



Esta obra está licenciada  
com uma Licença Creative  
Commons Atribuição-Não  
Comercial-Compartilha  
Igual 4.0 Internacional.

**Ricardo de Lima Jurca**   
*Universidade de São Paulo*  
- USP, São Paulo, Brasil  
[rjurca@gmail.com](mailto:rjurca@gmail.com)

Artigo recebido em:  
03/10/2022

Artigo aprovado em:  
31/10/2022

Artigo publicado em:  
01/12/2022

## A virada neoliberal na saúde: atenção primária e as clínicas médicas populares na periferia de São Paulo

*The neoliberal turn in health: primary care and popular medical clinics on the periphery of São Paulo*

*El giro neoliberal en salud: atención primaria y clínicas médicas populares en la periferia de São Paulo*

*Le tournant néolibéral de la santé: soins primaires et cliniques médicales populaires à la périphérie de São Paulo*

### RESUMO

Este artigo tem como objetivo compreender a expansão do segmento público e privado de saúde para a gestão da população de territórios periféricos da cidade de São Paulo (Zona Sul e Zona Leste). Esta gestão é baseada nas margens do Estado periférico capitalista, vendo a crise sanitária, a partir de 2020, como acentuação dos elementos genéricos presentemente em ação num contexto de individualização das políticas sociais, revestindo-se, então, de um caráter social e estrutural. Além dos usuários entrevistados, participaram da pesquisa, dirigentes sociais e agentes do programa de atenção primária de saúde, Estratégia Saúde da Família (ESF). Assim, procura-se privilegiar a ascensão de uma triagem sistêmica, caracterizada por políticas neoliberais e uma tecnocracia em saúde que há muito negligencia a saúde pública. A crise do SARS-CoV-2 é, portanto, muito mais do que uma crise de saúde – por meio de diferentes ações e projetos governamentais, organizações e instituições sociais e mercado – mantém, pois, um vínculo estreito com a questão do acesso às clínicas médicas populares.

**PALAVRAS-CHAVE:** crise sanitária; saúde pública; neoliberalismo; periferia.

### ABSTRACT

This article aims to understand the expansion of the public and private health segment for the management of the population of peripheral territories of the city of São Paulo (South Zone and East Zone). This management is based on the margins of the capitalist peripheral state, seeing the health crisis, from 2020, as an accentuation of the generic elements currently in action in a context of individualization of social policies, thus taking on a social and structural character. In addition to the users interviewed, social leaders and agents of the primary health care program, the Family Health Strategy (ESF) participated in the research. Thus, it seeks to privilege the rise of a systemic triage, characterized by neoliberal policies and a health

technocracy that has long neglected public health. The SARS-CoV-2 crisis is therefore much more than a health crisis – through different governmental actions and projects, social organizations and institutions and the market – it therefore maintains a close link with the issue of access to popular medical clinics.

**KEYWORDS:** sanitary crisis; public health; neoliberalism; periphery.

## RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo comprender la expansión del segmento de salud pública y privada para la gestión de la población de los territorios periféricos de la ciudad de São Paulo (Zona Sur y Zona Este). Esta gestión se asienta en los márgenes del estado periférico capitalista, viendo la crisis sanitaria, a partir de 2020, como una acentuación de los elementos genéricos actualmente en acción en un contexto de individualización de las políticas sociales, adquiriendo así un carácter social y estructural. Además de los usuarios entrevistados, líderes sociales y agentes del programa de atención primaria de salud, la Estrategia Salud de la Familia (ESF) participó de la investigación. Así, buscar privilegiar el surgimiento de un triaje sistémico, caracterizado por políticas neoliberales y una tecnocracia sanitaria que durante mucho tiempo ha descuidado la salud pública. La crisis del SARS-CoV-2 es entonces mucho más que una crisis sanitaria – a través de diferentes acciones y proyectos gubernamentales, organizaciones e instituciones sociales y el mercado –, por lo que mantiene un estrecho vínculo con el tema del acceso a las clínicas médicas populares.

**PALABRAS-CLAVE:** crisis sanitaria; salud pública; neoliberalismo; periferia.

## RÉSUMÉ

Cet article vise à comprendre l'expansion du segment de la santé publique et privée pour la gestion de la population des territoires périphériques de la ville de São Paulo (Zone Sud et Zone Est). Cette gestion s'appuie sur les marges de l'État périphérique capitaliste, voyant la crise sanitaire, à partir de 2020, comme une accentuation des éléments génériques actuellement en action dans un contexte d'individualisation des politiques sociales, prenant ainsi un caractère social et structurel. En plus des usagers interrogés, des leaders sociaux et des agents du programme de soins de santé primaires, la Stratégie de santé familiale (ESF) ont participé à la recherche. Ainsi, nous cherchons à privilégier la montée d'un triage systémique, caractérisé par des politiques néolibérales et une technocratie de la santé qui a longtemps négligé la santé publique. La crise du SRAS-CoV-2 est donc bien plus qu'une crise sanitaire – à travers différentes actions et projets gouvernementaux, des organisations et institutions sociales et le marché – elle entretient donc un lien étroit avec la question de l'accès aux cliniques médicales populaires.

**MOTS-CLÉS:** crise sanitaire; santé publique; néolibéralisme; périphérie.



Revista do Programa de  
Pós-Graduação em Geografia e  
do Departamento de Geografia  
da UFES

Volume 2, n. 35  
Julho-Dezembro, 2022  
ISSN: 2175-3709

## INTRODUÇÃO

Os objetivos específicos deste artigo partem do suposto segundo o qual no bojo da crise sanitária, a partir de 2020, ocorreu no Brasil a ascensão de uma triagem sistêmica, caracterizada por políticas neoliberais e uma tecnocracia em saúde que há muito negligencia a saúde pública. A crise do SARS-CoV-2 é, portanto, muito mais do que uma crise de saúde – por meio de diferentes ações e projetos governamentais, organizações e instituições sociais e mercado – mantém, pois, um vínculo estreito com a questão do acesso aos serviços de saúde.

Esse vínculo é sempre ambivalente. Por um lado, as políticas de saúde – enquanto políticas sociais de universalização que estão em desenvolvimento têm um aspecto corporativista (LAUTIER, 2001). Desse ângulo é possível falar de vários *tipos de neoliberalismo*. Tal concepção permitiria pensar, na ambivalência produzida por essa lógica dos mínimos de subsistência por meio das políticas sociais (LAVINAS, 2015).

Nesse contexto, indagações sobre qual o lugar da Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto da atual crise do neoliberalismo (SAUVÊTRE; LAVAL; GUÉGUEN; DARDOT, 2021) tornam-se fundamentais, em

especial, quando a confluência das tendências ligadas ao aprofundamento das desigualdades e as ameaças às formas democráticas de representação política em diferentes continentes e contextos nacionais revelam-se um objeto investigativo tão importante para a saúde coletiva.

A Atenção Primária à Saúde, na medida em que oferece aos interessados o “fazer” e não apenas o “dizer” ou o “exigir”, é a forma preferida de romper o jogo de poder no campo da saúde. Vai além da única ambição de representar a democracia na saúde. Ao decidir e realizar ações, as comunidades se colocam em condições de captar recursos e subverter relações de poder, ao mesmo tempo em que buscam formas de reconhecimento que permitam acumular experiências, sua generalização e, se possível, sua inclusão em marcos institucionais permanentes (GUEDES; CAMPOS; TERRA; VIANA, 2021).

A Atenção Primária à Saúde tem, portanto, tanto uma caixa de ferramentas quanto um processo de práticas dos próprios trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Em primeiro lugar, a sustentação do trabalho na comunidade continua a ser um conceito de geometria variável que pode abranger a

população que vive num determinado território, um grupo com características próprias, por vezes ambos. Em seguida, abrange práticas que vão desde a consulta aos pacientes até os cuidados antes reservados à equipe médica, passando pela autogestão dos estabelecimentos de saúde. Por fim, as experiências de saúde comunitária têm várias relações com a política, ora atreladas às políticas sociais, ora um método entre outros para a montagem de projetos de saúde orientados por objetivos de saúde pública, ou mesmo transformados em instrumentos de redução de custos. Eles flertam com a medicina social e a medicina preventiva ou a abordagem da atenção primária – o que é claramente evidenciado pelas trajetórias do sistema de saúde brasileiro.

A diversidade e complexidade das questões com as quais lidam os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) que atuam diretamente no território já não são novidade, mas aqui elas ganham corpo a partir de casos reais recontados para dar luz a temas que anseiam por mais reflexões. Diante de um forte influxo que vem aumentando<sup>1</sup> com a crise sanitária e de uma diversificação das causas de chamadas de urgências no acesso aos serviços de saúde,

públicos e privados, esses serviços têm experimentado uma especialização progressiva.

Divididas em vários setores, os estabelecimentos de saúde estão passando por uma diversificação do atendimento, determinado de acordo com critérios mais ou menos de urgência (VIANA; MIRANDA; SILVA, 2015). Os usuários, depois de terem passado pela recepção de uma Unidade Básica de Saúde ou terem recebido uma guia de atendimento de um Agente Comunitário de Saúde (ACS), são distribuídos entre diferentes serviços de saúde de acordo com a gravidade de sua condição: cuidados de baixa complexidade; alta complexidade como os serviços de cirurgia; o setor de média complexidade, onde os usuários geralmente ficam um pouco mais na espera; as “consultas médicas” que podem ocupar a maior parte do tempo tanto na medicina pública quanto na privada.

Brasil é uma exceção na América do Sul, em um contexto de economia liberal pautada por princípios de inspiração keynesiana, tendo optado, no final da década de 1980, por fazer da atenção primária o princípio de organização de seu sistema de saúde. A Reforma Sanitária Brasileira, que teve como um de seus objetivos a passagem

1. São mencionadas várias causas para explicar esse aumento: desertificação médica, ausência de médicos, envelhecimento da população, uso de emergências mais convenientes, emergências sentidas, consequência do preço das atividades, etc. No entanto, o estudo do aumento das visitas às urgências merece uma análise mais aprofundada (JUVEN; PIERRU; VICENT, 2019).



Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia e do Departamento de Geografia da UFES

Volume 2, n. 35  
Julho-Dezembro, 2022  
ISSN: 2175-3709

dos serviços sociais até então sob o controle do modelo médico curativo-privatista, colocou no centro de seu projeto o fortalecimento da educação pública e dos serviços de saúde, a afirmação do princípio da livre análise local das necessidades de saúde e participação cidadã. A experiência de saúde da Atenção Primária no Brasil foi institucionalizada nos anos 1980 (AROUCA, 2003).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, foi a responsável por repensar os serviços sociais, defendeu a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, enfatizando o bem-estar geral, recusando-se a fazer da medicina o único instrumento da saúde. Na sua esteira e apesar da resistência dos profissionais de saúde, o tema da unificação do Inamps com o Ministério da Saúde foi bastante debatido. Para os conferencistas, a Previdência Social deveria ater-se às ações próprias do seguro social, enquanto a saúde deveria ser entregue a um órgão federal com novas características. O curativo articula-se com ações de prevenção de doenças crônicas, incentivo à prática de atividades físicas e atenção à saúde mental. A partir da atenção primária, são organizados

os serviços que permitem que os usuários evitem a entrada nas instituições. Essa dimensão contribui muito para a popularidade dos postos de saúde (ESCOREL; BLOCH, 2005).

Apesar do caráter fortemente institucional e bastante ambíguo em relação às expectativas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Comissão Nacional Reforma Sanitária (CNRS) foi capaz de elaborar uma proposta de conteúdo de saúde que subsidiou a Constituinte, além de um projeto para a nova Lei do SUS (ESCOLREL; BLOCH, 2005). Embora não consensual, pois combatida pelos representantes da iniciativa privada, que a consideravam radical, e criticada pelos representantes do movimento sindical, que a consideravam insuficiente, a proposta da CNRS para a Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Constituinte acabou aceita pelo movimento sanitário, por considerá-la consentânea com as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde. De qualquer forma, a área da saúde conseguiu chegar à Assembleia Nacional Constituinte com sua proposta discutida, legitimada e completa, do ponto de vista do ideário do movimento sanitário.

Em 1988, conclui-se o processo constituinte e é promul-

gada a oitava Constituição do Brasil. A chamada “Constituição Cidadã” foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública. Em seu artigo 196, a saúde é descrita como um direito de todos e dever do Estado, “garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Ao longo do ano de 1989, as negociações se concentraram em torno da lei complementar que daria bases operacionais à reforma. Tanto o II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, quanto o III Congresso Paulista de Saúde Pública, contribuíram com a discussão sobre metodologia e ações operacionais para o SUS. Em 1989, é realizada a primeira eleição direta para presidente da República em quase trinta anos. Fernando Collor de Mello, candidato que reúne as forças conservadoras, toma posse em janeiro de 1990. Nesse período os reformistas puderam contribuir efetivamente no projeto de reformulação da Lei Orgânica da Saúde. Entretanto, a LOS 8.080, promulgada pelo governo Collor, sofreria uma grande quantidade de vetos. Foi

nessa conjuntura que teria início a construção do SUS (ESCOREL; BLOCH, 2005).

Nessa linha, a relação da questão das políticas de saúde com a história do capitalismo, constitui-se instrumento essencial para refletir sobre as limitações que as políticas sociais de universalização vêm sofrendo justamente nesse período, em que se faz presente de forma hegemônica o pensamento neoliberal no âmbito, inclusive, do acesso aos serviços de saúde. Seus efeitos, entre outros, vêm prejudicando os orçamentos do fundo público, o que compromete a manutenção dos direitos associados ao Estado Social e a concretização dos novos direitos sociais introduzidos naqueles países de capitalismo tardio, tal como o Brasil (MENDES, 2017).

Para tanto, pretende-se enfatizar os deslocamentos do regime de acumulação centrado no Estado (caso do nacional-desenvolvimentismo) para estratégias de acumulação orientadas pelos mercados (caso do neoliberalismo) (HARVEY, 2006). Além de criarem novos sujeitos e atores, chamados de “neoliberais”, por Dardot e Laval (2016), as políticas neoliberais implementadas por diferentes governos democráticos nos últimos trinta anos no país também produziram



Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia e do Departamento de Geografia da UFES

Volume 2, n. 35  
Julho-Dezembro, 2022  
ISSN: 2175-3709

uma nova espacialidade urbana cujas características tendem a ampliar a conflitualidade social.

Desse modo, pode-se considerar como a atuação via “políticas públicas”, poderia adquirir a lógica do movimento do capital deve ser retomada quando da discussão sobre o papel dos programas sociais na contemporaneidade. Além disso, é possível refletir no sentido de iluminar um debate crítico acerca do padrão institucional adotado pelo campo da saúde coletiva ao longo dos anos de implementação do SUS.

A partir dos anos oitenta do século passado foi se constituindo uma nova modalidade de primeiro atendimento fora dos hospitais, posteriormente denominada de pronto atendimento. Na realidade, uma adaptação do modelo simplificado dos prontos-socorros para lidar com a demanda da população pobre. Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves denominou de abordagem “queixa conduta” a esse estilo empobrecido de assistência (MENDES-GONÇALVES, 1986).

Com o SUS surgiu um novo projeto para a Atenção Primária, o Programa Saúde da Família (PSF, 1994). A implementação dessa nova política apesar de se constituir em diretriz oficial do Ministério da Saúde (MS),

foi muito acidentada. Embora tenha sido considerada uma política prioritária pelos vários governantes que se sucederam ao longo da existência do SUS, o financiamento sempre foi insuficiente. As diretrizes elaboradas pelo MS compunham um modelo de atenção inovador, mesmo assim não houve planejamento sistemático de recursos e estratégias no âmbito nacional que envolvesse as três esferas de governo. O Ministério da Saúde utilizou estímulos financeiros para induzir os municípios a aderirem ao PSF. Entretanto, toda a responsabilidade de implementação foi pouco efetiva. A estratégia de indução financeira para ampliar cobertura da APS se viu para favorecer o crescimento da rede de Atenção Primária, mas não logrou transformar em estratégia universal de atenção como aconteceu na maioria dos países com sistemas públicos<sup>2</sup>.

Para avançarmos a essas reflexões, é preciso compreender a complexa interação entre políticas sociais e neoliberalismo delineada hoje no país. Para tanto, procura-se aprofundar a pesquisa empírica sobre a nova política social de saúde, com vistas a estabelecer nexos entre os movimentos que ampliaram a gestão da saúde na Zona Sul da cidade de São Paulo com o

2. *Em decorrência, depois de três décadas, prossegue a existência de várias modalidades de modelos de atenção para a APS e a cobertura vem oscilando entre 40% a 50% da população do país (GUEDES; WAGNER; TERRA; VIANA, 2021).*

segmento privado de saúde.

O esquema de intermediação assistencial praticado pelo segmento privado de saúde, em atuação no sistema de saúde brasileiro, será aqui pensado nos moldes do debate das novas políticas sociais brasileiras, dedicado à análise das ações e gramáticas acionadas entre programas sociais de saúde, associações de bairro e Organizações Sociais de Saúde<sup>3</sup> (RIZEK; GEORGES; SANTOS, 2013, 2016).

Assim, a escolha por centrar a análise na Organização Social de Saúde e no programa Estratégia Saúde da Família, está ligada ao fato dessa parceria se constituir de maneira muito central pelos nexos de privatização do espaço público, acompanhando e se adequando as transformações políticas importantes, bem como por se inserir de modo bastante capilar em espaços classificados como socialmente vulneráveis.

### **REFORMA SANITÁRIA E GESTÃO NEOLIBERAL DOS PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

A inscrição constitucional do SUS<sup>4</sup> e sua implementação, ao longo das últimas três décadas, não foram capazes de conter o aprofundamento da lógica neoliberal no setor saúde. Os estudos no campo da Saúde

Coletiva<sup>5</sup> sobre democracia e reforma sanitária, no contexto do período pós-constituente no Brasil, recorreram à perspectiva crítica inspirada na análise da economia política marxista, com particular ênfase na abordagem gramsciana, contudo, não acompanharam o desenvolvimento neoliberal na implementação das políticas sociais de saúde, havendo imprecisões e lacunas quanto à caracterização do fenômeno.

Desde 1980, nos tempos da dominância do capital financeiro no movimento do capital e do neoliberalismo, não foi possível identificar a retirada do Estado da economia; ao contrário, assistiu-se a sua particular forma de “presença”. Nesse contexto, considera-se importante retomar a contribuição de Braga e De Paula (1981) à medida que discutem a relação da questão da saúde com o pensamento econômico ao longo de sua trajetória, em consonância com a história do capitalismo, apresentando proposições para esse pensamento, em crítica direta à visão neoclássica, que permaneceu inspiradora da concepção neoliberal dominante há quase quarenta anos. O retorno ao estudo desses autores constitui-se instrumento essencial para refletir sobre as limitações que a saúde universal vem sofrendo

3. Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006. “As organizações Sociais são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde, atendidos os requisitos previstos nessa lei” (Prefeitura de São Paulo). <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6196>. Acesso em: 24 fev. 2019.
4. O SUS é, segundo prevê a Lei, um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Baseado nos artigos 196 e 198 da Constituição Federal de 1988, o Brasil garantiu à sua população o acesso universal, integral, igualitário e gratuito à saúde por meio de um sistema único e descentralizado.
5. No campo dos estudos teóricos acerca da produção da Saúde Coletiva previamente elaboradas anos 1980, foram essenciais os textos à época para melhor compreender a discussão sobre a especificidade (cont.)



Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia e do Departamento de Geografia da UFES

Volume 2, n. 35  
Julho-Dezembro, 2022  
ISSN: 2175-3709



5. (cont.) *do Estado capitalista brasileiro e a histórica relação entre a saúde privada e a acumulação capitalista no país (IANNI et al., 2017). Destacam-se autores tais como, Sonia Fleury Teixeira (1989, 1992), Jaime de Oliveira e Sonia Fleury Teixeira (1986), Jaime de Oliveira (1987) e Braga e De Paula (1981). Essas análises contribuíram para a compreensão das interconexões entre o financiamento público e o movimento de capitalização da medicina nos anos 1960 e 1970, servindo de material de apoio à construção, pelas políticas sociais de saúde, das bases do novo sistema de saúde que se materializou no Sistema Único de Saúde - SUS (SESTELO, et al., 2017).*
6. *A conformação institucional do campo científico da saúde coletiva no Brasil remonta a 1979 com a criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Entidade científica que integrou a pós-graduação e a pesquisa em um campo científico com protagonistas que reconheceram a estreita articulação entre as dimensões teórico-conceituais do pensamento em (cont.)*

justamente nesse período, em que se faz presente de forma hegemônica o pensamento neoliberal no âmbito, inclusive, de todas as políticas sociais. Seus efeitos, entre outros, vêm prejudicando os orçamentos do fundo público, o que compromete a manutenção dos direitos associados ao Estado Social e a concretização dos novos direitos sociais introduzidos naqueles países de capitalismo tardio, tal como o Brasil. Incluído aqui o campo científico da saúde coletiva<sup>6</sup>.

A partir da década de 1980, as críticas ao aumento dos custos da saúde, a dupla atividade dos médicos, tanto no público quanto no privado, onde os salários eram mais altos, a proliferação de clínicas médicas dentro dos convênios médicos justificados por uma trajetória de *path dependence* (MENCUCCI, 2007), e a austeridade política gradualmente enfraqueceram esse modelo de intervenção, que aos poucos se padronizou, deixando menos espaço para a governança local e reorientação para cuidar das populações mais desfavorecidas. O SUS é enfraquecido por dois fatores. Por um lado, face à degradação da oferta de cuidados e à dificuldade de acesso a um clínico geral, o poder público há várias décadas privilegia

o financiamento de clínicas médicas independentes. Por outro lado, de reforma em reforma, a governança do sistema de saúde brasileiro tornou-se altamente centralizado. Representações cidadãs são afetadas, embora cresçam em quantidade através das leis que garantiam auxílio institucional padronizado.

Nos campos realizados tanto na zona sul quanto na zona leste, em determinados bairros, quando analisamos as práticas desenvolvidas pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS)<sup>7</sup>, observamos que ainda há uma baixa institucionalização do programa em virtude de sua recente implantação. A atuação das ACS apresenta certa confusão a respeito de qual deve ser o seu papel e a natureza das suas atividades, ao mesmo tempo em que a Unidade Básica de Saúde (UBS)<sup>8</sup> ainda está organizando suas rotinas.

Além disso, o trabalho de ACS na UBS's passou recentemente a ser terceirizado, depois que as Organizações Sociais de Saúde (OSS), na cidade de São Paulo, assumiram a gestão dos equipamentos de saúde (UBS, hospitais e UPAS, por exemplo). Desde essa terceirização, as ACS são contratadas por tempo determinado e o vínculo empregatício é altamente rotativo. Nesse contexto, as informa-

lidades do dispositivo de “ordenamento estatal” ampliam-se. A ação das ACS, que tem por característica a capilaridade social na comunidade local, a utilização das redes de vizinhança, o conhecimento do território, etc., é incorporada pela empresa terceirizada ao processo de trabalho da assistência à saúde, na lógica da eficiência do serviço prestado e custo mínimo, ao mesmo tempo em que a política pública de Atenção Primária se instala com um mínimo de conflito social, “terceirizando” a responsabilidade para os indivíduos (GEORGES; SANTOS, 2016).

Por exemplo, a forma como as ACS fazem a reprodução e a transmissão da comunicação com o(a)s usuário(a)s é interessante para compreender o processo de privatização e a crescente segmentação do sistema de saúde. As ACS, que residem na comunidade, têm como função conectar o(a)s usuário(a)s aos serviços públicos. O cara a cara no balcão dá lugar a formas cada vez mais singularizadas de orientação em situações de acesso aos serviços públicos que regulam as relações entre os usuários, o estado social e o mercado. A individualização das políticas sociais, nesse sentido, tem sido acompanhada por uma reviravolta que tem conse-

quências para a distribuição dos benefícios sociais, neste caso, o acesso à saúde.

No fundo, trata-se menos da primazia do estado social sobre a sociedade, e mais sobre a desestabilização protetiva que vai se consolidando como sistema coprodutor do mercado, como já apontava o GIS (GROUPE INFORMATION SANTÉ, 1976). Quando se observam as facetas do Estado produtor, provedor e/ou regulador, e de como está se criando um sistema híbrido de proteção social, verifica-se o estabelecimento de direitos, semi-direitos ou quase direitos (COHN, 1996) através da mediação do dinheiro. Como afirma o G.I.S.:

Quanto às clínicas privadas, contam também com a consistência do reembolso anônimo da Segurança Social. O seu sistema de gestão é diferente: assumem o que é menos dispendioso, e podem acumular à vontade os exames ou intervenções que amortizarão os seus equipamentos o mais rapidamente possível, ao mesmo tempo que oferecem aos seus pacientes a ilusão de progresso. Oferecem a falsa segurança de serem tratados com os meios mais modernos, florescem, lamuriando-se e exigindo perpetuamente o aumento das consultas, reclamando dos hospitais e fingindo ser os familiares pobres do rico sistema hospitalar público (GIS, 1976, p. 72).

## METODOLOGIA

A pesquisa<sup>9</sup> foi amparada empiricamente, com trabalho de campo multisituado<sup>10</sup> (MARCUS, 2011) com o mapeamento

6. (cont.) e a análise histórico-social da situação e da ação política do país. Esse pensamento contra-hegemônico encontrou um espaço de diálogo institucional e no Brasil está a origem do movimento brasileiro de reforma sanitária e saúde coletiva (PAIM, 2008). A crítica teórico-social envolveu, além da questão político-social do direito à saúde (com fortes críticas ao sistema previdenciário brasileiro), a análise do trabalho médico como reproduzidor das formas de exploração do trabalho e das relações capitalistas em geral, o diálogo interdisciplinar (especialmente pela interface da epidemiologia com as ciências sociais, formando assim o campo da epidemiologia social), e a crítica ao saber biomédico, problematizando assim a questão ontológica da natureza das doenças.

7. O trabalho de gestão dos fluxos realizados pelas ACSs, necessita que elas atribuam um nível de prioridade às demandas, adequando-se à disponibilidade de serviços médicos. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar (cont.)



Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia e do Departamento de Geografia da UFES

Volume 2, n. 35  
Julho-Dezembro, 2022  
ISSN: 2175-3709

7. *de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde, sendo o grupo responsável por cerca de mil famílias em uma determinada área. A missão de uma ACS é a de atender individualmente cerca de 200 famílias em domicílio. Na maioria dos casos, os ACSs basta o diploma de ensino fundamental para participar de uma seleção para o cargo (Ministério da Saúde, 2001). Desde a Lei Federal nº 10.507/02, que criou a profissão técnica de ACS, exige-se, formalmente, a conclusão de um curso técnico de 400 horas (LOTTA, 2008).*
8. *Unidades Básicas de Saúde ou UBS é a designação adotada desde 2007 no Brasil por meio do Programa de Aceleração do Crescimento sendo que tais unidades desempenham as mesmas funções dos antigos Postos de Saúde, sendo tal denominação gradativamente substituída por Unidade Básica de Saúde (Ministério do Planejamento. Unidade Básica de Saúde. <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude>. Acesso em: 15 fev. 2019).*

das interfaces públicas e privadas da assistência à saúde, no cotidiano das políticas sociais tomando como ancoragem a política de saúde assim como as redes que se estabelecem a partir de seus equipamentos e práticas de gestão públicas e privadas.

Para tanto, procura-se aprofundar a pesquisa empírica sobre a política social de saúde, com vistas a estabelecer nexos entre os movimentos que ampliaram a gestão individualizada da saúde na Zona Sul e Zona Leste da cidade de São Paulo com o segmento privado de saúde. A seleção das regiões se deve à influência desse território no exame da estrutura da assistência à saúde e da mobilidade social das famílias que marcou a trajetória da metrópole nos últimos vinte anos (RIZEK, 2017). Aparentemente a região metropolitana de São Paulo vivenciou algo que pode ser denominado de “profissionalização” que possibilitou a entrada de novos profissionais na região metropolitana como, os médicos. Além disso, o território é coberto e equipado por serviços públicos do Sistema Único de Saúde, como Hospital e Unidades Básicas de Saúde e por grupos de empresas de planos privados, laboratórios de diagnósticos e clínicas médicas

particulares da esfera privada da saúde. Assim, a escolha por centrar a análise na Organização Social de Saúde de Heliópolis e o programa Estratégia Saúde da Família e seus cruzamentos com serviços de saúde da esfera privada, está ligada ao fato de um conjunto desses equipamentos de saúde se constituir de maneira muito central pelos nexos de assistência médica privada, acompanhando e se adequando as transformações políticas sociais e econômicas importantes, bem como por se inserir de modo bastante capilar em espaços classificados como socialmente vulneráveis e problemáticos na periferia da cidade de São Paulo. O que contribui muito na explicação das relações que proponho a discutir no cotidiano do território.

Dado que os contatos na gestão dos equipamentos e programas de saúde da atenção primária foram o ponto de partida desta pesquisa, foram programadas, em Heliópolis e Cidade Tiradentes, algumas incursões de trabalho de campo periódicas: i) entre 2016 e 2018 e; ii) entre 2018 e 2020.

As estratégias mobilizadas nas incursões a campo, a partir do acompanhamento das rotinas e conexões da Unidade Básica de Saúde (UBS) com a Organização Social de Saúde<sup>11</sup> (OSS),

se deram a partir do seguinte conjunto de práticas empíricas e analíticas: i) retomada das incursões aos territórios, que acessei em 2015, realizando conversas com interlocutores conectados aos circuitos da Estratégia Saúde da Família, e com os quais já possuo relação de confiança e pesquisa, registrando os achados em diários de campo; ii) recuperação sistemática de cada trecho de diário de campo, entrevista ou situação ou situação vivenciada junto ao atores inscritos no cotidiano das UBSs, clínica médicas populares, associações sociais; iii) reconstituição analítica dos percursos trilhados por gestores, agentes de saúde e líderes comunitários, nas distintas direções que tomaram ao longo da rede social dos entrevistados, assim como de agentes da Organização Social SPDM (Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina) e Organização Social Santa Marcelina, e gestores de clínicas médica populares que a seus modos se conectam no circuito.

As OSS assumem a gestão integral das Unidades Básicas de Saúde e do programa Saúde da Família. As responsabilidades contratuais incluem a gestão das unidades, apoio territorial, pagamento, controle de recursos, novas ações e permissão do

uso por meio de avaliação dos indicadores, educação permanente, cadastro de profissionais, cobertura vacinal, entre outros. Trata-se de uma intrincada forma de engenharia/tecnologia organizacional/social que combina investimentos e aplicação de recursos entremeando setores de saúde pública como a Secretaria Municipal de Saúde e as instituições prestadoras de serviços do setor privado. Dentre essas a Escola Paulista de Medicina, o Sírio Libanês, o Einstein e a Santa Marcelina. Particularmente na Zona Leste, os segmentos privados de saúde de forma bastante complexa, apreendem o manejo de meandros dos processos de financiamento, agenciamentos e mecanismos que permitem caminhar pelos processos de terceirização da saúde no Estado de São Paulo (RIZEK, 2016).

É preciso mencionar que o que aparece neste texto como uma dimensão localizada é um modelo de gestão muito mais amplo abrangendo 37 hospitais, 37 ambulatorios, 1 centro de referência, 2 farmácias e 3 laboratórios de análise clínica em São Paulo. Veja o exemplo do programa Saúde da Família, uma vez implantada em São Paulo, levou o setor público a prestar serviços crescentemente vinculados as Organizações Sociais e

9. O presente artigo se baseia nos resultados do estudo *individualização social, assistência médica privada e consumo na periferia de São Paulo*, doutorado defendido em 2018 pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP); e pelo estudo *Políticas e Organizações Sociais nos territórios periféricos da cidade de São Paulo: reconfigurações, pesquisa de Pós-Doutorado pelo Instituto de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo (IAU/USP)*.

10. Segundo essa proposta, essa etnografia, realizada a partir de múltiplos locais de observação e participação, permite a superação de dicotomias como o local e global, mundos de vida e sistemas. De forma geral, ela rompe com o apelo único as manifestações locais de grandes narrativas do sistema mundial ao possibilitar a identificação de uma complexa arquitetura contextual através dos métodos de seguimento de atores, coisas, metáforas, histórias ou alegorias, biografias ou conflitos (LAMAS, 2017).



Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia e do Departamento de Geografia da UFES

Volume 2, n. 35  
Julho-Dezembro, 2022  
ISSN: 2175-3709

11. *A ação da OS tem por base a portaria n. 498/2008, que institui as ações de saúde destinadas a garantir condições de bem-estar físico, mental e social. Menciona como objetivo "instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes de Saúde da Família". Disponível em: <https://www.spdm.org.br>*

12. *Em entrevista Cibele Rizek comenta: "Nas pesquisas que nós fizemos na periferia fica claro que cada política criva um mercado ou ampliava as margens de mercado. De certa maneira, junto com o Bolsa Família chegavam as Casa Bahia, Magazine Luiza e para a minha absoluta surpresa, entre as igrejas das teologias da prosperidade, uma Smart Fit monstruosa. Acho que a maior Smart Fit está em Cidade Tiradentes. Você tem o mercado acoplado às políticas públicas. Então essa binaridade Estado mercado que marcou a minha geração das ciências sociais e que precisa (cont.)*

ao mesmo tempo com uma multiplicidade de programas sociais que estão atrelados a uma pluralidade de mercados. O que indica que há vasos comunicantes importantes de forma que é preciso ver o que há de Estado no mercado e também o que há de mercado no Estado<sup>12</sup>; é importante enfatizar que o custo/efetividade, prevalece em detrimento da racionalidade social e pública.

Vale ressaltar que o distrito de Cidade Tiradentes conta com 8 Unidades Básicas de Saúde, totalizando 32 equipes de Estratégia Saúde da Família para atendimento da população da região. Cabe inferir como essa tendência impacta o desenho das políticas sociais e o desmanche dos direitos (SÃO PAULO, 2015)<sup>13</sup>.

O foco da pesquisa de campo se manteve, portanto, nos espaços institucionais que interconectados, compõem o emaranhado no qual se insere a relação de parceria entre Organização Social e assistência médica privada e as parcerias com clínicas, policlínicas e laboratórios populares. Mas não só, a pesquisa também visou explorar trajetórias, dimensões e relações bem como redes que se estabeleçam a partir desse objeto. Nas caminhadas pelas ruas do bairro com líderes

comunitários era comum ver e ouvir as solicitações de consultas e exames por parte dos moradores, que se queixavam das dificuldades de acesso a determinadas especialidades de saúde. O cenário, observado no cotidiano do bairro, expresso na função social do acesso à saúde, levanta, fundamentalmente, a questão da paulatina filiação do eu como "empresa", ativamente orientadas pela importância crescente da saúde individual nas práticas de constituição de si mesmo e das novas tecnologias de intervenção sobre o corpo (FOUCAULT, 1976, 2008). Nota-se um deslocamento do Estado como responsável pelos procedimentos de saúde sobre o indivíduo e a coletividade para um cuidado cada vez mais privatizado e individualizado.

Essa análise também se referencia em Foucault, em especial em "Nascimento da biopolítica" (2008), obra na qual compreendem-se as "políticas neoliberais" como pautadas por esta racionalidade ancorada nos princípios do mercado, da concorrência, do modelo de sociedade empresarial e da individualização da política social. Retomando a análise de Foucault da *Gesellschaftspolitik*, política social ou política de sociedade, do ordoliberalismo alemão, compreende-se sua

orientação pelo princípio da individualização, enfim, uma “política social privatizada” (FOUCAULT, 2008, p. 199).

Com efeito, postula-se que, a meio caminho entre as abordagens unidirecionais que pautam suas explicações exclusivamente sobre ações de governo ou sobre teorias de livre mercado, há um espaço de investigação complexo e multicausal a ser explorado, entre prestadoras, intermediadoras de serviços de saúde. O acesso e uso dos serviços de saúde aumentaram sensivelmente nos últimos 20 anos, com destaque para as unidades de atenção primária e a Estratégia Saúde da Família (ESF). Considera-se aqui, que os indicadores de acesso aos serviços procuram informar sobre um padrão de uso contínuo ou habitual pelos entrevistados, e de forma combinada, já que existe a possibilidade acesso e uso de equipamentos privados de saúde ter sido feito por mais de uma fonte (via SUS, desembolso e cobertura pelo plano de saúde, por exemplo).

A pesquisa bibliográfica e documental teve como ponto de partida a bibliografia teórica que embasa a abordagem aqui proposta articulada a etnografia do Estado (DAS; POOLE, 2004), com os processos de financeirização popular (LA-

VINAS, 2017), tomando como dado as políticas sociais brasileiras (GEORGES; SANTOS; RIZEK, 2016).

Parece-me que, sem questionar os modos em que a inclusão se produziu no Brasil através dos dispositivos financeiros, e em particular da articulação entre subsídios estatal e endividamento para consumo, não dimensionamos por completo a “financeirização popular” que se postulou na última década, inerente a uma articulação com o mercado global e aos padrões de consumo que nos impuseram.

As entrevistas como os atores sociais (tabela 1) parte da extração de minha experiência em campo e das entrevistas realizadas no período. Tal elaboração se deu a partir da triagem preliminar do material produzido e acessado em campo – diários de campo e transcrições de entrevistas; passando pela análise intensiva e definição das dimensões centrais no roteiro de entrevistas, relevantes à pesquisa; e seguiu na direção da elaboração das esferas sociais (no caso aqui estudado, profissionais de saúde, associações e gestores de saúde), partindo do exame minucioso do material selecionado, e de sua ordenação por conteúdo e padrão com base nas atividades inseridas no contexto da pesquisa para

12. (cont.) ser deslocada. Evelina Dagnino fala no começo dos anos 2000 de uma confluência perversa. Essa perversidade foi uma palavra utilizada não no sentido da Evelina, mas sim no sentido dos vasos comunicantes muito poderosos entre o que há de Estado no mercado e o que há de mercado no Estado. Acho que a gente precisa pensar nisso. Essa articulação perversa e paradoxal talvez seja resultado de formas estruturantes dos modos de sociabilidade no Brasil. Talvez isso seja menos circunstancial e muito mais estruturante do que circunstancial e a gente precisa deslocar as nossas lentes de análise, porque com a binaridade Estado-mercado a gente não vê. Ou com uma suposta binaridade estado sociedade civil a gente não vê” (RIZEK, 2017; JURCA, 2019). Ver em: <https://www.revistaaskesis.ufscar.br/index.php/askesis>.

13. <https://santamarcelina.org/wp-content/uploads/2018/04/Contrato-de-Gest%C3%A3o-APSRSTS-11.pdf>. Acesso em: 25 de jun. 2020.



Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia e do Departamento de Geografia da UFES

Volume 2, n. 35  
Julho-Dezembro, 2022  
ISSN: 2175-3709

Tabela 1 - Lista de pessoas entrevistadas nas periferias de São Paulo

Categorias	Cidade de São Paulo				Total
	Zona Sul		Zona Leste		
	Público	Privado	Público	Privado	
Gerente de Saúde	2	2	2	2	8
Outros Profissionais	4	3	2	2	11
Agentes de Saúde	6	-	3	-	9
Líderes Comunitários	4	-	3	-	7
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>36</b>

Fonte: autor, 2020

retratar as relações sociais que, na dinâmica local, são operativas na definição de distinções e conformações de práticas. Esse procedimento abriu a possibilidade de recorrer à teoria e as análises relevantes dos campos com os quais este trabalho dialogou para experimentar a relação dos grupos sociais de modo indutivo a partir da pesquisa de campo com os atores mobilizados na rede social estudada.

Nesse sentido os fatores relacionais explorados nas entrevistas são importantes, porque expressaram a centralidade do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na rede social, a partir das diferentes afiliações dos atores na gestão dos serviços de saúde, que eram ocultas dentro de concepções sistêmicas totalizantes.

Mais especificamente, o estudo permite pensar os gerentes de clínicas médicas populares,

nas margens da rede social, cujo acesso aos serviços de saúde define a zona híbrida entre o mercado e o Estado, e como esses indivíduos situam-se na interface pública e privada da gestão social da saúde. Trata-se de mostrar, em grande angular, como na experiência cotidiana da população, dos profissionais de saúde e líderes comunitários, as políticas e as instituições públicas são atravessadas pelas trajetórias dos atores sociais entrevistados<sup>14</sup>.

Para capturar as diferentes visões dos efeitos das clínicas médicas nas periferias de São Paulo, uma estrutura de amostragem foi elaborada para identificar informantes-chave entre gestores de clínicas médicas populares. Esses profissionais foram estratificados por setor público e privado, bem como as localidades. Listas de representantes para os dois campos es-

14. Todos os nomes citados são fictícios. Foi elaborado o "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" (TCLE) (Anexo III), utilizando-se de uma linguagem clara e objetiva, por meio do qual os sujeitos foram informados sobre os objetivos do estudo, os procedimentos de coleta de dados, possíveis constrangimentos ou benefícios, sendo garantido o sigilo e respeitado o desejo ou não de participar.

tudados foram elaboradas para cada esfera social entre agentes de políticas de saúde e profissionais e usuários dos serviços de saúde do sistema público e privado de saúde, Organizações Sociais de Saúde, programas de saúde, associações sociais e Clínicas Populares nas duas periferias (Tabela 1).

Foram entrevistados 36 informantes na zona sul e zona leste de São Paulo entre março de 2018 e fevereiro de 2020. As entrevistas foram realizadas pelo autor do artigo. O pesquisador visitou os informantes em seu local de trabalho (Hospitais, Clínicas Populares, Unidades Básicas de Saúde e Associações Sociais) mediante incursões a campo nos locais estudados. Todos os entrevistados foram previamente explicados os objetivos da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas duraram aproximadamente 1 hora.

O roteiro de entrevista continha perguntas sobre a trajetória de vida e profissional do/a entrevistado/a, além de quatro dimensões de questionamentos:

- Resultados das recentes mudanças nas relações sociais da favela de Heliópolis: onde se buscou captar os significados das experiências vividas pelos moradores no dia a dia.
- Relação com outros agentes

da comunidade: onde se indagou sobre as relações entre Associações locais, governo e mercado, na produção do acesso à assistência médica.

- Recursos materiais e imateriais: onde se indagou sobre os recursos econômicos ou de informação utilizados na rede de relações sociais para o acesso às redes de saúde pública ou privada.
- Relação com a expansão do mercado nos locais estudados, incluindo as empresas de saúde: onde se buscou a caracterização, definição e valores atribuídos ao acesso às clínicas, policlínicas e laboratórios de saúde nos últimos anos.

## CENAS E SITUAÇÕES DE PESQUISA

### POLÍTICAS E ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NOS TERRITÓRIOS PERIFÉRICOS DA CIDADE DE SÃO PAULO: RECONFIGURAÇÕES

É com grande orgulho que posso afirmar, hoje, que a Zona Leste – até a pouco esquecida pelos poderes públicos – começa a encontrar seu rumo. A luta de vocês por educação, trabalho e saúde encontrou dois governos (o federal e o municipal) dispostos a enfrentar o desafio da inclusão social e do desenvolvimento econômico da região. [...] Agradeço ao Presidente Lula, seu empenho pessoal. Na Zona Leste moram um terço da população paulistana, mas só 8% do total dos empregos na capital. Sua presença aqui mostra como podemos unir



Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia e do Departamento de Geografia da UFES

Volume 2, n. 35  
Julho-Dezembro, 2022  
ISSN: 2175-3709



forças para inverter a lógica que faz da Zona Leste o lugar de maior concentração de desemprego e da pobreza de São Paulo. Estamos criando todas condições para promover o emprego na região, atrair investimentos e qualificar a população da Zona Leste<sup>15</sup>.

Segundo Cibele Rizek (2017), a Cidade Tiradentes vem passando por um processo intenso de reconfiguração do social com as Construções dos Centros Educacionais Unificados (CEU), creches, escolas, estabelecimentos de diferentes espaços artísticos e culturais, parques, reorganização da rede de assistência à saúde, por meio das unidades de Saúde da Família, Ambulatórios Médicos, escolas técnicas, pavimentação, iluminação, comércio, transporte público, sendo um dos grandes desafios da metrópole paulistana.

Em 2007, a Prefeitura inaugurou o primeiro hospital construído por ela, o Hospital Municipal Cidade Tiradentes. Para uma breve aproximação territorial das Organizações Sociais de saúde pública, podemos dizer que hoje que a periferia leste está no epicentro circuito produtivo do complexo industrial da saúde da cidade de São Paulo.

Principalmente na questão da delimitação da gestão social de uma constelação de políticas e programas sociais na área da saúde, assistência e cultura,

que dizem respeito: a assistência conjunta e direcionada aos usuários dos equipamentos públicos; a racionalização econômica da gestão social dos dados desses usuários; e o fortalecimento dos vínculos com os Centros Hospitalares.

Esses Centros Hospitalares dirigidos pelas Organizações Sociais de Saúde visam:

- 1) Permitir que os estabelecimentos implementem uma estratégia de rede de atendimento comum e direcionado aos usuários, com o objetivo de garantir acesso a cuidados. Esse é o objetivo principal da saúde pública.
- 2) Garantir a racionalização dos métodos de gestão, agrupando funções ou transferindo atividades entre diferentes estabelecimentos como por exemplo: Unidades Básicas de Saúde (UBS); Assistência Médica Ambulatorial (AMA); Unidades de Pronto Atendimento (UPA); e Centros de Referência.
- 3) Desenvolver um projeto médico compartilhado que garanta uma oferta de acesso de proximidade assim como de referência e de recursos.

As atividades hospitalares no território devem ser asseguradas 24 horas por dia, 365 dias por ano, emergências, medicina especializada, cirurgia visceral

15. Trecho destacado do discurso proferido pela prefeita Marta Suplicy, do Partido dos Trabalhadores, em 2004, na inauguração do Centro de Educação Tecnológica em Saúde Pública na Cidade Tiradentes, Zona Leste São Paulo, revelava a intensão do poder público em promover grandes mudanças para Zona Leste (BARROS, 2019).

e ortopédica, especialidades cirúrgicas exceto cirurgia hiperespecializada, obstetrícia, psiquiatria em hospitalização completa e emergências psiquiátricas, bem como centros de acolhimento e crise, pós-atendimento e reabilitação, hospitalização em casa (*home care*) e cuidados de longa duração.

Para os cuidadores, o tamanho do território deve permitir o exercício profissional “compartilhado” em benefício da população do território. Portanto, não é apenas a proximidade dos pacientes que está em jogo, mas também a capacidade do sistema hospitalar público de preservar as plataformas técnicas de emprego de seus profissionais que, sem estruturar uma oferta real de proximidade ambulatorial em funcionamento com cadeias de suprimentos médicos e farmacêuticos, podem correr o risco de serem sobrecarregados por necessidades com as quais lidam de maneira cara e inadequada.

Na interface entre o território e o hospital (VIGNERON, 2017)<sup>16</sup>, os serviços de emergência parecem ser os primeiros a serem afetados pela oferta de recursos, principalmente no atendimento ambulatorial preconizada pelas reformas do sistema de saúde. Pensando nas reconfigurações do sistema

que ocorreram na pandemia da Covid, regrediu-se em termos de atendimento básico e retornou-se aos hospitais. Ao mesmo tempo, as contra reformas continuaram importando métodos gerenciais do mundo corporativo, pedindo aos cuidadores que façam mais com menos.

Diante de um forte influxo que vem aumentando<sup>17</sup> há vinte anos e de uma diversificação das causas de chamadas de urgências no acesso aos serviços de saúde, públicos e privados, esses serviços têm experimentado uma especialização progressiva. Divididas em vários setores, os estabelecimentos de saúde estão passando por uma diversificação do atendimento, determinado de acordo com critérios mais ou menos de urgência. Os usuários, depois de terem passado pela recepção de uma Unidade Básica de Saúde ou terem recebido uma guia de atendimento de um Agente Comunitário de Saúde (ACS) que atuam como triagem, são distribuídos entre diferentes serviços de saúde de acordo com a gravidade de sua condição: cuidados de baixa complexidade; alta complexidade como os serviços de cirurgia; o setor de média complexidade, onde os usuários geralmente ficam um pouco mais na espera; as “consultas médicas” que

16. “À partir d'un essai de mise en perspective historique des fonctions hospitalières, l'auteur amène à comprendre les raisons d'une longue séparation entre l'hôpital et le territoire, et celles de leur union actuelle. La régionalisation des politiques de santé, tardive et inachevée en matière hospitalière, la notion de «secteur sanitaire», ou, aujourd'hui, de «territoire de santé», la question de la délimitation des groupements hospitaliers de territoire et de solutions concrètes pour la reconnaissance des territoires de ces équipements sont également examinées” (VIGNERON, 2017).

17. São mencionadas várias causas para explicar esse aumento: desertificação médica, ausência de médicos, envelhecimento da população, uso de emergências mais convenientes, emergências sentidas, consequência do preço das atividades, etc. No entanto, o estudo do aumento das visitas às urgências merece uma análise mais aprofundada (JUVEN; PIERRU; VICENT, 2019).



Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia e do Departamento de Geografia da UFES

Volume 2, n. 35  
Julho-Dezembro, 2022  
ISSN: 2175-3709

podem ocupar a maior parte do tempo tanto na medicina pública quanto na privada.

Caracterizando melhor o cenário, os principais tipos de estabelecimentos no segmento, com fins lucrativos, são os complementares (hospitais gerais, hospitais especializados e unidades de apoio em diagnose e terapia) e os suplementares (consultórios isolados, centros de especialidades médicas, policlínicas). Quanto ao nível de complexidade assistencial, “as variações informadas na atenção básica são de 7,2% em 2005 para 2,9% em 2013. A média complexidade foi de 67,2% em 2005 para 73,6% em 2013 e a alta complexidade foi de 25,6% em 2005 para 22,8% em 2013” (VIANA; MIRANDA; SILVA, 2015 p. 14). Portanto, a média complexidade é predominante em todos os segmentos, com destaque para os estabelecimentos do setor privado lucrativo, que possui pouco mais de 70% dos seus estabelecimentos concentrados nesse nível de complexidade assistencial. A proporção desses estabelecimentos com vínculos de complementaridade com o Sistema Único de Saúde (venda de serviços) caiu em todos os segmentos, especialmente os privados com fins lucrativos.

Essa distribuição do acesso

em vários setores implica uma especialização de determinadas posições com uma diversificação das tarefas a serem desempenhadas pelos profissionais de saúde. Estes últimos são então utilizados de maneira alternada entre esses vários setores. Assim, o agente comunitário de saúde, que atua na atenção básica, estará um dia nas visitas domiciliares, no dia seguinte na recepção e na semana seguinte no atendimento da recepção de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). O argumento dessa mudança é promover a versatilidade dos “colaboradores” e evitar rotinas. Constantemente acostumado a se adaptar a um ritmo irregular de trabalho específico para o setor de atendimento domiciliar, o agente comunitário realiza muitas mudanças de tarefas. O mesmo acontece nas emergências dos hospitais, à medida que a base de pacientes de emergência se torna mais diversificada, o próprio serviço de emergência passa por reorganizações sucessivas que se traduzem em uma especialização do espaço em novas áreas de atendimento. Essa especialização aumenta o trabalho de triagem de pacientes realizado pelo responsável da recepção e orientação na entrada do serviço.

A expansão dos serviços de saúde públicos e privados que

têm lugar na complexa rede de instituições de saúde geridas por associações civis de direito privado qualificadas como Organizações Sociais de Saúde<sup>18</sup>.

As formas como essas entidades de serviços de saúde se articulam resultam no planejamento minucioso das atividades e ações sociais e de saúde em âmbito local e territorial, podendo ser identificadas como planejamento social privado (PANTOJA, 2012) em territorialidades periféricas (RIZEK, 2013). Cabe destacar que a busca pela demanda, a desregulação do Estado e a gestão do território se cruzam reconfigurando o acesso aos serviços públicos e privados administrados pela Organização Social de Saúde.

Em 2018, Fabiana, gerente de posto de saúde, conversa comigo sobre o projeto “Corujão da Saúde”<sup>19</sup>, principal programa de saúde em execução na atual gestão da prefeitura de São Paulo (2017-2020): “Todos me dizem que as coisas não mudaram muito, exceto o fato da fila de exames de imagens ter diminuído consideravelmente. As especialidades continuam com a mesma fila”. A UBS Sacomã, no Corujão da Saúde, está encaminhando o(a)s usuários(as) principalmente para o Hospital Municipal Doutor Arthur Ribeiro de Saboya (público),

Hospital Alemão Oswaldo Cruz (privado) e para o centro de especialidade Arthur Gianotti no Ipiranga (Público) e para algumas clínicas particulares.

O ACS Leandro me ajuda a entrar em contato com Maria, 61 anos de idade, casada, que vai fazer exames pelo “Corujão da saúde” no dia seguinte. Em 2014, Maria fez acompanhamento com um urologista devido a Hepatite B. Refere ter feito tratamento na época e após perder o convênio não conseguiu retornar mais. Ela realiza os exames em clínica médica particular, solicitados pelo médico da UBS. É de manhã ainda quando eu anoto o nº SUS da usuária com a agente Daniela antes de checar com Trindade, da regulação, o dia do exame. Todos os exames são realizados pelo programa da prefeitura de São Paulo “Corujão da saúde”. Ela mora em um dos locais com a maior concentração de biqueiras na favela de Heliópolis, Lagoa. Maria é hipertensa. As clínicas médicas populares começam a entrar na rede de atendimento municipal com o projeto Corujão da Saúde. Quase um ano após o lançamento do programa, a redução de pessoas que aguardam um exame no SUS da capital foi de 61%, mas o programa não teve o mesmo desempenho no enfrentamento

18. Segundo os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o número de estabelecimentos públicos e privados cadastrados em todos os segmentos aumentou em termos absolutos (120,5%), mas esse aumento foi bastante desigual. No âmbito do setor privado, o aumento foi 179,4%, ao passo que no setor público foi 42,3%. Como resultado, houve aumento proporcional dos estabelecimentos privados no período, que passaram a representar 72% do total de estabelecimentos em 2013. Esse mesmo resultado pode ser observado quanto à divisão dos estabelecimentos nos dois ramos do Direito, com aumento mais acentuado dos estabelecimentos sob a égide do Direito Privado (VIANA; MIRANDA; SILVA, 2015).

19. O “Corujão” será implantado em hospitais da rede pública e filantrópica, além de hospitais e clínicas particulares conveniados com a Secretaria Municipal de Saúde. O prefeito ressalta a importância para a capital de parcerias com as empresas e se coloca à disposição (cont.)



Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia e do Departamento de Geografia da UFES

Volume 2, n. 35  
Julho-Dezembro, 2022  
ISSN: 2175-3709

19. (cont.) de outros representantes da iniciativa privada que desejarem contribuir com a cidade. A iniciativa tem como meta zerar a fila de 485,3 mil exames em um prazo de 90 dias. Ao término do "Corujão", todos os pacientes que necessitarem de exames na rede municipal deverão conseguir realizá-lo em até 30 dias, no máximo, na própria rede municipal. O programa começa em hospitais filantrópicos já conveniados com a Secretaria Municipal de Saúde, que ofertarão volume de exames extras em horários alternativos. Paralelamente a isso, a pasta fará um chamamento universal visando credenciar outros serviços, entre hospitais e clínicas particulares. O chamamento deverá se encerrar no final de janeiro. Os exames serão realizados preferencialmente das 20h à meia-noite nos serviços credenciados, aproveitando a capacidade ociosa desses hospitais e clínicas para atender à população. A prefeitura dará preferência para que o exame seja feito no serviço mais próximo da casa do paciente. A remuneração dos procedimentos seguirá (cont.)

das filas por consultas de especialidades e cirurgias, que cresceram em relação aos últimos meses de 2016. Assim, a redução das filas não é uniforme. Segundo reportagem de Bianca Gomes e Fabiana Cambricoli para o jornal Estado de São Paulo, hoje, cerca de 845 mil pessoas ainda aguardam algum atendimento na fila da rede municipal. Com o Corujão, iniciado em janeiro, o número de exames na fila caiu de 607 mil em dezembro de 2016 para 234 mil em novembro de 2017, último dado disponível. Já a lista de espera por consultas de especialidades cresceu, passando de 439 mil para 497 mil. Os pedidos de cirurgias na fila, que a partir de julho foram incluídos no Corujão, também aumentaram, de 91 mil para 113 mil.

Para Maria V. os mutirões ajudam na continuidade do tratamento. Ela diz que a espera para a mamografia, "é de dois a três meses. Esse foi rápido, marcaram depois de 11 dias da consulta". O último exame que fez foi no Hospital Gianotti, no ano passado. Seguimos no ônibus até o terminal Sacomã e Antônio, companheiro de Maria, comenta que a clínica é perto dali, mas que é melhor ir de condução. Chegamos à estação e descemos na plataforma. Antônio ajuda a achar o ônibus

certo. Subimos e descemos as escadas rolantes para acessar a plataforma da linha Santa Cruz-Moema.

A clínica fica na Rua Gentil de Moura no bairro do Ipiranga. Os descontos especiais para aposentados, pensionistas, maiores de 60 anos, pacientes SUS e desempregados (com comprovação na CTPS ou Seguro Desemprego) e exames parcelados em até dez vezes, são anunciados na entrada da clínica. Eram seis horas da manhã e uma fila já se formava na entrada da clínica, com a recepção lotada de pessoas nos bancos de espera e outros fazendo a ficha em um dos sete guichês separados por divisórias pré-moldadas. A clínica é bastante espaçosa, pois foi adaptada a partir da estrutura de uma antiga concessionária de carros. A maioria dos pacientes que ali estava, vinda de várias partes de São Paulo, fora encaminhada pelo SUS através do programa Corujão da Saúde.

Mesmo em um dia atípico, por ser reservado para os(as) usuários(as) do SUS, os exames não demoram mais que trinta minutos. Na triagem há um amplo corredor com placas indicativas para as salas de exames do andar térreo e primeiro andar. A clínica é especializada em exames de imagem. As se-

nhas correspondem aos respectivos exames de ultrassonografia, mamografia e ressonância magnética. Na espera, Maria e Antônio comentam sobre os gastos com remédios para a mãe de Maria e os valores pagos nas consultas chamadas por Antônio de “consultas sociais” para tratamento próprio, às quartas-feiras em São Caetano. Os dois também buscam tratamento para a mãe de Maria que sofre de Alzheimer em redes de clínicas médicas populares próximas a Heliópolis. Maria também frequentou a clínica Dr. Consulta para fazer exames oftalmológicos depois que recebeu um panfleto nas ruas de Heliópolis.

Antônio diz que já teve planos Intermédica, Amil e um outro que não se recordava naquele momento. Ele é motorista de caminhão. Sempre foi. Já trabalhou para a Semp Toshiba e Casas Bahia. Maria, que trabalha como auxiliar de limpeza em prédios residenciais de classe média na zona sul da capital, não possui plano de saúde. A empresa terceirizada não oferece.

Depois do exame Maria afirma que o mamógrafo da clínica é mais confortável que o aparelho convencional. Sobre as clínicas médicas populares em Heliópolis ela comenta:

Eu vejo uma questão positiva quando quem ganha dez mil reais num tratamento, numa consulta

lá, esse mesmo médico vem atender aqui por sessenta e cinco, na época eu acho que era quarenta, quarenta e cinco. Então eu acho uma coisa bonita, essa parte, né, que ele fizeram. Segundo, as pessoas passam no posto de saúde em clínico geral, mesmo que seja especialista, mas não posso esquecer que não tem máquina pra fazer os exames. Então você passa no médico ele faz o pedido do exame. Aí você leva dois, três anos pra conseguir fazer o exame pelo SUS. Então, ele vai no posto de saúde, passa no médico, aí o médico faz o pedido do exame. Então é muito mais barato e tem a outra vantagem, ele passa no ‘Dr. Consulta’, faz o exame, pega o resultado e volta no SUS. Porque marcar consulta no SUS é fácil, o difícil é exame. Agora se uma pessoa ou médico faz a consulta e fala no diagnóstico que a pessoa está com câncer aí não pode falar que tem que fazer o exame. Ele corre no Dr. Consulta faz o exame, na mesma semana ele traz o resultado, passa no médico. Então o médico do posto pode fazer o tratamento dele porque ele [usuário] pegou o resultado do exame rápido. Agora se ele [usuário] fosse esperar o posto conseguir marcar o exame pra ele [usuário], ia levar uns três, quatro meses. Ele poderia perder a chance de curar. Esse é uma forma.

Satisfeita com o exame realizado, ela ainda afirma que as ACS dão os melhores caminhos para o acesso aos serviços de saúde.

O que a gente procura eles falam pra gente. Eu acho que elas ajudam bastante, melhorou muito, depois de colocar as meninas aí, né, melhorou muito. Porque no posto tinha hora que a gente precisava, eu mesmo fui vítima duas vezes. Uma vez discuti lá, porque fui pegar uma informação com uma senhorinha que tem lá e ela simplesmente não olhou na minha cara.

Tomando a relação existente entre a estrutura de relações

19. (cont.) os valores da tabela do SUS (Sistema Único de Saúde). O investimento será de R\$ 17 milhões. Desde o dia 2 de janeiro, a secretaria iniciou contato telefônico para agendar os exames para os 296,5 mil pacientes que estavam na lista de espera entre um e seis meses. Eles representam cerca de 60% do total da fila. Os pacientes com exames solicitados pelo médico há mais de seis meses serão chamados para serem reavaliados nas Unidades Básicas de Saúde. O objetivo é verificar seus atuais quadros de saúde e a necessidade de serem submetidos ao exame originalmente prescrito ou a outros procedimentos. Na rede privada, a validade de um pedido de exame médico é de apenas 30 dias. Pelo programa, se o paciente ainda não tiver feito o exame ou se, pelo quadro clínico, ainda continuar sendo necessário o procedimento, ele será agendado dentro dos 90 dias. Da lista de espera atual para exames, 349,2 mil são para ultrassom dos mais diferentes tipos. Outros 42,2 mil são para tomografia, 33,5 mil para ecocardiografia, 32,2 mil para mamografia e 28,1 mil para ressonância magnética. (cont.)



Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia e do Departamento de Geografia da UFES

Volume 2, n. 35  
Julho-Dezembro, 2022  
ISSN: 2175-3709

dos indivíduos, as dimensões das mudanças das relações materiais e imateriais, das relações com as associações sociais, a expansão das empresas de saúde na favela, neste artigo buscou-se analisar a inserção da assistência médica privada sobre as redes sociais dos moradores da favela de Heliópolis. Assim, a primeira fase da pesquisa revelou que as redes sociais dos moradores da favela de Heliópolis eram densas e centralizadas. Eram redes muito locais, com variabilidade de sociabilidade, mas baseadas sobretudo em relações de vizinhança e família.

Em uma segunda fase, a partir da análise das práticas e discursos de uma forma de inserção dos usuários do sistema pública na assistência médica privada, por meio, das quatro dimensões destacadas nos métodos foi possível revelar a natureza da relação entre os indivíduos e as mudanças sociais contemporâneas.

As cenas e situações de pesquisa produzem um indivíduo que tem que se responsabilizar por si mesmo. Para esse indivíduo não se trata essencialmente de “escolha” ou “decisão”, mas de “se virar”.

Como afirma Carolina, dirigente social que observa:

O que eu digo individualizado é na questão de lutas, sabe. Que o pessoal acha que eu tenho um

emprego garantido, eu não preciso me preocupar com o meu vizinho que está desempregado ou as reformas trabalhistas que tipo... A gente fez projeto social, né? Participou de projeto na adolescência... Eu venho desde a... Eu participo de projetos desse tipo desde os dez anos.

Adão, fala do circuito econômico mundial no qual a periferia de São Paulo está inserida:

Essa é uma questão que por causa da crise brasileira e mundial, tá difícil a pessoa ter um dinheiro assim pra... Mas aquela visão de que a favela, comunidade, as pessoas não têm dinheiro, isso aí é passado. Se você andar lá dentro você vai ver a situação que é, a quantidade de carros e a qualidade das casas é, vamos falar assim, de classe média. Heliópolis é um centro, é uma mina. Quem tem dinheiro pra investir aqui vai dar certo. Tudo que abriu aqui deu certo, não fecha, não tem por quê. É muita gente aí dentro. São mais de duzentas mil pessoas que moram aí dentro e tá querendo gastar dinheiro. Então é um lugar que chama a atenção. Na Estrada das Lágrimas as casas tão tudo virando comércio. Do lado de cá (bairro Sacomã) há cinco anos não tinha uma loja. Não tinha nada. Então você vê que agora tem essas lojas de marca, Marisa, Casas Bahia, Magazine Luiza, banco. Então tá em ascensão.

As diversas conquistas sociais de Heliópolis parecem colocá-la como uma possível “favela modelo”, contudo, por trás desse aparente “desenvolvimento”, questões sociais essenciais ainda se fazem presentes no mesmo espaço.

## CONCLUSÕES

Tomou-se como pressuposto de pesquisa, por um lado, a mudança do regime de visibilidade desses atores, ou seja, de

19. (cont.) Disponível em: <http://www.capital.sp.gov.br/noticia/prefeitura-firma-convenio-para-consultas-de-reavaliacao-do-201ccorujao-da-saude201d>. Acesso em: 30 jan. 2017.

um ponto de inflexão recente na sua trajetória na era “pós-lulista”; e pelo outro, a generalização de uma “racionalidade neoliberal” (DARDOT; LAVAL, 2016) que atravessa o conjunto das atividades de produção e de reprodução, ambas as dinâmicas sendo articuladas entre si. As transformações do mundo do trabalho, pautadas pelo fim da hipótese da integração social via inserção formal neste universo e a generalização da lógica do empreendedorismo de si e da responsabilidade individual pela própria empregabilidade, proporcionam indícios de como as políticas de contenção/reprodução da pobreza devem avançar.

Como foi documentado em diferentes trabalhos no caso do Brasil ao longo dos anos 2000 (OLIVEIRA, 2013, 2018; PAOLLI, 2007), o modelo neoliberal desenvolvido nas últimas décadas neste país enfatizou o papel do mercado e sua dinâmica no funcionamento institucional das políticas públicas, orientando as relações entre os diferentes atores da sociedade e entre esses e o Estado. Tal modelo é usado como referência no campo da saúde.

Em termos gerais, os cortes no volume das despesas públicas e, portanto, na atividade do Estado, parecem reforçar a po-

sição do mercado no contexto da saúde, fortalecendo mecanismos privados de assistência aos pobres e, ao mesmo tempo, sobrecarregando o Sistema Único de Saúde (SUS). As restrições orçamentárias e a multiplicação, paralelamente, de situações da crise sanitária têm sido destacadas para explicar esse fracasso. Em sua autocrítica de 2017, Margaret Chan, a Diretora-Geral, no entanto, reconheceu de forma mais direta que a OMS não era uma agência de gestão hospitalar, mas tinha uma função consultiva e de coordenação, que não poderia, portanto, substituir Estados falidos na organização dos cuidados. Serviços (GAUDILLIÈRE; IZAMBERT; JUVEN, 2020).

Sem surpresa, no cerne da gestão da pandemia de Covid-19 pela OMS, encontra-se a mesma conjunção de inadequação e necessidade. Desde o início da crise, a OMS foi a única instituição global de saúde que desempenhou um papel importante. De fato, a luta contra a Covid-19 reverte muitos dos fatos da governança global da saúde: a expertise em respostas não está mais localizada apenas na Europa e na América do Norte; as estratégias de contenção pressupõem a implementação em larga escala de intervenções



Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia e do Departamento de Geografia da UFES

Volume 2, n. 35  
Julho-Dezembro, 2022  
ISSN: 2175-3709



médico-sociais, condicionadas pela qualidade das infraestruturas (pessoal e hospitais) fora do âmbito dos programas verticais; finalmente, as intervenções dependem quase exclusivamente das iniciativas dos Estados e de suas administrações de saúde pública.

A partir do final de janeiro de 2020, as recomendações técnicas e políticas produzidas em ritmo forçado pela OMS tomaram nota desses três elementos. Além disso, enfatizando a estratégia “testar, rastrear, isolar” para tentar evitar medidas de isolamento. Ou seja, a gestão da escassez de materiais, em particular de máscaras e testes (GAUDILLIÈRE; IZAMBERT; JUVEN, 2020), o trabalho extenuante nos hospitais (NEDEL; JURCA; RIZEK, BUZZAR, 2021), a conjunção entre a triagem clínica e econômica de baixo custo, o reencontro da política das populações entre a gestão da epidemia e o jogo das desigualdades e de discriminações no acesso aos serviços (CASTEL, 2010).

Nesse sentido, a sociedade convive com uma dinâmica de dificuldades institucionais e de “sofrimento organizacional” que desregula as práticas sociais e bloqueia as ações da sociedade civil, as chances do poder democrático numa situa-

ção histórico-social que parece estar não apenas estilhaçando, mas também perdendo os centros típicos de referência, de autoridade e de ordenação denunciando a “demolição da ideia de serviço público” enunciada por Bourdieu, em “A Miséria do Mundo” (1993, p. 340).

Assim, a atual questão trazida pelo contexto da crise sanitária revela um terreno fértil para a análise das trajetórias e estratégias dos diferentes atores que se articulam em torno da questão da saúde e os modelos neoliberais que surgem no país. Em particular, pensou-se as diferentes esferas sociais – associações sociais, organizações sociais, programas sociais e usuários – que gravitam em torno do “direito à saúde”, reivindicando a eficiência da Atenção Primária à Saúde.

É necessário dizer, também, que esses processos se configuram como campos em disputa e se constituem em um estranho paradoxo. A saber: que o advento da erosão da legitimidade dos direitos sociais faz com que a proteção da vida, no declínio da política e dos recursos humanos, tome a forma de uma razão humanitária consensual (FASSIN, 2021), que pode repolitizar desde baixo, a partir de deslocamentos que só podem ser realizados

por meio do fortalecimento de princípios básicos que norteiam as próprias relações sociais cotidianas. Dessa forma, observa-se, por um lado, um conjunto de aspectos que valorizam o “sujeito neoliberal”, produzindo uma desconfiança em relação ao coletivo e aos “outros” em geral. No fundo, mais do que um individualismo institucional, o que se observa é que aí se produz um indivíduo por diferentes perspectivas (ascensão social, inconsistência posicional, o trabalho e o consumo), e a dimensão relacional é vivida como um recurso básico, embora submetida a fortes tensões e contradições. O indivíduo se percebe, e é constringido a se perceber, como um elo relacional, um produtor de relacionamentos produtivos para o sistema de saúde. É nesse sistema de produção de si que a sua possibilidade social é desempenhada e abre caminho para: desvendar situações assimétricas de poder, enfrentar os labirintos e caprichos das instituições e buscar oportunidades em meio às formas sociais líquidas e transitórias. ●



Revista do Programa de  
Pós-Graduação em Geografia e  
do Departamento de Geografia  
da UFES

Volume 2, n. 35  
Julho-Dezembro, 2022  
ISSN: 2175-3709

## REFERÊNCIAS

- AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- BELORGEY, N. *L'hôpital sous pression. Enquête sur le «nouveau management public»*, La découverte, Paris, 2010.
- BOURDIEU, P. *La misère du monde*. Éditions du Seuil, 1993.
- BRAGA, J. C.; DE PAULA, S. G. Capitalismo e Pensamento econômico: a questão da saúde. In: *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Cebes: Hucitec, 1981, p. 1-38.
- CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- COHN. Desigualdade, Desenvolvimento Social e Políticas Sociais no Brasil. *Cadernos Cedec*, v. 57, p. 1-43, 1996.
- DARDOT, P; LAVAL, C. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. Tradução Mariana Echalar. São Paulo: Boitempo, 2016.
- DAS, V.; POOLE, D. *Anthropology in the margins of the state*. School of American Research Press, Santa Fé: 2004, p. 225-252.
- ESCOREL, S.; BLOCH, R. A. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. LIMA, N. T. (org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- FASSIN, D. *Les Mondes de la Santé Publiques. Excursions anthropologiques*. Cours au collège de France: Éditions du Seuil, 2021.
- FOUCAULT, M. *Nascimento da biopolítica*. Curso no collège de France (1978-1979). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo, Brasil: Martins Fontes, 2008.
- GAUDILLIÈRE, J.P.; IZAMBERT, C.; JUVEN, P. A. *Pandémopolitique. Réinventer la santé en commun*. La Découverte, 2020.
- GEORGES, I. P. H.; SANTOS, Y. G. *As 'novas' políticas sociais brasileiras na saúde e na assistência: produção local do serviço e relações de gênero*. Belo Horizonte, Brasil: Fino Traço, 2016.
- GEORGES, I. P. H.; SANTOS, I. G. A produção da “demanda”: viés institucional e implicações políticas da terceirização do trabalho social na periferia de São Paulo. In: *Sobre periferias:*

novos conflitos no Brasil contemporâneo. CUNHA, N. V.; FELTRAN, G. S. (org.). Rio de Janeiro: Lamparina & FAPERJ, 2013.

GIS. Médecine et lutte de classes. Michael Foucault et les membres du G.I.S. *La NEF*, n. 49, 1976.

GUEDES, F; CAMPOS, GWS; TERRA, L; VIANA, M.O. (orgs.) *Nas entranhas da atenção primária à saúde: formação e prática*. p. 327, Ed. Hucitec, 2021.

HARVEY, D. *Spaces of global capitalism: towards a theory of uneven geographical development*. New York: Verso, 2006.

IANNI, A. *et al.* Pensamiento social en salud: un análisis crítico de las obras clásicas del campo de la Salud Pública en Brasil. *Rev. Guillermo de Ockham*, v. 15(2), In: Press, p. 107-117, 2017.

JURCA, R. L. *Individualização social, assistência médica privada e consumo na periferia de São Paulo*. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo: p. 225, 2018.

LAUTIER, B. *Las políticas sociales en América Latina: propuestas metodológicas para analizar el cambio que se está produciendo*. *Espiral*, v. VII, n. 22, p. 91-130, 2001.

LAVINAS, L. A financeirização da política social: o caso brasileiro. *Forthcoming at Politika*, n. 2, p. 35-51, 2015.

LAVINAS, L. *The takeover of social policy by financialization: the Brazilian paradox*. Nova York: Palgrave Macmillan, 2017.

LOTTA, G. *Estilos de implementação: ampliando o olhar para a análise de políticas públicas*. Comunicação oral, ENAPG - Encontro Nacional de Administração Pública e Governo. 2008.

MARCUS, G. E. Multi-sited ethnography: five or six things I know about it now. In: *Multi-sited ethnography: problems and possibilities in the translocation of research methods*. COLEMAN, S.; HELLERMANN, V. (eds.) New York and Abingdon: Routledge. 2011, p. 26-53.

MARTUCCELLI, D. *Cambio de rumbo: la sociedad a escala del individuo*. Santiago, Chile: LOM Ediciones. 2007.

MENDES, A. N. *et al.* A contribuição do pensamento da saúde coletiva à economia política da saúde. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 26, n. 4, p.841-860, 2017.



Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia e do Departamento de Geografia da UFES

Volume 2, n. 35  
Julho-Dezembro, 2022  
ISSN: 2175-3709

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária Executiva. *Programa Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília, DF: 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *As Cartas de Promoção da Saúde*. Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília: 2002.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. Doutorado Faculdade de Medicina da USP. São Paulo: p. 416, 1986.

NEDEL, M. Z.; JURCA, R. L.; RIZEK, C. S.; BUZZAR, M. A.. Direitos sociais à margem: um debate sobre educação pública e políticas de saúde em dois estudos de caso de Saint-Denis: Um debate sobre educação pública e políticas de saúde em dois estudos de caso de Saint-Denis. *Revista Risco de Pesquisa em Arquitetura e Urbanismo* (online), n. 19, p. 1-17, 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/1984-4506.risco.2021.182394>.

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil*. Petrópolis: Vozes, Abrasco, 1986.

OLIVEIRA, J. A. Reformas e reformismo: “democracia progressiva” e políticas sociais (ou ‘Para uma teoria política da Reforma Sanitária’). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 360-387, 1987.

OLIVEIRA, F. *Crítica à razão dualista: o ornitorrinco*. São Paulo: Boitempo, 2013.

OLIVEIRA, F. *Brasil: Uma biografia não autorizada*. São Paulo, Brasil: Boitempo, 2018.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 355.

PAOLI, M. C. O mundo do indistinto: sobre gestão, violência e política. In: *A era da indeterminação*. OLIVEIRA, F.; RIZEK, C. S. (orgs.). São Paulo: Boitempo, 2007, p. 221-256.

JUVEN, P.A.; PIERRY, F.; VICENT. *Fanny: La casse du siècle. A propos des réformes de l’hôpital public*, Paris: raisons d’Agir, 2019.

RIZEK, C. S. Verde amarelo azul e branco: o fetiche de uma mercadoria ou seu segredo”. In: *Hegemonia às avessas*. OLIVEIRA, F, BRAGA, R., RIZEK, C. S. (orgs.). São Paulo: Boitempo Editorial, 2010. p. 215-236.

- RIZEK, C. S. Trabalho, moradia e cidade: Zonas de indiferenciação? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 27 (78), p. 41-49, 2012.
- RIZEK, C. S. Políticas Sociais e Políticas de Cultura: territórios e privatizações cruzadas. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*. v. 15, p. 199-209, Recife: 2013.
- RIZEK, C. S. Faces do lulismo: políticas de cultura e cotidiano na periferia de São Paulo. In: *As contradições do lulismo: a que ponto chegamos?* SINGER, A.; LOUREIRO, I. (orgs.) São Paulo, Brasil: Boitempo, p. 185-219, 2016.
- SAUVÊTRE, P.; LAVAL, C.; GUÉGUEN, H.; DARDOT, P. *A escolha da guerra civil: uma outra história do neoliberalismo*. São Paulo: Elefante, 2021.
- SESTELO, J. A. F. *et al.* A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 26, Número Especial, p. 1097-1126, 2017.
- VIANA, A. L., MIRANDA, A. S; SILVA, H. P. Segmentos institucionais de gestão em saúde: descrição, tendências e cenários prospectivos. *Saúde Amanhã*, texto para discussão n. 2. Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro, p. 7-18, 2015.
- VIGNERON, E. *L'Hôpital et le territoire*. De la coordination aux GHT: une histoire pour le temps présent, SPH Éditions, 2017.
- TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. Teixeira, S. F. (org.) São Paulo: Cortez, 1989, p. 17-45.
- TEIXEIRA, S. F. (org.). *Estado y políticas sociales en América Latina*. México, DF: UAM, p. 293-311, 1992.



Revista do Programa de  
Pós-Graduação em Geografia e  
do Departamento de Geografia  
da UFES

Volume 2, n. 35  
Julho-Dezembro, 2022  
ISSN: 2175-3709