a responsabilização sobre os arranjos institucionais que propiciem outros níveis de complexidade. A coordenação remete a garantia de continuidade dos cuidados de saúde pela equipe e se articula como centro de comunicação das redes de atenção à saúde. A focalização da família considera a abordagem familiar no conhecimento integral dos problemas e na implementação de formas singulares de intervenção. A orientação comunitária considera o contexto físico, econômico e social a partir da análise situacional das necessidades das famílias na perspectiva de integração aos programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde. A competência cultural estabelece uma relação horizontal entre equipe de saúde e população nas singularidades culturais das pessoas e famílias (Starfield, 2002).

Para a operacionalização da APS estes sete atributos precisam estar em funcionamento em sua totalidade. Neste processo, três funções são essenciais: resolutividade, comunicação e responsabilização da atenção à saúde da população. Pesquisas nacionais apontam que a heterogeneidade da qualidade da APS relaciona-se, em sua maioria, com a ausência de um ou mais atributos (Mendes, 2015).

No Brasil, a APS tem trajetória singular no país com algumas experiências incipientes desde o século XX. Em 1924, são criados os centros de saúde, organizados a partir de uma base populacional, mas com a divisão em ações

curativas e preventivas. Nos anos 1940, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que atualmente é a Fundação Nacional de Saúde, as ações eram voltadas a prevenção de doenças infecciosas e carências. Estas ações são ampliadas para outras regiões do país nas décadas de 50 e 60. Na década de 1970, contemporânea à proposta da APS referenciada na Conferência de Alma Ata adotou-se programas de extensão da cobertura de saúde, com perspectiva focalizada e de baixa resolutividade, a exemplo do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, na região nordeste (Mendes, 2015; Matta e Morosi,2008).

No início dos anos 1980, o movimento de reforma sanitária, incorporou as concepções de APS, no reordenamento do modelo de assistência. Neste período, viveu-se uma crise do sistema médico previdenciário, que estava centrado no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência (Inamps). A época, a partir de medidas adotadas pelo governo federal, para reorganizar a assistência médica foram adotadas Ações Integradas de Saúde (AIS), que estavam direcionadas ao fortalecimento da rede pública ambulatorial e a integração das ações de saúde (Matta e Morosi,2008).

Com a instituição do Sistema Único de Saúde, adotou-se a denominação ABS que se coaduna aos princípios da Reforma Sanitária e faz referência ao primeiro nível de atenção à saúde, na reordenação do sistema. A adoção deste termo orienta uma postura crítica a abordagem seletiva da atenção primária veiculada pelas agências internacionais (Fausto e Matta, 2007).

Em 1991, foi implementado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PACS era composto por agentes comunitários de saúde (ACS), que residiam nas comunidades, sob a coordenação de um enfermeiro. O programa tinha como principal objetivo a redução das taxas de mortalidade infantil e materna, no norte e nordeste brasileiro.

O Programa de Saúde da Família (PSF) criado em 1994, em virtude do êxito do PACS, tinha como proposta a formação de equipes compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes de saúde

comunitários, com uma área de abrangência de 800 a 1000 famílias, por meio de ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde (Aguiar, 2013).

A princípio, o PSF estava vinculado a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e com seu crescimento foi transferido ao Ministério da Saúde (MS), ficando submetido ao Departamento de Assistência à Saúde, da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Em termos normativos, no ano de 1996, a Norma Operacional Básica 96 (NOB 96), estimula a adesão dos municípios ao PSF, por meio da criação do Piso de Atenção Básica (PAB), pelo incentivo financeiro aos municípios habilitados. Em 1997, o MS publica o documento “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial” com o objetivo de redirecionar o modelo de saúde, a partir da atenção básica, como a construção de uma nova dinâmica as unidades básicas de saúde, na perspectiva de uma estratégia e não mais como programa. No ano de 1998, foi criado o Departamento de Atenção Básica (DAB), com intuito de consolidar a estratégia de saúde da família (Aguiar, 2013).

Nos anos 2000 e 2001, com a publicação da Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde (NOAS), a atenção básica teve papel central no processo de regionalização dos serviços de saúde. Nesta orientação, a Política Nacional de Saúde da Família (PNAB) é instituída em 2006, com forte diretriz da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na ordenação do cuidado à saúde e atendimento integral à população usuária.

A PNAB orienta-se pela universalização do acesso a saúde, de contato mais próximo à população e como centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Segundo a PNAB, a Atenção Básica caracteriza-se como um conjunto de ações individuais e coletivas de saúde, que abrange a promoção e proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos indivíduos. Visa assegurar a atenção integral à saúde, por meio de práticas de cuidado e gestão democrática, considerando os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, nos territórios adscritos (PNAB, 2012).

A Política de Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária de expansão e consolidação da atenção básica no país. Nesta direção, o trabalho é territorializado² por meio de Unidades Básicas de Saúde (UBS), e equipes de Saúde da Família (médicos, enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e agentes de saúde) para o atendimento integral ao indivíduo e sua família, com vistas à assistência, prevenção e promoção da saúde.

No ano de 2008, para ampliar o escopo das ações da atenção básica foi criado o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Entre os anos de 2003 e 2005, a composição das equipes de saúde, foi um dos pontos de debate sobre modelo de atenção básica em voga desde 1994. As propostas debatidas foram: “Equipes em transição para Estratégia de Saúde da Família” e “Equipes Matriciais”. As primeiras tinham como objetivo induzir a rede existente à transição para a ESF. A segunda visava a resolutividade das questões referentes à saúde mental, reabilitação, atividades físicas e práticas complementares (Castro e Machado, 2012).

O processo de formulação da ABS orientou-se pela aprovação da Portaria nº 2.488, de outubro de 2011, que instituiu a PNAB, publicada em 2012, em que a Saúde da Família é estratégia prioritária para expansão e consolidação da ABS.

No ano de 2017, há uma reformulação da PNAB (portaria 2.436/2017), que é promulgada sob manifestações contrárias dos especialistas em saúde pública. A política passou por significativas alterações. O primeiro aspecto foi a indução federal para implantação de outras modalidades de equipes de AB, as chamadas equipes de Atenção Básica (eAB), na flexibilização da carga horária dos integrantes das equipes, ou seja, a composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais

²A territorialização direciona o conjunto de ações da atenção à saúde. Envolve a organização do sistema de saúde, alocação de recursos, articulação da oferta de serviços e práticas sanitárias a nível local.

por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas semanais para composição da carga horária.

O segundo aspecto foi a mudança proposta as equipes multidisciplinares de apoio, que passam a ser denominadas Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), que apoiará os profissionais das equipes de saúde da família e de Atenção Básica, sem a previsão de expansão do número de profissionais. Esta variação demanda atenção particularizada sobre a avaliação dos impactos ao processo de trabalho das equipes, considerando o processo de implementação nos respectivos municípios. Este fato reforça a importância de estudos acerca dos desdobramentos ao trabalho em saúde.

A portaria que foi aprovada, no ano de 2017, modifica a Estratégia de Saúde da Família e o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), por meio da redução do número de Agentes Comunitários de Saúde, de no mínimo 06 (seis) para 01 (um) por equipe e, nas regiões consideradas mais pobres 04 (quatro) profissionais. A portaria modifica o papel dos agentes comunitários de saúde pelo acúmulo de outras funções, que legalmente são de atribuição dos técnicos de enfermagem.

A nova lei prevê a adoção de uma carteira de serviços essenciais, que limita a oferta dos serviços de saúde e restringe o acesso. Neste cenário, Portaria nº 3.992 de 28 de setembro de 2017, reduz o orçamento destinado ao Ministério da Saúde, na perspectiva de não priorização da atenção básica tanto para recurso de custeio como para o capital. Assim como, o represamento dos novos credenciamentos das eSF, o que revela um impedimento para expansão das equipes no país. De modo que, implica no enfraquecimento da ESF no modo de organização da atenção básica no Brasil.

2. A expansão da Estratégia de Saúde da Família no Rio de Janeiro

O cenário que se apresentava no município do Rio de Janeiro, no final de 2008, evidencia a baixa cobertura dos serviços, assim como, o menor financiamento municipal entre as capitais do país. Neste contexto, em 2009, a prefeitura lança um Plano Estratégico, denominado *Saúde Presente*, em que a meta era ampliar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família, trazendo maior investimento financeiro para expansão do modelo (Soranz *et al*, 2016).

Nesta perspectiva, foram definidas dez Áreas de Planejamento de Saúde (AP) tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado à saúde. Costa e Silva *et al* (2016) afirmam que, no processo de reordenação da assistência à saúde, o município adotou três dimensões: (1) maior orçamento municipal para saúde e aumento do repasse para atenção básica; (2) mudança no modelo de gestão para expansão e adoção dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS); (3) adoção do modelo de gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS).

No âmbito federal, a Lei nº 9637/1998 regulamenta as OSS como pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, em que as atividades sejam dirigidas, dentre outras funções, ao campo da saúde. Neste contexto, as OSS podem realizar contratação de funcionários sem concurso, adquirir bens e serviços sem licitação, mas a prestação pública de contas e o controle interno e externo ficam a cargo da administração do Estado.

Para Bravo e Lima (2015) esta lei institui garantias ao processo de terceirização e privatização dos serviços, pela transferência à iniciativa privada das atividades “não exclusivas do Estado”. Esta direção fundamenta-se sob o argumento de modernização da gestão pública, para maior qualidade dos serviços e no atendimento ao cidadão, além de redução de custos. Assim, a partir desta prerrogativa, vários municípios adotaram as parcerias com as OSS, como observado na experiência do Rio de Janeiro.

Nesta direção, são aprovadas as Leis nº 5.026 e nº 30.780, no ano de 2009, que constituem o arcabouço jurídico municipal para um “novo” modelo organizacional, com o apoio das organizações sociais na gestão da saúde.

Atualmente, são cinco OSS contratadas pelo município: Sociedade Paulista para Desenvolvimento da Medicina (SPDM), Viva Comunidade (Viva), Instituto de Atenção Básica e Avançada em Saúde (IABAS), Instituto Gnosis e Fundação de Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec).

Soranz *et al* (2016) afirmam que, a reforma administrativa e organizacional da atenção básica se deram em quatro atributos: (i) acesso a prestação de serviços de primeiro nível de atenção; (ii) longitudinalidade do cuidado; (iii) cuidado integral e (iv) coordenação das ações e serviços prestados.

Sob este ângulo, o levantamento realizado por Soranz *et al* (2016) demonstra um aumento no número de Equipes de Saúde da Família. No ano de 2008, eram 168 equipes referenciadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Já no ano de 2015, foram 860 EqSF e 346 Equipes de Saúde Bucal (ESB). Segundo a análise esta expansão possibilitou maior acesso à população.

Na orientação de cuidado longitudinal, se definiram fluxos de encaminhamento para outros níveis de complexidade, a instalação de prontuários eletrônicos e a adoção de um modelo padrão de serviços ofertados à população, descrito na “Carteira de Serviços da Atenção Básica”(Soranz *et al*, 2016).

Em contrapartida, se instituiu a lógica de indicadores de pagamento, por desempenho aos profissionais. Segundo, Costa e Silva *et al* (2016) evidencia-se a dificuldade de capacidade regulatória das OSS, assim como, a falta de transparência pública e controle social. O Tribunal de Contas do Rio de Janeiro registrou várias irregularidades como, sobre preço de serviços e insumos, duplicidade de notas, cobranças por serviços não realizados e não recolhimento de encargos sociais dos empregados (O Globo, 2017).

A partir deste panorama, é necessário indagar as bases da expansão do setor privado da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Do orçamento da saúde para o ano de 2016, aprovado pela Câmara Municipal de Vereadores, cerca de 40% foi destinado às organizações sociais (O Globo, 2017). Sendo assim, identificamos que este processo se configura em mais uma modalidade de financiamento público

à iniciativa privada. Este fato materializa o dinâmico desmonte da política de saúde pública no município.

3. A ofensiva privatista na expansão atenção básica à saúde municipal

A proposta de racionalização da gestão pública, por meio das organizações sociais da sociedade civil, faz parte do contexto de contrarreforma do Estado pela reestruturação do capital, que tem como finalidade a redução de gastos com as políticas sociais e a aglutinação de mais recursos para o processo de acumulação capitalista(Souza Filho; Gurgel, 2016).

Ao curso do desenvolvimento do modo de produção capitalista e redefine o papel do Estado e sua relação com a configuração das políticas sociais. Assim, o estágio do capitalismo monopolista amplia o papel do Estado, que assume funções econômicas diretas e indiretas para propiciar as condições necessárias para a reprodução ampliada do capital. E, nesta direção se delineiam novas formas de legitimação que levam ao desenvolvimento das políticas sociais (Iasi, 2017).

Para Netto:

“O que se quer destacar nesta linha argumentativa, é que o capitalismo monopolista, pelas suas dinâmicas e contradições, cria condições tais que o Estado por ele capturado, ao buscar legitimação política através do jogo democrático, é permeável ademandas das classes subalternas,que podem fazer incidir nele seus interesses e suas reivindicações imediatos (2006: 29)”.

O que se trata aqui é a mudança no perfil de atuação do Estado no interior do sociometabolismo do capital. Na idade dos monopólios as funções políticas do Estado se imbricam as funções econômicas para a manutenção da taxa de lucro, ao passo que se implementam medidas de controle e gestão da reprodução da força de trabalho, por meio de políticas de assistência e previdência(Iasi, 2017).Para Granemann (2007),o capitalismo monopolista vinculado a lógica das

finanças determina um novo formato de políticas sociais associado à necessidade essencial de acumulação capitalista.

O fundamento da crise do capital nas décadas de 1970 e 1980 é a queda da taxa de lucro nas economias capitalistas centrais, a partir do final dos anos 1960. Esta tendência se manifesta pela forma de super acumulação e superprodução e ainda, a hegemonia do capital portador de juros nas relações econômicas e sociais, principalmente depois de 1980 (Silva, 2012).

A crise fiscal do Estado foi tomada como argumento para a defesa neoliberal com o corte dos gastos sociais pela propagação da “reforma do Estado”, que encobre a real intenção de diminuição dos custos com força de trabalho e o redirecionamento do fundo público para assegurar as demandas do grande capital (Silva, 2012).

Desde a década de 1980, o projeto neoliberal assume materialidade, haja vista que neste período são implementadas reformas estruturais à gestão pública. O receituário do Banco Mundial para os países da América Latina coloca como pauta de ordem o “combate à pobreza”. Efetivamente, destacavam-se os entraves dos sistemas de saúde dos países latino americanos, contudo, este diagnóstico indicava a inflexão do projeto burguês orientada por uma política neoliberal e atrelada a crise do Estado de Bem Estar Social (Almeida, 2014).

As ditas “reformas” se revestem como uma estratégia para conservar estruturas nucleares da burguesia (Netto, 2006). A ideologia apresentada para reforma do Estado ao chamado neoliberalismo compreende determinações profundas na alteração dos padrões de acumulação do capital no movimento de administração das contra tendências diante da crise do capital monopolista. Neste cenário, propostas inovadoras servem a necessidade de adequar o discurso ideológico à dinâmica da luta de classes. (Iasi, 2017).

Em consonância a este contexto, o Brasil, na década de 1990, elabora o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado que possibilita as condições para o “Estado mínimo”, voltado apenas para a classe trabalhadora (Bravo e Lima, 2015).

Esta reforma do Estado aprofundou as exigências de acumulação do capital, afetando interesses e direitos dos trabalhadores.

A apropriação de espaços ocupados pelas políticas sociais convertem direitos sociais em serviços-mercadorias e os transformam em negócios operados pela iniciativa privada, que se expressam no fenômeno de contrarreforma do Estado, transferidas aos mais variados entes privados (Granemann, 2007) que aqui destacamos com o processo de contratualização com as OSS.

4. As implicações ao trabalhador da Estratégia de Saúde da Família

Carioca

O Rio de Janeiro vive uma situação alarmante na atenção básica com a previsão do fechamento de unidades de saúde, demissão de agentes comunitários, diminuição de Equipes de Saúde Bucal, falta de medicamentos essenciais e atrasos no pagamento de salários (Radis, 2017).

As implicações ao trabalhador de saúde que tratamos aqui estão submetidas a questões de extrema pertinência, dentre elas: forma de contratação sob regime celetista, controle de metas, repasse de recurso por variáveis, mecanismos da racionalização da gestão pública. Este quadro é ainda mais dramático pelo contexto de violência em que estão submetidos os profissionais e a população usuária nos territórios cobertos pela ESF, cada vez mais vulneráveis a conflitos armados e a precarização da política de segurança pública.

A situação local pode ser agravada pela aprovação da portaria 2.436/2017, que modifica a Estratégia de Saúde da Família e o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Estas alterações afetam diretamente o financiamento da ESF, assim como, modifica o papel dos agentes comunitários de saúde e propõe uma “cesta limitada de serviços”.

A aprovação das reformas tem em vista a Ementa Constitucional nº 95 que congela, em 20 anos, o orçamento das políticas sociais. As mudanças previstas afetam, principalmente, o funcionamento das equipes, cruciais à estrutura da

Estratégia de Saúde da Família, pois reduzem o número de profissionais e permitem à criação das chamadas Equipes de Atenção Básica (EAB), que não contemplam as especificidades dos territórios da ESF, como populações ribeirinhas e em situação de rua.

Outra questão à nova política está na restrição de serviços essenciais e estratégicos na atenção básica com a chamada “cesta de serviços”, que se baseou no exemplo do Rio de Janeiro que utiliza a “Carteira de Serviços da Atenção Básica”. Esta limitação ao acesso aos serviços de saúde serve as parcerias público-privadas e as terceirizações, pois permitem a compra diretamente ao setor privado, em uma estratégia clara de mercantilização da política.

A Política de Atenção Básica, no contexto de respostas da gestão municipal às refrações da questão social, tornou-se um disputado setor de investimento, visto como um espaço de mercantilização e lucratividade, a partir da lógica privada de gestão.

CONCLUSÃO

Os impactos da crise no capitalismo contemporâneo rebatem diretamente a problemática do subfinanciamento estrutural do SUS e as formas de mercantilização no seu interior. Estas questões ameaçam o direito universal à saúde, pelo movimento de apropriação do capital sobre os recursos das políticas da seguridade social, principalmente à saúde.

A principal justificativa a contratualização de instituições de rede filantrópica/privada se assenta na maior celeridade na contratação de profissionais, aquisição de insumos e equipamentos e a construção de novas unidades de saúde. No entanto, evidencia-se a incapacidade de regulação das parcerias público-privadas, em que há falta de transparência nos contratos e dados relativos à orçamento. Além disso, algumas das OSS estão envolvidas em escândalos de corrupção.

Neste contexto, ressalta-se um processo dinâmico de desmonte da política pública de saúde em detrimento aos interesses do setor privado do capital. Neste prisma, é imprescindível espaços democráticos que congreguem a reivindicação de trabalhadores e usuários da política pública às ofensivas para a consolidação e universalização do direito à saúde.

Referências

AGUIAR, R. A. T. Aspectos históricos e conceituais, princípios e importância da Atenção Primária à Saúde no atual cenário nacional. In: DIAS, E. C.; SILVA, T. L. **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde**: possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

ALMEIDA, Célia. O Banco Mundial e as reformas contemporâneas do setor saúde. In: PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, Marcela (orgs). **A demolição dos direitos sociais**: um exame das políticas do Banco Mundial para educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: EPSJV, 2014.

BRAVO, Maria Inês Souza; LIMA, Joseane Barbosa. A privatização da saúde no município do Rio de Janeiro: O caso das Organizações Sociais (OSs). In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 7., 2015, São Luis. **Anais...** São Luis, UFMA, 2015.

CAMARGO, M. **Configurações do trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS) no século XXI**: um estudo da produção teórica do Serviço Social brasileiro (tese). Porto Alegre: PUCRS, 2014

CASTRO, A. L. B.; Machado, C. V. A política federal da atenção básica à saúde do Brasil nos anos 2000. **Revista Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 477-506, 2012.

CISLAGHI, Juliana Fiusa. **Elementos para crítica da economia política da saúde no Brasil**: parcerias público-privadas e valorização do capital. Tese (Doutorado), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2015.

FAUSTO, M. C. R.; Matta, G. C. Atenção primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007.

GRANEMANN, Sara. Políticas Sociais e Financeirização dos direitos do trabalho. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 20, 2007.

IASI, Mauro. **Política, Estado e ideologia na trama conjuntural**. São Paulo: ICP, 2017.

MATTA, G. C.; Morosi, M. V. G. Atenção primária à saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: ESPJV, 2008.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

O GLOBO. Das dez OSS que operam no município, oito estão sob investigação. Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2016. Por: Antônio Werneck e Elenilce Bottari. Disponível em: oglobo.globo.com. Acesso em: 15 de dezembro de 2017.

RADIS. Revista Radis de Comunicação e Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp). Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, n. 183, dez. 2017.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretariade Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUPAV). Disponível em: <https://subpav.org/index.php>. Acesso em: 02 de junho de 2017.

SILVA, Giselle Souza da. Transferências de renda e monetarização das políticas sociais: estratégia de captura do fundo público pelo capital portador de juros In: SALVADOR, Evilasio; BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete; GRANEMANN, Sara (orgs). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

SORANZ, D.; Pinto, L.F.; PENNA, G.O. Eixos e a reforma dos cuidados em atenção primária em saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.5, p.1327-38, nov.-jan.2016.

SOUZA FILHO, R; GURGEL, Claudio. **Gestão democrática e Serviço Social: princípios e propostas para a intervenção crítica**, RJ: Cortez, 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.