

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - REMULTISF**

ELLEN CAROLINE PEREIRA

**AS TENDÊNCIAS DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS EM UM CONTEXTO DE
CONTRARREFORMAS DO ESTADO**

FLORIANÓPOLIS, 2018

ELLEN CAROLINE PEREIRA

**AS TENDÊNCIAS DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS EM UM CONTEXTO DE
CONTRARREFORMAS DO ESTADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de residente.

Orientadora: Prof.^a Dra. Keli Regina Dal Prá

FLORIANÓPOLIS, 2018

ELLEN CAROLINE PEREIRA

**AS TENDÊNCIAS DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS EM UM CONTEXTO DE
CONTRARREFORMAS DO ESTADO**

Esta monografia foi julgada adequada para a obtenção do Título Residente e aprovada em sua forma final pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Florianópolis, 20 de fevereiro de 2018.

Prof^a. Dr^a. Mareni Rocha Farias
Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Keli Regina Dal Prá
Universidade Federal de Santa Catarina
Orientadora

Prof. Me. Norberto Rech
Universidade Federal de Santa Catarina

Esp. Bruna Veiga de Moraes
Bacharela em Serviço Social

Andresa Gerber Sagaz de Avila
Prefeitura Municipal de Florianópolis

FLORIANÓPOLIS, 2018

*Às usuárias e usuários do SUS, por
me darem esperança com suas histórias
de vida, e reafirmarem a necessidade de
continuarmos sonhando, resisitindo e
lutando.*

*Aos profissionais de saúde do
município de Florianópolis, por me
mostrarem esse SUS que é possível,
o qual defendem com tanta garra e
coragem.*

*Ao Willian, pelo
companheirismo e afeto...
por toda utopia e força compartilhada.*

AGRADECIMENTOS

Mais do que uma monografia, os escritos aqui discorridos, representam o fechamento de um ciclo da minha vida, demasiadamente intenso, cheio de desafios, medos e cansaço, mas também, repleto de descobertas, sonhos compartilhados, aprendizados e luta, com tantas gentes que se propõe a caminhar na defesa de um mundo mais justo e humano. Na atual conjuntura brasileira – onde o reacionarismo tem avançado principalmente através dos discursos de ódio contra gentes pobres, e da periferia, contra negros e negras, mulheres, gays, lésbicas, transgêneros e transexuais, trabalhadores e trabalhadoras, onde os direitos sociais tem se reduzido ao nada, nesse país que destitui dia a após dia o Estado Democrático de Direitos, e que é comandado por uma elite golpista e autocrática que tenta anular nossos sonhos, abafar as nossas vozes, matar nossos princípios – é para mim, muito emocionante ter concluído um programa de residência em saúde em uma universidade pública, com diretrizes de atuação no SUS com a defesa de seus princípios. É para mim emocionante, porque apesar das dificuldades colocadas - especialmente pela gestão municipal pretender a residência como “mão de obra barata” - foi possível demarcar uma postura crítica frente a essa exploração pois estive de mãos dadas com tantas outras pessoas. Para mim, é emocionante concluir esse curso, que me tomou 5760 horas de dedicação... é emocionante porque todos os dias o mundo machista grita a nós mulheres que esse espaço político-ideológico-prático não nos pertence... é emocionante, porque o racismo grita aos quatro cantos do mundo que negros e negras não deveriam estar na universidade... emocionante porque todos os dias o capitalismo tenta convencer que as pessoas que vem lá da Ilhota que cresci, não deveriam tentar tonar-se intelectuais, porque para o capitalismo esse não é o lugar da classe trabalhadora... Por isso, antes de iniciar meus agradecimentos individuais àqueles e àquelas que estiveram próximos de mim nesse percurso, agradeço à todas as mulheres que deram suas vidas para que hoje pudéssemos entonar juntas nossas vozes, agradeço a todos negros e negras desde Dandara e Zumbi dos Palmares que tombaram para que fortalecêssemos nossa luta, agradeço a todos os trabalhadores e trabalhadoras desse mundo, que historicamente não se deixam calar e “no centro da própria engrenagem se inventam contra-as-molas que resistem”... Agradeço a todos que acreditam que esse lugar nos pertence e que a revolução ou será antimachista, antirracista e anticapitalista, ou não será.

Dito tudo isso, não posso deixar de citar alguns nomes por aqui, por isso, agradeço àquelas pessoas que me deram as mãos nos primeiros passos da vida com tanto carinho, afeto e força. À minha mãe, serei eternamente grata por ser essa mulher que se reinventa a cada dia, e me ensina com sua história, calma e resistência, a enfrentar a desumanidade desse mundo, mãe, obrigada por transpirar luta, e por dar esperança a humanidade, com todo amor que carrega nesse coração tão grande. Ao meu pai, sou grata pelo amor, e pela força de trabalhador, que mesmo nas mazelas e durezas da vida, é capaz de sorrir e cantar. Ao meu irmão Ednei, serei eternamente grata por seus cuidados desde pequenina, por me acolher e fazer sentir segura. À Dani, minha cunhada, já irmã, obrigada pela preocupação e por fazer parte de nós. Agradeço a vocês, pelo nosso lindo Samuel, que só com três aninhos de idade, tem a linda capacidade de me dar esperança e coragem na luta por dias melhores, a tia te ama. Ao Leomar, sou grata por esse amor tão único, que mesmo em meio a poucas palavras ditas, me faz sentir o mais bonito de um irmão. Ao Leandro, agradeço pelo compartilhar dos sonhos, pela coragem, e pelo sorriso cheio de amor que me dá de presente a cada encontro. Vó, te agradeço por ser essa mulher que me enche de orgulho. Carmina, Edson, Brenda, Jaci, Diogo e pequeno Vini, obrigada por me acolherem nessa família. Bom, agradeço a toda minha família pelo cuidado, por entenderem a minha ausência, e mesmo assim, me fazerem sentir tão amada. Aos que se foram e deixam tanta saudade, aos que permanecem e nos dão o motivo para seguir. Amo vocês.

Agradeço ao amor que me fortaleceu na coragem necessária para seguir, ao amor que me ajudou a construir ideias, que me acolheu os medos, que me fez lembrar para o que vim, agradeço ao amor que não perde a oportunidade de me sacar um sorriso. Obrigada amor-Willian, por tentar me compreender mesmo no silêncio dos sentimentos que não consegui explicar, por chorar comigo indignando-se com a dura realidade de vida do nosso povo, obrigada pelas discussões nesse trabalho, pelos cafés e almoços para que eu pudesse escrever. Se eu pudesse te doar memórias, te daria de presente as histórias mais bonitas de nossos ancestrais, e junto dessas histórias a beleza da nossa cor e do nosso grito, para te dizer do meu amor.

Sou imensamente grata aos meus amigos, todos que fazem parte dessa minha história, mais especialmente àqueles que estiveram mais próximos nesses últimos dois anos, compreendendo minhas angústias, acolhendo-as, e me dando energia para seguir. Samuel, obrigada por ser um dos mais bonitos encontros da vida, por ter acolhido as minhas dificuldades, por se preocupar em ouvir e discutir comigo as dúvidas e inseguranças cotidianas e de existência (risos), obrigada por acalmar meu coração com teu abraço, e por me fazer sentir tão forte nos momentos em que fui tão fraca, obrigada pelo nosso lar e pelo amor que me faz sentir tão próxima de ti, mesmo que a distância geográfica exista, eu te amo muito. À Nalá, sou grata

por ser essa pessoa que me mostra a coragem necessária para seguir, que me dá segurança e me faz sentir a todo tempo “que vai ficar tudo bem”, te amo por teres esse grande coração preocupado em me acolher toda e qualquer hora, gracias pelo lar com afeto, por discutir comigo esse texto, e por ser essa mulher que admiro e amo. Gi, minha grande alegria, obrigada por essa amizade que transcende a qualquer tempo e espaço, por acompanhar cada um dos meus passos, pelo compartilhar da vida, dos sonhos, obrigada por me fazer sentir sempre tão perto do teu coração, eu amo você infinitamente. Obrigada ao André, que na correria cotidiana acolheu os dias de cansaço me dando carinho, e ao Zé e Geo pelas risadas. Agradeço ao pequeno Arthur e ao grande Jonas, que também foram meu lar nesses últimos passos da residência. Ao pequeno Arthur, agradeço por me fazer sorrir e ter esperanças na humanidade, ao Jonas, sou grata por todo cuidado e preocupação, que se transformou em companheirismo nesse caminhar. Agradeço a Vania, pelo lar que me acolheu durante a escrita desse trabalho, e por esse afeto que me faz sentir tão bem e segura, pelo cuidado e amor. Também agradeço a Mari, que tanto me ensina sobre sermos mulheres fortes. A Jana, sou grata por essa amizade que me faz amar na plenitude e pelo compartilhar das coisas mais bonitas e sinceras. Obrigada a Majo, a Ciça, Hilda e a Edi por toda força que me ensinam com a coragem de vocês, pelo grande coração, e por serem mulheres que tanto admiro. Obrigada a Du, a Onete, Jenni, Joana, Cleuzi, Paula, Gabi Blanco, Vani e Gio R., pelos sorrisos largos que me despertam, pelo companheirismo e tantas trocas. Arnaldo, sinto muitas saudades. Obrigada a todxs amigxs, muitxs aqui não citados, mas que fazem parte dessa caminhada, amo vocês.

Agradeço a Simone, por esses anos de caminhar juntas, mas especialmente por ter me auxiliado na conciliação desse primeiro ano de residência com a finalização da dissertação de mestrado, não me deixando desistir dessa tarefa árdua, obrigada pelas trocas sobre a vida e pelo compartilhar das várias questões que me surgiram também na residência. Agradeço também a todxs xs camaradas pelo compartilhar de um projeto de mundo justo e igualitário. Deixo meu agradecimento especial a Ingrid Maria, que é poesia na minha vida, obrigada por ser essa grande mulher e amiga forte e sensível, que me faz ver o mundo de outros jeitos e que me desperta tanto amor e paixão pelo sentir, obrigada pelos anos de caminhar lado a lado. Também, deixo meu agradecimento especial a camarada Bruna Veiga, que com o grande comprometimento e disposição que tem perante a luta contra as injustiças desse mundo e na defesa do SUS no viés da Reforma Sanitária, aceitou meu convite para participar da banca avaliadora desse trabalho. Obrigada camarada, pelas contribuições aqui, mas, muito para além disso, te agradeço pelos anos de caminhada juntas, por estar sempre ao meu lado, por toda sua empatia com o mundo, pelo grande coração e pelos ouvidos sempre abertos, e por na tua trajetória da residência, ter deixado um legado que nos abriu caminhos para seguir lutando. Amo vocês!

Agradeço também, aos encontros de vida que a residência me deu, àqueles que levo em meu coração, onde quer que esteja, àqueles pessoas que me dão orgulho pela forma de se posicionarem diante da vida e dos desafios colocados. Agradeço a Nanda, que antes mesmo da residência já fazia meu coração querer estar perto dela, e que depois desses dois anos de vivência cotidiana só me fez intensificar e fortalecer o carinho e a admiração que lhe tenho, minha camarada, minha amiga, obrigada pela preocupação, pelo cuidado, pelas saladas e marmitas divididas, pelas caronas-aventuras na tua motoca (risos), obrigada por fazer com que essa caminhada se tornasse menos difícil quando tudo esteve muito pesado, obrigada pelo teu comprometimento que tanto me ensina. Obrigada Paola... mulher que presente é ter você, como é bom falar da vida e dos sonhos contigo, que sempre me tranquiliza, me segura pelas mãos e me faz sentir mais forte, que lindo foi aprender contigo todos os dias de trabalho, descobrir o novo, me encantar com tua leveza... você tem um lugar no meu coração que é só teu, e eu não tenho palavras para te agradecer por essa amizade e reciprocidade construídas. Bruna Buratto, meus olhos enchem de lágrimas emocionadas ao pensar nesse encontro de almas que foi o nosso, aprendi tanto contigo, sobre ouvir, sobre nos fortalecermos mulheres, sobre olhar para o mundo desde outros lugares, sobre o cuidado, afeto e carinho, é para mim, inexplicável esse sentimento construído. Rica, quantas foram as vezes que nos perdemos em discussões (risos)? Para depois transformamos isso em respeito, em crescimento e risadas, obrigada por ter contribuído com meu amadurecimento nesse processo, obrigada pelo carinho e por estar sempre torcendo para que meus passos sigam firmes, desde aqui, te desejo as coisas mais bonitas. Amo vocês. Sou muito grata também aos nossos R1's, que chegaram no Jardim Atlântico com tanta garra, sonhos e ousadia. Vocês fizeram toda a diferença nesse meu último ano da residência, me encheram de orgulho e aprendizados, obrigada Shey pela paciência e comprometimento, Tati pelas risadas. Obrigada Karina, pelas trocas profissionais, pela confiança e carinho. Obrigada Denise e Joaquim, por serem esses profissionais tão sensíveis e comprometidos com a luta, pela disposição na construção do Coletivo de Residentes, pela coragem que tem em cada passo que dão, admiro muito vocês, obrigada por essa amizade e pelo compartilhar cotidiano. Agradeço às demais residentes da minha turma, a Ju, Erika, Natália, Paola B., Rayssa, e um agradecimento especial a Alaane e a Bia, duas pessoas que me enchem de admiração e amor, obrigada pela amizade, pela força e por se fazerem sempre presentes. Gracias também, às R1's do Rio

Vermelho que tem estado na luta... obrigada pelas trocas e enfrentamentos construídos com tanta coragem. Obrigada também, a todas que nos precederam. Aqui, deixo meu agradecimento ao Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde, pelo fortalecimento que essa construção me proporcionou, pelo pensar junto e fazer junto, e pelos amigos que esse espaço me deu, agradeço imensamente ao Jader, companheiro de tanto afinho, sensibilidade e disposição, obrigada pelo afeto, preocupação e amizade. E a Aninha pelo entusiasmo em transformar essa realidade.

Também, não poderia deixar de agradecer aos profissionais dos centros de saúde quais estive atuando nesses dois anos. Deixo meu obrigada com um carinho inimaginável a todos os trabalhadores e trabalhadoras que contribuíram com a minha formação, às equipes do CS Jardim Atlântico, agradeço especialmente, à Paty, Liane, Ana, Janete, Angela, Adri, Kenia, Clarice, Bela, Nedi, Raquel, Fabi, Tiago, Larissa e Isleyse, e na condição de trabalhadores e preceptores, Gabi e Rafa, e amada Maraysa. Agradeço especialmente a Andresa, preceptora e coordenadora do CS, a pessoa que abriu as portas para que pudéssemos vivenciar essa experiência, e que com grande confiança e respeito, acreditou em nosso trabalho, também, a agradeço pela força que sempre me deu, e por ter se dedicado na leitura do meu trabalho, aceitando estar na banca, contribuindo com o debate, principalmente através da sua postura de defesa desse SUS que acreditamos. Muito obrigada também, ao CS Sapé, que com tanto carinho me recebeu para atuar, sem dúvidas nesse espaço amadureci muito e ganhei grandes amigos, deixo meu agradecimento especial a dona Margarete, a Mona, Tere, Sonia, dona Glória, Karin, Érika, Cheila, Cleni, Sarita, Ana, Val, Augustina, Josi e Cida, Paula e Lucila. Gracias a Lorena, a Loren e Greyce pela amizade. Obrigada a Cecília pela luta compartilhada, a Hingridy pelas trocas, e a Vileide, pelo aprendizado nos últimos meses em que estive no Sapé, mas para além disso, por ser essa assistente social que admiro. Agradeço imensamente ao Tiago que na condição de coordenador do Sapé me fez sentir tão parte da equipe, grata por ter confiado e apoiado meu trabalho. Agradeço a todos os profissionais do NASF Continente e as assistentes sociais da SMS, pelos espaços de crescimento profissional que me proporcionaram. Agradeço também a toda a rede de serviços pelo tanto que me fez amadurecer nesses intercâmbios, especialmente às profissionais do CRAS Jardim Atlântico e SEPREDI Continente.

Obrigada a minha preceptora Wania, por ter dado o espaço para que construísse minha autonomia profissional, por acreditar no meu trabalho respeitando minhas posições, e por incentivar minhas ousadias. Agradeço aos tutores da UFSC que mesmo nas dificuldades presentes, se dedicam na construção desse programa de residência, e a Larissa pelo empenho sorridente em auxiliar. Um agradecimento especial ao professor Norberto, pelas valiosas contribuições nesse trabalho como membro avaliador da banca. Por fim, agradeço imensamente a minha tutora e orientadora... Keli, te agradeço por toda paciência que teve comigo na construção de todo o processo da residência, por receber minhas angústias com calma e me dar tranquilidade, por ser essa pessoa aberta ao diálogo e a construção coletiva, e por esse sorriso acolhedor que me deu forças para conseguir realizar essa monografia, obrigada pelas trocas, conversas, e contribuições na realização desse trabalho.

No nome da AS Keila, agradeço a todos os profissionais do CAPS-i que me receberam na realização do estágio específico, apesar do curto tempo, foi uma das mais lindas experiências que tive nessa caminhada. Obrigada também ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Saúde Pública Sérgio, da FIOCRUZ-RJ, por ter me acolhido na realização do estágio optativo, especialmente aos residentes pelas bonitas trocas nesse período, e com um agradecimento muito especial aos profissionais e residentes da Clínica Josuete Sant'anna de Oliveira pela acolhida, pelo crescimento e aprendizado que me proporcionaram, foi uma vivência intensa e bonita com vocês, nesse território tão cheio de resistência. Obrigada ao Maurício, por ter me acolhido em sua casa durante esse período de estágio e pelo lindo afeto que desse momento nasceu.

Registro meu agradecimento aos espaços que me fortaleceram nessa jornada, e que me fizeram erguer a cabeça quando a luta parecia muito pesada, obrigada aos companheirxs do Fórum Catarinense em Defesa do SUS e contra as Privatizações, do Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde e aos companheirxs dos Conselhos Locais de Saúde do Sapé e do Jardim Atlântico. Obrigada pela riqueza que foi estar ao lado de vocês.

E por fim, meu muito obrigada a todos os usuárixs desse SUS. Especialmente àquelas pessoas quais tive contato nessa caminhada, vocês fazem o sentido de ser dessa luta e me ensinaram todos os dias, em cada atendimento, em cada abraço, sorriso ou lágrima, a resistência necessária para enfrentar as mazelas desse mundo e continuar sonhando. Vocês fazem de mim a pessoa que hoje sou, e todas as histórias de vida que comigo compartilharam estão sendo carregadas em cada passo e espaço e em cada grito que ecoa.

Nada é impossível de mudar

*Desconfiai do mais trivial, na aparência
singelo.*

*E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente: não aceiteis o que
é de*

*hábito como coisa natural, pois em tempo de
desordem sangrenta, de confusão organizada,
de arbitrariedade consciente, de humanidade
desumanizada, nada deve parecer natural
nada deve parecer impossível de mudar*

Por Bertold Brecht

RESUMO

Este trabalho, teve por objetivo, analisar as tendências e o projeto de saúde em curso na Atenção Primária em Saúde (APS) de Florianópolis, a partir da realização de um panorama das políticas sociais no contexto de contrarreformas, o qual esta política está inserida. Para o alcance de tal objetivo, demarcou-se a fase monopólica-imperial do capitalismo, para compreensão do papel do Estado, e funcionalidade das políticas sociais, desde esse período, entendendo que a política de saúde, é um direito social. Indicou-se também que a consolidação e os aspectos constitutivos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, se perfazem nos tensionamentos colocados à época, que no campo da saúde, está representado na disputa entre dois projeto principais, um deles, é o reivindicado pela movimento de Reforma Sanitária, o qual fazia enfrentamento direto ao outro, que é o projeto neoliberal. Assim, o SUS se consolidou num campo contraditório, e apesar de todas as dificuldades, representou uma grande conquista aos direitos da classe trabalhadora. Na atualidade o projeto neoliberal ganha cada vez mais território, e direciona através dos organismos multilaterais, as diretrizes das políticas sociais nos países dependentes. Enquanto isso, o Estado desonera suas responsabilidades, isenta as grandes empresas de impostos, e aplica a arrecadação estatal no capital financeiro a partir do pagamento dos juros e amortização da dívida, contingenciado os recursos das políticas sociais. Consequentemente, esse processo contribui com a manutenção do capitalismo mundial, e, o aprofundando das relações de dependência típicas dos países periféricos. Florianópolis, nesse cenário, é reconhecida por seus avanços na APS, contudo, neste trabalho, fez-se o exercício de problematizar o que é propagandeado, no intento de desmistificar as contradições da mesma. Em um contexto de retirada de direitos sociais e trabalhistas e de precarização do trabalho, tanto no âmbito municipal, quanto no nacional, identificamos que pode estar em curso no município, uma tendência a privatização deste nível de atenção.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; Privatização; Contrarreformas; Direito a Saúde; Sistema Único de Saúde.

RESUMEN

Este trabajo tuvo como objetivo analizar las tendencias y proyectos de salud vigentes en la Atención Primaria de la Salud (APS) de la Ciudad de Florianópolis – Santa Catarina – Brasil, a partir de la realización de una constextualización de las políticas sociales en el marco de las contrarreformas del Estado, en el cual la política de salud se encuentra inserta. Para alcanzar tal objetivo, nos preocupamos por realizar una discusión que hiciera incapié en la fase monopólica-imperial del capitalismo, orientada a la comprensión del papel del Estado y a la funcionalidad de las políticas sociales a partir de dicho período, entendiendo que la política de salud es un derecho social. Indicamos también que la consolidación y los aspectos constitutivos del Sistema Unico de Salud (SUS) brasilero, se diseñan dentro de los tensionamientos colocados a la época que, en el campo de la salud, se encuentra representado en la disputa entre dos proyectos principales: el proyecto reivindicado por el Movimiento de Reforma Sanitaria, por un lado, y el proyecto neoliberal, por el otro. De esta forma, el SUS fue consolidado en el seno de un campo contradictorio y, a pesar de todas las dificultades atravezadas, ha representado y continúa representando una gran conquista de derechos de la clase trabajadora. Actualmente, el proyecto neoliberal viene ganando territorio direccionando, a través de la acción de organismos multilaterales, las premisas orientadoras de las políticas sociales en los países dependientes. Mientras tanto, el Estado se desliga de sus responsabilidades, exime impuestos a las grandes empresas y invierte la recaudación estatal en el capital financiero a partir del pago de intereses y amortización de la deuda, limitando los recursos de las políticas sociales. Consecuentemente, este proceso contribuye a la manutención de capitalismo mundial y a la profundización de las relaciones de dependencia a las que se encientran sujetos los países periféricos. En éste escenario, Florianópolis es reconocida por sus avances en materia de APS, sin embargo, en este trabajo hemos realizado el trabajo de problematizar aquello que es centro de la propaganda oficial, en la tentativa de desmitificar las contradicciones de la misma. En un contexto sesgado por la retirada de derechos sociales y laborales y de creciente precarización del trabajo, tanto en el ámbito municipal como en el nacional, identificamos indicadores de lo que podría caracterizar una tendencia a la tercerización de este nivel de atención.

Palabras-clave: Atención Primaria de la Salud; Privatización; Contrarreformas; Derechos de Salud; Sistema Único de Salud.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
BM	Banco Mundial
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CEPON	Centro de Pesquisas Oncológicas
CF	Constituição Federal
CI	Comunicação Interna
CLS	Conselho Local de Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Confin	Comissão de Orçamento e Financiamento
CS	Centro de Saúde
CF	Constituição Federal
CSAPS	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis
DAB	Departamento de Atenção Básica
DS	Distrito Sanitário
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
eSB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	equipe de Saúde da Família
ESPF	Escola de Saúde Pública de Florianópolis
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIF	Fundo de Investimento Financeiro
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNCPS	Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde

FNS	Fundo Nacional de Saúde
GT	Grupo de Trabalho
HEMOSC	Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina
HU's	Hospitais Universitários
IAPs	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor
IPREF	Instituto de Previdência de Florianópolis
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentarias
LOA	Lei Orçamentaria Anual
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMC	Organização Mundial do Comércio
OS's	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PEC	Projeto de Emenda Constitucional
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Projeto de Lei
PLC	Projeto de Lei Complementar
PMAPS	Política Municipal de Atenção Primária à Saúde
PMDB	Partido Movimento Democrático Brasileiro
PMF	Prefeitura Municipal de Florianópolis
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PP	Partido Progressista
PPP/FPOLIS	Programa Parceria Público-Privada de Florianópolis
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
REMULTISF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
RGPS	Regime Geral de Previdência Social
RJU	Regime Jurídico Único

RPPS	Regime Próprio de Previdência Social
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SINTRASEM Florianópolis	Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público Municipal de Florianópolis
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA, POLÍTICA SOCIAL E SAÚDE: aspectos constitutivos do Sistema Único de Saúde no Brasil.....	20
2.1 A Política Social na ordem monopólica-imperial e sua constituição na economia dependente.....	25
2.2 O SUS: consolidação, tensionamentos e avanços para a saúde no Brasil.....	35
2.2.1 Apontamentos gerais acerca da Atenção Primária em Saúde	42
3. A INCIDÊNCIA DAS CONTRARREFORMAS ATUAIS NO FAZER COTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: o caso de Florianópolis.....	46
3.1 Atenção Primária em Saúde: questões que permeiam a política nacional e municipal.....	46
3.2 Panorâma dos recursos financeiros: o corte de verbas na Saúde.....	59
3.3 O trabalhador que paga a conta?.....	67
3.4 Afinal, quais são as tendências da APS em Florianópolis?.....	77
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS.....	90

1. INTRODUÇÃO

A atual conjuntura do Brasil é resultante do processo de construção social de uma economia dependente, que nos últimos anos – associada ao mesmo ritmo do capitalismo mundial - opera de forma a intensificar a precarização das condições de vida da classe trabalhadora. Esses elementos se refletem nas próprias políticas sociais, as quais, em uma economia dependente são subsumidas às diretrizes internacionais, e cada vez mais, tendem a ser mercantilizadas, concomitante a isso, as relações de trabalho tem se constituído intensificando as relações flexibilizadas. Compreender o Brasil como um país periférico na organização do capitalismo mundial é compreendê-lo historicamente, desde a análise de que as economias dependentes são fundamentais nas relações de superexploração e expansão do capitalismo global, para os países hegemônicos.

Como residente em saúde da família e profissional de serviço social, pude notar em minha prática cotidiana os impactos desses determinantes político-objetivos e sua incidência sobre as condições objetivas e subjetivas de vida dos usuários dos serviços de saúde, e também, dos profissionais. Além disso, a partir da experiência na residência, e os espaços de militância política advindos desse momento, foi possível perceber o quanto as formas de gestão dessa política têm se afastado dos princípios inerentes a Reforma Sanitária, e nesse percurso, pontua-se que de maneira geral as políticas sociais têm sofrido inúmeros desmontes, sobre os quais, pretende-se discorrer nesse trabalho.

Para que a leitora e o leitor entendam o “ponto de vista” que direciona essa monografia e, os elementos que despertaram o interesse em trazer esse tema, como um trabalho de conclusão da residência, se faz substancial, localizá-la(o) acerca do processo de trabalho, e, as características do território e o espaço ao qual estive inserida durante o período da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que foi de março/2016 a fevereiro/2018. Durante o período de residência, estive alocada em dois centros de saúde, sendo minha unidade prioritária o Centro de Saúde (CS) Jardim Atlântico. Nesta unidade, desenvolvi junto dos outros residentes – nutricionistas, enfermeiras, profissionais de educação física, cirurgiões-dentista - trabalhos de grupo e atividades coletivas com a comunidade, mas também específicas do serviço social. A unidade secundária foi o CS Sapé, onde pude desenvolver atividades relacionadas às demandas específicas do serviço social. Ambos CS estão localizados na região continental de Florianópolis, sendo que a população desses territórios tem perfis distintos, embora sejam fronteiriços. O bairro onde se localiza o CS Jardim Atlântico – bairro Jardim Atlântico, atende um grande número de população idosa,

com um perfil socioeconômico equilibrado. Já o CS Sapé, conta com áreas de interesse social, e sua população apresenta mais demandas sociais – se comparado ao Jardim Atlântico. Durante o processo da residência, além das atividades específicas desenvolvidas nos CS - como: grupos, atendimentos individuais e coletivos, reuniões de equipe de Saúde da Família (eSF) e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), matriciamento, planejamento das unidades, reuniões de categoria profissional e continental de saúde mental - desenvolvemos atividades nas escolas, e articulamos (residentes) junto das equipes, os Conselhos Locais de Saúde (CLS) em ambos os territórios. Ademais, participamos e organizamos atividades de formação, além de estar presente nas assembleias dos municipais, bem como, audiências públicas e reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS), durante esse período, integrei o Fórum Catarinense em Defesa do SUS e Contra as Privatizações, e, o Coletivo Catarinense de Residente em Saúde. A residência em saúde da família se realiza, portanto, em uma parceria do Programa da UFSC, com a Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), objetiva a formação em serviço para a atuação de profissionais qualificados no Sistema Único de Saúde (SUS) e Atenção Primária em Saúde (APS), contudo, se perfaz nas contradições inerentes a esse sistema, fundamentalmente, no que se referem as relações precarizadas de trabalho. Por outro lado, se mostra um espaço de ricos aprendizados e descobertas cotidianas.

A partir destes espaços, foi possível perceber a intensificação da contradição presente na saúde, a partir dos demonstres impetrados pelo Estado, sobre os quais pretenderei discorrer nessa monografia. Esse trabalho, se justifica, portanto, na necessidade e tentativa de compreender quais processos tem-se constituído no município, como um compromisso de tentar contribuir - através de uma leitura dessa realidade -, com a luta, coragem, e esperança de todos os usuários e usuárias do SUS, trabalhadores e trabalhadoras. Compreendê-la para continuar transformando, resistindo e lutando.

Considerando esses elementos, tomamos como ponto de partida algumas questões sobre o município a ser estudado. A cidade de Florianópolis é a capital do estado de Santa Catarina, e de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a estimativa populacional em 2017 foi de 485.838 mil habitantes. Em 2009, havia 134 estabelecimentos de saúde do SUS. Ainda, no que se refere aos dados epidemiológicos de saúde, o IBGE aponta que

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 10.84 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.1 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 123 de 295 e 257 de 295, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 3067 de 5570 e 4734 de 5570, respectivamente (IBGE, s/a, s/p).

No que se refere ao território e ambiente, os dados indicam que Florianópolis apresenta

87.8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 32% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 54.4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 31 de 295, 175 de 295 e 14 de 295, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 559 de 5570, 4793 de 5570 e 328 de 5570, respectivamente (IBGE, s/a, s/p).

Apesar de Florianópolis ser reconhecida por ter uma política de saúde “modelo” para o país na atenção primária, e que muitas vezes tenha-se escutado de gestores de que “havia 100% de cobertura nesse nível de atenção”, sabe-se que muitas são as contradições que perpassam esse título, pois se em muitos CS não temos as eSF completas (faltando Agentes Comunitários de Saúde (ACS), médicos, técnicos e demais profissionais) podemos afirmar que os “100% de cobertura” não são reais, pois não tem como haver 100% de cobertura, se não há 100% de recursos humanos para efetivar essa cobertura.

Esses aspectos, dentre outros que pretendemos delinear no decorrer do trabalho, por si só, nos dão elementos para problematizar a dissenção desse nível de atenção para com muitos dos princípios do SUS e da própria política de APS. Contudo, ressalta-se que desde o ano de 2016 essas problemáticas que perpassam a APS tem se aprofundado. Primeiramente, houve naquele ano um corte de 38 milhões de reais das verbas destinadas à saúde em Florianópolis, a qual comprometeu a realização de exames médicos, fornecimento de materiais de trabalho e medicamentos. No final do mesmo ano, foi aprovada a Política Municipal de Atenção Primária (PMAPS) que deve ser analisada com cautela, haja vista que alterou questões organizativas do processo de trabalho, reduzindo, por exemplo, o número de encontros entre categorias profissionais e NASF; precarizando o processo de trabalho; dando ênfase à assistência, consequentemente reduzindo as possibilidades e trabalhos de promoção em saúde.

Já no ano de 2017, com a mudança de gestão no município outros fatores adensaram preocupações sobre o destino dessa política, tanto pela perspectiva da gestão sobre as políticas sociais, quanto pelo aprofundamento da precarização das condições de trabalho. O mês de janeiro de 2017 iniciou com uma greve de 38 dias dos municipais, inúmeros profissionais receberam seus salários parcelados sob a alegação de que a prefeitura municipal estaria sem recursos financeiros para tal. Ainda, foi submetido a aprovação da câmara de vereadores, um conjunto de medidas que previam a retirada de direitos trabalhistas dos servidores – especialmente o plano de carreira (sendo aprovado e posteriormente revogado) e demais direitos sociais dos usuários. Dentre esses projetos, estava o projeto de lei que regulamenta a

instituição das parcerias-público privadas no município de Florianópolis, tanto na administração pública direta, quanto na indireta.

Simultaneamente à retirada de direitos trabalhistas e contingenciamento de recursos no município, a nível nacional, as contrarreformas aprovadas e ainda previstas assumem o mesmo viés - com a aprovação da lei das terceirizações das atividades fins, Emenda Constitucional (EC) 95 que instituiu o congelamento dos gastos públicos destinados às políticas sociais por 20 anos, a contrarreforma trabalhista aprovada em novembro de 2017, e, tramitando ainda, a proposta de contrarreforma previdenciária – a tendência é de majoração de um estado de exceção, que se isenta das responsabilidades com o serviço público e os direitos sociais, em detrimento da manutenção de privilégios do grande capital.

Entende-se a partir do discorrido, que nessa relação, as legislações e mudanças nacionais tem impactado diretamente na conjuntura municipal, e que ambos os processos, apontam para uma precarização ainda maior da política de saúde, indicando uma tendência a privatização da mesma, logo, um projeto de saúde que destoa do preconizado pelo Movimento Sanitarista. A privatização dos serviços de saúde – através de diferentes modalidades, como por meio Organizações Sociais (OS's) -, tem sido implantada nos três níveis de atenção. Em Florianópolis, ela atingiu, por ora, a alta complexidade, mas, levando em conta a flexibilização das relações de trabalho no município com o respaldo da legislação federal, bem como o sucateamento que se intensifica a partir da retenção e/ou corte de verbas públicas para a saúde, compreende-se que estamos a passos curtos desse processo.

Com base no assinalado questiona-se: na atual conjuntura, de contrarreformas do Estado e de precarização das condições de trabalho, quais as principais tendências e o projeto de saúde da APS em Florianópolis? Nossa hipótese é de que o panorama da realidade aponta para a existência de um projeto de saúde distante dos princípios da Reforma Sanitária. Esse aspecto se agrava pelo sucateamento da política de saúde, articulado às precárias condições de trabalho. O corte de verbas na área da saúde no ano de 2016 nos apresenta um quadro de desmonte desse serviço, a retirada de direitos trabalhistas no início de 2017 intensifica essa relação, sendo que a aprovação dessas leis somadas aos projetos do governo federal - como aprovação da lei das terceirizações para atividades fins, congelamento dos gastos públicos, as contrarreformas trabalhistas e previdenciárias - apontam para a flexibilização das relações de trabalho e a terceirização da atenção primária.

Assim sendo, o objeto de estudo que ora se apresenta são as tendências e o projeto de saúde que se desenha na APS em Florianópolis a partir das contrarreformas. Portanto, esse

trabalho tem como objetivo, analisar as tendências e o projeto de saúde em curso, a partir das contrarreformas das políticas sociais realizando um panorama da atual conjuntura qual está inserida a APS em Florianópolis.

Para o desenvolvimento deste trabalho, optou-se pela pesquisa qualitativa. Sendo que a análise dos dados foi desenvolvida a partir do método crítico dialético. A escolha do mesmo, se deu pela necessidade de partir da aparência da realidade, na tentativa de captar os aspectos que se referem a essência do objeto de estudo. Para Netto (2011^a, p. 40, grifos no original), “uma teoria social da sociedade burguesa, portanto, *tem* que possuir como fundamento a análise teórica da produção das condições materiais da vida social” e de acordo com ele, esses aspectos não se tratam de um

juízo ou uma preferência pessoal do pesquisador: ele é uma exigência que decorre do próprio objeto de pesquisa – sua estrutura e dinâmica só serão reproduzidas com veracidade no plano ideal a partir desse fundamento; o pesquisador só será fiel ao objeto se atender a tal imperativo (É evidente que o pesquisador é livre para encontrar e explorar outras vias de acesso ao objeto que é a sociedade e pode, inclusive, chegar a resultados interessantes; entretanto, tais resultados nunca articularão uma teoria social que dê conta dos níveis decisivos e da dinâmica fundamental da sociedade burguesa.). (NETTO, 2011a, p. 40).

Entende-se, portanto, que é necessário compreender o objeto de estudo a partir da totalidade e complexidade da realidade nas contradições inerentes a mesma, sendo o método crítico dialético, em nossa avaliação, aquele que é capaz de abarcar todos esses elementos. Ainda, importa mencionar que a pesquisa ora apresentada, se trata de um estudo de caso, por trazer em seu recorte a particularidade do município de Florianópolis e da APS, também, é uma pesquisa de cunho exploratório, haja vista que não identificamos outro trabalho que contemple as questões atuais que percorrem essa proposta de análise.

Com fins de cumprir com o objetivo proposto, este trabalho está organizado em duas seções. Inicialmente desenvolve-se, a partir de uma revisão bibliográfica, os aspectos históricos constitutivos das políticas sociais e de saúde no Brasil e da formação social, econômica e política da América Latina. Esses elementos são debatidos e discutidos, adentrando sucintamente nos aspectos históricos e tensionamentos que perfazem o SUS.

Já, para o desenvolvimento da segunda seção, realizamos pesquisa com coleta de dados em fonte documental, a partir de uma sistematização, e, posteriormente, análises sobre as legislações que contemplam as contrarreformas municipais em seu diálogo com as nacionais - em curso, bem como a partir das notícias veiculadas nas mídias oficiais e alternativas que

trouxeram esses temas. Além disso, utilizamos diários de campo os quais constam registros acerca das experiências que acompanharam esses processos durante o período da residência.

2. MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA, POLÍTICA SOCIAL E SAÚDE: aspectos constitutivos do Sistema Único de Saúde no Brasil

Saúde: “[...] É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo [...]”

Sérgio Arouca, 1986 – Discurso na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Discutir saúde a partir de seu conceito ampliado, pressupõe entender os aspectos que perpassam a mesma em uma sociedade que se organiza a partir do trabalho explorado, e sob condições extremamente precárias, as quais produzem o adoecimento de trabalhadoras e trabalhadores. Essa afirmação não pretende limitar a concepção de saúde – da qual partimos nesse trabalho - à ausência de doença, mas sim, assinalar que para compreender o conceito ampliado da mesma, se faz necessário o entendimento acerca do *modus operandi* da sociedade de classes, ou seja, da sociedade capitalista.

É necessário, portanto - mesmo que de maneira sucinta – discorrer sobre alguns dos aspectos fundantes da mesma, especialmente no que se refere a relação de exploração da força de trabalho, a partir da extração do mais-valor. A venda da força de trabalho ao dono dos meios de produção, é correspondente a venda do tempo de vida de cada trabalhador. Ao vender a força de trabalho, o trabalhador faz uso de seu corpo, que adocece nessa relação, ele adocece de acordo com os movimentos repetitivos, com o esforço físico demaseado, com carga horária de trabalho extensiva, ele também adocece subjetivamente, pelas relações de assédio e opressão, pelo injusto salário, pelo próprio processo de alienação correspondente ao modo de produção. Em *O Capital*, Marx tratava desse processo:

Já mencionamos a deterioração física das crianças e dos adolescentes, bem como trabalhadoras adultas, que a maquinaria submete à exploração do capital, primeiro diretamente, nas fábricas que se erguem sobre seu fundamento, e, em seguida, indiretamente, em todos os outros ramos industriais (MARX, 2013, p. 471).

Embora Marx (2013) esteja referindo-se ao período pós-revolução industrial e as relações de trabalho tenham adquirido diferentes formas de operar durante esse tempo, a exploração da força de trabalho continua sendo o âmago das relações sociais na sociedade de classes. Ora, o que se entende por exploração?

De acordo com Marx (2013), ao trabalhador é pago apenas uma parte daquilo que produz através da venda de sua força de trabalho, o restante, pode ser traduzido por mais-valor. Ou seja, as trabalhadoras e trabalhadores participam de todo o processo produtivo, e recebem

por isso apenas uma parcela da riqueza que é socialmente produzida - por meio do salário -, ao tempo em que os donos dos meios de produção detem o restante desse valor, denominado mais-valor, destinado a acumulação de riquezas para o capital. Netto e Braz (2012, p. 113, grifos no original) tratam desse processo, afirmando que,

[...] comprando a força de trabalho do proletário pelo seu valor, o capitalista tem o direito de dispor do seu valor de uso, isto é, de dispor da sua capacidade de trabalho, capacidade de movimentar os meios de produção. Mas a força de trabalho possui uma *qualidade única*, um traço que a distingue de todas as outras mercadorias: **ela cria valor – ao ser utilizada, ela produz mais valor que o necessário para reproduzi-la, ela gera um valor superior ao que custa.** E é justamente aí que se encontra o segredo da produção capitalista: **o capitalista paga ao trabalhador o equivalente ao valor de troca da sua força de trabalho e não o valor criado por ela na sua utilização (uso) – e este último é o maior que o primeiro.** O capitalista compra a força de trabalho pelo seu valor de troca e se apropria de todo seu valor de uso.

Importa ainda assinalar que o salário é utilizado pelo trabalhador para a reprodução da sua força de trabalho. Em outras palavras, é por meio do salário que o trabalhador providencia o atendimento de suas necessidades de subsistência, como alimentação, habitação, transporte. Ou seja, através do salário ele acessa aos meios de subsistências essenciais para viver e também, para continuar reproduzindo sua força de trabalho. Marx (2013, p.292) indica esse processo:

Vimos que o trabalhador, durante uma parte do processo de trabalho, produz apenas o valor de sua força de trabalho, isto é, o valor dos meios necessários à sua subsistência. Produzindo sob condições baseadas na divisão social do trabalho, ele produz seus meios de subsistência não diretamente, mas na forma de uma mercadoria particular, por exemplo, do fio, um valor igual ao valor de seus meios de subsistência, ou ao dinheiro com o qual ele os compra. A parte de sua jornada de trabalho que ele precisa para isso pode ser maior ou menor a depender do valor de seus meios de subsistência diários médios ou, o que é o mesmo, do tempo médio de trabalho diário requerido para sua produção.

No entanto, importa sinalizar que as relações de trabalho na sociedade do capital, assumem um caráter que se difere das potencialidades do mesmo em uma possível sociedade sem exploração. Marx (2013) em sua obra, entende o trabalho como fundante do ser social, pois se trata da relação do homem com a natureza, em um ato de transformação que exige um planejamento prévio à sua execução, esse último corresponde a teleologia,

O trabalho é, antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se confronta com a matéria natural como com uma potência natural [Naturmacht]. A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeça e mãos. Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências que nela jazem latentes e submete o jogo de suas forças a seu próprio domínio. [...] Pressupomos o trabalho numa forma em que

ele diz respeito unicamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e uma abelha envergonha muitos arquitetos com a estrutura de sua colmeia. Porém, o que desde o início distingue o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que o primeiro tem a colmeia em sua mente antes de construí-la com a cera. No final do processo de trabalho, chega-se a um resultado que já estava presente na representação do trabalhador no início do processo, portanto, um resultado que já existia idealmente. Isso não significa que ele se limite a uma alteração da forma do elemento natural; ele realiza neste último, ao mesmo tempo, seu objetivo, que ele sabe que determina, como lei, o tipo e o modo de sua atividade e ao qual ele tem de subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato isolado. Além do esforço dos órgãos que trabalham, a atividade laboral exige a vontade orientada a um fim, que se manifesta como atenção do trabalhador durante a realização de sua tarefa, e isso tanto mais quanto menos esse trabalho, pelo seu próprio conteúdo e pelo modo de sua execução, atrai o trabalhador, portanto, quanto menos este último usufrui dele como jogo de suas próprias forças físicas e mentais (MARX, 2013, p. 255-256).

Conforme já discorrido, na sociedade capitalista, o trabalho assume outras configurações, pois se trata do trabalho explorado, que produz o mais-valor – este último intrínseco ao capital. Neste caso, a relação do trabalho se modifica, pois mesmo que o homem e/ou a mulher trabalhadora façam esse movimento de transformar, não podem acessar o resultado final de seu trabalho,

[...] o trabalhador sai do processo sempre como nele entrou: como fonte pessoal de riqueza, porém despojado de todos os meios para tornar essa riqueza efetiva para si. Como antes de entrar no processo seu próprio trabalho já está alienado dele [ihm selbst entfremdet], apropriado pelo capitalista e incorporado ao capital, esse trabalho se objetiva continuamente, no decorrer do processo, em produto alheio. Sendo processo de produção e, ao mesmo tempo, processo de consumo da força de trabalho pelo capitalista, o produto do trabalhador transforma-se continuamente não só em mercadoria, mas em capital, em valor que suga a força criadora de valor, em meios de subsistência que compram pessoas, em meios de produção que se utilizam dos produtores. Por conseguinte, o próprio trabalhador produz constantemente a riqueza objetiva como capital, como poder que lhe é estranho, que o domina e explora, e o capitalista produz de forma igualmente contínua a força de trabalho como fonte subjetiva de riqueza, separada de seus próprios meios de objetivação e efetivação, abstrata, existente na mera corporeidade do trabalhador; numa palavra, produz o trabalhador como assalariado. Essa constante reprodução ou perpetuação do trabalhador é a sine qua non da produção capitalista (MARX, 2013, p. 645-646).

Em outras palavras, as relações de trabalho na sociedade capitalista, produzem o trabalho alienado, sendo que, de acordo com Marx (2013, p. 720) “todos os meios para o desenvolvimento da produção se convertem em meios de dominação e exploração do produtor, mutilam o trabalhador, fazendo dele um ser parcial, degradam-no à condição de um apêndice da máquina”, ademais,

aniquilam o conteúdo de seu trabalho ao transformá-lo num suplício, alienam ao trabalhador as potências espirituais do processo de trabalho na mesma medida em que a tal processo se incorpora a ciência como potência autônoma, desfiguram as condições nas quais ele trabalha, submetemno, durante o processo de trabalho, ao despotismo mais mesquinho e odioso, transformam seu tempo de vida em tempo de trabalho, arrastam sua mulher e seu filho sob a roda do carro de Jagrenái do capital. Mas todos os métodos de produção do mais-valor são, ao mesmo tempo, métodos de acumulação, e toda expansão da acumulação se torna, em contrapartida, um meio para o desenvolvimento desses métodos.

O que se pretende demonstrar ao sinalizar esses elementos – do trabalho como fundante do ser social, porém, produtor da alienação na era do capital – é que a alienação do trabalho produz uma desconexão entre o trabalho e o “fazer”.

Retomando o assinalado no início, o trabalho na relação de exploração é produtor de adoecimento, seja através da linha produtiva, do comércio, setor de serviços, do serviço público, ou demais vínculos empregatícios, ao mesmo tempo em que a ausência de doença parece necessária à manutenção desse modo de produção.

Contudo, a concepção de saúde vinculada a ausência de doença não é capaz de abarcar a ideia de sujeitos integrais, ou, em outras palavras, de seres biopsicossociais. Portanto, o conceito ampliado de saúde sugere que a determinação social do processo saúde-doença é fundamental para compreendê-la em sua complexidade, “para a Organização Mundial de Saúde [...] além da simples ausência de doença, saúde deve ser entendida como bem-estar físico, mental e social” (AROUCA, 1986, p. 35-36).

Portanto, desde um olhar crítico acerca da realidade, se faz necessário discutir o conceito de saúde imbricado a socialidade inerente ao modo de produção capitalista. Inicialmente, pelos fatos já discorridos acima – tendo o trabalho explorado como produtor de doença -, mas para além disso considerando toda a produção da vida nessa forma de sociedade. Sérgio Arouca, em seu discurso na 8ª Conferência Nacional de Saúde, evidencia todos os aspectos que perpassam uma ideia de saúde construída a partir da totalidade.

Nos debates que antecederam a Conferência Nacional de Saúde, algumas pessoas entre as quais o Professor Cinamon, da Escola Nacional de Saúde Pública, falaram também da ausência do medo. Talvez seja interessante a gente pensar um pouquinho sobre o que significa isso, o que significa esse conceito de saúde, **colocado quase como algo a ser atingido**. Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, **até a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente**; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar

todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo, como aconteceu, infelizmente, na última década, na América Latina, e continua ainda acontecer em alguns países (se bem que a maioria da América Latina conseguiu, nos últimos anos, libertar-se das ditaduras) (AROUCA, 1986, p. 36, grifos meus).

Nas palavras de Arouca (1986), a efetivação da saúde é algo a ser atingido, e implica dentre outras questões, em conhecer o mundo para transformá-lo. Parece desafiador pensar nesse conceito transformador de saúde, em uma forma de organização social incapaz de produzir igualdade nas condições de vida da humanidade, mesmo com todos os avanços científicos e tecnológicos constituídos a partir dela. Mészáros (2011, p. 255) discorre sobre esses aspectos, apontando que,

Ao mesmo tempo, e noutro plano, o progresso das forças da produção agrícola não erradicou a fome e a desnutrição. Mais uma vez, isto estaria em contradição com o imperativo da expansão “racional” do capital. Não se deve permitir que motivações “sentimentais” relativas à saúde – e até à simples sobrevivência – dos seres humanos perturbem ou interrompam os “processos de tomada realista de decisão” orientados para os mercados. O ritmo e a recalcitrância espontâneos da natureza já não são desculpas convincentes para justificar as condições de vida de milhões e milhões de pessoas que sucumbiram à miséria nas últimas décadas e continuam a perecer ainda hoje pela mesma causa.

Essa menção do autor, demonstra a partir de evidências reais, a racionalidade do capitalismo, logo, nos questionamos: como alcançar a saúde em uma sociedade que mesmo com condições objetivas de erradicar a fome, não tem o interesse de fazê-lo? Ou, como pensar a produção da vida em um planeta que está sendo devastado? Na concepção de Mészáros (2011), os limites absolutos do capital foram acionados, pois,

[...] hoje é impossível pensar em qualquer coisa associada às condições elementares da reprodução sociometabólica que não esteja letalmente ameaçada pela forma como o capital se relaciona com elas: a única que ele conhece. Isto não vale apenas para as exigências de energia da humanidade ou para a administração dos recursos naturais e dos potenciais químicos do planeta, mas para todas as facetas da agricultura global, inclusive a devastação em grande escala das florestas e a maneira irresponsável de tratar o elemento sem o qual nenhum ser vivo pode sobreviver: a água (MÉSZÁROS, 2011, p. 253).

Se nas palavras de Arouca (1986, p. 36), a saúde é também a ausência do medo, e se “conviver sem o medo é conviver com a possibilidade de autodeterminação individual, de liberdade de organização, de autodeterminação dos povos e” ao mesmo tempo “com a possibilidade de viver, [...] sem ameaça da violência final, que seria uma Guerra exterminadora de toda a civilização”, parece que de uma forma ou de outra, nossas possibilidades estão todas

ameaçadas. De modo algum, essa afirmação quer destinar uma análise fatalista acerca da ideia de saúde, por outro lado, pretende-se chamar a atenção para uma concepção de saúde que sustente a ideia de que a mesma perpassa todos os aspectos da vida humana, desde as necessidades entendidas como as mais substanciais - como alimentação, transporte, habitação - até a possibilidade de sonhar, resisitir e lutar.

Para delimitar nossa compreensão sobre os processos de saúde e doença, demarcamos como ponto de partida uma análise da mesma a partir da teoria social crítica. Para desenvolvimento deste capítulo, daremos seguimento a essas interpretações, adentrando sucintamente no debate acerca da formação sócio histórica da América Latina, especialmente do Brasil, para em seguida localizarmos a política de saúde enquanto um direito social construído historicamente, e, imbricado às contradições inerentes a realidade social. Busca-se também, deixar alguns indicativos sobre a atual conjuntura brasileira, logo, acerca do SUS.

2.1 A Política Social na ordem monopólica-imperial e sua constituição na economia dependente

É a América Latina, a região das veias abertas. Desde o descobrimento até nossos dias, tudo se transformou em capital europeu ou, mais tarde, norteamericano, e como tal tem-se acumulado e se acumula até hoje nos distantes centros de poder. Tudo: a terra, seus frutos e suas profundezas, ricas em minerais, os homens e sua capacidade de trabalho e de consumo, os recursos naturais e os recursos humanos. O modo de produção e a estrutura de classes de cada lugar têm sido sucessivamente determinados, de fora, por sua incorporação à engrenagem universal do capitalismo.

Eduardo Galeano, 1971 - As Veias Abertas da América Latina

Para compreender os aspectos constitutivos da política de saúde como um direito social, se faz imprescindível demarcar as ingerências da ordem monopólica-imperial sob as políticas sociais, bem como, as especificidades da América Latina em todo esse processo. Portanto, neste ítem, pretende-se delinear acerca desses temas para subsidiar nosso entendimento sobre os processos específicos da construção, consolidação e desafios do SUS.

Destarte, faz-se importante registrar que a fase monopolista do sistema capitalista, corresponde àquela posterior ao capitalismo concorrencial, datando das “últimas três décadas do século XIX”, essa etapa do capital pressupõe “a aglutinação das empresas” (PEREIRA; SAMPAIO, 2016, p. 65-66),

sendo caracterizada pela concentração do capital que segundo Valencia (2009, p. 36-37) “implica a monopolização dos meios de produção e da força de trabalho por capitalistas individuais a partir da expropriação dos produtores diretos (camponeses, artesãos, operários, independentes etc.) ou de capitais

individuais [...]”, e pela centralização qual “estimula o processo de monopolização-absorção de capitais entre si [...]”. Para o autor essa última se “converte numa poderosa alavanca de acumulação e possibilita a homogeneização das condições de organização e exploração da força de trabalho no mundo todo” (VALÊNCIA, 2009 apud PEREIRA; SAMPAIO, 2016, p. 65-66).

De acordo com Lenin (1986), os monopólios se fortalecem e solidificam na medida em que se apropriam das fontes de matérias primas dos países periféricos, ou nas palavras do autor, das colônias,

A particularidade fundamental do capitalismo moderno consiste na dominação exercida pelas associações monopolistas dos grandes patrões. Estes monopólios adquirem a máxima solidez quando reúnem nas suas mãos *todas* as fontes de matérias-primas, e já vimos com que ardor as associações internacionais de capitalistas se esforçam por retirar ao adversário toda a possibilidade da concorrência, por adquirir, por exemplo, as terras que contêm o minério de ferro, os jazigos de petróleo, etc. A posse de colônias é a única coisa que garante de maneira completa o êxito do monopólio contra todas as contingências da luta com o adversário, mesmo quando este procura defender-se mediante uma lei que implante o monopólio do Estado. Quanto mais desenvolvido está o capitalismo, quanto mais sensível se torna a insuficiência de matérias-primas, quanto mais dura é a concorrência e a procura de fontes de matérias-primas em todo o mundo, tanto mais encarniçada é a luta pela aquisição de colônias (LENIN, 1926, p. 637).

Essa característica do capital monopolista – que trata de efetivar a exploração das colônias - corresponde ao imperialismo, denominado por Lenin (1986), como o momento superior do capitalismo. De acordo com Lenin (1986, p. 642), “o imperialismo é o capitalismo na fase de desenvolvimento em que ganhou corpo a dominação dos monopólios e do capital financeiro, adquiriu marcada importância a exportação de capitais” e “começou a partilha do mundo pelos *trusts* internacionais e terminou a partilha de toda a terra entre os países capitalistas mais importantes”. Essas considerações abrem o terreno para discutirmos as particularidades assumidas pelo Estado desde essa fase, bem como a relação desse processo com as colônias e/ou economias dependentes.

Inicialmente, destaca-se que os aspectos históricos e constitutivos do Brasil são os característicos de uma colônia que foi explorada e consolidada sobre os quase quatro séculos de escravidão, fatores que deram ao país, o lugar de uma economia dependente frente ao capitalismo mundial. Essas características se aprofundam com a fase monopolista e imperial do capital, haja vista, que a centralidade desse período é justamente a exploração das colônias, sendo essa uma premissa necessária a continuidade, manutenção e expansão do sistema.

Florestan Fernandes (2005) e Octavio Ianni (1984), descrevem em suas obras a dificuldade histórica da burguesia brasileira, em articular seus próprios interesses entre si. Essa

debilidade, além de implicar na constituição de uma “autocracia burguesa” – nas palavras de Fernandes – impactam diretamente na relação do Brasil com o capitalismo internacional. Ianni (1984, p.48), demonstra como esse processo de disputas internas ocorre entre a própria burguesia,

[...] havia uma articulação econômica e política de classes que bloqueava a possibilidade do desenvolvimento econômico e a emancipação da sociedade nacional. É verdade que a burguesia industrial não era alheia a essa aliança, que caracterizava a dependência nacional. Havia um setor da burguesia industrial que se aliara ao imperialismo; essa era a burguesia dependente, mas havia um setor da burguesia industrial que teria os seus interesses voltados para o mercado interno e o desenvolvimento das forças produtivas do país. Teria interesses antagônicos aos do imperialismo; esta era a burguesia nacional. Mas a burguesia nacional não tinha clareza quanto às suas potencialidades de hegemonia econômica e política. Era mesmo débil para enfrentar sozinha o imperialismo e os seus aliados internos, os latifundiários e a burguesia comercial.

De acordo com Fernandes (2005), a economia brasileira relaciona-se desde então, com o capitalismo monopolista da forma típica em que se deu na parte pobre do mundo. No caso do Brasil, as empresas internacionais, passaram a operar por meio de filiais ou concessionárias, e as grandes corporações surgiram explorando de modo segmentário a energia elétrica, produtos agrícolas, dentre outras matérias primas. Ainda, o autor especifica que as matérias primas e as parcelas do excedente econômico, drenadas para fora, se polarizaram na expansão do capitalismo monopolista nas economias centrais. Ianni (1984), ao descrever esse momento histórico observa que basicamente anulou-se “a eventual contradição entre burguesia nacional e burguesia estrangeira”, sendo que nesse processo o Estado, “tornou-se aliado, ou instrumento, do capital monopolista”.

A expansão do capitalismo industrial no Brasil (com as suas importantes influências na agricultura e nos movimentos do capital financeiro) fez com que o Estado se tornasse um elo fundamental da acumulação monopolista do capital. Aliás, ao longo dos anos, tanto decresceu a força da burguesia nacional como aumentou a articulação entre o capital monopolista e o Estado. [...] (IANNI, 1984, p. 52).

Marx (2013) já descrevia em sua obra, que o Estado é um comitê que serve para administrar os interesses da burguesia. No capital monopolista-imperial, essa relação permanece, porém, intensifica-se o papel do Estado como entidade que servirá para realizar os movimentos necessários à acumulação capitalista, conforme descreve Harvey (2009, p. 111)

É nesse ponto que a política territorializada do Estado e do império retorna para reivindicar um papel-chave no contínuo drama da acumulação do capital e da sobreacumulação intermináveis. O Estado constitui a entidade política, o corpo político, mais capaz de orquestrar arranjos institucionais e manipular as forças moleculares de acumulação do capital para preservar o padrão de

assimetrias nas trocas mais vantajosas para os interesses capitalistas dominantes que trabalham nesse âmbito. Não surpreende, por exemplo, descobrirmos que a OMC proclama o livre comércio mas na realidade promove o comércio injusto em que os países mais ricos mantêm sobre os mais pobres suas vantagens coletivas. Isso é típico de práticas imperiais.

Sendo o Estado o principal agente regulador das políticas sociais, estar atento as especificidades do mesmo nesse momento do capital, se faz necessário para uma leitura precisa acerca do tema. No campo das políticas sociais, Netto (2011b, p. 29-30) pontua que “no capitalismo concorrencial, a ‘questão social’, por regra, era objeto da ação estatal na medida em que motivava um auge de mobilização trabalhadora, ameaçava a ordem burguesa ou, no limite, colocava em risco global o fornecimento da força de trabalho para o capital”, essas eram “condições externas a produção capitalista”. Já no capitalismo monopolista, a intervenção do Estado está voltada a preservação e controle da força de trabalho,

[...] – ocupada, mediante a regulamentação das relações capitalistas/trabalhadores; lançada no exército industrial de reserva, através dos sistemas de seguro social. Os sistemas de previdência social (aposentadoria e pensões), por seu turno, não atendem apenas a estas exigências: são instrumentos para contrarrestar a tendência ao subconsumo, para oferecer ao Estado massas de recursos que doutra forma estariam pulverizados (os fundos que o Estado administra e investe) e para redistribuir pelo conjunto da sociedade os custos da exploração capitalista monopolista da vida “útil” dos trabalhadores, desonerando os seus únicos beneficiários, os monopolistas (Faleiros, 1980; Galper, 1975 e 1986).[...] As políticas setoriais que implicam investimentos em grande escala (reformas urbanas, habitação, obras viárias, saneamento básico etc.) abrem espaços para reduzir as dificuldades de valorização sobrevindas com a supercapitalização (Mandel, 1976, p.3) (NETTO, 2011b, p. 30-31).

As políticas sociais podem e devem ser compreendidas como um campo contraditório. Se por um lado, são convergentes aos interesses e direitos da classe trabalhadora, por outro, há que se evidenciar que foram historicamente utilizadas como forma de apaziguar os conflitos de classe, bem como, de complementar os salários de forma indireta (pelos serviços) com fins de garantir a reprodução da força de trabalho. Entender as políticas sociais no campo da contradição não significa anular sua importância e necessidade, mas sim, estar atento aos interesses que a permeiam, e principalmente que a conquista desses direitos – quando se almeja a justiça social – não pode ter um fim e si mesmo. Compreende-se ainda, com base no exposto por Netto (2011b) que na fase dos monopólios, as políticas sociais - por meio da intervenção Estatal, não apenas cumprem as funções acima delineadas, como também, regulamentam de maneira direta e atuam na garantia dos superlucros para o capital, por exemplo, abrindo novos campos para o mercado. Ademais, além de atuar diretamente na reprodução da força de

trabalho, legisla a favor dos interesses do capital, intervindo na garantia da exploração da força de trabalho.

O que se pretende evidenciar, é que a fase monopólica-imperial do capital, determina novas relações, que perpassam a exploração dos países periféricos como algo central para a economia mundial. Neste contexto, o Estado passa a intervir de maneira sistemática na garantia dos superlucros, e as políticas sociais intensificam seu caráter contraditório, esses são elementos centrais para compreendermos a política de saúde. Ademais, importa notabilizar que a exploração dos países centrais, para além da expropriação da matéria prima sob os países dependentes, potencializa a superexploração da força de trabalho, que se caracteriza especialmente através dos baixos salários, e de condições precarizadas para o mesmo. Esse é um aspecto importante, para dialogarmos com o que foi indicado no início desse texto: a relação da reprodução da força de trabalho e do trabalho explorado com os processos de saúde e doença, e sua intensificação nessa fase do capital.

De acordo com Netto e Braz (2012, p. 224), mesmo “enfrentando críticas e questionamentos, o capitalismo monopolista ingressou nos anos sessenta mostrando crescimento econômico e taxas de lucro compensadoras”. Contudo, nesse mesmo período as taxas de lucros passaram a declinar, desencadeando uma grande recessão econômica, que foi o germe da grande crise da década de 1970. De acordo com Harvey (1993) esse período é correspondente a crise estrutural do modelo fordista de produção. Segundo o autor, de 1965 a 1973 a incapacidade do fordismo e keynesianismo em conter as contradições do capitalismo se tornou insustentável para o próprio sistema. Portanto, o enfrentamento à crise, se dá, de acordo com Netto e Braz (2012, p. 226) por meio de um conjunto de respostas “como uma estratégia articulada sobre um tripé: a reestruturação produtiva, a financeirização e a ideologia neoliberal”. A financeirização refere-se ao capital monetário. A reestruturação produtiva demarcou, portanto, uma outra fase do capitalismo, condizente a acumulação flexível, tem-se desde esse período uma intensificação da flexibilização das relações de trabalho. Já no que se refere ao projeto neoliberal, importa sinalizar que,

No que toca às exigências imediatas do grande capital, o projeto neoliberal restaurador viu-se resumido no tríplice mote da “flexibilização” (da produção, das relações de trabalho), da “desregulamentação” (das relações comerciais e dos circuitos financeiros) e da “privatização” (do patrimônio estatal). [...] (NETTO, 2012, p. 417, grifos no original).

Do ponto de vista das políticas sociais, a implementação e consolidação da ideologia neoliberal, representou a retirada de inúmeros direitos sociais, em países que tinham suas políticas sociais direcionadas na perspectiva de Estado de Bem Estar Social, e/ou *Welfare*

*State*¹. Contudo, o período pós-crise, redirecionou a intervenção do Estado, sendo a privatização uma de suas principais diretrizes,

E foi Margareth Thatcher quem, buscando uma estrutura mais adequada para atacar os problemas econômicos de sua época, descobriu politicamente o movimento e voltou-se para seu corpo de pensadores em busca de inspiração e recomendações depois de eleita em 1979. Em reunião com Reagan, ela transformou toda a orientação da atividade do Estado, que abandonou a busca do bem-estar social e passou a apoiar ativamente as condições “do lado da oferta” da acumulação do capital. O FMI e o Banco Mundial mudaram quase que da noite para o dia seus parâmetros de política, e em poucos anos a doutrina neoliberal fizera uma curta e vitoriosa marcha por sobre as instituições e passara a dominar a política, primeiramente no mundo anglo-saxão, porém mais tarde em boa parte da Europa e do mundo. Como a privatização e a liberalização do mercado foram o mantra do movimento neoliberal, o resultado foi transformar em objetivo das políticas do Estado a “expropriação das terras comuns”. Ativos de propriedade do Estado ou destinados ao uso partilhado da população em geral foram entregues ao mercado para que o capital sobreacumulado pudesse investir neles, valorizá-los e especular com eles. Novos campos de atividade lucrativa foram abertos e isso ajudou a sanar o problema da sobreacumulação, ao menos por algum tempo. Mas esse movimento, uma vez desencadeado, criou impressionantes pressões de descoberta de um número cada vez maior de arenas, domésticas ou externas, em que se pudesse executar privatizações (HARVEY, 2009, p. 130-131).

Contudo, é imprescindível destacar que diferente dos países centrais, o Brasil nunca alcançou um Estado de Bem Estar Social e que simultaneamente a essa crise estrutural do capital, vivenciávamos a ditadura empresarial-militar. Já na década de 1980 - quando do processo de redemocratização -, ao mesmo tempo em que os movimentos sociais lutavam para garantia de direitos sociais na Constituição Federal de 1988, o restante dos países centrais estavam passando por processos de retirada desses direitos - no pós-crise, e a partir da consolidação da política neoliberal, que impele os processos de privatização do Estado.

Dessa forma, a década de 80 caracteriza-se como um período em que convivem traços de continuidade, saturação e alguns indícios de ruptura do modelo implementado no pós-64. Podemos dizer que, em nível da economia, foi uma década que *congelou* algumas situações deflagradas desde os finais dos anos 70. Daí, ser considerada por muitos como a *década perdida*, em função das baixas taxas de crescimento do PIB, da compressão dos salários e do aumento de concentração da riqueza. Ao mesmo tempo, metabolizou um

¹ De acordo com Behring (2012, p. 129), o Estado de Bem Estar Social conhecido também por Welfare State, trata de “[...] uma reforma dentro do capitalismo, sob a pressão dos trabalhadores, com uma ampliação sem precedentes do papel do fundo público, desencadeando medidas de sustentação da acumulação, ao lado da proteção ao emprego e demandas dos trabalhadores, viabilizada por meio dos procedimentos democráticos do Estado de direito, sob a condução da social-democracia”. Para a autora “É evidente que “entregou-se os anéis para não perder os dedos”, já que também havia um verdadeiro pânico burguês diante da existência e do efeito – contágio da União Soviética como referência política, ideológica e econômica de contraponto ao mundo do capital, mesmo com suas contradições e limites flagrantes, com destaques para a questão democrática.[...]”.

novo processo político, cujo principal protagonista foi a ação organizada de expressivos setores da sociedade civil, rompendo as bases de sustentação da ditadura militar e resultando, assim, no restabelecimento do Estado democrático (MOTA, 2005, p. 62).

Embora, a privatização por parte do Estado brasileiro tenha se iniciado na década de 1960, durante a ditadura empresarial-militar - pois “é igualmente importante o fato de que os regimes eleitorais neoliberais tenham recorrido às Forças Armadas como instrumento político básico em suas tentativas de privatizar as economias” (PETRAS, 1995, p. 250) -, o fato é que as privatizações se intensificam no período de crise, e a mercantilização das políticas sociais aparecem como uma alternativa ao enfrentamento da mesma. Além desse aparente embate, entre as estratégias do capitalismo mundial no pós-crise, e, as conquistas de movimentos sociais - materializadas muitas delas na própria Constituição Federal de 1988-, um dos principais elementos a serem considerados para nossas análises, é, o impacto da crise para os países de capitalismo dependente, que, de acordo com autores estudados, se deu de forma desigual entre os países centrais e os países periféricos.

As repercussões da crise e as estratégias utilizadas para superá-la foram extremamente desiguais, tanto entre os países centrais, quanto entre eles e os países periféricos. Enquanto os Estados Unidos se beneficiaram pela pequena dependência do petróleo e pela entrada de petrodólares, as economias periféricas foram extremamente penalizadas pelos preços dos produtos importados. Já os países exportadores de petróleo também se beneficiaram pela sua integração no bloco petrolífero (MOTA, 2005, p. 53)

Harvey (2009), corrobora com a análise discorrida, e evidencia, que é justamente através da exploração dos países periféricos, e, utilizando dos empréstimos - instauradores das dívidas públicas – que os países centrais reerguerão suas economias.

[...] São sem dúvida as populações desses territórios vulneráveis que têm de pagar o preço inevitável e termos de perda de ativos, perda de empregos e perda de segurança econômica, para não mencionar perda de dignidade e de esperança. E por meio da mesma lógica que requer que os territórios vulneráveis sejam os primeiros a ser atingidos, assim também são tipicamente as populações mais vulneráveis desses territórios que suportam o principal ônus que sobre eles recair. Foram os pobres das regiões rurais do México, da Tailândia e do Brasil que mais sofreram com as depreciações causadas pelas crises financeiras dos anos de 1980 e 1990. Conclui-se, pois, que o capitalismo sobrevive não apenas por meio de uma série de ordenações espaço-temporais que absorvem os excedentes de capital de maneiras produtivas e construtivas, mas também por meio da desvalorização e da destruição administradas como remédio corretivo daquilo que é em geral descrito como o descontrole fiscal dos países que contraem empréstimos. [...] (HARVEY, 2009, p. 130).

Assim, de acordo com Behring (2012, p. 131), o Brasil adentra os anos 80 com o “aprofundamento das dificuldades de formulação de políticas econômicas de impacto nos

investimentos e na redistribuição de renda, não só no Brasil, mas no conjunto da América Latina” [...], a autora segue afirmando que,

O estudo de Kucinski & Branford (1987) é particularmente instrutivo pela riqueza de dados sobre o processo de endividamento externo da América Latina e do Brasil. Mas o seu maior mérito é o ângulo de análise, já que situa a chamada “crise da dívida” do início dos anos 1980, e seus impactos para a configuração da “década perdida”, no contexto da onda longa de estagnação (Mandel, 1982). Para os autores, localiza-se no processo do endividamento as principais decorrências da reorientação da política econômica norte-americana em busca da hegemonia do dólar, e o início das pressões cujos resultados derruíram a possibilidade de ruptura com a heteronomia, contida no desenvolvimentismo, este, por sua vez, fundado na substituição de importações (BEHRING, 2012, p. 131).

A dívida externa é certamente é uma das principais marcas resultantes da crise da década de 1970. Pereira (2017a, p. 62-63), ao tratar dos impactos do endividamento, pontua através de alguns autores que:

no Brasil 70% da dívida externa se tornou estatal e conseqüentemente, em virtude desse contexto ao "governo só restaram três caminhos: cortar gastos públicos, imprimir dinheiro ou vender títulos ao Tesouro à juros atraentes". (KUCINSKI & BRANFORD, 1987, p. 43 apud BEHRING, 2012, p. 133). No cenário nacional, tem-se um processo de privatização iniciado na ditadura militar, as transformações desse período são concomitantes às mudanças internacionais. Na década de 1980, de acordo com Soares (2000), os impactos da crise de 1970 se replicam na América Latina, sendo que na década de 1990 o governo Collor “preconizou as reformas orientadas para o mercado como complemento do processo de modernização, tendo em vista a recuperação da sua capacidade financeira e gerencial” (BEHRING, 2012, p. 153).

Os impactos da crise da década de 1970 se mantiveram na economia brasileira nas décadas subsequentes e permanecem na atualidade, sendo esse um processo que aprofundou e intensificou a dependência econômica, política e cultural do Brasil. De acordo com Petras (1995, p. 164), os anos 80 e 90 a América Latina transferiu bilhões de dólares aos países centrais:

[...] Os anos 80 e 90 são os anos em que mais de 200 bilhões de dólares, sob a forma de pagamentos de lucros e royalties, foram transferidos da América Latina para os Estados Unidos e Europa. Na verdade, do ponto de vista dos Estados Unidos, das potências européias e das elites exportadoras da América Latina, há muito o que celebrar em 1992. Os novos presidentes civis são realmente os “herdeiros das explorações de Colombo”, como disse o presidente colombiano Gavira: a liquidação das empresas públicas a preços escandalosamente baixos, a abertura da economia à pilhagem internacional e a suspensão de todas as restrições à exploração estrangeira dos recursos naturais.

Adentramos o ano de 1990, com um amplo processo de privatização das empresas nacionais, de acordo com Petras (1995) no início do Governo Collor, 188 indústrias estatais

tiveram planos de privatização. Esse processo teve continuidade no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), sendo a década de 1990 marcada pelas privatizações, e um amplo processo de contrarreformas das políticas sociais, que intensificam seu caráter focalizado, assistencialista e imediatista. Propaga-se a ideia de que o público é ineficiente, para transformar em mercadoria o que antes era compreendido como direito social. (PEREIRA, 2017a).

Já, a partir dos anos 2000, com a entrada do Partido dos Trabalhadores (PT) no governo federal, são percebidas algumas mudanças do ponto de vista de acesso – à universidade, por exemplo, com as ações afirmativas - contudo, no âmbito geral as políticas sociais implantadas por esse governo, reafirmaram o perfil imediatista e focalizado já existente. Em nossa análise, apesar de demarcarem algumas diferenças essas não foram substanciais em detrimento dos governos anteriores, pois,

Embora houvesse otimismo por parte da classe trabalhadora em relação a possíveis avanços populares com a eleição de Lula em 2003, o que se observou na década de 2000 foi a continuidade das políticas sociais ancoradas às medidas de ajustes neoliberais. Ou seja, o processo de desmonte das políticas sociais se fortalece na cena contemporânea. Inicia-se a contrarreforma da previdência abrindo possibilidade de planos privados; na saúde pública o repasse da gestão de hospitais para Organizações Sociais – OS's (empresas privadas); à assistência, recaem inúmeras problemáticas, com a focalização e o assistencialismo; a educação é direcionada ao setor privado-mercantil, e mais, o dinheiro público passa a financiar os mesmos. Entende-se esse processo como um substrato de contrarreformas que se iniciam na década de 1990 e vêm se consolidando de acordo, também, com as necessidades da reestruturação produtiva (PEREIRA, 2017a, p. 64).

É imprescindível, também, observar que o caráter dessas políticas sociais é direcionado – especialmente a partir da política neoliberal – pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial (BM), conforme citado anteriormente, o “FMI e o Banco Mundial mudaram quase que da noite para o dia seus parâmetros de política, e em poucos anos a doutrina neoliberal fizera uma curta e vitoriosa marcha por sobre as instituições e passara a dominar a política” (HARVEY, 2009, p. 130-131). Esse processo demonstra mais uma vez, a dependência econômica, política e cultural dos países periféricos em relação aos países centrais, e comprova o quanto o capitalismo monopolista-imperial foi capaz de operar de acordo com a racionalidade da barbárie típica do modo de produção capitalista. Além desses elementos, o debate acerca da dívida pública tem recebido cada vez mais destaque na contemporaneidade brasileira, pois,

resultante do processo histórico acima citado, tem sido alvo das discussões acerca das políticas sociais e da destinação dos recursos públicos para sua consolidação, considerando que a mesma foi transferida para a capitalização “interna”. Hoje, quase metade da arrecadação nacional é destinada à amortização e pagamento dos juros dessa dívida e pouco mais de cinquenta por cento para financiar todo o restante dos gastos públicos do país. Durante

o governo do PT, foi reivindicada a realização da auditoria cidadã da dívida, contudo, esse processo não se efetivou, hoje, no Governo de Temer, o pagamento da dívida tem sido usado como justificativa para contenção dos gastos públicos, sobre a alegação de que o Estado brasileiro está “quebrado” e tem gastado mais do arrecadado, o que não se discute, obviamente, é que seja realizada uma auditoria e menos ainda, a possibilidade de suspensão do pagamento dessa dívida (PEREIRA, 2017a, p. 64).

O cenário do país nos últimos dois anos - após a posse de Michel Temer na presidência da república – desde um golpe empresarial-parlamentar, tem sido desastroso para a classe trabalhadora em todos os âmbitos. Na esfera das políticas sociais, a aprovação do EC 95, que prevê o congelamento dos recursos públicos com as políticas sociais por 20 anos, já tem mostrado seus impactos no acesso aos direitos sociais; a contrarreforma trabalhista aprovada em 2017, e, da previdência em processo de votação, talvez possam ser consideradas uma das maiores regressões dos últimos tempos, às conquistas dos direitos da classe trabalhadora brasileira. Contudo, pretende-se aprofundar esse debate no decorrer do trabalho, pois as contrarreformas do governo Temer - em nossa hipótese, convergem com o que se esboça como diretriz na conjuntura municipal. Sinaliza-se ainda, que além do retrocesso no campo dos direitos sociais, a atual conjuntura é a de destituição do Estado Democrático de Direitos, este conquistado a “duras penas”, em um país que historicamente tenta negar as conquistas e avanços democráticos. A ameaça direta a esse Estado se tornou evidente e desmascarada, quando a ex-presidenta Dilma Rousseff do Partido dos Trabalhadores, sofreu o impeachment, desde o golpe empresarial-parlamentar supracitado.

Neste item, nos preocupamos em debater os aspectos constitutivos das políticas sociais a partir da fase monopolista-imperial, para compreender, primeiramente o papel que o Estado assume a partir dessa fase do capitalismo, e também, a relação de dependência econômica que caracteriza o Brasil no capitalismo mundial. Nesse processo histórico, foi possível perceber que a crise da década de 1970 impactou e determinou em grande medida as políticas sociais implementadas no Brasil, sendo um de seus principais resultados, a consolidação da ideologia neoliberal. Essa última, caracteriza um período de ampla privatização estatal - que resulta na mercantilização das políticas sociais, e na desresponsabilização do Estado em relação aos direitos sociais, ao mesmo tempo em que esse atua firmemente na garantia dos superlucros para o capital. Compreender a interferência dos organismos multilaterais - também resultante desse período - acerca das políticas sociais é relevante para entender a constituição do SUS no Brasil. Conforme já indicamos, se compreendemos a política de saúde como um direito social, os aspectos históricos e categoriais de análise até aqui percorridos, são indispensáveis, inclusive para compreender a necessidade que se apresenta, especialmente nesse momento histórico, da defesa

das conquistas democráticas mesmo dentro do Estado Democrático de Direitos, pois esse está em constante disputa.

2.2 O SUS: consolidação, tensionamentos e avanços para a saúde no Brasil

A nossa escrevivência não pode ser lida como histórias para “ninar os da casa grande” e sim para incomodá-los em seus sonos injustos”

Conceição Evaristo

Com base no delineado anteriormente, nesse ítem pretende-se discorrer sucintamente, acerca dos aspectos que permeiam a história do SUS no Brasil. Nosso esforço, será de dialogar com as análises apresentadas sobre os aspectos contraditórios das políticas sociais em uma economia dependente, e, sob os marcos da ideologia e política neoliberal. Para demarcar o processo histórico de consolidação da saúde como uma política social no Brasil, pretendemos balizar dois períodos distintos. O primeiro deles seria o anterior a Constituição Federal de 1988, e, o segundo, seria o momento posterior a mesma.

Sem a pretensão de adentrar nas particularidades inerente a esse primeiro período, importa registrar alguns aspectos mais gerais que perfazem a história da saúde pública no Brasil. De acordo com Bravo (2007, p. 2), no Brasil, “a intervenção estatal” na área da saúde “só vai ocorrer no Século XX, mais efetivamente na década de 30. No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal”. Já, “no século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas”. Sendo que apenas “nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário” e é no “início do século XX”, que “surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 30” (BRAVO, 2007, p. 2). Parece que é na década de 1920 que a questão da saúde recebe importância no debate estatal, de acordo com Bravo (2007, p. 3), nesse período aparecem em cena as questões de higiene e saúde do trabalhador, e também, se iniciam as primeiras medidas, consideradas como “embrião do esquema previdenciário brasileiro”, tendo relevância a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), conhecida como Lei Elói Chaves – 1923 (BRAVO, 2007, p. 2).

Ainda, Bravo (2007, p. 4) evidencia que no período de 1930 a 1940, foram preponderantes as campanhas sanitárias, sendo criada a coordenação de serviços estaduais de saúde e a interiorização de ações nas áreas de endemias rurais, ou seja, desenvolveu-se uma

atuação do Estado com ênfase voltada às demandas endêmicas. Já o período posterior – até 1945, tem-se uma fase contencionista, ou seja, de diminuição de gastos do Estado com a área da saúde. Já, os anos de 1950, apontavam para uma estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada,

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. As formas de compra dos serviços médicos a terceiros aparecem como minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos (BRAVO, 2007, p. 5-6).

Posteriormente, com o golpe empresarial-militar de 1964, a “saúde pública teve [...] um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966” (BRAVO, 2007, p. 6-7). A medicalização da vida social, foi imposta na conjuntura do golpe, tanto na saúde pública quanto na previdência social, sendo que “o setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior” (BRAVO, 2007, p.7). A ditadura empresarial-militar no Brasil, demarcou um amplo processo de privatização do Estado, conseqüentemente dos serviços públicos, no que se refere a saúde, esse processo não foi diferente.

Até o período aludido, o acesso da população trabalhadora a saúde, se dava, ou por vínculo empregatício - através das CAPs e posteriormente Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), e outras entidades com caráter de seguro social (que foram se constituindo ao longo da história do Brasil até chegarmos a o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), pós Constituição Federal de 1988, ou, por meio da filantropia. Até então, não havia, portanto, uma política que prevesse o acesso universal à mesma, tampouco, os serviços existentes no campo da saúde, eram capazes de atender de maneira integral a saúde da população brasileira.

É apenas em 1988, a partir da Constituição Federal de 1988, e com ela, a construção e consolidação do SUS (Lei 8080 de 19 de setembro de 1990), que se tem uma proposta de mudança radical na saúde pública brasileira. Conforme já sinalizado item anterior, o processo de redemocratização do Brasil representou um período controverso, por um lado, houve a retomada dos direitos políticos - a partir da redemocratização – e um avanço no entendimento sobre os direitos sociais como um dever do Estado, e por outro, vivia-se internacionalmente um período de grande recessão econômica no pós-crise da década de 1970. Em outras palavras, consolidamos a Constituição Federal de 1988 - e junto dela a constitucionalidade dos direitos

sociais -, ao mesmo tempo em que o neoliberalismo aparece como uma alternativa, política, ideológica e econômica, para o enfrentamento da crise. Mendes (1995, p.31), converge com o supracitado, afirmando que o que caracteriza “fundamentalmente, as políticas de saúde no período de 1980-90 é o seu desenvolvimento no contexto de uma profunda crise econômica e sua coincidência com o processo de redemocratização do País”.

A partir da Constituição Federal de 1988, tivemos pela primeira vez, a consagração da chamada Seguridade Social, que é composta pelo tripé: assistência social – destinada à quem dela necessitar; previdência social – de caráter contributivo; e, a saúde – um direito universal. Vianna (2000, p. 138) ao tratar da seguridade social, observa que:

A Constituição Brasileira de 1988 consagrou a expressão Seguridade Social, até então oficialmente inexistente, para consignar um padrão de proteção social que se queria abrangente e redistributivo, de certa forma coroando um ciclo de críticas e debates que desde fins dos anos 70 se desenvolvera em torno da Previdência. Na agenda da transição para a democracia, as políticas sociais se revestiram de um caráter salvacionista – expresso no slogan adotado pelo primeiro governo da Nova República, o “tudo pelo social”, para elas convergindo com o “ímpeto reformista” do momento. O conceito de seguridade, a universalidade da cobertura e do atendimento, a uniformidade dos benefícios, a seletividade e a distributividade da proteção, a irredutibilidade dos valores pagos, a equidade na forma de participação no custeio, a diversificação da base de financiamento, o envolvimento da comunidade nas decisões e o caráter democrático e descentralizado da gestão foram princípios inscritos na Carta que, sem dúvida, responderam aos anseios mudancistas manifestos por vários segmentos da sociedade.

No que se refere a saúde, importa sinalizar que a garantia de um sistema público, universal, gratuito – ou seja, do SUS -, só foi possível por toda a mobilização e articulação do movimento de Reforma Sanitária. Esse, envolveu vários sujeitos sociais, e se referenciou no conceito ampliado de saúde. Bravo (2007, p. 8-9) descreve os atores que compuseram esse processo, afirmando que,

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contra-propostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil.

Segundo Bravo (2007, p. 9) dentre as propostas que foram debatidas pelo movimento da Reforma Sanitária, se incluía a universalização do acesso a saúde; a concepção da mesma enquanto direito social e dever do Estado; reestruturação a partir de um Sistema Unificado de Saúde; descentralização dos processos decisórios; financiamento; e, democratização do poder local. Sendo o principal marco de discussão da mesma, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em março de 1986 (BRAVO, 2007, p.9). As principais diretrizes aprovadas na Constituição, em relação a saúde, parecem estar voltadas ao

- O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados (TEIXEIRA, 1989:50-51, apud, BRAVO, 2007, p.10-11).

De acordo com Bravo (2007) o texto da Constituição se referencia nas proposições defendidas pelo movimento de Reforma Sanitária, contudo, nem todas as demandas reivindicadas pelo movimento foram atendidas, especialmente as que se confrontavam com os interesses empresariais, sendo que,

As questões centrais sobre financiamento do novo sistema ficaram pouco definidas, não tendo sido estabelecido um percentual sobre os orçamentos dos quais se origina. Com relação aos medicamentos, há apenas uma alusão à competência do sistema de saúde para fiscalizar sua produção. A saúde do trabalhador não contemplou propostas como o direito do trabalhador recusar-se a trabalhar em locais comprovadamente insalubres, bem como, de ter informações sobre toxicidade dos produtos manipulados (BRAVO, 2007, p. 11).

Bravo (2007) afirma que no final da década de 1980, já se tinham dúvidas acerca da real implementação do projeto da Reforma Sanitária, pois a ideia de ineficácia do setor público se fazia mais presente, e, associada a ausência de resultados concretos na melhoria da saúde da população, ao mesmo tempo em que os setores conservadores contrários a Reforma se reorganizavam. Todos os limites e dificuldades que permearam a constituição do SUS, devem

ser compreendidos a partir do momento histórico vivenciado naquele período, que colocava na cena política, dois projetos em disputa no campo da saúde: o da Reforma Sanitária, e, o neoliberal. Mendes (1995, p.19-20) coaduna com essa análise, explicando que sendo a crise econômica e política o pano de fundo dos anos de 1990, “apresentam-se, na arena sanitária brasileira, dois projetos alternativos em permanente tensão: um portado da nítida hegemonia, o projeto neoliberal e, outro, contra-hegemônico, a reforma sanitária”.

Ao tratar do SUS, Bravo (2007, p.14) afirma que “apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo” o que se verificou foi “o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral”. Esses elementos, coadunam com a análise de Mendes (1995, p. 52), ao evidenciar que “as opções de políticas sociais dos neoliberais – privatização, descentralização e focalização – estão presentes nas políticas de saúde dos anos 80 e justificam, por consequência, a caracterização de um projeto neoliberal de saúde no Brasil”. Além disso, a relação entre o projeto neoliberal de saúde no Brasil, pode ser verificada a partir das orientações do Banco Mundial para esse campo, evidenciadas, em grande medida na APS, sobre tais aspectos discorreremos a seguir.

Esse cenário, de disputas e tensões acerca de diferentes projetos de saúde, está imbricado ao cenário nacional, ou seja, a luta pelos direitos sociais por um lado, e, o desmonte desses direitos por outro. Este último, resultante da ofensiva neoliberal, se aprofunda e intensifica de acordo com a perversidade do capitalismo, como já apontado, também imbricado às especificidades de uma economia dependente e periférica, a qual, tem seus recursos financeiros - que deveriam ser destinados a garantia de direitos sociais -, devorados pela dívida pública originada no pós-crise da década de 1970. Vivencia-se, portanto, no campo da saúde, desde o nascimento do SUS, uma antinomia, que perdurou nas décadas seguintes, com o aprofundamento dessa relação, onde o projeto neoliberal parece manter sua hegemonia.

Se o projeto de saúde é inerente a totalidade da realidade, a entrada dos anos 2000 não alterou o cenário acima descrito. Ela seguiu o fluxo da conjuntura já descrita anteriormente, ou seja, embora houvesse otimismo por parte da classe trabalhadora com possíveis melhorias a partir da entrada de Lula na presidência do país, sua política, foi em muitos aspectos de continuidade dos governos anteriores, embora, demonstre também, aspectos de inovação.

Ao analisar o início do Governo Lula, Bravo (2007) menciona que um dos aspectos de inovação trazidos pelo mesmo, foi o retorno da concepção de Reforma Sanitária – esquecido

na década de 1990; a escolha de profissionais comprometidos com a Reforma Sanitária, para ocupar o Ministério da Saúde (MS).

Esses fatos não anulam o cumprimento de uma agenda neoliberal para a saúde, por parte do Governo do PT. Importa destacar que em 2012, uma das grandes bandeiras da greve dos docentes universitários a nível nacional foi a luta travada contra a privatização dos hospitais universitários, por meio da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)², implantadas no governo PT (BRAVO; MENEZES, 2014, p.77) com base na lei das Organizações Social (OS's), essa última, anterior ao governo PT, contudo, admitida por esse.

Bravo e Menezes (2014, p. 79), explicitam - em texto publicado nos Cadernos de Saúde da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde sobre a saúde no governo do PT -, que na elaboração da agenda da Frente, foram apontadas algumas questões que dificultam a implantação do SUS público, Estatal, universal e de qualidade. Dentre essas questões, estão, a “determinação social do processos de saúde e doença”, sendo que a Frente aponta para a necessidade de resgatar esse conceito em uma tentativa de inserir a saúde em um debate mais amplo, no contexto das lutas e desigualdades sociais; na gestão e financiamento ressaltam a “tendência em curso do fundo público ser colocado a serviço do financiamento do setor privado”, processo que pode se dar de diferentes formas, sendo uma delas, por meio das Organizações Sociais (OS's); ainda, o Fórum coloca como desafio, a defesa do modelo assistencial do SUS, previsto constitucionalmente, “que valoriza a prevenção e a promoção da saúde, universalidade, a integralidade e a intersetorialidade das ações”; destacam ainda que o processo de precarização dos serviços, acontece simultaneamente ao de precarização do trabalho, sendo necessária a reivindicação de condições dignas de trabalho; “por fim, no último eixo da agenda da Frente Nacional, sinaliza-se como desafio tornar os espaços institucionais de controle social de disputa para a efetivação do direito universal à saúde e para a defesa da saúde pública estatal” (BRAVO, MENEZES, 2014, p. 79-80).

Um outro elemento importante para compreender algumas das dificuldades que permeiam as lutas em torno da Defesa do SUS a partir dos princípios da Reforma Sanitária, foi

² “A EBSERH foi aprovada em 2011 através da criação da Lei 12.550, com fins de gerir os Hospitais Universitários – HU's. A mesma foi submetida à aprovação nas universidades federais, sendo um dos principais desmontes que a acompanham, a contratação de trabalhadores pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT e não mais pelo Regime Jurídico Único - RJU, o que flexibiliza a estabilidade dos servidores bem como os planos de carreira. Além de se caracterizar como uma afronta à autonomia universitária por passar para uma Organização Social – OS's, a responsabilidade sobre o Hospital Universitário - que é também, uma escola de formação. Apresenta limites em relação ao controle social e gestão do Sistema Único de Saúde - SUS. Além disso, há grande preocupação com os rumos da ciência e pesquisa dos hospitais, depois dessa adesão” (PEREIRA, 2017, p. 99).

o processo de surgimento de uma nova vertente de disputa no campo da saúde, entendido por estudiosos do tema, como a vertente que defende a Reforma Sanitária flexibilizada. Ou seja, uma vertente que converge com perspectivas e avanços do movimento, contudo, abdica princípios, que podem colocam em “jogo” a existência do próprio SUS.

Não há dúvidas de que a conjuntura de retirada de direitos - que dificulta a materialização do SUS que se pretende na concepção da Reforma Sanitária, se intensificou em larga escala nos últimos um ano e meio, desde que Michel Temer assumiu a presidência do Brasil. Se o cenário não era o mais otimista enquanto o PT estava no governo, as mostras do que está por vir, se iniciaram com a nomeação de Ricardo Barros – do Partido Progressista (PP), como Ministro da Saúde, atitude que

deixa claro qual vai ser o tom desse governo para a saúde: o mesmo não apresenta nenhuma vinculação com a área, exceto sua relação com o setor privado, onde o maior doador individual para sua campanha a deputado federal foi o presidente do Grupo Aliança, empresa que comercializa planos de assistência médica e odontológica. Em seus discursos ficam transparentes seus objetivos de ampliação das parcerias com o setor privado, inclusive de capital estrangeiro, reduzindo os gastos com saúde pública estatal, contribuindo com o desmonte do SUS, num claro retrocesso das políticas sociais (FNCPS, 2016, s/p).

Em notícia veiculada no portal jornalístico Rede Brasil Atual, sinaliza que pela primeira vez – em 27 anos, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), reprovou as contas do Ministério da Saúde. Estas, relativas ao ano de 2016, não cumpriram com a aplicação mínima dos recursos destinadas a saúde, conforme pode-se verifica na matéria,

São Paulo – Pela primeira vez em 27 anos, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) reprovou as contas do Ministério da Saúde, chefiado pelo ministro Ricardo Barros, relativas a 2016. Segundo os conselheiros, a gestão do presidente Michel Temer não cumpriu a aplicação mínima de 15% das receitas orçamentárias em ações e serviços públicos da saúde, como determina a Constituição. Além deste, outros problemas foram apontados em um parecer pela Comissão de Orçamento e Financiamento (Cofin) do CNS. (GOMES, 2017, s/p)

Em agosto do mesmo ano, foi criado - a partir da Portaria n. 1482/2016 -, um Grupo de Trabalho responsável pela discussão do “projeto” Plano de Saúde Acessível. Em linhas gerais, com este plano, tem-se a pretensão de popularizar os planos de saúde, e, através dos mesmos, substituir os serviços que o SUS já oferece. Por fim, importa sinalizar, a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que prevê uma série de desmontes frente aos direitos já conquistados nesse nível de atenção, sobre a PNAB, dialogaremos na próxima seção.

A re-construção da história do SUS – mesmo que de forma sucinta – nesse trabalho, nos evidenciou novamente, o campo de contradições que permeiam o mesmo, e que, sua

materialização sob a orientação da Reforma Sanitária, depende da nossa capacidade em disputar sua hegemonia na correlação da luta de classes no Brasil. Logo, retomamos a ideia de que as concepções e projetos que permeiam a disputa do SUS são inerentes a discussão de projeto societário. A seguir trataremos de alguns aspectos referentes a APS.

2.2.1 Apontamentos gerais acerca da Atenção Primária em Saúde

Dedicaremos esse subitem ao debate acerca da APS, por nosso recorte de análise se tratar desse nível de atenção. Portanto, pretendemos traçar alguns indicativos e análises mais gerais acerca da política, com intuito de aprofundarmos a discussão na próxima seção, a partir da interface com o município de Florianópolis.

De acordo com Viana e Fausto (2005, p.152) apud Arouca (1975), as “raízes da atenção primária em saúde estão relacionadas ao movimento da Medicina Preventiva, desencadeado com maior vigor a partir da reforma do ensino médio norte-americano, nos anos de 1940”. Ainda com ênfase na atenção médica, segundo as autoras, a medicina preventiva propôs uma “abordagem integral” a “que o indivíduo sob assistência médica deveria ser considerado com base nas interfaces sociais, culturais de sua realidade”, para tanto, a “atenção médica, na fase inicial, deveria fazer-se mais próxima do ambiente sociocultural dos indivíduos e famílias, o que respaldaria sua intervenção para a prevenção e controle do adoecimento”, segundo as autoras, essa concepção formaria a base do que viríamos a chamar de atenção primária em saúde, realizada mais próxima do cotidiano e ambiente dos indivíduos e famílias (VIANA; FAUSTO, 2005, p.152). Contudo,

Os aspectos econômicos, políticos e ideológicos que permeiam as práticas no campo da saúde produziram distintas interpretações e abordagens sobre o significado da atenção básica nos diferentes sistemas de saúde. Além desses aspectos, o termo *primário*, que tem cunhado a noção de atenção básica, traz em si diferentes possibilidades explicativas, o que provoca confusão, ambiguidade e falta de consenso em torno de seus propósitos (VIANA; FAUSTO, 2005, p.153).

De acordo com Viana e Fausto (2005, p.153), “desde o momento da organização da Conferência de Alma-Ata já existia clara tensão entre duas distintas formas de conceber a atenção primária” quais sejam, “a concepção de primário como parte de um sistema integrado de cuidados em saúde e, seu revês, um tipo de cuidado em saúde focado no ataque à pobreza e dirigido a população desprovida de acesso aos recursos e serviços (LITSIOS, 2002)”. Segundo as autoras, após essa Conferência, se disseminou uma noção seletiva da atenção primária, para Mendes (1995, p. 26), se trataria de uma coincidência

entre a proposta internacional dos cuidados primários, acordada em Alma-Ata, em 1978, e a necessidade de desenvolver e expandir uma modalidade assistencial de baixo custo para os contingentes populacionais excluídos pelo modelo médico-assistencial privatista, especialmente os que viviam nas periferias das cidades e nas zonas rurais.

Talvez seja o campo da APS, um dos mais emblemáticos para demonstrar a forma qual os organismos multilaterais orientam as políticas sociais. Em um relatório de 1993, o Banco Mundial deixa evidente a orientação, indicando que

A intervenção direta do Estado ficaria restrita: a) a serviços que produzem *bens públicos*, como o controle de doenças transmissíveis ou o sistema de informações; b) a serviços com grande externalidade, cujo consumo individual, como no caso das imunizações; c) prover diretamente ou financiar prestadores privados de serviços de atenção à saúde que tenham uma boa relação custo-benefício e uma abordagem socialmente aceitável para reduzir a pobreza; d) compensar os problemas gerados pela *incerteza e insegurança* do mercado, regulando os seguros privados ou através de seguros sociais. No caso do Estado envolver-se diretamente na prestação de serviços de atenção à saúde, dois aspectos devem ser observados (MISOCZKY, 1995, p. 5).

Os aspectos a serem observados, sinaliza Misoczky (1995), estão associados a necessidade de uma boa relação de custo-benefício, e a definição de um pacote mínimo de serviços, sendo que esse último,

incluiria o cuidado a crianças doentes, planejamento familiar, atenção a gestação e ao parto, e tratamento para tuberculose e DSTs. Além dos componentes mencionados, ficaria a critério de países em desenvolvimento com maior disponibilidade de recursos financeiros a expansão das intervenções que seriam garantidas pelo Estado, de modo a abordar doenças crônicas e degenerativas (MISOCZKY, 1995, p. 6).

Seria exagero afirmar, que essa série de orientações retratam em grande medida, a organização da APS? De acordo com Mendes (1995, p. 26-27), se desenvolve no Brasil a proposta da atenção primária seletiva,

concebida na sua concepção estreita de um programa, executada com recursos marginais, dirigidos a populações marginalizadas de regiões marginalizadas através da oferta de tecnologias simples e baratas, providas por pessoal de baixa qualificação profissional, sem possibilidades de referência a níveis de maior complexidade tecnológica, incluindo a retórica da participação comunitária.

Misoczky (1995), evidencia que,

Em síntese, o modelo de análise proposto pelo Banco Mundial se baseia enormemente na valorização da produtividade econômica dos grupos populacionais. Assim, o papel do Estado enquanto provedor/financiador de serviços de saúde se resumiria a garantir o suprimento e a preservação de indivíduos aptos para o mercado de trabalho – através da atenção à saúde da criança e à gestação e parto e das ações para preservar a capacidade de trabalho dos adultos – seja através do tratamento de doenças infecciosas debilitantes

como DST e tuberculose ou incapacitantes para o trabalho como hérnia inguinal, seja através de ações meramente paliativas como o tratamento da dor nos casos de câncer ou o controle, apenas quando de baixo custo, da hipertensão arterial (MISOCZKY, 1995, p. 7).

Essa afirmação da autora faz uma alusão às discussões trazidas no início desse trabalho, no que pese uma compreensão de saúde, que esteja voltada a manutenção e garantia da reprodução da força de trabalho, cabendo, nessa concepção, a APS, uma grande parte dessa responsabilidade. Além disso, importa mencionar que não há dificuldade em associar “esse modelo de atenção com o modelo da medicina de família/comunitária” (MISOCZKY, 1995, p.7).

Se por um lado, a proposta da política de atenção primária foi apropriada pelos organismos multilaterais, em uma perspectiva de política de “pobre para pobre”, importa sinalizar, que enquanto proposta ela traz muitos avanços no campo de um entendimento de saúde em disputa, que identifique os sujeitos a partir da integralidade, e de um conceito ampliado de saúde. Viana e Fausto (2005, p. 165), sinalizam que dentre os argumentos que reforçam a ideia da atenção básica como uma estratégia de organização do sistema de saúde, está a ideia de que essa modalidade de atenção, favorece: a maior equidade no sistema de saúde; se desenvolvida sob a perspectiva de universalização, possibilita uma organização de caráter coletivo; a intersetorialidade proposta pela mesma, possibilita a compreensão das determinações sociais da saúde; além de, favorecer a organização e mobilização comunitária a partir do controle social. Na perspectiva das autoras, nessa tendência, a atenção básica – integral, “não se limita a um nível de atenção ou à porta de entrada do sistema de saúde, mas é um princípio para a organização de todo o sistema de saúde”. Obviamente, essa compreensão da atenção primária, se difere, e, se faz divergente da proposta focalizada, pois, essa última,

se baseia em programas específicos de saúde, voltados também para grupos específicos. A AB teria então o foco diretamente voltado para os aspectos individuais da atenção à saúde e direcionado para as doenças de alto impacto na população. Essa intervenção restrita causa um certo distanciamento em relação ao que se pressupõe serem as três grandes funções da saúde pública, ou seja, a promoção da saúde, a prevenção da doença e a reabilitação (VIANA; FAUSTO, 2005, p.166).

A focalização – baseada então, na perspectiva do Banco Mundial para a saúde, demonstra a forma qual esse organismo opera sobre as políticas sociais. Ao mesmo tempo, importa trazer para essa discussão, que assim como o SUS se consolidou em um campo contraditório, de disputas e tensões entre a proposta do movimento de Reforma Sanitária e o projeto neoliberal de Estado brasileiro, a perspectiva da atenção primária – no caso do Brasil,

intrínseca ao SUS -, também está alocada em um campo de disputas e tensionamentos, sendo que em nossa avaliação, se direcionada a partir da perspectiva da reforma sanitária, pode ser uma poderosa alavanca no avanço e materialização de um conceito ampliado de saúde, firmado na ideia de promoção e prevenção. Penso que essa é uma das grandes conquistas do modelo brasileiro, ao menos nos setores em que essa perspectiva direciona os trabalhos, ainda que seja um eterno “nadar contra a corrente”.

Retoma-se aqui a epígrafe do início desse eixo, a qual Conceição Evaristo afirma que “a nossa escrevivência não pode ser lida como história para ‘ninar os da casa grande’ e sim para incomodá-los em seus sonos injustos”, mesmo que a autora esteja referindo-se a outras questões, entendemos que o projeto de Reforma Sanitária, e todas as conquistas advindas dessa luta, representam esse “incomodar a casa grande”. Se existem tantos interesses que rodeiam o SUS e seu desmonte, é porque a materialização dele foi capaz de causar transformações, que incomodam a casa grande, hoje representada no Estado, na burguesia, nos interesses capitalistas, monopolistas, imperiais.

3. A INCIDÊNCIA DAS CONTRARREFORMAS ATUAIS NO FAZER COTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: o caso de Florianópolis

“O SUS é nosso, ninguém tira da gente, direito garantido não se compra, não se vende”

Nesta seção, pretende-se demonstrar - a partir das legislações, documentos, e, experiências registradas em diário de campo – os aspectos que permeiam a atual conjuntura da APS no município de Florianópolis. Pretende-se junto desta análise, dialogar com a conjuntura nacional, entendendo que vivemos no Brasil um momento histórico de contrarreformas impetradas pelo Estado, a partir da lógica neoliberal, e interesses do capitalismo monopolista-imperial com implicações diretas à conjuntura municipal. Para tanto, em um primeiro momento, abordaremos a organização da APS no Brasil, para adentrarmos nas especificidades municipais, trazendo para o debate algumas percepções e análises acerca da legislação e do serviço. Em seguida, pretende-se, de modo condensado, introduzir um panorâma orçamentário, bem como, alguns apontamentos gerais acerca da carreira e condições de trabalho dos servidores municipais, na conjuntura atual. Por fim, objetiva-se demonstrar em linhas gerais, a nossa hipótese, que é a de que de alguma forma esse processo de privatização já está em curso, e se aproxima da APS, em Florianópolis.

3.1 Atenção Primária em Saúde³: questões que permeiam a política nacional e municipal

Inicialmente, se faz imprescindível, retomar a discussão da seção anterior, no tocante a APS. Pretende-se aqui, apontar alguns elementos sobre como essa política aparece na atualidade da legislação brasileira, e, posteriormente, adentrar às especificidades desta no município de Florianópolis, a partir da análise de alguns eixos, que em nossa compreensão demonstram a precarização da mesma.

No Brasil, pode-se dizer que o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado no ano de 1991, e posteriormente, o antigo Programa Saúde da Família (PSF) (criado em 1994), demarcam o início das políticas voltadas a APS. Posteriormente, em 2006 o PSF foi transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF), a partir da compreensão de que o mesmo não deveria tratar-se de um programa, e sim, de uma política de Estado. Resultante de

³ Registra-se que a APS pode também, ser chamada de Atenção Básica em Saúde – ABS, neste trabalho utilizaremos ambas as nomenclaturas, já que a legislação nacional é denominada por AB e a municipal por APS.

tudo processo de construção e consolidação da APS, em 2011 foi aprovada a lei 2488/2011, que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil. Essa legislação caracteriza a Atenção Básica (AB), como um

conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011, s/p).

Sendo necessárias para a realização das ações da AB, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que são direcionadas pelo trabalho das eSF e Equipes de Saúde Bucal (eSB). A Estratégia pressupõe a

existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011, s/p).

Além das eSF e eSB, compõem a PNAB/2011, os NASFs. A política do NASF foi criada pela Portaria n.154, no ano de 2008, e corresponde a uma,

equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes. (BRASIL, 2018, s/p)

Ainda, as Equipes do Consultório na Rua, e eSF para o Atendimento da População Ribeirinha e População Flúvia (com a implementação de Unidades Básicas de Saúde Flúvias), também constituem a AB. Além disso, se incluem no rol de atividades deste nível de atenção, o Programa Saúde na Escola (PSE).

Os trechos adscritos acima, advem da PNAB 2011. Contudo, em agosto de 2017, o governo Temer aprovou uma nova Política Nacional, esta, permeada de retrocessos no que compete a forma e organização dos serviços, em detrimento da Política anterior. Um dos pontos

que receberam crítica, de acordo com o jornal do Fórum Catarinense em Defesa do SUS e Contra a Privatização, foi a não participação dos usuários, no debate acerca de alterações que modificam radicalmente os “pressupostos do cuidado a partir da concepção ampliada” de saúde. De acordo com o Fórum, a nova PNAB “1) retira a obrigatoriedade de que os Centros de Saúde (CS) operem sob a forma de Estratégia de Saúde da Família (ESF); 2) define que ficará a critério do gestor o número de usuários referenciados para cada CS”, quando um dos princípios fundantes da ESF é “a proximidade com os locais onde moram os pacientes” e o “atendimento, preferencialmente, pelos mesmos profissionais”. (FÓRUM CATARINENSE, 2017). Portanto, quando é retirada a obrigatoriedade da ESF e, quando se flexibiliza o número de população referenciada às equipes, essa lógica é totalmente desmontada.

O CEBES (2017) faz uma análise próxima do Fórum Catarinense, afirmando que a revisão proposta pelo MS “revoga a prioridade do modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”, embora sua minuta, “afirme a Saúde da Família [como] estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica”, as decisões que alteram a Política abrem a “possibilidade de organizar a AB com base em princípios opostos aos da APS estabelecidos em Alma-Ata e adotados no SUS”, em outras palavras, essa proposta se desvincula do conceito ampliado de saúde, e retoma a proposta de deixar que as pessoas adoçam, para oferecer um serviço que atenda as necessidades de saúde imediatas, rompendo dessa forma, com o trabalho longitudinal da Saúde da Família. Em resumo,

A proposta de revisão da Política Nacional de Atenção Básica não faz alusão clara a questões como financiamento, infraestrutura necessária para funcionamento, condições de trabalho, concurso público, garantia de direitos para os trabalhadores em saúde, acesso a serviços, medicamentos e insumos por parte dos usuários, nem tampouco a garantias de articulação da atenção primária à saúde com os outros níveis de atenção (média e alta complexidade). O que se pode identificar de maneira explícita é uma proposta de flexibilização da forma como a atenção primária à saúde é operacionalizada no Brasil, através da Estratégia de Saúde da Família (FNCPS, 2017).

A proposta da nova PNAB, exemplifica o processo de precarização e contrarreformas qual o SUS tem sido submetido, do ponto de vista estrutural - com retrocessos na própria lógica de operação da política - e também, da concepção de saúde que direciona a nova política. Pois, ainda que exista um tensionamento na própria constituição do SUS – a partir dos movimentos hegemônicos e contra-hegemonios que o fizeram – e, ainda que a APS seja resultante desses tensionamentos, há que se reconhecer, que a política de AB no Brasil, tem avanços no entendimento da necessidade de um processo de trabalho interdisciplinar e olhar integral sobre

os sujeitos, e, na compreensão da importância de trabalhar a saúde a partir dos conceitos de promoção e prevenção. De acordo com o CEBES (2017, s/p),

Resultados de pesquisas evidenciaram, sistematicamente, a superioridade do modelo assistencial da Saúde da Família quando comparado ao modelo tradicional. Sua maior capacidade de efetivação dos atributos da atenção primária integral produz impacto positivo sobre a saúde da população, com redução da mortalidade infantil, cardiológicas e cerebrovasculares e das internações por condições sensíveis à atenção primária. Ao financiar com PAB variável a atenção básica tradicional, a proposta de reformulação da PNAB ameaça estes sucessos. Além de abolir na prática a prioridade da ESF, em um contexto de retração do financiamento e sem perspectivas de recursos adicionais, é muito plausível estimar que o financiamento destas novas configurações de atenção básica será desviado da Estratégia Saúde da Família.

Contudo, há sempre necessidade de retomar, para que não percamos de vista, que em grande medida, essa política atende diretrizes dos organismos multilaterais, para que possamos sempre avaliá-la desde uma perspectiva crítica, sendo essa perspectiva crítica capaz de contrapor-se a possíveis posturas de fiscalização e culpabilização das famílias, e/ou criminalização da pobreza, que muitas vezes, na APS se confundem.

Para fins desse trabalho, daremos ênfase ao debate que envolve, especialmente, as eSF e NASF – mesmo que a AB não se limite a estas -, por corresponderem aos espaços e serviços quais transitamos e atuamos durante a residência. Primeiramente apresentar-se-á algumas informações acerca da organização da APS no município de Florianópolis.

De um modo geral, pode-se afirmar que o município organiza seus serviços de acordo com as diretrizes nacionais correspondentes a 2011. Sendo que, atualmente todos os CS funcionam a partir do trabalho das eSF. De acordo com a política, “os Centros de Saúde (CS) são as estruturas responsáveis pelo provimento da ampla maioria dos serviços em APS e são unidades distribuídas pelo território do município, apresentando-se como porta de entrada preferencial da rede de atenção” (FLORIANÓPOLIS, 2016, p.19). Florianópolis conta com 51 CS, distribuídos de acordo com o contingente populacional e territorial de cada localidade. Estes recebem apoio dos Distritos Sanitários (DS), responsáveis pela “organização dos serviços de APS no território (FLORIANÓPOLIS, 2016). A legislação municipal indica a existência de cinco DS (Centro, Continente, Leste, Norte e Sul), contudo, desde a nova gestão municipal (2017), o DS Leste foi extinto, e os CS referenciados neste, foram redirecionados para outros DS.

Ainda, o município conta com o trabalho das equipes NASF. Essas são distribuídas nos respectivos DS, onde se organiza o processo de trabalho correspondente. Não encontramos disponível - nas páginas oficiais do município - informação sobre o atual número de equipes

NASF, mas, estima-se que hoje, haja uma média de três a quatro equipes por DS. Os profissionais que compõe os NASF's Florianópolis são: assistente social; fisioterapeuta; psicólogo; nutricionista; profissional de educação física; psiquiatra; e pediatra.

Já, as eSF são compostas por Agente Comunitário de Saúde (ACS), Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, Enfermeiro e Médico de Família e Comunidade ou generalista, além disso, os CS's contam com as eSB, essa última constituída por Auxiliar e/ou Técnico de Saúde Bucal e Cirurgião-Dentista (FLORIANÓPOLIS, 2016).

As diretrizes e organização da AB no município, são orientadas por dois documentos importantes, um deles é a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CSAPS), aprovada pela Portaria n.26/2014. O outro documento, é a Política Municipal de Atenção Primária à Saúde (PMAPS), regulamentada pela Portaria n. 22/2016, esta última, aprovada em novembro de 2016, que altera em grande medida a CSAPS. Entendemos que a Política Municipal seja a legislação superior, e que mesmo tendo sido aprovada após a Carteira de Serviços, esta permanece como complemento a CSAPS, pelo menos, a legislação não está revogando-a.

A política de APS de Florianópolis é reconhecida nacionalmente pelos “100% de cobertura em Estratégia de Saúde da Família”, essa informação, disseminada pela gestão, pode ser confirmada no “relatório de gestão – janeiro a dezembro de 2016”, no qual afirmam,

Em 2015, outra vez, a atenção primária de Florianópolis entra em destaque nacional ao ser a primeira capital brasileira com 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família nos parâmetros utilizados pelo Departamentos de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) (SMS, 2017, p.2).

Contudo, embora o município ofereça atendimento via ESF em toda abrangência de seu território, frequentemente faltam profissionais para completar as equipes. Um dos pilares da Atenção Primária no Brasil são os ACS⁴, contudo, antes mesmo da PNAB-2017, o deficit de ACS no município já era significativo, sendo que há mais de anos não são convocados novos profissionais, gerando uma defasagem expressiva no serviço, pois, tampouco há reposição do quadro desses profissionais por aposentadorias, afastamentos ou desligamentos. Esse fato, descaracteriza, em nossa análise, “os 100% de cobertura” pois,

Com a expansão da Saúde da Família com cobertura de territórios em áreas urbanas de diferentes estratos socioeconômicos faz-se necessário fortalecer o papel do ACS, redefinindo e qualificando sua intervenção na comunidade como agente de saúde coletiva, elo entre o serviço de saúde e a população. O ACS conhece e reconhece as necessidades populacionais do território e devem ser contemplados com estratégias de educação permanente que apoiem seu trabalho de promotor da saúde, atuando na mobilização social para

⁴ De acordo com nota do CEBES (2017) sobre a PNAB 2017, “a reformulação proposta também ameaça a presença do Agente Comunitário de Saúde como integrante e profissional da atenção básica”.

enfrentamento dos determinantes sociais e em ações estratégicas frente aos problemas de saúde da população (CEBES, 2017, s/p).

Além disso, outra problemática no que se refere a situação dos ACS's é o fato de constantemente estarem em desvio de função, realizando outras atividades que não são de sua competência profissional, ou pelo menos, não estão no do escopo das atribuições previstas nas diretrizes nacionais. A PNAB-2011, sinaliza que “é permitido ao ACS desenvolver outras atividades nos CS, desde que vinculadas às atribuições acima [que tratam de atividades específicas desses profissionais]” (BRASIL, 2012, p. 50). Contudo, no âmbito municipal, encontraram-se estratégias de regulamentar o desvio de função desses profissionais, sendo que a PMAS-2016, apresenta como uma das atribuições dos Agentes,

q) Participar da execução de atividades não exclusivas de profissionais de saúde, em regime de rodízio entre todos os Agentes Comunitários de Saúde, sob demanda da coordenação do Centro de Saúde visando à manutenção dos serviços assistenciais à população (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 65, grifos meus).

A exemplo, o que ocorre constantemente, é o direcionamento desses profissionais na realização de tarefas administrativas dos CS. Quando a gestão municipal não prioriza que esses profissionais estejam exercendo suas atribuições, e/ou, não reconhece a necessidade de contratação de novos profissionais, tanto ACS quanto técnico-administrativo – fazendo com que várias microáreas fiquem descobertas – em nosso entendimento, significa que a gestão não compreende a importância do trabalho desses profissionais para o funcionamento da proposta de saúde da família.

Além do mais, é frequente a falta de outros profissionais nas eSF, NASF e eSB. No que tange a Estratégia, dois exemplos valem ser citados. O CS Sapé, ficou cerca de um ano e meio sem médico de família em uma de suas equipes, sendo que para acolher as demandas de saúde da população usuária, a única médica da unidade atendia as demandas das duas áreas, o que dificultou seu processo de trabalho e sobrecarregou a profissional, bem como os demais membros das equipes. Além da sobrecarga, um fator importante de ser avaliado nessas situações é a qualidade do serviço prestado, e o quanto a falta de profissionais compromete o andamento e a possibilidade de atendimento integral, pois, impossibilita muitas vezes a garantia das reuniões de equipe e matriciamento, de formação, e a qualidade da atenção, dentre outros fatores. Já, o CS Jardim Atlântico está há quase um ano - também -, sem médico em uma de suas equipes, o que resulta nas mesmas problemáticas vivenciadas pelo CS Sapé⁵. Ademais, tornou-

⁵Ambos CS são compostos por duas eSF e uma eSB.

se aceitável a constituição de equipes de ESF, tendo como profissionais de referência, os residentes em saúde – sobre a questão da residência, abordaremos mais adiante (PEREIRA, 2016-2017^a).

Mas, em que essas questões se relacionam com os 100% de cobertura? Entende-se que, afirmar que um município tem total cobertura em Estratégia, quando na verdade, não existem equipes completas, e quando, o ACS – principal elo entre a comunidade e o CS – não é compreendido como fundamental para efetivação da saúde da família -, é falar de uma falsa cobertura, pois esta não atende os pressupostos da ESF, logo, da AB, pois, dentre os princípios da APS – indicados na própria legislação municipal, estão,

II - Longitudinalidade: pressupõe que o serviço seja fonte regular de atenção e seja utilizado ao longo do tempo. Desta forma o serviço deve ser capaz de identificar e vincular seus usuários. Esta identificação se reflete nos elementos de vigilância contínua do território e seus usuários e a vinculação se manifesta habitualmente com fortes laços interpessoais entre a equipe de saúde e a população (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 17).

[...]

IV - Coordenação do cuidado: implica na continuidade do cuidado por meio da atualização e do compartilhamento de informações, da corresponsabilização pelo cuidado do usuário com outros serviços e níveis de atenção e da vigilância em saúde continuada (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 18).

Será que é possível a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, para materializar a ESF, sobre o argumento de 100% de cobertura, com a falta de tantos agentes de saúde e outros profissionais? Com essa afirmação, não negamos a cobertura, nega-se sim, o discurso dos 100%. E trata-se desse mito, como algo importante a ser abordado nesse trabalho, por partirmos da compreensão de que é impossível melhorarmos, sob o discurso que mistifica os dados da realidade, e, também, por sabermos que esse discurso não demonstra as reais dificuldades presentes na APS, em grande medida, dadas pela falta de contratação de recursos humanos.

Outro fator que nos interessa sinalizar nesse eixo - que também trata da política municipal -, se refere a ênfase dada pela gestão – tanto no Governo atual, quanto no anterior – ao atendimento direto e individual, como prioritária no processo de trabalho da AB. A Política Municipal explicita que “§ 1º. Os serviços assistenciais são as estruturas responsáveis pela atenção direta à população, visando proteção, manutenção, reabilitação, prevenção e promoção à saúde” (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 18). Nossa interpretação, permite compreender que a atenção direta não se dá necessariamente no atendimento assistencial, ou seja, em “consultas”. A atenção direta, pode e deve ser compreendida como todo o processo de trabalho que permite a assistência, desde a discussão de casos, reuniões que dizem respeito ao serviço, e a própria formação que reverbera na qualificação profissional para melhor atendimento direto, além

disso, a própria legislação, propõe que as ações assistenciais fazem parte desse rol de atividades, quando indica a proteção, manutenção, reabilitação, prevenção e promoção em saúde, como características da assistência. O que nos parece, é que na mesma legislação o município se contradiz, quando prioriza na maioria de seus direcionamentos a ênfase no atendimento/consulta direta, como assistência, reduzindo o conceito da mesma. Onde esses fatos podem ser observados? Primeiramente, quando a PMAS trata da carga horária dos profissionais NASF, indica,

§ 10. Quanto à distribuição da capacidade assistencial do profissional apoiador da Saúde da Família:

I - Os atendimentos clínicos ambulatoriais e outras ações de cuidado individual são os componentes prioritários do apoio matricial e devem representar **no mínimo 60% e um máximo de 90% da carga horária mensal de atividades de cada categoria**, exceção feita à Farmácia e Educação Física que devem adequar-se às necessidades das Equipes de Saúde da Famílias e de seus territórios de atuação conforme análise das Gerências dos Distritos Sanitários e priorizado pela Diretoria de Atenção Primária à Saúde (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 58).

Na medida em que a gestão define que a carga horária de um profissional NASF pode ser, de até 90% em atendimentos clínicos ambulatoriais e outras ações de cuidado individual, mas, não garante um mínimo dessa carga horária, para atividades que estejam voltadas a promoção da saúde e/ou ao atendimento e planejamento de demandas coletivas do território – está priorizando um modelo de atenção voltado ao atendimento direto, e, sem garantir inclusive, que esse atendimento direto tenha pressupostos interdisciplinares⁶, por exemplo, pois não prioriza a formação coletiva, os espaços de reunião, como importantes para atuação desses profissionais. Trazer essa problemática, não é afirmar que o atendimento direto não é importante, mas sim, evidenciar, que mesmo com uma legislação que aponte em seus princípios preceitos do cuidado em uma concepção ampliada de saúde, as bases técnicas desse cuidado, ainda estão voltadas ao modelo tradicional. Afinal, a atribuição do NASF, está direcionada a

buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações

⁶ Há que se ter cautela com o debate sobre a interdisciplinaridade, para não reproduzirmos a partir desse discurso, a ideia de um trabalhador “multifuncional” que corresponda a precarização do trabalho. Defendemos a interdisciplinaridade, contudo, de maneira crítica, sem deixarmos enganar pelos discursos de gestão, que fazem confundir esse processo.

intersectoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc. (BRASIL, 2012, p. 70).

Outro fato que demonstra a problemática indicada acima, é a reorganização das reuniões NASF e de categorias profissionais, que ocorreu após a aprovação da atual PMAS. Na Carteira de Serviços, constava:

A Equipe NASF poderá realizar 4 (quatro) horas mensais de reunião com todos os profissionais, para discussão de questões administrativas; planejamento de ações, educação permanente e discussão de problemas clínicos e sanitários. Este espaço poderá ser em um único momento mensal de 4 horas ou dividido em dois momentos mensais de 2 horas. O calendário será organizado em conjunto com o Distrito Sanitário (FLORIANÓPOLIS, 2014, p. 20).

Com a aprovação da nova Política, as reuniões NASF passaram a ser bimestrais, intercaladas, com as reuniões municipais de categoria profissional, “III - Os profissionais apoiadores da Saúde da Família vinculados poderão realizar reunião distrital bimestral de até quatro horas em alternância com as reuniões municipais de núcleo profissional” (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 39). Além disso, a gestão indica na própria legislação que esses profissionais - que são apoiadores e logo, deveriam discutir com as equipes de saúde da família, o planejamento e realidade do território, o que possibilitaria um amplo trabalho de promoção em saúde – devem participar das reuniões de planejamento mensais dos CS, apenas quando solicitados com pauta específica. Ademais, se estiverem em uma unidade na semana em que houver reunião da mesma, devem realocar suas agendas, de modo a priorizar o atendimento ambulatorial

b) Nas semanas em que houver reunião, as agendas dos profissionais apoiadores da Saúde da Família deverão ser rearranjadas de forma a priorizar a oferta assistencial direta (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 39).

[...]

c) A participação dos profissionais apoiadores da Saúde da Família nas reuniões de planejamento não deve ser rotineira, sendo reservada somente às situações em que houver pauta específica e sob repactuação da agenda do profissional com o Distrito Sanitário (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 50).

Entende-se que ao reduzir esses espaços de reunião - que são pensados para garantir a educação continuada, discussão de processo de trabalho, dentre outros temas -, tonalizá-se o modelo de saúde que se pretende. Em vários momentos – reunião NASF, espaços de debate público, reunião do Conselho Municipal de Saúde -, membros da gestão, se pronunciaram deixando indicativos de que a ênfase do trabalho na APS deveria se dar no atendimento ambulatorial (PEREIRA, 2016-2017a). Ora, como se faz promoção em saúde, nessa realidade?

Além do discorrido, denota-se que está havendo no município, um desmonte da perspectiva e proposta do NASF. Primeiramente, identificamos na nova Política, uma série de propostas que precarizam ainda mais o trabalho desses profissionais (que já é muito precarizado⁷), dentre elas, apontam que os profissionais NASF poderão vincular-se há mais que um Núcleo, além de, em casos “excepcionais” atender a outros DS – como podemos verificar:

4. A disposição dos profissionais pelo território obedecerá a critérios específicos para cada categoria, levando em conta as especificidades técnicas e de oferta por categoria, além de critérios de risco e vulnerabilidade e as necessidades de saúde detectadas para cada conjunto populacional.

4.1. Um profissional vinculado a um NASF poderá exercer atividades de apoio a outros Centros de Saúde pertencentes ao mesmo Distrito, desde que tal arranjo esteja justificado pela demanda do território e não implique em carga horária adicional para o profissional, sendo o provimento adequado das equipes ativas competência da gestão municipal.

4.2. Excepcionalmente um profissional vinculado a um NASF pode realizar o apoio matricial a Centros de Saúde de outros Distritos Sanitários guardando as mesmas ressalvas do item anterior.

4.3. Os arranjos referentes aos itens anteriores devem ser compatíveis com a carga horária do profissional.

4.4. O provimento adequado de número suficiente de profissionais é de competência da gestão municipal (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 33).

Outro fato intrigante, é que a PMAS-2016, passou a chamar os profissionais integrantes do Núcleo, também de Apoiadores de Saúde da Família, intercalando a nomenclatura. A proposta de trabalho do NASF, é de que o mesmo aconteça em conjunto com a Estratégia, a partir da discussão das demandas e do trabalho interdisciplinar, que pense coletivamente o atendimento das mesmas. A Carteira de Serviço, indicava que os NASF's

Não são portas de entrada do sistema, sendo núcleos voltados para fortalecimento das Equipes de Saúde da Família e para retaguarda assistencial no âmbito da atenção primária. Acesso por encaminhamento da atenção primária ou por outros fluxos previamente pactuados (FLORIANÓPOLIS, 2014, p. 8).

[...]

Os encaminhamentos/atendimentos da equipe NASF são regulados pelas ESF salvo quando: (a) encaminhados de acordo com fluxos ou critérios previamente definidos pela gestão municipal ou pelas equipes ESF e NASF em comum acordo; (b) em situações urgentes ou imprevistas em que o profissional NASF seja o recurso mais acessível no momento (FLORIANÓPOLIS, 2014, p. 22).

⁷ Importa destacar que atualmente já existem profissionais NASF que são responsáveis por mais de um Núcleo. Esse é o caso das assistentes sociais, que em sua maioria respondem a três NASFs. Também, quando algum profissional se afasta (as vezes por períodos de licença que se aproximam de um ano), a gestão direciona profissionais de outros NASF's como referência, o que sobrecarrega os mesmos (PEREIRA, 2016-2017^a).

A nova Política, reforça que o Núcleo não é “porta de entrada” salvo em casos em que o profissional NASF seja o recurso mais acessível, mas, ao mesmo tempo, indica que

a) Os atendimentos clínicos e assistenciais prioritários, assim como de apoio à demanda espontânea realizados por profissionais apoiadores da Saúde da Família, não necessitam obrigatoriamente de discussão prévia com a Equipe de Saúde da Família, devendo prevalecer como condição prioritária a necessidade do paciente assim como a facilidade de acesso ao profissional que naquele momento melhor responda a sua necessidade de saúde (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 57).

De forma alguma, entendemos que a desburocratização do fluxo, seja um problema, e compreendemos que existam situações em que não há tempo hábil para discussão prévia ao atendimento, contudo, percebemos em nossa prática, que de alguma forma – em determinadas equipes - esse fluxo (do atendimento sem discussão) se tornou uma prática rotineira – há uma naturalização da não discussão de caso pela falta de tempo, e isso é resultante da precarização do trabalho e não da falta de vontade dos profissionais -, fazendo com que o NASF torne-se uma especialidade dentro da própria AB. Ademais, foi construído um grupo de trabalho – reivindicado pelos profissionais NASF – para discutir o processo de trabalho dos mesmos, com o fim de fortalecer o Núcleo e afinar suas propostas – contudo, a gestão da SMS, utilizou desse espaço para solicitar que os processos de trabalho fossem discutidos pelas categorias profissionais, e não enquanto núcleo (PEREIRA, 2016-2017^a). Esse fato, junto da mudança da nomenclatura – de NASF para Apoiador – caracterizam uma fragmentação do trabalho desempenhado, representando um retrocesso frente ao que se avançou no âmbito interdisciplinar, voltando-se para uma concepção uniprofissional – esta que também revela uma concepção de saúde. Isso quer dizer que não deve haver trabalho individual na APS? Defender o trabalho interdisciplinar não significa não realizar intervenções individuais, tampouco, significa que as categorias profissionais não tenham atribuições privativas e/ou especificidades, mas em nossa compreensão, a ideia de construção interdisciplinar do trabalho, diz respeito a forma de ver e entender o processo de trabalho, e que cada qual e que todas as trocas, são fundamentais para a garantia de um conceito ampliado de saúde que não se limite ao conceito, e sim, reflita na prática. O que a gestão da saúde está propondo com essas alterações, é o caminho de volta para um modelo de atenção uniprofissional, e entende o/a usuário/a de forma fragmentada.

Além do mais, uma das formas de intervenção previstas para o NASF, é baseada no atendimento compartilhado. Ora, as demandas são compartilhadas, porque esse recurso precisa ser usado criteriosamente? Por que não tornar essa modalidade uma prática comum, respeitando a decisão e interesse dos usuários?

d) Atendimento compartilhado entre profissional apoiador da Saúde da Família e profissional das Equipes de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal é recurso de construção de autonomia e capacidade da Atenção Primária à Saúde e deve ser utilizado de forma criteriosa em casos selecionados de comum acordo entre os atores envolvidos, com a concordância dos usuários e buscando manter, à máxima extensão, a capacidade de oferta clínica individual tanto dos membros da Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal quanto dos profissionais apoiadores da Saúde da Família (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 57).

Como a própria legislação indica, parece que essa conduta se dá pela necessidade de aumentar a produtividade em detrimento da qualidade e priorizar os números de atendimentos individuais. Importa ainda, registrar, como medida intrínseca a esse processo de fragmentação e descaracterização do NASF, a ida dos médicos psiquiatras para as policlínicas. Desde meados do segundo semestre de 2017, esses profissionais, que fazem parte da equipe NASF, passaram a realizar atendimentos – que dizem respeito a saúde da família -, nas policlínicas municipais, que correspondem a atenção secundária em saúde, e não, atenção primária. De acordo com análise do Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde, esse fato desconfigura o NASF,

Sabe-se que as policlínicas fazem parte de atenção secundária, logo, esses profissionais estarão distantes da Atenção Primária à Saúde (APS) como prevê as Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Estas mesmas diretrizes também colocam o NASF como uma forma de enfrentamento às linhas de produção tayloristas, ou seja, fragmentados por categorias, pois considera que a organização por categorias profissionais traz uma característica corporativista e não centrada no usuário, e também ressalta que uma gerência em comum à todas as categorias que compõem o núcleo objetiva uma interação positiva entre os membros, capaz de romper com a fragmentação [...]. Então, com essa ação da gestão, de colocar os profissionais NASF nas policlínicas, com acesso regulado, propõe uma fragmentação com as diretrizes nacionais do NASF e são pautadas no produtivismo através do maior número de atendimentos individuais, bem como, o desmonte e desvalorização do SUS. [...] Alguns profissionais de saúde, por sua vez, vem se reunindo para questionar a ida dos profissionais médicos psiquiatras para as policlínicas, já que isso representa enorme dificuldade aos usuários, que tampouco, possuem condições objetivas e subjetivas para acessar esse atendimento distante de sua moradia (CCRS, 2017a, s/p).

Na prática, já se percebe a diferença na qualidade do serviço prestado a população – especialmente no que se refere a saúde mental -, pois esses profissionais não mais estão nos CS para o matriciamento das demandas. Além disso, é uma medida que retira a autonomia da eSF em dialogar, organizar e pensar a agenda junto do profissional, de acordo com as prioridades, pois quem articula essa agenda, no momento, é um regulador, que não está na saúde da família acompanhando os casos e discutindo os mesmos com as equipes.

No entanto, importa registrar que já no início de 2017, tivemos sinais de que passaríamos por um processo negativo de reestruturação dos atendimentos das demandas de

saúde mental na AB, quando as reuniões distritais de saúde mental⁸ foram suspensas, a Comunicação Interna (CI) de número 35, lançada em 04 de abril de 2017, afirmava que se tratava de uma “suspensão temporária das reuniões distritais de saúde mental” (PEREIRA, 2017^a), contudo, já em 2018 (quase um ano depois), elas não foram retomadas. Sendo afirmado pela gestão em reunião de CMS, que foram suspensas porque os profissionais não queriam mais a reunião por serem improdutivas (PEREIRA, 2018a). Embora, não tenhamos identificado nenhuma pesquisa com os profissionais sobre o tema, tampouco algum esforço da gestão em qualificar o espaço. É, em nossa concepção uma tomada de decisão “de cima para baixo” e que repercute na qualidade do serviço em saúde mental, demonstrando mais uma vez, a ênfase no atendimento ambulatorial, como “melhor alternativa para a saúde”.

Esse panorama – que trata de algumas das problemáticas presentes na APS em Florianópolis, não pretende desqualificar os avanços dessa política, contudo, partimos do pressuposto, de que esse processo de trabalho, revela uma concepção de saúde, as aparentes “sutilezas” dessas mudanças, podem parecer “inofensivas” – principalmente no discurso da gestão, porém, a fragmentação e individualização da atenção e do cuidado e a prioridade de atendimentos ambulatoriais, sinalizam um modelo de saúde, que certamente, não dialoga com o projeto de Reforma Sanitária. De acordo com Bravo (2007, p. 15)

A universalidade do direito - um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária - foi um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto saúde voltada para o mercado. Esse projeto tem como premissa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico.

Assim, se faz imprescindível o entendimento de que as técnicas revelam os interesses e pressupostos que percorrem a saúde, como já sinaliza Mendes (1995, p. 20) “estabelece-se uma luta constante nos planos político, ideológico e técnico, o que faz com que qualquer proposta de saúde seja decodificada, por um ou por outro, de acordo com seus pressupostos e seus interesses”. Arriscamo-nos a dizer que as proposições de mudanças na APS de Florianópolis, vão ao encontro da proposta da nova PNAB. Esta, indica a desestruturação do modelo de saúde da família, que como já afirmamos – mesmo constituído de contradições e tensionamentos, como o é, o próprio SUS por ser inerente as contradições da sociedade de classes – representa

⁸ Destinadas a discussão de casos entre os psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais NASFs e representantes os Centros de Atendimento Psicossocial – CAPS (CAPS Infantil, de Álcool e Drogas e II).

também, um avanço em relação a modelos anteriores, e, disputarmos as técnicas e a própria organização do serviço, corresponde a uma disputa de projeto de saúde.

3.2 Panorâma dos recursos financeiros: o corte de verbas na Saúde

Nesse ítem trataremos de trazer para o debate alguns elementos que dizem respeito ao panorama dos recursos financeiros destinados a política de saúde no município de Florianópolis, também, no intento de dialogar com a conjuntura nacional. O orçamento da saúde não se restringe a APS, mas a mesma é inerente a este, os apontamentos que seguem, portanto, são imprescindíveis para compreensão da conjuntura municipal. Para essa discussão, nos baseamos principalmente nas atas das reuniões e notas do CMS de Florianópolis.

No ano de 2016, o município de Florianópolis, teve um expressivo corte dos recursos financeiros destinados a saúde. De acordo com nota lançada pelo CMS na época do corte o SUS de Florianópolis estava correndo um grande risco, “com o corte de 28 milhões no orçamento da Saúde anunciado em abril pelo prefeito Cesar Souza Junior, que somados aos 10 milhões já ocorridos em 2015, totalizam 38 milhões de reais” (CMS, 2016a, s/p).

Esse corte, anunciado em abril/2016, gerou uma série de mobilizações, que perduraram até o final do segundo semestre do corrente ano, e, impactou diretamente em todos os serviços de saúde, inclusive, com falta de materiais e insumos básicos para o funcionamento das unidades de saúde, além da falta de medicamentos, e uma significativa redução do número de exames médicos, como pode ser observado em relato do CMS,

A consequência da falta de recursos já sendo sentida pela população com a falta de materiais para procedimentos odontológicos e de enfermagem, de limpeza e escritório, entre outros. **Há falta de medicamentos e dificuldades para a realização de exames. Já estão em falta alguns modelos de seringa** (incluindo a seringa de insulina, essencial para os diabéticos), alguns modelos de luva, abaixador de língua, soro fisiológico, equipo para nutrição enteral, entre outros. E a lista só vai aumentar caso o recurso não seja imediatamente disponibilizado. O contingenciamento implicou, também, na **interrupção de diversas obras de centros de saúde** no município. A **proibição de contratação de profissionais de saúde até 31/12/16** vai prejudicar o acesso onde houver falta destes funcionários (CMS, 2016a, s/p. grifos no original).

Na época, reuniões foram realizadas com o então prefeito - César Souza Junior -, e demais membros da gestão, e mesmo com promessa realizada - em julho/2016 -, de que determinaria a aplicação do retorno de um montante de 11 milhões de reais para saúde, a mesma não se cumpriu. Uma sucessão de e-mails foram enviados pelo CMS, chamando a população para mobilização, nos meses de agosto e setembro, pois até então, os 11 milhões não haviam sido destinados ao financiamento da saúde,

Nossa situação na Saúde está cada dia pior com a diminuição drástica de consultas e exames especializados, medicamentos, insumos, etc. A situação está crítica para os profissionais de Saúde que estão com dificuldades para efetivar seu trabalho e para os usuários que não conseguem o atendimento adequado para suas demandas. A cada dia que passa esta situação se agrava aumentando as filas e o desespero da população desassistida. Enquanto isso o Prefeito não assina o decreto que nos prometeu devolvendo \$11 milhões dos 28 milhões que ele mesmo cortou há 4 meses. (CMS, 2016b, s/p.)

[...]

A mobilização foi exitosa. Tivemos entre 60 e 70 pessoas no local, entre conselheiros, membros da comunidade e profissionais de saúde. Como resultado de nossa movimentação e divulgação do ato, uma parte dos 11,8 milhões teve desbloqueio orçamentário realizado. Continuamos com o ato pois nosso objetivo era garantir o financeiro desse recurso desbloqueado. [...] Deixamos claro que manteríamos o acompanhamento de todo este trâmite inclusive da entrada do financeiro no Fundo Municipal de Saúde, do cancelamento do Programa Remédio em Casa e dos demais encaminhamentos a partir daqui e manteríamos os Conselhos de Saúde em regime de atenção e vigilância caso seja necessário voltarmos as ruas. Ficou acordado também que o secretário da Fazenda estará presente em nossa agenda com o prefeito que deve ser final de agosto. O conselho agradece e parabeniza a todos pela belíssima mobilização de ontem que traz nova esperança a saúde de Florianópolis. (CMS, 2016c, s/p.)

[...]

Convocamos todos a participar das Reuniões dos Conselhos Distritais de Saúde que tem o intuito de construir ações para pressionar o atual Prefeito de Florianópolis a desbloquear o recurso financeiro da SAÚDE. [...] (CMS, 2016d, s/p.)

No mês de outubro nova mobilização foi organizada, em virtude da não resolutividade do problema por parte da gestão municipal. Em e-mail, convocando a mobilização dos profissionais e comunidade, o CMS reforçou que a falta de recursos estava inviabilizando os serviços de saúde. Em nota, o CMS de saúde, explica que, na “9ª Conferência Municipal de Saúde de Florianópolis, realizada em 2015, que contou com 1.045 participantes, com a representação dos vários segmentos sociais, aprovou a seguinte proposta:” (CMS, 2016e, s/p.)

Estabelecer 25% do financiamento do município para a saúde, com aumento gradual de 2% ao ano. Na contramão do que o controle social indica como caminho para a viabilidade financeira do SUS, o que se percebe é uma diminuição progressiva dos recursos direcionados para a saúde pela Prefeitura: **19,86% em 2011, 19,62% em 2012, 18,77% em 2013, 18,03% em 2014 e 18,80% em 2015. Com os cortes deste ano, a previsão é que o orçamento seja de 17,04%.** Como manter a rede e ampliar os serviços com a queda dos recursos? Uma pesquisa recente indicou que, para 44% da população de Florianópolis, a saúde é o maior problema enfrentado atualmente (CMS, 2016e, s/p.).

Conforme os dados indicados pelo CMS, entre de 2011 e 2016 houve uma redução significativa dos recursos destinados a saúde, somada a não aplicação do que já estava previsto (ou seja, dos 38 milhões), causou uma drástica redução, correspondente a quase 3% em relação

ao ano de 2011. Conforme a nota “apesar de anunciado na mídia, o recurso de R\$ 11,8 milhões prometidos pelo prefeito em 27 de julho ainda não foi disponibilizado. Este recurso é fundamental para garantir a retomada dos contratos com clínicas para exames e consultas de média complexidade” (CMS, 2016e, s/p.). Ou seja, em outubro, os 11 milhões que seriam devolvidos – que representavam parte dos recursos já cortados – não haviam retornado aos serviços de saúde.

Ao mesmo tempo em que há esse corte de recursos no âmbito municipal, no governo Federal, vivenciou-se nesse mesmo ano, a aprovação de um grande contingenciamento das verbas públicas destinadas às políticas sociais. O Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 55, denominada pelos movimentos sociais como “PEC do Fim do Mundo” que se tornou a atual Emenda Constitucional (EC) n. 95, aprovada em dezembro de 2016, visa o congelamento dos gastos públicos com as políticas sociais, por 20 anos.

Certamente, o cenário nacional, implica e repercute na conjuntura municipal. O contexto de recessão econômica, se constitui como uma política de Estado, em nossa análise, o governo municipal de Florianópolis, assim como o Governo Federal, fazem uma escolha, quando da implementação dessas políticas de corte de verbas e/ou congelamento das mesmas. Esse processo, exemplifica o discorrido na primeira seção, acerca do papel do Estado na fase monopolista-imperial, quando o mesmo aprofunda e direciona – sem nem mistificar-, seu papel de comitê da burguesia. É fundamental, portanto, compreender a relação do fundo público nesse processo, pois o Estado utiliza desses recursos, para a manutenção dos interesses da burguesia, de acordo com Salvador (2010, p. 211), esse processo é revelador da correlação de forças e disputas, evidenciando o empenho das tarefas histórica deste Estado,

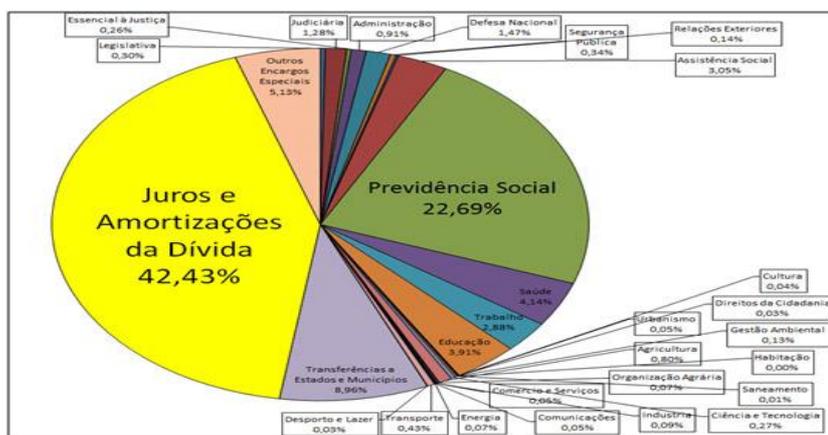
A correlação das forças sociais é importante para compreender a composição do fundo público no Brasil. A partir do momento da definição do montante de recursos que o Estado terá de contar para o desempenho de suas tarefas, que são determinadas historicamente, a questão central passa a ser a distribuição desse ônus entre os membros da sociedade. Nessa perspectiva, O'Connor (1977, p.203) considera as finanças tributárias como uma forma de exploração econômica que requer, por isso, análise de classe. [...] (SALVADOR, 2010, p. 211).

Esse processo, é fundamentalmente, representado na dívida pública, que se tornou uma potente aliada do capital financeiro – que, como já sinalizado, se construiu como uma das respostas à crise da década de 1970, associado a ideologia neoliberal e a reestruturação produtiva – os dois primeiros, especialmente, fazem um “belo casamento” na restituição e retirada de direitos sociais. Salvador (2010), em sua tese acerca do Fundo Público, evidencia essas relações, apontando que

Para Carvalho (2007, p. 99), “a dívida pública é um dos principais instrumentos de dominação dos rentistas e do grande capital sobre a sociedade brasileira”. Os portadores de títulos públicos usam o subterfúgio de condições de “credores” do setor público para esconder a sua real condição de privilegiados da política econômica, principalmente a política fiscal e monetária, em curso nos anos de neoliberalismo. O fundo público transfere enorme massa de recursos para esses rentistas, o que restringe as políticas sociais, a capacidade de investimento público, ainda, concentrando renda e riqueza e dificultando o crescimento econômico. Além disso, “a dívida pública sempre teve por origem as relações de classe e o poder político que permitem aos ricos escapar amplamente, ou mesmo quase completamente, dos impostos (Chesnais, 2005, p.39)” (SALVADOR, 2010, p. 356).

No caso do Brasil, esses dados são facilmente observados conforme Figura 1.

Figura 1 - Orçamento Geral da União 2015 (Executado) Total = R\$ 2,268 trilhão



⁹Fonte: Gráfico elaborado pelo movimento Auditoria Cidadã da Dívida (2016).

Observando a Figura 1 - correspondente ao ano de 2015, podemos perceber que 42,43% do orçamento do Governo Federal foi destinado ao pagamento de juros e amortizações da dívida. Pouco mais de 50% desse orçamento – àquela época, estava destinado ao investimento de recurso públicos com os direitos e políticas sociais. No campo da saúde, pode-se perceber que era correspondente a 4,14%. Em 2017 esses valores já haviam se alterado (mas não conseguimos acessar o gráfico atual). Sendo assim, a EC, n. 95, visa a destinação dos recursos públicos para pagamento da dívida, em detrimento da diminuição de investimento desses recursos nas políticas sociais, pois em nenhum momento o Governo cogitou o não pagamento da dívida em resposta à suposta crise de arrecadação do Estado brasileiro. Assim, não temos uma prospecção positiva no âmbito da manutenção, tampouco de avanços no campo dos direitos sociais. Esses fatos, exemplificam a crítica feita ao papel do Estado burguês. De acordo

⁹ Gráfico disponível em: <http://www.auditoriacidadada.org.br/blog/2016/11/09/explicacao-sobre-o-grafico-do-orcamento-elaborado-pela-auditoria-cdadada-da-divida/>. Acesso em: 11 Fev 2018

com as explicações do movimento pela Auditoria Cidadã da Dívida, seria imprescindível uma auditoria da mesma, pois que, essa dívida é impagável. A não realização de uma auditoria, novamente evidencia a vinculação do Estado com o capital – e não só, demonstra também que ele o mantém e se faz intrínseco aos seus projetos e interesses -, pois esse pagamento é realizado aos bancos. Novamente, pode-se notar que os impactos da crise pós-decáda de 1970 perduram até hoje nos países periféricos e aprofundam sua relação de dependência, intensificando a miséria e a pobreza para a população. Conforme a análise de Salvador (2010, p. 361)

É mister dizer que os detentores de títulos da dívida são as instituições financeiras e os (FIF's), que concentram quase 75% dos títulos públicos federais em poder do público, conforme revelam os dados do Banco Central (2008). Do total de R\$ 1,2 trilhão dos títulos da dívida, em janeiro de 2008, R\$ 349,0 bilhões estavam concentrados em carteira própria dos bancos, ou seja, na tesouraria das instituições financeiras, representando 30% do estoque. A outra parcela importante, 43,84%, pertencia ao FIFs, que é o lastro de aplicações financeiras dos rentistas e do grande capital, incluindo “investidores” estrangeiros e, em menor parte, as disponibilidades de recurso de pessoas físicas e capital de giro de empresas.

No que se refere a saúde, podemos dizer que é consenso que os recursos financeiros nunca foram suficientes, pois

a estreita relação dos recursos do FNS com o setor privado é ameaça constante à universalização. Os dados mostram que o avanço registrado na CF com o estabelecimento do princípio da universalização da saúde não logrou êxito na realidade. O que predominou foram os enormes e quase intransponíveis obstáculos no financiamento da saúde. O nível de gastos públicos em saúde no Brasil é claramente insuficiente para cumprir a missão que a Constituição de 1988 se propôs: estabelecer um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito. Aliás, é paradoxal que o gasto privado em saúde seja maior que o gasto público no país (SALVADOR, 2010, p. 392).

O problema de financiamento é histórico e se mantém na atualidade, a EC 95, intensifica a problemática, inclusive, nos fazendo questionar sobre a viabilidade de funcionamento e/ou manutenção do próprio SUS, colocando em risco anos de luta, histórias e conquistas. De acordo com Funcia (2017) a projeção para o orçamento da saúde, com a EC95,

indicam quedas de recursos orçamentários para o SUS, considerando dois cenários de estudos:

Cenário Prospectivo: perda de R\$ 434 bilhões (hipótese de projeção 2018-2036: variação anual do IPCA de 4,5% e crescimento real do PIB de 2% ao ano). A nossa estimativa inicial é que a aplicação federal em saúde pública cairá de 1,7% do PIB para em torno de 1,2% do PIB em 2036, com impactos negativos sobre a aplicação estadual e municipal, visto que 2/3 do orçamento do Ministério da Saúde são despesas com as transferências fundo a fundo (FUNCIA, 2017, s/p.).

Retomando o âmbito municipal, o ano de 2017, se inicia com uma série de intensificações da precarização iniciada na gestão anterior. Nos parece que muitos dos

problemas vivenciados em 2016 se repetem com as medidas do novo governo municipal (sobre as quais discutiremos adiante), e associadas a conjuntura nacional – aprovação da EC95. Já nos primeiros dias do ano, o atual prefeito, Gean Loureiro (PMDB), anunciou uma série de medidas – a qual os movimentos sociais intitularam de “pacote de maldades” – as quais serviram unicamente, para retirada de direitos sociais, especialmente trabalhistas. Na ocasião, os salários dos municipais referente ao mês de dezembro, não foram pagos integralmente, sobre a alegação de que a arrecadação era insuficiente para tal. Por outro lado, o governo municipal repete a postura do federal – quando opta por não realizar a cobrança das grandes empresas devedoras do município. Àquela época, um levantamento foi realizado, sendo constatado que,

Entre os devedores estão: bancos, como o HSBC, ITAU e Banco Safra, grandes construtoras, como HANTEI e ÁLAMO, comerciantes, hotéis, como Costão do Santinho Turismo e Lazer, o Brava Empreendimentos Hoteleiros e Jurerê Praia Hotel, shoppings, figuras públicas, por exemplo, alguns representantes da mídia catarinense, igrejas e empreendimentos imobiliários, como o Grupo Habitasul (DESACATO, 2015, s/p.).

De acordo com o Portal Desacato “grandes empresários e figuras da elite estão há anos sem pagar seus impostos”, a reportagem sinaliza que “Com o trabalhador, a prefeitura não é tão paciente!”. A prefeitura, como era de se esperar, debruçou-se em retrocessos no campo dos direitos, afinal,

A correlação da luta de classes no país, no contexto do neoliberalismo, foi desfavorável aos trabalhadores e decisiva para o predomínio dos impostos indiretos e regressivos na estrutura tributária. O sistema tributário foi edificado para privilegiar a acumulação capitalista e onerar os mais pobres e os trabalhadores assalariados, que efetivamente pagam a “conta”. Eles são os maiores responsáveis pelo financiamento do Estado brasileiro, arcando com o ônus de 2/3 das receitas arrecadadas pela União, estados, Distrito Federal e municípios. As aplicações financeiras são menos tributadas que a renda dos trabalhadores assalariados. O capital foi o maior ganhador do sistema tributário construído nos governos FHC e Lula. O sistema financeiro paga menos imposto que o restante da sociedade. E, ainda, as medidas tomadas enfraqueceram o combate à sonegação tributária (SALVADOR, 2010, p.389).

Enquanto isso, as problemáticas na área da saúde, perduraram e se aprofundaram. Em março de 2017, o CMS disponibilizou um e-mail intitulado “Perguntas e respostas sobre atendimento à população nas unidades de saúde” – este encaminhado pela SMS -, no qual, constavam comentários acerca dos questionamentos realizados pela população, sobre as demandas de saúde de Florianópolis, dentre estas questões estavam:

Perguntas e respostas sobre atendimento à população nas unidades de saúde

Secretaria de Saúde esclarece quais são os problemas mais comuns encontrados pela população nos centros de saúde do município em razão da crise financeira e das dívidas herdadas da administração passada.

[...]

- Precisei pegar medicamentos na farmácia do centro de saúde, mas fui informado de que estão em falta. O que devo fazer?

A atual administração herdou uma dívida com os fornecedores de medicamentos, o que ocasionou a interrupção no fornecimento neste início de ano. Além disso, o Governo do Estado atrasou por seis meses, até agora, o repasse de recursos para a Assistência Farmacêutica – que representa quase 30% do custeio total do município com remédios. Todos os contratos estão sendo renegociados e os empenhos começaram a ser liberados. Até o fim de março a situação começa a ser regularizada.

A recomendação é que os pacientes de medicamentos controlados e de uso contínuo procurem as equipes de Saúde da Família para que sejam avaliadas as alternativas para a continuidade do tratamento, até que os medicamentos voltem a ser distribuídos. Uma opção temporária é procurar as farmácias populares no município.

- Há muitos procedimentos que não estão sendo feitos no centro de saúde por causa do lixo, que não é recolhido há muito tempo. O que está acontecendo?

O contrato com a empresa que fazia o recolhimento do lixo nas unidades expirou no ano passado. A Secretaria de Saúde está fazendo a renovação em caráter emergencial, mas aguarda os trâmites legais para regularizar a situação. Enquanto isso não acontece, a Comcap irá realizar o trabalho, com calendário que inicia nesta sexta-feira (10) (CMS, 2017^a, s/p.)

Em julho do mesmo ano, quando da votação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), o CMS realizou um abaixo assinado, reivindicando o aumento do percentual do orçamento do município para a saúde (CMS, 2017b, s/p.). O CMS, indica nesse abaixo assinado – novamente - o percentual de investimento dos últimos anos, sinalizando, que ao final de 2016, a receita de Florianópolis foi – na verdade -, de 16,74%. Afirmam, portanto,

que o município de Florianópolis tem investido em saúde com recursos próprios cada vez menos, ano a ano (19,86% em 2011; 19,62% em 2012; 18,77% em 2013; 18,04% em 2014; 18,8% em 2015 e 16,74% em 2016); - que a proposta de orçamento aprovada na IX Conferência Municipal de Saúde, é de 25% dos recursos próprios da Prefeitura, com aumento gradual de 2% ao ano; O Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis solicita por meio de abaixo-assinado que a proposta debatida e aprovada na Conferência de Saúde seja respeitada; que o município aplique o percentual estabelecido Lei Orçamentaria Anual (LOA) para o exercício de 2017; e que seja aprovado um aumento dos recursos destinados à saúde na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) para o exercício de 2018 de 23%. (CMS, 2017b, s/p.)

Na reunião do CMS do dia 27 de junho de 2017, foi realizada uma audiência pública, a qual foi colocada em votação a prestação de contas, e, conseqüente aprovação – pelo CMS - do quadriênio correspondente. Na presente data, Conselheiros relataram inúmeras situações as quais retratam que a problemática da falta de financiamento permanece, e agrava os problemas,

que não foram resolvidos - mesmo que a SMS tenha dado justificativa às supracitadas justificativas no mês de março - de acordo com o Conselheiro, os problemas permanecem,

Então o que todo mundo que está aqui nessa reunião sabe, é que lá no posto de saúde está faltando médico, lá no posto saúde está faltando material e a gente precisa entender de onde vai vir este recurso.” Por que quando se fala em assunto financeiro, se toca num tema muito importante, que é o tema da prioridade municipal. **Porque não é que não exista o dinheiro, o dinheiro funciona com prioridades.** Então se trabalha com a questão das prioridades e não dá para ver o Município tratar de forma prioritária a saúde em Florianópolis (CMS, 2017c, p. 15, grifos meus)

Outro conselheiro afirma,

E cada vez mais está ficando pior. Entramos aqui na Câmara de Vereadores, na semana passada, para pedir que a gente chegasse a um orçamento no próximo ano de 23%. Mas fico sabendo que nós não estamos aplicando 15,1%, sendo que aprovamos na LDO 19% para a Saúde. **Ou seja, esta gestão já está pior a nível de orçamento do que a gestão do Prefeito César Souza Júnior que foi catastrófica.** Eu queria que nós parássemos para pensar nisso: **porque passamos o ano todo passado reclamando do orçamento e nesse momento o orçamento está pior do que estava no passado.** Então isso vai nos deixando muito preocupado porque hoje do jeito que tá o Sistema Único de Saúde, mesmo sabendo da competência que tem o Secretário, do compromisso que ele tem com a saúde, mas com esse orçamento nós vamos quebrar o Sistema Único de Saúde de Florianópolis. E cabe ao CMS e à Câmara de Vereadores uma ação responsável que é pedir uma audiência pública com o Prefeito Gean Loureiro junto com a Comissão de Saúde e os vereadores que quiserem para que a gente possa discutir como que vai ser o repasse mensal até o final do ano porque tipo mantemos esse ritmo nós vamos ter remédios, não vamos ter os insumos, daqui a pouco não vamos ter até funcionários, porque não vão ter condições de trabalhar por falta de condições. Então eu sugiro que o CMS faça esse encaminhamento de audiência pública com o prefeito de junto com os vereadores para que a gente possa discutir como vamos fazer para aumentar esse repasse e transformar a realidade da Saúde, já que foi aprovado nesta casa os 19%. Não estamos falando nada diferente do que foi aprovado o ano passado (CMS, 2017c, p. 17-18, grifos meus).

De acordo com o citado pelo conselheiro “esta gestão já está pior a nível de orçamento do que a gestão do Prefeito César Souza Júnior que foi catastrófica”. Na prática, permaneceu a falta de profissionais nas unidades de saúde, o problema da coleta de lixo (resíduos hospitalares) – justificado em março como algo que seria prontamente resolvido - perdurou até meados do segundo semestre de 2017. Nos meses de outubro e dezembro de 2017, recebemos e-mails da própria gestão com a lista de medicamentos faltantes, ou seja, a problemática da falta de medicamentos, estendeu-se ao longo do ano. Esses fatos, demonstram que o orçamento insuficiente, inviabiliza a materialização dos serviços, e que, a escolha acerca da destinação dos recursos, evidencia os interesses do Estado, e por conseguinte dos respectivos governos. Conforme tentamos elucidar nesse ítem, “historicamente, os recursos fiscais no Brasil sempre

foram usados para subsidiar e financiar a acumulação de capital, enquanto os recursos contributivos cobrados na folha de salários financiavam o social” (SALVADOR, 2010, p. 207).

No caso do SUS, é importante sinalizar, que

Não basta ter a universalidade como princípio, é necessário torna-la efetiva. Um dos meios para tornar concreto o princípio é o fundo público. O orçamento público tem de ser um instrumento de efetivação dos direitos, pois assegurar políticas públicas universais custa dinheiro, mas não foi essa a opção da implementação das políticas que integram a seguridade social no Brasil, que ficaram restritas ao seguro no caso da previdência, à focalização na assistência social e ao desmonte na saúde. Os recursos que deveriam estar assegurando a universalização foram canalizados para o orçamento fiscal, e deste para o bolso dos rentistas. Por corolário, o fortalecimento do capital portador de juros, por meio dos investidores institucionais, atores relevantes na esfera da financeirização da riqueza em curso no capitalismo, constitui uma espécie de “bolsa” especial para o capital financeiro (SALVADOR, 2010, p. 392).

Nossa hipótese – considerando os indicativos que a história já nos apresentou – é de que a redução de recursos financeiros no campo das políticas sociais, além de desonerar as responsabilidades estatais – e direcionar recursos públicos as instituições financeiras -, aponta para o caminho do sucateamento, logo, da ineficiência do público, para que o serviço privado se apresente como alternativa – o que bem sabemos, é uma falácia.

3.3. O trabalhador que paga a conta?

*Trabalhas sem alegria para um mundo caduco,
onde as formas e as ações não encerram nenhum exemplo.
Praticas laboriosamente os gestos universais,
sentes calor e frio, falta de dinheiro, fome e desejo sexual.*
Carlos Drummond de Andrade – Elegia, 1938

Conforme indicamos anteriormente, os reflexos da suposta crise de arrecadação do Estado, incidem diretamente em todas as esferas de governo. No município de Florianópolis - além do corte de verbas na saúde -, repercutiu especialmente nos direitos trabalhistas, implicando, em amplas tentativas de retirada destes. Em janeiro de 2017 - quando do início do Governo Gean Loureiro, foi anunciado um “pacote de maldades”, o qual previa cerca de 40 projetos de leis, que alteram significativamente a legislação municipal, no âmbito trabalhista, previdenciário e demais campos.

No eixo precedente, mencionamos uma análise de Salvador (2010, p. 389) – que consideramos importante aqui retomar - a qual, o autor sinaliza que o sistema tributário foi construído para “privilegiar a acumulação capitalista e onerar os mais pobres e trabalhadores assalariados” sendo que estes últimos “são os maiores responsáveis pelo financiamento do

Estado brasileiro, arcando com o ônus de 2/3 das receitas arrecadas pela União, estados, Distrito Federal e municípios”. Conforme já exemplificamos, Florianópolis seguiu à risca a linha política do governo federal no que se refere ao orçamento, e no campo trabalhista, não está sendo diferente. O início de 2017 evidenciou da forma mais explícita possível, que é o trabalhador quem paga a conta, pois Gean parcelou o pagamento dos salários dos municipais – sob a alegação de que não havia arrecadação para tal – ao mesmo tempo em que não cobrou o pagamento de impostos das grandes empresas devedoras do município, dentre elas, bancos.

Além do parcelamento dos salários – sob as alegações citadas - as medidas apresentadas no “pacote de maldades”, indicaram também, tal processo. De acordo com matéria do Sindicato dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal de Florianópolis (SINTRASEM),

O ex-prefeito César Souza Jr. (PSD) e a Equipe de Transição do atual Prefeito Gean Loureiro, haviam se comprometido em pagar todos os servidores até 31/12. Porém, segue devendo para todos, inclusive os aposentados, que diferente dos demais não receberam nada até a data de hoje, provavelmente em retaliação a não aprovação na última semana do PL 1584/16 que previa mais um parcelamento da dívida da PMF com o IPREF. A direção do Sindicato procurou o Prefeito na tarde desta segunda-feira para cobrar o imediato pagamento dos salários, pensões e aposentadorias, sem sucesso. Fomos atendidos pelo atual Secretário da Administração, Sr. Everson Mendes, que nos relatou que o Executivo Municipal está providenciando os meios para regularizar a situação. Contudo, não deixou claro se irão regularizar ainda esta semana, pois disse que contam com a arrecadação do IPTU que deve entrar até o dia 05 de janeiro e com outras questões de ordem burocrática para receberem repasses (SINTRASEM, 2017^a, s/p).

Dentre as legislações impetradas pelo governo municipal, o Projeto de Lei Complementar (PLC) 1591/2017¹⁰ - que tratava das gratificações e licenças dos servidores, propunha alterar os seguintes itens no Plano de Cargos e Salários (PCCS),

Art. 1º Exclui todas as gratificações e adicionais de serem incorporadas ao vencimento e à aposentadoria. Assim, nenhum benefício, que não seja o vencimento básico, será levado aos proventos, tanto para os aposentados anteriores e posteriores à emenda constitucional 41. A única forma de receber os adicionais será para aqueles que até a entrada em vigor da lei já estão aposentados ou que já tiverem cumprido todos os requisitos para aposentadoria (art. 9º do PLC). Outra consequência será uma redução na arrecadação dos fundos de previdência, tendo em vista que não pode incidir contribuição previdenciária sobre verbas não incorporáveis à aposentadoria.

Art. 3º Reduz o adicional noturno de 50% para 25%.

Art. 4º Reduz o adicional de horas extras, que era de 100% em dias úteis e 200% em dias não úteis, para 50% em todos os casos.

Art. 5º Acaba com a antecipação do décimo terceiro salário.

Art. 6º Transforma a gratificação de “exercício de atividades especiais” em uma previsão completamente aberta, sem nenhum critério verdadeiro em lei, o que permite a distribuição de benesses aos aliados.

¹⁰ Ver os itens alterados na íntegra da própria legislação.

Art. 7º Reduz a licença por motivo de doença na família. Era permitido até seis meses a redução de vencimentos, agora serão dois meses. Mais que isso será sem remuneração, até o limite de três meses.

Art. 8º Permite à Administração interromper por seu interesse a licença sem vencimentos.

Art. 10. Acaba com os anuênios e triênios. Não há nem mesmo previsão de incorporação ou algo parecido para, ao menos, prevenir redução dos vencimentos. O adicional simplesmente vai sumir dos contracheques o que implica em redução imediata dos vencimentos e proventos. Acaba com a gratificação de produtividade. Acaba com a gratificação de gestão do sistema único de saúde. Acaba com a licença prêmio, não há previsão inclusive de reconhecimento do direito adquirido daqueles que já cumpriram com o tempo.

Art. 11. Acaba com a férias de 65 (sessenta e cinco) dias dos auxiliares de sala.

Art. 12 Suspende o plano de carreira de 2014, inclusive tabelas salariais e as possibilidades de progressão de carreira. Não há qualquer explicação do que acontecerá com a suspensão (SINTRASEM, 2017b, s/p).

Como pode-se observar, nesse Projeto, as gratificações deixariam de ser incorporadas aos vencimentos e aposentadoria; o adicional de salário noturno seria reduzido pela metade; também, reduziriam o adicional de horas extras e o tempo de licença por motivo de doença familiar; e, propunha a suspensão das tabelas salariais e progressão de carreira, dentre outras questões. Como uma primeira medida – tendo em vista a proposta de suspensão das gratificações – os coordenadores dos centros de saúde não foram nomeados no mês de janeiro, o que desestabilizou a organização dos serviços, e a própria vida desses servidores, que ficaram a mercê da “boa vontade” do governo municipal, sem saber quais seriam os encaminhamentos para suas carreiras naquele momento (PEREIRA, 2017b). Em reunião do CMS, uma das conselheiras registra sua preocupação naquele momento, apontando esse fato como uma problemática: “os Centros de Saúde estão sem coordenador, pois não foram nomeados”, a conselheira também evidencia suas análises sobre a proposta do novo PCCS, indicando que o PLC desestimula os servidores ao interesse pela capacitação profissional, por esta não ser reconhecida nessa proposta de plano – por exemplo, financeiramente -, sinaliza ainda que ao mesmo tempo em que retiram a gratificação dos servidores em cargo de coordenação, por exemplo, “há também a contratação de novos comissionados, o que gera um custo maior em detrimento do salário daqueles que são qualificados para exercer tal função” (CMS, 2017d, p. 4-5) ou seja, os servidores.

Dentre as demais medidas do pacote de maldades, o PLC 1591/17 foi um dos primeiros a serem postos em votação na câmara de vereadores, mas antes disso, os municipais, em pleno mês de janeiro, já haviam aprovado uma greve histórica, com mais de 5 mil servidores, de acordo com as informações do Sindicato, “mais de cinco mil servidores e servidoras enfrentaram sol forte em pleno verão em Florianópolis para dizer não ao pacote de maldades

do prefeito Gean Loureiro (PMDB) em uma assembleia emocionante” (SINTRASEM, 2017c, s/p).

No dia 24 de janeiro de 2017, foi realizada na câmara de vereadores a votação do citado Projeto de Lei, que foi aprovado de maneira autoritária, sem nenhum tipo de diálogo com o Sindicato e a comunidade, e demonstrando, a truculência da polícia contra os servidores e população que acompanhavam a votação em protesto. O SINTRASEM (2017d, s/p.) relatou o ocorrido afirmando,

O dia de hoje (24/1) vai ficar marcado como uma mancha na história da cidade. Depois de 12 horas de sessão, a Câmara Municipal encerra as atividades tendo aprovado dois projetos do Pacote de Maldades de Gean Loureiro (PMDB): a reforma administrativa e o desmonte nos planos de carreira dos servidores. Trabalhadoras e trabalhadores da Prefeitura e da Comcap se manifestaram durante todo o dia para tentar barrar o absurdo que se passava. Vereadores que não são da base governista e que não conseguiram nem a ler as emendas propostas aos projetos - já que foram enviadas pouco antes do início da sessão - insistiam para que elas fossem ao menos lidas na Plenária. Os pedidos foram negados e as emendas aprovadas em grandes blocos. Do lado de dentro e fora da câmara, a Polícia Militar e a Guarda Municipal entraram em pé de guerra com servidores, atirando balas de borracha, bombas de efeito moral e spray de pimenta.

De acordo com notícia veiculada pelo SintraseM, até dia 17 de janeiro, 25 das propostas do pacote de maldades, haviam sido aprovadas em caráter emergencial, dentre as quais, 11 foram retiradas de pauta e uma arquivada. Frente ao cenário, a greve dos municipais se manteve até meados de fevereiro, durando 38 dias. Após ameaças do executivo municipal, contra o Sindicato e servidores, com tentativas de tornar a greve inconstitucional, os municipais tiveram uma grande vitória, quando o então prefeito, revogou as medidas que já tinham sido aprovadas, acerca das mudanças no Plano de Carreira,

Foram 38 dias de incansável resistência contra a mídia, judiciário, executivo na construção de um movimento capaz de mobilizar toda a cidade em defesa do serviço público municipal. Foram realizados atos nas comunidades, reuniões com os diferentes setores da rede: educação, saúde, assistência, obras, administração, entre os demais. Ontem (23/2) as servidoras e servidores puderam finalmente enterrar a tristeza causada pelo Pacote de Maldades, com a sensação de dever cumprido! Gean Loureiro (PMDB) recuou em sua proposta inicial de destituição do Plano de Cargos e Salários (PCCS). O prefeito voltou atrás em todos os pontos da Lei 597 aprovados de forma truculenta e desajeitada no 24 de janeiro, um mês atrás. Conseguimos recuperar praticamente todo o nosso plano, a gratificação na aposentadoria, anuênios e triênios, férias das auxiliares de sala, adiantamento do 13º para mães em período de gestação, percentual da hora-extra. A nossa greve acabou, mas vamos seguir mobilizados na garantia de todos os nossos direitos! Precisamos ainda reaver parte de nossa Licença Prêmio que saiu prejudicada e seguir na luta por uma previdência pública e solidária! Provamos que com muita unidade e organização podemos conquistar o que queremos! Juntos

somos ainda mais fortes! Dinheiro público é para o serviço público!
(SINTRASEM, 2017e, s/p.)

Mesmo com uma vitoriosa greve, uma série de ataques contra os direitos trabalhistas continuaram ocorrendo durante o ano. Os reajustes salariais referentes a data base foram parcelados - como já havia ocorrido no ano anterior (PEREIRA, 2016-2017a). Além disso, em junho/2017, o atual secretário de saúde, Carlos Alberto Justo da Silva, tentou passar por cima do acordo que havia sido feito pela categoria no último data base, aumentando a escala de plantões mensais, de 11 para 12 dias, e, quando os profissionais questionaram essas medidas, munido de uma postura autoriária, o Secretário ameaçou os trabalhadores, dizendo que se não aceitassem, aumentaria essa escala para 13.

O secretário Carlos Alberto Justo da Silva quis passar por cima do acordo feito pela categoria com o executivo no final da última data-base. A secretaria enviou no dia 20 de junho Comunicado Interno (C.I.) aumentando a escala de plantões de 11, como definido em coletivo, para 12. Em reunião na secretaria hoje (29/6) a diretoria do SintraseM e a comissão de trabalhadores para a regulamentação dos plantões recusaram aceitar a alteração da escala. O secretário então ameaçou dizendo que se os trabalhadores não aceitarem, vai aumentar a escala para 13 plantões. Paraná ameaça as pessoas responsáveis pela saúde da população da Florianópolis mostrando, mais uma vez, sua falta de sensibilidade à saúde pública, orientado por interesses privados e alheios a comunidade. Após a reunião, o sindicato foi para o Gabinete do prefeito relatar o ocorrido. Gean Loureiro (PMDB) se comprometeu a revogar o C.I. 62 e enviar um Projeto de Lei a Câmara de Vereadores aprovando a regulamentação na escala de 11 plantões. O SintraseM orienta aos trabalhadores não excederem 11 plantões na escala de julho (SINTRASEM, 2017f, s/p.)

Como pode-se observar a virulência desse Estado, contra os direitos, se revela também nos mecanismos encontrados para tentar barrar e impedir as mobilizações. O que exemplificou isso, foi a postura do executivo municipal, quando optou por aplicar o código 04 – correspondente a falta injustificada, aos servidores em virtude da paralisação nacional,

Desde o início do seu mandato, Gean não desiste de atacar os direitos dos trabalhadores do serviço público municipal. Mas, na mesma altura que ele ataca, recebe a resposta da categoria: no início deste ano foram 38 dias de greve dos trabalhadores da PMF, a maior da história do sindicato, que com muita luta conseguiu fazer com que o prefeito recuasse com o seu pacote de maldades. Em julho, os trabalhadores da Comcap fizeram um duro enfrentamento com o executivo e a Câmara de Vereadores contra a privatização e em defesa dos postos de trabalho. O SintraseM entende essa modificação de códigos do executivo como mais um forte ataque à organização sindical e à liberdade dos trabalhadores. A categoria não vai aceitar calada: no dia 19 de outubro, todos na assembleia na luta pelos nossos direitos! (SINTRASEM, 2017g, s/p.)

Não é coincidência, que todos esses ataques ocorridos, não se restrinjam a esfera municipal. Pois ao mesmo tempo em que Gean tentava aprovar o desmonte do PCCS dos servidores municipais, no âmbito nacional, se discutia a contrarreforma trabalhista. A qual foi aprovada em julho de 2017, e passou a vigorar em novembro do mesmo ano. Essa, altera significativamente as relações e condições de trabalho. De acordo com matéria publicada pela Carta Capital (2017, s/p.), dentre as alterações estão: os acordos coletivos - que podem sobrepor-se a lei, e regulamentar jornadas de trabalho de até 12h, o limite de 48h semanais de trabalho e 220h por mês, dentre outras questões, “antigamente os acordos coletivos não podiam se sobrepor ao que é garantido pela CLT”; as gestantes “passam a poder trabalhar em locais insalubres considerados de graus mínimos e médios, antes elas eram impedidas pela legislação de trabalhar em qualquer lugar insalubre, independente do grau”. Mas, o que essas mudanças e/ou tentativas de mudança, na legislação trabalhista, representam na prestação dos serviços em saúde?

Essas alterações - tanto no que se refere ao sucateamento das políticas sociais, quanto de retirada de direitos trabalhistas -, perfazem um mesmo projeto político-ideológico, este que é societário. É necessário, portanto, destacar dois pontos: um deles é o fato de que, a retirada de direitos trabalhistas, repercute nas condições de trabalho, logo na saúde do trabalhador, e na qualidade dos serviços que esse trabalhador prestará. Afinal, é fundamental nos perguntarmos: como, quem cuida da saúde da população – os profissionais de saúde – exerce esse cuidado, submetido a destruição do plano de carreira, sob ameaças e chantagens do governo municipal? Essas, são questões a serem pensadas, que refletem também, no sucateamento dos serviços. O outro elemento a ser destacado, é que esse processo, representa também, a desresponsabilização do Estado, sobre os direitos trabalhistas, que busca respaldo na flexibilização do trabalho, funcional e fundamental para o atual momento do capitalismo, e, intensificado na economia dependente latino-americana. Antunes (2016, s/p.), ao analisar essas transformações, explica que “em 2008, como resultado ainda desse longo processo que se inicia em 1973, a crise chegou” causando “um novo momento da crise estrutural onde há uma reorganização e uma nova ofensiva das corporações, da burguesia mundializada e dos seus estados imperais” que trazem a pretensão de “corroer, dilapidar, devastar o que resta da legislação social protetora do trabalho”. Esse momento, se intensifica na atual conjuntura, e sob a égide de um governo extramente conservador e liberal. Para o autor,

Se essa impulsão global pela precarização do trabalho em escala global é mais intensa no sul do mundo, quando o sul do mundo vive uma expansão econômica, a exploração e a superexploração do trabalho convivem com um crescimento econômico e um maior nível de emprego. Quando a crise se

intensifica, nós convivemos com a superexploração do trabalho sendo ampliada para aqueles e aquelas que continuam no trabalho, além do desemprego e subemprego que não param de crescer no mundo todo. Os governos, então, são pressionados pelas transnacionais para fazer mais um patamar de devastação nas condições de trabalho. E é isso que faz que esse governo golpista e ilegítimo, um verdadeiro governo terceirizado, esse é o seu papel. Esse pato, essa coisa grotesca da Fiesp que esteve na liderança do golpe, querem, junto com as demais federações do comércio, uma devastação das condições de trabalho (ANTUNES, 2016, s/p.).

Por fim, pretendemos sinalizar aqui, que além do contingenciamento de gastos do Estado – os retrocessos no campo de proteção social trabalhistas -, apontam para uma forma de organizar e contratualizar o trabalho, que desonera as grandes empresas capitalistas e o Estado. Logo, essa precarização, trás como alternativa para todas as áreas empresariais, mas não só, também para o serviço público, as terceirizações¹¹ e privatizações como uma alternativa, de acordo com Antunes (2016, s/p.), esse é o “sonho dos capitais”, ora, se o Estado é um braço da burguesia, e, se pretende desonerar suas despesas para continuar isentando esse mesmo capital de suas obrigações, lhe é válido diminuir os encargos trabalhistas – ao terceirizar, e ainda, de antemão, “ganha” o fato de os trabalhadores terem mais dificuldades em se organizarem.

A terceirização é o sonho dos capitais. Se os capitais conseguem a terceirização total, como querem fazer no Brasil, em todos os ramos de atividade econômica, será possível terceirizar. Isso é o melhor do mundo para o capital, porque ele diminui seus custos, aumenta o nível de exploração do trabalho - nas áreas onde já existe a terceirização os trabalhadores e trabalhadoras recebem menos - aumenta-se a divisão da classe trabalhadora. Eles querem dividir a classe trabalhadora e terceirizar ilimitadamente, quarteirizar fatiando e fragmentando ainda mais a classe trabalhadora (ANTUNES, 2016, s/p.)

As hipóteses aqui discorridas – de que a precarização do trabalho e das políticas sociais, incide nas possibilidades de terceirização e privatização, podem ser observadas na prática. Utilizamos como exemplo, o processo de aprovação da EBSEERH no Hospital Universitário da UFSC, que corresponde a um processo de privatização. Na ocasião em que a EBSEERH foi aprovada (no ano de 2015), o principal argumento utilizado pela gestão do hospital, era de que faltavam recursos humanos e que a EBSEERH possibilitaria a contratação desses. Àquela época, mesmo quando o movimento contrário a EBSEERH colocava como alternativa a isso, a abertura de concurso público para a contratação de novos profissionais, essa alternativa era vista como

¹¹ Importa sinalizar que quando apontamos a terceirização, estamos referindo-nos a contratação de trabalhadores por meio de empresas que prestam serviços, por exemplo, a contratação dos trabalhadores de serviços gerais, se dá por meio de empresas privadas de prestação de serviços. Quando se terceiriza a gestão de um serviço, entregando-o para empresas privadas, então, entende-se que estamos falando de privatização. Sendo que essas lógicas dialogam entre si.

“descartável”, inclusive, o MEC estava proibindo a contratação de novos servidores – se não fosse via Empresa - mesmo sendo a EBSERH opcional. Mas porque será? Obviamente, era porque se pretendia uma forma de contratação dos servidores, que desonerasse o Estado dos encargos trabalhistas. Hoje, o que temos no HU da UFSC – mesmo com a aprovação da Empresa - é a continuidade da problemática de falta de recursos humanos, e, que tem impactado diretamente no atendimento a população, pois a emergência e a maternidade do hospital - ao longo desses dois anos - já foram fechadas inúmeras vezes (PEREIRA, 2016-2017b).

Ademais, observamos a presente precarização do trabalho, no âmbito da saúde e mais especificamente da APS, na relação constituída da SMS com os programas de residência em saúde da família. O que foi possível denotar em nossa prática, é que, embora a proposta da residência seja de educação em serviço, a postura da SMS sobre esse projeto, é de apropriá-lo e de utilizá-lo, como força de trabalho, para suprir a demanda de servidores faltantes, precarizando ainda mais as relações de trabalho. É apropriado como mão de obra, por exemplo, quando os residentes são direcionados a cobrir equipes as quais faltam profissionais nas eSF, e mesmo no NASF, pois em muitos locais, os residentes acabam por atender parte das demandas que não conseguem ser supridas pelos profissionais, por conta da própria precarização do trabalho destes. Além disso, apesar de não terem direitos trabalhistas, os residentes são “cobrados” em suas atividades, da mesma forma que um servidor. Sobre o fato, há muita resistência dos residentes em saúde, que vem questionando esse processo (PEREIRA, 2016-2017b).

Por fim, antes de adentrarmos no próximo item, sinalizamos, que o desmonte no campo previdenciário, também evidencia a implementação desse projeto de desmontes no campo dos direitos sociais, e trabalhistas. O pacote de maldades proposto pelo prefeito Gean Loureiro, tem como medidas, uma série de Projetos de Lei, que destroem a previdência municipal, dentre as quais PLC 16.934/17, que “parcela as contribuições previdenciárias não-pagas”.

O presente Projeto de Lei tem por objetivo autorizar o parcelamento, em até 60 meses, do montante nominal de R\$52.059.741,88 (cinquenta e dois milhões e nove mil setecentos e quarenta e um reais e oitenta e oito centavos) correspondentes às contribuições previdenciárias devidas e não repassadas ao RPPS/Florianópolis, referentes à parte patronal dos meses de abril, maio, junho, julho, agosto, setembro, outubro, novembro, dezembro e 13º salário de 2016, bem como às contribuições referentes ao exercício de 2017 do Fundo Financeiro e do Fundo Previdenciário (FLORIANÓPOLIS, 2017^a, s/p.)

Ao lançar esse projeto, até parece que o prefeito estava prevendo que não cumpriria com sua obrigação na hora de realizar o pagamento patronal da previdência, pois em outubro de

2017, o Sintrasem recebeu a notícia de que embora a PMF tenha descontado 23 milhões de reais dos trabalhadores, não fez o depósito no fundo previdenciário.

Embora a prefeitura de Florianópolis tenha descontado em 2016 e 2017 mais de R\$ 23 milhões dos trabalhadores municipais para depositar no fundo previdenciário, não é isso que vem acontecendo. As informações estão em ofício encaminhado pelo Ipref ao Sintrasem, que mostra que foram feitos os descontos de sete parcelas – além da gratificação natalina –, mas que **não houve o depósito deste valor no nosso fundo previdenciário**. Além disso, segundo o mesmo documento, R\$ 21 milhões de contribuição patronal deixaram de ser depositados, bem como R\$ 24 milhões em parcelas atrasadas. Em 2016, encerramos uma greve com o compromisso explícito do Executivo de que não haveria mais parcelamento da parte patronal, e também com a garantia do pagamento em dia de todas as parcelas atrasadas. Em sua campanha à prefeitura, Gean Loureiro inclusive assumiu este compromisso com os trabalhadores – mas faz ainda pior que seu antecessor, se apropriando diretamente de parte do salário do trabalhador sem dar explicações. (SINTRASEM, 2017h, s/p.)

Além disso, o PLC 1593/17, propõe fundir “o fundo previdenciário com o fundo financeiro” além de nos artigos 4º e 5º propor que a contribuição previdenciária chegue a 14% até 2020; ainda, pretende determinar que o fundo seja encarregado de suportar a insuficiência financeira e, propondo a retirada da responsabilidade do município acerca da insuficiência do fundo da previdência. Como pode-se perceber, ao mesmo tempo em que a PMF se desresponsabiliza pela insuficiência financeira, não cumpre com seu dever, de fazer o pagamento da parte patronal ao fundo previdenciário. Além dessas medidas, o prefeito Gean Loureiro propôs o PLC 1594/17, que prevê a criação da previdência complementar no município. De acordo com o Sindicato, esse Projeto

Cria a previdência complementar para aqueles que ingressaram depois da entrada em vigor da lei ou para aqueles que desejarem aderir. No artigo 28, coloca que os servidores que ingressarem no serviço público municipal depois da promulgação dessa lei complementar receberão como aposentadoria no máximo o teto do regime geral (INSS). Se quiserem receber um outro benefício, terão que pagar mais na previdência complementar. A previdência complementar é de regime de capitalização - isto é, o dinheiro será aplicado no mercado financeiro (SINTRASEM, 2017b, s/p.)

Esta reforma diverge da luta histórica dos municipais, pois,

A previdência de trabalhadores e trabalhadoras representa uma das maiores conquistas da classe no país. Desde muito, políticos aliados dos interesses privados dos grandes empresários colocam na mira esta garantia para quem se aposenta. O Sintrasem fez uma luta histórica no município, conseguindo barrar por dez anos a implementação do fundos Financeiro e Previdenciário. A previdência social dos servidores de Florianópolis foi pública e solidária até 2009. Ou seja, as pessoas na ativa contribuíam para quem se aposentava. Agora em 2017, os fundos foram fundidos, em lei aprovada por vereadores no Pacote de Maldades de Gean Loureiro (PMDB). E seu correligionário Michel Temer (PMDB) tenta impor a qualquer custo uma reforma nacional que pode

fazer a população ter que trabalhar até a morte. A luta continua! Por uma previdência pública e solidária! A imagem é de 2003 na luta contra a criação do fundo da Previdência. (SINTRASEM, 2017i, s/p.)

Mais uma vez, se torna impossível não mencionar a simultaneidade dessas propostas, quando o Governo Federal pretende realizar e tem posto em pauta, uma das maiores contrarreformas previdenciárias do país. Esta, que está em recusa pela população, pois o Projeto de Emenda Constitucional – PEC 287/2016, propõe o desmonte da previdência. Resistir e lutar contra as alterações previdenciárias no município é também luta e resistência contra a contrarreforma nacional da previdência. De acordo com material divulgado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), neste texto, demonstram que,

Depois de 5 anos de promulgação da PEC, caso seja aprovada, a regra geral de idade de 65 anos aumentará de acordo com o incremento de esperança de sobrevivência. Assim, se em 2014, segundo o IBGE, essa esperança de sobrevivência foi estimada em 18,3 anos e, para 2020, a previsão é que haja um aumento de 23,5% dessa sobrevivência, em 2021 a idade mínima para aposentadoria poderá ficar entre 66 e 70 anos, conforme estabelecer a lei. Na prática, a PEC anuncia o fim das aposentadorias sob os sistemas públicos, a desproteção dos mais pobres e uma potente expansão da previdência privada, por que: Proíbe a criação de novos RPPS pelos estados e municípios e obriga aos que mantiverem o RPPS fixar o teto do RGPS para a aposentadoria e a criar a previdência complementar; muda a contribuição do trabalhador e trabalhadora rural (segurado especial) de 2,1% sobre a comercialização de seus produtos, para o grupo familiar, para uma alíquota individual sobre o salário mínimo; impede a acumulação de duas aposentadorias – exceto nos casos previstos pela Constituição Federal – uma aposentadoria e uma pensão por morte do cônjuge ou duas pensões por morte de cônjuges; reduz os valores das pensões para 50%, com 10% para cada dependente até 100% e as partes dos dependentes prescritas não reverterão ao/à cônjuge; eleva a idade para acesso ao Benefício da Prestação Continuada (BPC) por pessoas idosas de 65 para 70 anos, desvinculando também seu valor ao salário mínimo; extingue as aposentadorias especiais dos trabalhadores e trabalhadoras de áreas de risco e de professores e professoras da educação básica e muda as regras de aposentadoria de pessoas com deficiência. (CFESS, 2017, sp.)

Como é possível observar, no plano federal, teremos um grande desmonte, caso seja aprovado essa PEC, que nos demonstra, que o papel do Estado tem sido o de desassistir a população, e cada vez menos, de garantir qualquer direito.

Com esse ítem, intuiu-se demonstrar como as mudanças relativas a previdência e aos direitos trabalhistas, objetivam desonerar o Estado de suas obrigações com a classe trabalhadora, e, reforçar seu papel de agente da burguesia, também, o quanto o sucateamento dos serviços, podem – novamente – construir a ideia de infeciência do público, para justificar as medidas privatizantes. Esta é uma tendência que está posta, e é a saúde, um grande campo de disputa. Entendemos desde aqui, que estamos sob uma ameaça na APS de Florianópolis, a

seguir, tentaremos por fim, aprofundar alguns elementos que evidenciam de modo mais direto, a nossa hipótese.

3.4 Afinal, quais são as tendências da APS em Florianópolis?

“A nossa luta é todo dia, porque saúde não é mercadoria”.

Entende-se a partir do discorrido, que nessa relação, as legislações e mudanças nacionais tem impactado diretamente na conjuntura municipal, e que ambos os processos, apontam para uma precarização ainda maior da política de saúde, indicando uma tendência a privatização da mesma, logo, um projeto de saúde que destoa do preconizado pelo movimento sanitarista. A privatização dos serviços de saúde – através de diferentes modalidades, como por meio OS's, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundações Estatais de Direito Privado, empresas públicas de direito privado, como é o caso da EBSEH -, tem sido implantada nos três níveis de atenção e mesmo que com naturezas jurídicas diferentes, constituem-se como “novos modelos” de privatização. Aqui em Florianópolis, ela atingiu, por ora, a alta complexidade, mas, levando em conta a flexibilização das relações de trabalho no município com o respaldo da legislação federal, bem como o sucateamento que se intensifica a partir da retenção e/ou corte de verbas públicas para a saúde, compreende-se que estamos a passos curtos desse processo nos demais níveis de atenção.

A partir da contextualização e análises da conjuntura municipal e nacional, realizadas até aqui, entendemos que existe uma possível tendência a privatização da APS em Florianópolis. Alguns elementos – além dos já indicados, reafirmam nosso argumento, estes, estão baseados, especialmente nas legislações que tratam diretamente de indicar essas possibilidades. Inicialmente, vale destacar que, Viana e Fausto (2005), ao debaterem APS, demarcam que no âmbito das políticas seletivas de 1990, a saúde foi “dividida”, entre os pedaços mercantis e não mercantis, sendo que, a APS estava alocada na fatia “não mercantil”.

Podemos citar que foi no âmbito das políticas seletivas dos anos 1990, que a política de saúde começou a ser fatiada e pedaços não mercantis (atenção básica) e mercantis (outros níveis de assistência curativa individual) e os argumentos explicitados para o fatiamento iam desde a ausência de recursos do Estado, até sua pouca eficiência administrativa para a gestão desse ou aquele serviço (VIANA; FAUSTO, 2005, p. 163).

Contudo, nesse mesmo texto, as autoras indicam que a “garantia do espaço não mercantil em algumas políticas também depende da existência ou não de interesses privados

voltados para a comercialização desses serviços”, porque de acordo com elas “para que haja mercado/venda é necessário que existam empresários dispostos a constituir esse negócio” (VIANA; FAUSTO, 2005, 163-164). Parece-nos, que o texto tratava de um período, em que ainda não havia tantos interesses privados na APS, contudo, atualmente já se pode observar que ela se tornou também, mais um campo de mercado. Em nossa concepção, por dois motivos principais, o primeiro, é o intuito de desonerar o Estado, também, dessa responsabilidade, e o segundo, pela possibilidade de se criar um novo mercado, ou seja, mais um campo de comercialização, mesmo que ao custo de vidas. A intensificação das bárbaries do capitalismo, mostra nessas relações, que tudo é mercantil e comercializável na racionalidade do sistema.

Conforme já sinalizado, a terceirização se diferencia da privatização, contudo, estão em campos próximos. Destacamos que ao tratar da terceirização, estamos indicando o processo de contratação de trabalhadores via empresas de prestação de serviços, o que já acontece na PMF, em diversas áreas. No caso da saúde, esse processo pode ser exemplificado nos serviços gerais e de segurança, pois esses trabalhadores são contratados pela ORBENK (empresa terceirizada com fins lucrativos). A terceirização das atividades meio – como é o caso dos serviços de limpeza e conservação – já era aprovada na legislação brasileira, e há tempos tem sido questionada pelos críticos do campo trabalhista, Sindicatos e demais entidades que defendem os direitos dos trabalhadores. Contudo, entende-se, que a aprovação das legislações – a primeira no ano de 2015, e complementada por outra lei no governo Temer - que regulamentam a terceirização das atividades fim, estimula e possibilita a ocorrência da intensificação dos processos de terceirização, especialmente pela maior flexibilização das relações de trabalho. O que isso significa? Que com a regulamentação da terceirização das atividades-fim – no campo do serviço público, quando se trata do atendimento à população - a contratação de médicos, enfermeiros, professores, dentre outros profissionais, também pode se dar via empresa terceirizada, o que impacta diretamente no atendimento à população usuária desses serviços, especialmente pelas precárias condições de trabalho que surgem nesse tipo de vínculo empregatício.

Parte-se da compreensão que esses aspectos que dizem respeito a terceirização dos trabalhadores estão amplamente relacionados com os processos de privatização dos serviços. Ora, se a legislação permite terceirizar a contratação, porque não permitiria terceirizar toda a gestão dos serviços – o que implica privatizá-las? Os novos modelos de privatização perpassam neste caso a lógica de transferir às empresas – algumas delas públicas de direito privado, outras de economia mista, empresas “sociais”, dentre outras – toda a gestão e responsabilidade acerca

dos serviços essenciais. Portanto ele privatiza, desde o momento em que deixa a cargo de uma empresa privada a forma de operar do serviço, dando autonomia para que ela geste a política, desde a compra de insumos (sem licitação), contratação de trabalhadores (sem concurso público), atendimento pautado em metas (e não nas necessidades da população), reduzindo a quase nada o controle social, ou seja, quando o poder público abdica de sua responsabilidade e transfere a mesma a gestão privada, ele privatiza toda a forma de ser da saúde. Em outras palavras, o Estado investe os recursos financeiros para que uma empresa privada decida como utilizá-los.

No caso específico das Organizações Sociais, foram criadas pela Lei n. 9637, de 15 de maio de 1998. Esta última qualifica como OS's pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos (BRASIL, 1998, s/p.), e pressupõe, basicamente, a transferência da gestão dos serviços públicos, para o setor privado, a partir desses novos modelos supracitados. Para Gomes (2014, p. 29), esse formato de privatização, implica em “confusão de princípios”

A indefinição do marco jurídico das organizações sociais na legislação vigente implica assim em confusão de princípios públicos e privados que são aplicados conforme a conveniência dos administradores com recrudescimento da insegurança jurídica e com graves prejuízos para a população.

Ainda, o autor explica que,

O art. 173, II, CF, determina expressamente “a sujeição ao regime jurídico das empresas privadas, inclusive quanto aos direitos e obrigações civis, trabalhistas e tributárias” apenas nos casos em que o Estado explorar diretamente “atividade econômica”. A atuação estatal na ordem econômica é permitida excepcionalmente “quando necessária aos imperativos ou a relevante interesse coletivo”.

Contudo, a prestação de serviços de saúde pelo Estado não se enquadra de forma alguma nessas duas hipóteses, pois a assistência à saúde não é uma exceção, mas, ao contrário, é “um dever do Estado” conforme dispõe o art. 196 da Constituição Federal. Por conseguinte, a saúde é um serviço público e, como tal, submetido ao regime jurídico único de contratação de pessoal pelo estatuto do servidor público. (GOMES, 2014, p. 29)

Na prática, o que se observa de acordo com Fórum Catarinense em Defesa do SUS (2017, p. 2) é que “os governos, depois de construir e equipar as instituições, entregam seus bens e até servidores para a gestão privada, e mensalmente pagam a essas empresas para que administrem as unidades de saúde”, ou seja, essas empresas “recebem todos os recursos públicos para administrar as unidades e com total autonomia para contratação de funcionários sem concurso público, compras sem licitação”, ainda, “não passam pela fiscalização do controle social, são apenas fiscalizadas por uma comissão chamada comissão de avaliação e fiscalização, na qual a maioria dos membros são do governo e da organização social e onde o controle social

possui apenas uma vaga. É a terceirização descarada da saúde”. Mas sob quais alegações esse processo se justifica? De acordo com o Fórum, com a desculpa de “que terceirizar a gestão para essas empresas custa menos para o poder público e que elas prestariam serviço de maior qualidade”, contudo, o que se tem observado em Santa Catarina “é o contrario”, pois

nas unidades que foram privatizadas como SAMU, Hospital Florianópolis, CEPON, HEMOSC tem ocorrido várias dificuldades como atrasos de salário, falta de material, alta rotatividade de pessoal e em vários casos de negligência no atendimento além de fechamento de serviços a bel prazer da empresa (FÓRUM CATARINENSE, 2017, p. 2).

As OS's são apresentadas como uma alternativa à gestão pública, com a falsa ideia de resolução dos problemas quando na verdade transfere ao setor privado os bens públicos. Perguntamo-nos, qual a lógica de trabalho operante em uma empresa privada? Nos parece, que a de metas e números, que em nossa visão são dispensáveis aos serviços de saúde, que devem olhar para todo o processo do cuidado desde uma lógica ampliada e emancipadora, intraduzível numericamente. Além disso, há registros de inúmeras irregularidades e escândalos de corrupção envolvendo OS's¹².

No que se refere ao cenário municipal, importa mencionar que o conjunto de medidas propostas por Gean Loureiro no pacote de maldades, incluía o PLC 16935/2017 – que após aprovado, se tornou a Lei n. 10191/2017, a qual Institui o Programa Parceria Público-Privada de Florianópolis (PPP/FPOLIS), este, apresentado com “o objetivo de promover, fomentar, coordenar, disciplinar, regular e fiscalizar parcerias público-privadas no âmbito da Administração Pública Municipal”, sendo que aponta como uma das condições para inclusão de projeto:

III – a justificativa que dará ensejo ao futuro estudo técnico de sua viabilidade, mediante demonstração das **metas e resultados a serem atingidos**, prazos de **execução e de amortização do capital investido**, bem como a indicação dos critérios de avaliação ou desempenho a serem utilizados; (FLORIANÓPOLIS, 2017b, s/, grifos meus).

Além da aprovação desta lei, em maio de 2017, a PMF, lançou a Portaria n. 1023/201, a qual resolve criar, uma “comissão especial de credenciamento de serviços de saúde para

¹² Para mais informações sobre esse tema especificamente, indica-se a leitura dos cadernos de saúde, produzidos pela Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, destaca-se análise feita sobre a situação das OS's no Rio de Janeiro-RJ, em caderno intitulado “A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro”. Disponível em <file:///C:/Users/Ellen%20Pereira/Downloads/CADERNO%20DE%20SAUDE%20FAPERJ%202015.pdf>.

contratação de prestadores de serviços de saúde, para a SMS de Florianópolis”. De acordo com a portaria

Credenciamento é o procedimento administrativo pelo qual a Administração convoca interessados para, segundo condições previamente definidas e divulgadas, credenciarem-se como prestadores de serviços ou beneficiários **de um negócio futuro** a ser ofertado, quando a pluralidade de serviços prestados for indispensável à adequada satisfação do interesse coletivo ou, ainda, quando a quantidade de potenciais interessados for superior à do objeto a ser ofertado e por razões de interesse público a licitação não for recomendada. Art. 2º O credenciamento de prestadores de serviços de saúde deverá obedecer às seguintes etapas: I - Chamamento público com a publicação do regulamento (edital); II - Inscrição; III - Cadastro (Certificado de Registro Cadastral - CRC) **das entidades privadas interessadas**; IV –Habilitação; V - Assinatura do termo contratual; VI - Publicação do extrato do contrato no Diário Oficial do município (FLORIANÓPOLIS, 2017c, p. 3-4).

As legislações demonstram que – legalmente -, a possibilidade de privatizar os serviços está dada. Não há dúvidas, portanto, de que a gestão municipal não tem nenhuma objeção em relação a implementação da privatização dos serviços públicos. Inclusive, aprovou o programa que as regulamenta, e já iniciou seus trabalhos de privatização, dos almoxarifados.

Alegando alto custo de manutenção, o prefeito Gean Loureiro (PMDB) entrega gestão dos almoxarifados nas mãos de empresas privadas. Com um contrato de mais de R\$ 14 milhões, a licitação dos almoxarifados está em processo de habilitação e a previsão é que, até início do ano de 2018, uma empresa privada seja a responsável por toda a logística e cuidado com os produtos comprados com verbas públicas (SINTRASEM, 2017j, s/p.).

No que se refere a saúde, mais especificamente, a Portaria n. 1023/201, demonstra que existe algum projeto a ser implementado. Este começou a aparecer no final de 2017, quando as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de Florianópolis, sofreram sérias tentativas de sucateamento, inclusive, a terceirização da contratação de médicos na alta temporada de verão.

Seguindo à risca as cartilhas da Reforma Trabalhista e da Lei da Terceirização, a Prefeitura de Florianópolis publicou nesta segunda-feira (27) a chamada pública para contratar empresas terceirizadas que forneçam médicos para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) Norte e Sul durante a temporada de verão. De acordo com o edital da licitação 011/2017, os profissionais irão atender crianças e adultos, devendo estar "familiarizados com procedimentos cirúrgicos (suturas, drenagens, etc)". A prefeitura alega que o aumento no número de turistas justificaria a contratação de terceirizados. A prefeitura de Florianópolis a cada ano que passa tem investido menos na saúde municipal. Neste ano apenas 12% da Lei Orçamentária Anual foi gasto com saúde, quando o estabelecido é 19%. Com um salário baixíssimo, este tipo de contratação vai gerar um alto índice de rotatividade e fará com que a qualidade nos serviços oferecidos à população diminua. O quadro de trabalhadores na saúde é deficitário, portanto é dever da prefeitura chamar os aprovados em concurso público e abrir novos concursos para garantir equipes completas. Um exemplo concreto é a cobertura de saúde da família que já foi de 100% e hoje

cobre 90%, o que gera uma sobrecarga nos serviços de urgência e emergência das UPAs (SINTRASEM, 2017k, s/p.).

Além desses acontecimentos, em 2017, a SMS propôs a suspensão do atendimento odontológico nas UPA's. Quando a categoria reagiu ao desmonte, a SMS tentou justificar o fechamento do serviço, através de argumentos de cálculos acerca de tempo médio de atendimento no setor.

Após reação da categoria com a informação de que o atendimento odontológico nas UPAs seria fechado, o executivo tenta desviar o foco ao trazer dados que demonstram desconhecimento da realidade desses atendimentos nas Unidades de Pronto Atendimento. O cálculo do tempo médio de atendimento é uma informação frágil que não leva em conta o atendimento oferecido e considera somente o tempo de abertura e fechamento de prontuário, que podem variar de acordo com o momento que se faz o cadastro. Usar esse dado para explicar para a população o fechamento de um serviço é desconhecer a realidade que a odontologia tem enfrentado no decorrer dos anos. É preciso que o executivo amplie o atendimento do serviço em toda a rede pública e que dê condições aos trabalhadores das UPAs, que embora tenham equipes reduzidas e frequentes faltas de materiais, desempenham um serviço de extrema importância para toda a comunidade. (SINTRASEM, 2017l, s/p.)

Porém, ao mesmo tempo em que tentava extinguir o atendimento odontológico nas UPA's, o prefeito lançou o Projeto “Somar Floripa” – este, organizado pela primeira dama – prevê a realização de serviços públicos através do voluntariado, sendo que num primeiro momento, incentivou a adesão de cirurgiões dentistas, para esse “trabalho”.

No dia 09 de outubro de 2017, a Prefeitura Municipal de Florianópolis lançou uma campanha de rede solidária que estimula o voluntariado, nomeada “Somar Floripa”, coordenada pela primeira dama, Cíntia de Queiroz Loureiro. Entre as áreas ofertadas para as atividades de voluntariado, destacamos a área da saúde, a qual incentiva neste primeiro momento, a atuação de cirurgiões dentistas para trabalho voluntário voltado para crianças, adolescentes e idosos em situação de vulnerabilidade econômica. (CCRS, 2017b, s/p.)

Mas qual a relação desses processos com a APS? Primeiramente, é válido lembrar que mesmo tratando-se da atenção secundária, as UPA's estão sobre a administração de um mesmo governo, com uma mesma perspectiva e projeto. As medidas já tomadas em relação as UPA's, demonstram que esse projeto se associa a uma ideia de saúde, que não a do projeto de Reforma Sanitária, ao contrário, vincula a mesma, à perspectiva mercadológica, logo, neoliberal. Mas para, além disso, todas as problemáticas vigentes no processo de organização do trabalho – as quais tentamos discorrer brevemente fazendo um panorama da APS-, a falta de profissionais na APS; o corte de verbas e precarização do trabalho, também nesse campo; associados a

legislação que aprova o PPP/FPOLIS e a criação da Portaria n. 1023, demonstram um projeto de saúde em curso.

Ainda, no caso da APS, importa lembrar, que antes mesmo do lançamento do Somar Floripa, o atual secretário de saúde, ao participar de reuniões dos CLS, fez falas de incentivo, para que a comunidade se voluntariasse nos pequenos consertos e reparações dos CS's, exaltando o trabalho voluntário como uma alternativa ao serviço público (PEREIRA, 2017b). Em nossa concepção no reforço do voluntariado, também está presente a precarização, especialmente na forma de desresponsabilização do Estado. De acordo com Bravo (2007, p.14) a refilantropização é uma das manifestações de uma proposta de saúde vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, e responsabilizando a mesma à assumir os custos da crise, logo isentando o Estado.

Por fim, cabe destacar outro elemento importante, que é o fato de o atual secretário de saúde do município, ter sido o diretor do HU da UFSC, quando da aprovação da EBSEH. Sendo que se colocou publicamente a favor da mesma¹³, e foi denunciado pelo movimento contrário a adesão da Empresa, como um grande defensor dessa ideia – que por sinal, não resolveu os problemas do HU. Não esperamos que seja algum tipo de coincidência, que ele ocupe esse cargo na SMS.

Gostariamos finalmente, de registrar, que os aspectos aqui discorridos não se tratam de suposições e sim, de elementos concretos que nos apontam um caminho. Afinal, a gestão já explicitou – e não só através das legislações – que essa não é uma proposta a ser descartada. Em uma fala realizada pelo secretário adjunto de saúde - em reunião dos conselhos locais de saúde distritais do continente - quando questionado por um usuário, se eram verdadeiros os boatos de que havia a pretensão de privatizar a saúde em Florianópolis, o mesmo afirmou que,

Todas as hipóteses, que estão comentando de terceirização... todas as hipóteses, elas tem que ser estudadas, vocês sabem, tudo tem que ser estudado, a gente tem que saber quanto custa cada paciente, isso se chama gestão, tem que saber quanto é que custa cada paciente... vocês sabem quanto é que custa um aluno numa escola pública? [silêncio] três mil reais, assim ó, eu pago para o meu filho no colégio particular, 1600,00... eu pago isso, a escola pública está saindo muito mais cara que a escola particular... [sic]. (PEREIRA, 2017b).

A gestão, não tem nem mesmo negado suas pretensões, e, parece que o Sindicato dos municipais, tem uma leitura próxima a hipótese ora apresentada:

¹³ Vide posicionamento do ex-diretor do HU e atual secretário de saúde sobre a EBSEH na UFSC: <https://ndonline.com.br/florianopolis/noticias/ufsc-deve-decidir-em-maio-se-passa-ou-nao-a-gestao-do-hu-a-ebserh>. Acesso em 11 Fev 2018.

Os aparelhos de raio-x das UPAs estão sem funcionar desde o início do governo Gean. Faltam medicamentos e insumos básicos (gazes, campos para cirurgia, lençóis, luvas) durante o ano todo, enquanto consultas com determinados especialistas têm filas que ultrapassam um ano de espera. A defasagem de profissionais aumentou, e a cobertura da Saúde da Família continua sendo maquiada, utilizando equipes de residentes para garantir estatísticas positivas preconizadas pelo Ministério da Saúde. O secretário Paraná, privatista de longa data, aplica a velha cartilha: sucatear para depois privatizar. No fim do ano, pela primeira vez na história, terceirizou parte dos serviços médicos das UPAs. Apesar da Lei Orçamentária Anual estabelecer que os gastos com a saúde deveriam representar 19% do orçamento municipal, a prefeitura hoje gasta menos que os 15% mínimos constitucionais. Ou seja: a cidade aplica menos dinheiro na saúde do que a legislação federal exige, sem sequer prestar contas nacionalmente – afinal, Gean e Temer, dois golpistas do PMDB, se ajudam (SINTRASEM, 2017m, s/p.)

Neste ítem, buscamos evidenciar o quanto as legislações favorecem aos processos de terceirização e privatização em saúde, tanto no cenário municipal, quanto no cenário nacional. Indicando algumas das nossas análises acerca desse processo no município de Florianópolis. A seguir, delinearemos acerca das considerações finais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Vamos caminando
Aquí se respira lucha
Vamos caminando
Yo canto porque se escucha
Vamos dibujando el camino
(Vozes de um só coração)
Vamos caminando
Aquí estamos de pie
¡Que viva la América!
No puedes comprar mi vida
Latinoamérica – Calle 13*

Neste trabalho, buscou-se historicizar e contextualizar as nuances que perfazem o campo dos direitos sociais, das relações de trabalho, e do próprio processo de saúde, na sociedade capitalista. Consideramos para tanto, os marcos do capitalismo monopolista e imperial, como intrínseco a essas contradições, e, o papel do Estado enquanto “comitê dos assuntos da burguesia”, demonstramos ainda, as especificidades inerentes a constituição sócio-histórica da América Latina. Desde essa contextualização, foi possível observar que tais elementos incidem diretamente nos aspectos constitutivos do SUS. A particularidade da realidade brasileira demonstra que o projeto da Reforma Sanitária, foi implantado num contexto de luta contra hegemônica, em detrimento do projeto neoliberal que se pretendia para saúde, causando, portanto, uma fusão e, constantes tensionamentos entre ambos. Ainda assim, muitas conquistas foram adquiridas desde a materialização do SUS, as quais, tem sido ameaçadas por uma série de desmontes, tanto no âmbito do governo federal, quanto no municipal. Um dos principais reflexos do neoliberalismo para a política de saúde, é justamente a incidência das diretrizes dos organismos multilaterais – como o FMI e BM, acerca da proposta e concepção da mesma. Ademais, a suposta “falta” de recursos financeiros - em grande medida resultante da escolha política do pagamento dos juros e amortizações da dívida aos bancos - coloca os brasileiros em uma conjuntura desesperadora. Ainda, os aspectos históricos e atuais aludidos, apresentam a necessidade da luta pelo Estado Democrático de Direitos, que vem sendo ameaçado. O SUS é resultado de uma luta política que para além da consolidação dos direitos em saúde, fez parte da luta pela redemocratização do Brasil, ademais, os direitos sociais estão intimamente associados aos direitos políticos e democráticos.

Portanto, esse trabalho teve a pretensão, de analisar os possíveis projetos desenhados para APS em Florianópolis, levando em conta todo esse histórico e a conjuntura atual. Afinal, o que foi possível apreender a partir do panorama delineado? Primeiramente, entendemos que a aprovação da nova PMAPS/2016 e o processo de trabalho hoje estabelecido na APS, apontam

para uma perspectiva de retrocessos no que se refere as competências técnicas e de uma concepção acerca do processo de trabalho desenvolvido, que não contempla o conceito ampliado de saúde, através de uma tentativa de retirar do campo de trabalho, os espaços de discussão e construção mais coletivas, ainda, com um evidente intuito de tornar o trabalho realizado nos CS, quantificáveis. Além disso, entendemos que a precarização que se instaura pelo não financiamento do serviço, bem como, a precarização das condições de trabalho, pressupõe o sucateamento do serviço, para em seguida, construir-se a ideia de que o serviço público é insuficiente e ineficiente, para então apresentar a privatização como uma alternativa a resolução das problemáticas. Por fim, foi possível demonstrar a nossa hipótese inicial, a qual sinalizava que frente aos acontecimentos atuais, estamos a passos curtos desse processo, ademais, as legislações recentemente aprovadas, viabilizam e legalizam essa alternativa.

Importa destacar que além dos impactos diretos que a possível privatização da saúde – já em curso – terá sobre o atendimento aos usuários dos serviços, bem como, na precarização do trabalho, repercute diretamente na relação do trabalhador com o seu processo de trabalho, ou seja, no processo de alienação. Conforme apontamos no início do primeiro capítulo, a alienação é resultante do trabalho explorado na sociedade de classes, e se refere ao fato do trabalhador não acessar o produto final de seu trabalho. No caso do serviço público, como isso acontece? Entendemos que quanto mais se restringem os espaços de diálogos e discussões no trabalho – como a SMS tem feito – mais o servidor sente-se “à parte” do seu fazer profissional, criando um distanciamento entre sua técnica e o resultado final do seu trabalho que se materializa no atendimento às demandas da população, produzindo uma desconexão entre o trabalho e o fazer. Com a privatização dos serviços públicos, se inculca a lógica empresarial no seu funcionamento e nas relações de trabalho, neste caso a alienação se faz presente, especialmente quando ao profissional é imposto o cumprimento de metas, reduzindo os espaços de produção coletiva, e provocando cada vez mais o distanciamento entre o pensar no seu processo de trabalho. Ou seja, a privatização intensifica o processo de alienação do trabalho intrínseco a sociedade capitalista, em um espaço – que é do serviço público - em que haveria maiores possibilidades de reduzir esse distanciamento do processo de trabalho com o resultado final deste. Ademais, se pensarmos a alienação, desde o olhar dos usuários dos serviços, podemos observar que a alienação na sociedade capitalista ultrapassa o processo de trabalho, refletindo nas relações sociais e na forma de ler essa realidade, o que faz com que muitas vezes, os trabalhadores que fazem uso do SUS defendam a privatização como uma alternativa, frente ao falso discurso de crise do Estado. A intensificação da alienação, incide significativamente

na organização dos trabalhadores especialmente no que se refere ao enfrentamento desse processo de precarização, o que quer dizer que, quanto mais fragmentado for o processo de trabalho, mais alienante ele se torna, e conseqüentemente, produz maior dificuldade dos sujeitos se compreenderem coletivamente, ou, mesmo que se compreendam coletivamente, o medo produzido pela instabilidade empregatícia, por vezes, faz com que as vozes sejam silenciadas.

Tive a oportunidade de realizar o estágio optativo da residência¹⁴, inserida na APS da cidade do Rio de Janeiro (RJ). A partir dessa experiência, foi possível compreender melhor, os impactos de uma OS's na gestão da APS. Observamos naquele contexto a intensificação da precarização do serviço, e, principalmente das condições de trabalho. Essas questões repercutiam diretamente no direito de os trabalhadores se organizarem e questionarem - mesmo frente ao atraso e parcelamento dos salários - apesar da deflagração de greve, o receio de retaliação circundava os espaços e diálogos nas diferentes categorias, e se dava principalmente pela desestabilidade do vínculo (PEREIRA, 2017b), - conforme exemplificamos acima - mesmo assim, aquele povo travou e continua travando muita luta e resistência. Além desses elementos, importa sinalizar todas as condições estruturais colocadas a essa Política no município:

A saúde do Rio vai mal: a prefeitura não cuida bem dos pouco mais 50 mil trabalhadores de saúde. Várias categorias já entraram em greve, incluindo enfermeiros, técnicos em enfermagem, psicólogos, médicos, residentes e agentes comunitários de saúde. Acumulam-se mais de 170 trabalhadores demitidos da Atenção Básica e da Saúde Mental, atrasos constantes de salários desde o início do ano, férias suspensas, a ausência de mais da metade dos medicamentos, cortes com limpeza e segurança e conseqüente sobrecarga de trabalho, associado a assédio moral, estresse e exaustão física e mental, induzindo a saída de profissionais”. A denúncia é de Arthur Lobo, psicólogo, sanitário e integrante do movimento ‘Nenhum Serviço a Menos’ e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. (POLI, 2017, p. 2)

São essas estratégias que se apresentam frente ao sucateamento do serviço público, mas como pode-se observar, as privatizações, em nenhum espaço tem se mostrado como uma alternativa viável a resolução das problemáticas. De acordo com Mendes (1995, p. 50)

A privatização dos serviços sociais em geral, porém, mais especificamente em saúde, remete a regulação a mecanismos de mercado que, quase sempre, nesse setor, incrementam a regressividade do sistema, penalizando os que menos podem. Ou seja, um Robin Hood às avessas.

¹⁴ O estágio foi realizado no mês de outubro de 2017, junto do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Escola de Saúde Público Sérgio Arouca (Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ), em parceria com a Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Durante a experiência, acompanhei as atividades dos residentes, dentre as quais, vivência na Clínica da Família Josuete Sant’Ana de Oliveria.

Ao nos posicionarmos contra a tendência privatizante da política de saúde, justificamos a relevância da construção desse trabalho para nosso processo de formação, e, como uma tentativa de contribuir com as análises e leitura da realidade, para que sejam pensadas as estratégias de enfrentamento ao projeto privatista. Tratar das hipóteses ora apresentadas, é portanto desafiador, pois ainda que não se pretenda uma leitura fatalista da realidade, é difícil imaginar a resistência a tantos desmontes. Contudo, a partir do que foi possível apreender nesses dois anos de residência, posso afirmar com toda convicção de que há muita luta e coragem por parte da classe trabalhadora (usuários e profissionais da saúde), na defesa do SUS. Essa resistência é cotidiana e pode ser vista em muitos dos Conselhos Locais de Saúde, nos posicionamentos da bancada popular do Conselho Municipal de Saúde, na coragem e ousadia do Fórum Catarinense em Defesa do SUS e contra as Privatizações, nas pautas que vem sendo construídas pelo Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde, nas lutas históricas travadas por Sindicatos (municipal, estaduais e federais) comprometidos com os direitos trabalhistas e sociais, essa resistência e essa luta, pode ser vista nos demais movimentos populares, nas greves históricas dos trabalhadores municipais, também pode ser observada nos olhos de cada profissional da saúde, cada usuário e cada sujeito que se levanta para denunciar os ataques que a política de saúde tem sofrido em Florianópolis e no país, a resistência é sentida em todos aqueles que se indignam perante as injustiças e desigualdades sociais.

Se faz imprescindível contudo, afirmar, que a defesa do SUS, não cabe nas siglas e caracteres que o definem. Para defender efetivamente o SUS, se faz necessário compreender a saúde desde a determinação social do processo saúde-doença, para dizer que se defende o SUS é preciso ter em pauta a integralidade do cuidado, além da premissa da universalidade e da equidade, a defesa do SUS 100% público, perpassa a defesa da gratuidade e qualidade em todos os serviços, pressupõe o financiamento público para o público, torna indispensável o controle social e a defesa de uma gestão totalmente estatal. A defesa do SUS pressupõe - além do que já foi citado - um posicionamento contrário a toda e qualquer forma de privatização, inclusive essas que tem chego de forma mascarada, a partir desses novos modelos de gestão que são as OS's.

Se hoje sinalizamos todas essas problemáticas, é porque está colocado o receio de perdermos tudo que esse povo foi capaz de contruir na APS de Florianópolis. Apontamos esses problemas, em respeito aos usuários e usuárias que atravessaram essa trajetória, em respeito aos profissionais que tanto me ensinaram, e a todos que persistem na defesa do que há de bom em nossos centros de saúde. Esse trabalho, se dá pelo respeito e consideração a todos aqueles

que tombaram para que o SUS pudesse ser o sistema que hoje é, mesmo com todas as inteperes decorrentes da luta diária e contra hegemônica.

Esse monografia, é portanto, uma monografia emocionada, pois ao escrever e analisar cada tema, pude rememorar a experiência da residência, e toda força construída nesses dois anos, porque pude me espelhar em pessoas que historicamente sobrevivem, resistem e se reinventam frente a esse sistema - os usuários - os trabalhadores e trabalhadoras, profissionais, preceptores, tutores, residentes - do SUS não são números, são histórias de vida, cheia de luta. E como dizem os versos cantados, escolhidos para fazer a epígrafe nas considerações, “vamos caminhando, aqui se respira luta, ninguém pode comprar nossas vidas”.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Entrevista concedida ao Brasil de Fato**, em 19 de setembro de 2016. São Paulo. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2016/09/19/temer-e-capaz-de-regredir-lei-trabalhista-a-epoca-da-escravidao-diz-ricardo-antunes/>. Acesso em: 11 Fev. 2018

AROUCA, Sérgio. **Discurso na 8ª Conferência Nacional de Saúde**. ANAIS. Brasília – DF, Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. **Lei n. 9637 de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/L9637.htm. Acesso em: 11 Fev. 2018.

_____. **Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para Estratégia Saúde Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 11 Fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 11 Fev. 2018.

_____. **O que é o NASF?** Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF. Ministério da Saúde, acesso a informação. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php. Acesso em: 11 Fev. 2018

BEHRING, Elaine. Rossetti. **Brasil em Contra – Reforma – desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2ª Ed. São Paulo: Cortez Editora, 2012, p.127 -282

BRAVO, M. I. A política de saúde no Brasil. In. MOTA, A. E. et al (orgs). **Serviço Social e saúde**. São Paulo: Cortez, 2007. (versão on-line) Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf. Acesso em: 11 Fev. 2018.

_____. MENEZES, Juliana Souza Bravo de. As Lutas pela Saúde e os Desafios da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde na Atualidade. In: BRAVO, Maria Ines; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (Orgs.). **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. 98 p.

CARTA CAPITAL. **O que deve mudar com a reforma trabalhista?** Matéria publica em 2017. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/o-que-deve-mudar-com-a-reforma-trabalhista-1>. Acesso em: 11 Fev. 2018.

CCRS – Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde. **Nota do Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde a respeito da reestruturação do Núcleo de Apoio a Saúde da**

Família em Florianópolis. Florianópolis, 2017^a. Disponível em: <http://remultisf.ufsc.br/files/2017/10/Nota-sobre-NASF-PMF.pdf>. Acesso em 11 Fev. 2018.

_____. **Carta de repúdio do Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde ao projeto Somar Floripa.** 2017b. Disponível em: <http://www.sintrasem.org.br/Default/Noticia/409/carta-de-repudio-do-coletivo-catarinense-de-residentes-em-saude-ao-projeto-%22somar-floripa%22>. Acesso em: 11 Fev. 2018.

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. **Contra a reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica.** Julho, 2017. Disponível em: <http://cebes.org.br/2017/07/contra-a-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-a-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/> Acesso em 11 Fev. 2018.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. A PEC que vai matar a seguridade social. Brasília-DF, março de 2017. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2017-CfessManifesta-NaoAContrarreformadaPrevidencia.pdf>. Acesso em 11 Fev 2018.

CMS – Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis. **Nota sobre o corte de verbas na saúde.** 2016a.

_____. E-mail enviado em 02 de agosto de 2016 pelo CMS. 2016b.

_____. E-mail enviado em 05 de agosto de 2016 pelo CMS. 2016c.

_____. E-mail enviado em 06 de setembro de 2016 pelo CMS. 2016d.

_____. Nota lançada em outubro de 2016 pelo CMS. 2016e.

_____. E-mail enviado em 13 de março de 2017 pelo CMS. 2017^a.

_____. Abaixo assinado realizado pelo CMS. 2017b.

_____. Ata de reunião do CMS no dia 27 de junho de 2017. – 2017c.

_____. Ata de reunião do CMS no dia 23 de janeiro de 2017. – 2017d.

DESACATO. **Conheça os nomes dos grandes devedores do município de Florianópolis.** Por Potal Desacato (Jornalismo independente) com fonte vereados Lino Peres. 2015. Disponível em: <http://desacato.info/conheca-os-nomes-dos-grandes-devedores-do-municipio-de-florianopolis/>. Acesso em: 11 Fev. 2018.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil.** 5^a Ed. São Paulo: Globo. 2005.

FLORIANÓPOLIS. **Portaria n. 26 de março de 2014.** Dispõe sobre a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CSAPS).

_____. **Portaria .22 de 08 de novembro de 2016.** Aprova a Política Municipal de Atenção Primária à Saúde para organização dos serviços e gestão e direcionamento das ações de educação permanente no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis.

_____. Projeto de Lei Complementar, n. 16934 de 09 de janeiro de 2017. Preve o parcelamento das contribuições previdenciárias devidas e não repassadas pelo município. 2017^a.

_____. Lei n. 10191 de 27 de janeiro de 2017. Institui o Programa de Parceria Público-Privada e concessões de Florianópolis e dá outras providências. 2017b Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=Lei+n.+10191%2F2017&oq=Lei+n.+10191%2F2017&aqs=chrome..69i57.815j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>. Acesso em: 11 Fev. 2018.

_____. **Portaria n. 1023/201 de 15 de maio de 2017**. Cria comissão especial de credenciamento de serviços de saúde para contratação de prestadores de serviços de saúde. 2017c. Disponível: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/diario/pdf/15_05_2017_18.14.52.10000e63fd0d7c6c125c41b7f0a089d3.pdf. Acesso em: 11 Fev. 2018.

FNCPS – Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. **O ilegítimo governo Temer e os ataques ao Sistema Único de Saúde**. Nota Política, 2016. Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/2016/08/1049.html>. Acesso em: 11 de Fev. 2018.

FNCPS – Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. **Proposta de revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Nota Política, 2017. Disponível em: <http://www.epsvj.fiocruz.br/sites/default/files/files/Nota%20da%20FNCPS%20sobre%20a%20revisa%CC%83o%20da%20PNAB.pdf>. Acesso em: 11 de Fev. 2018.

FÓRUM CATARINENSE - Fórum Catarinense em Defesa do SUS e Contra as Privatizações. **Bastidores da nova Política Nacional de Atenção Básica**. In: Jornal do Fórum, setembro de 2017. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B2gchcpnmkN0dWR3RjVhbXY4T0E/view>. Acesso em: 11 Fev. 2018.

FUNCIA, Francisco R. Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016, revisitada: preocupações retomadas para o financiamento do SUS. **In: Domingueira da Saúde**. Instituto de Direito Sanitário Aplicado – IDISA. Campinas/SP. Disponível em: http://idisa.org.br/site/documento_13343_0_2017-%C3%82%E2%80%93domingueira-da-saude-007-2017.html. Acesso em 11 Fev. 2018.

GOMES, Rodrigo. Temer não investiu o mínimo que a Constituição determina na saúde, diz CNS. In portal: **Rede Brasil Atual – RBS**. Disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2017/07/governo-temer-nao-investiu-o-minimo-que-a-constituicao-determina-na-saude-diz-cns>. Acesso em 11 Fev. 2018

GOMES, Gustavo França. A inconstitucionalidade da contrarreforma do SUS e de seus modelos privados de gestão. In: BRAVO, Maria Ines; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (Orgs.). **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. 1^a Ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. 98 p.

HARVEY, David. **A condição pós-moderna**. 2^a Ed. São Paulo: Loyola, 1993.

_____. **O novo imperialismo**. 3^a Ed. São Paulo: Loyola, 2009

IANNI, Octavio. **O ciclo da revolução burguesa**. Petrópolis/RJ: Vozes, 1984.

IBGE. **Florianópolis, dados de**. Disponível em:
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/florianopolis/panorama>. Acesso em: 11 Fev 2018.

LENIN, Vladimir Ilich. **Imperialismo**. Fase superior do Capitalismo, In: Obras Escolhidas, São Paulo: Editora Alfa-Ômega, 1986.

MARX, karl. **O Capital: crítica da economia política**. 1ª Ed. São Paulo: Boitempo, 2013.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995, p. 19-91.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital**. 1ª Ed. (revisada) São Paulo: Boitempo, 2011.

MISOCZKY, Maria Ceci. **A agenda para reformas do Banco Mundial e a política de saúde: algumas notas para reflexão**. *Saúde em Debate*. Londrina: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, n. 47, jun. 1995, p.4-7.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade Social**. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao Estudo do Método em Marx**. 1ª Ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011a.

_____. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 8ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011b.

_____. BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. 8ª Ed. São Paulo: Cortez, 2012.

PEREIRA, Ellen Caroline. SAMPAIO, Simone Sobral. Estado: a legitimação do mercado e seus reflexos na política de ensino superior brasileira. In: MANFROI, Vania Maria; MOSER, Liliane (Orgs.). **Questão Social e Direitos Humanos**. Vol. III. Florianópolis: Ed. UFSC, 2016, 317p.

PEREIRA, Ellen Caroline Pereira. **O ensino superior brasileiro e o projeto de universidade do ANDES: como que “no centro da proóipia engrenagem” se inventam contra as molas que resistem**”. 2017a. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

_____. Diário de Campo – 2016. (anotações da autora não publicado). REMULTISF – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

_____. Diário de Campo – 2017b. (anotações da autora não publicado). REMULTISF – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

PETRAS, James. **Ensaio contra a ordem**. 1ª Ed. São Paulo: Página Aberta, 1995.

POLI. **Desmonte da Atenção Básica.** In: Revista Poli – Saúde, educação e trabalho. Ano X, n. 54 – nov. dez. 2017.

SALVADOR, Evilasio. **Fundo Público e Seguridade Social no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2010.

SINTRASEM. **Pelo pagamento imediato dos salários pensões e aposentadorias.** 2017a. Disponível em: <http://www.sintrasem.org.br/Default/Noticia/880/pelo-pagamento-imediato-dos-salarios,-pensoes-e-aposentadorias>. Acesso em: 11 Fev. 2018.

_____. **Conheça o pacote de maldades do prefeito Gean Loureiro.** 2017b. Disponível em: <http://www.sintrasem.org.br/Default/Noticia/481/conheca-o-pacotao-de-maldades-do-prefeito-gean-loureiro,-q>. Acesso em: 11 Fev. 2018

_____. **Servidores municipais deflagram greve contra o pacote de maldades de Gean Loureiro (PMDB).** 2017c. Disponível em: [http://www.sintrasem.org.br/Default/Noticia/1059/servidores-municipais-deflagram-greve-contra-pacote-de-maldades-de-gean-loureiro-\(pmdb\)](http://www.sintrasem.org.br/Default/Noticia/1059/servidores-municipais-deflagram-greve-contra-pacote-de-maldades-de-gean-loureiro-(pmdb)). Acesso em: 11 Fev. 2018.

_____. **Aprovado desmonte do plano de carreiras sob forte resistência dos servidores.** 2017d. Disponível em: <http://www.sintrasem.org.br/Default/Noticia/292/aprovado-desmonte-do-plano-de-carreiras-sob-forte-resistencia-de-servidores>. Acesso em 11 Fev. 2018.

_____. **Trabalhador Unido Jamais será Vencido.** 2017e. Disponível em: <http://www.sintrasem.org.br/Default/Noticia/1178/trabalhador-unido-jamais-sera-vencido!> Acesso em: 11 Fev. 2018.

_____. **Secretário de saúde Paraná tenta romper acordo assinado pelo prefeito na última data-base.** 2017f. Disponível em: <http://www.sintrasem.org.br/Default/Noticia/1030/secretario-de-saude-parana-tenta-romper-acordo-assinado-pelo-prefeito-na-ultima-data-base>. Acesso em: 11 Fev. 2018

_____. **Se não tirar o 04, a categoria vai parar.** 2017g. Disponível em: <http://www.sintrasem.org.br/Default/Noticia/1025/se-nao-tirar-o-04,-a-categoria-vai-parar>. Acesso em: 11 Fev. 2018.

_____. **Prefeito desconta R\$ 23 milhões dos trabalhadores e não deposita na previdência.** 2017h Disponível em: [http://www.sintrasem.org.br/Default/Noticia/910/prefeito-desconta-r\\$-23-milhoes-dos-trabalhadores-e-nao-deposita-na-previdencia](http://www.sintrasem.org.br/Default/Noticia/910/prefeito-desconta-r$-23-milhoes-dos-trabalhadores-e-nao-deposita-na-previdencia) . Acesso em: 11 Fev. 2018.

_____. Memória SINTRASEM. 2017i. Disponível em: <http://www.sintrasem.org.br/Default/Noticia/738/memoria-sintrasem>. Acesso em: 11 Fev. 2018.

_____. **Prefeito Gean privatiza os almoxarifados da prefeitura.** 2017j. Disponível em: <http://www.sintrasem.org.br/Default/Noticia/912/prefeito-gean-privatiza-os-almoxarifados-da-prefeitura>. Acesso em: 11 Fev. 2018.

_____. **Prefeitura irá terceirizar até médicos das UPAs para a temporada de verão.** 2017k. Disponível em: <http://www.sintrasem.org.br/Default/Noticia/3/prefeitura-ira-terceirizar-ate-medicos-das-upas-para-a-temporada-de-verao>. Acesso em: 11 Fev. 2018

_____. **Em defesa do atendimento odontológico nas UPAs.** 2017l. Disponível em: <http://www.sintrasem.org.br/Default/Noticia/587/em-defesa-do-atendimento-odontologico-nas-upas> Acesso em: 11 Fev. 2018.

_____. **Gean Loureiro: 1 anos de governo, 1 ano de deboche.** 2017m. Disponível em: <http://www.sintrasem.org.br/Default/Noticia/1325/gean-loureiro-1-ano-de-governo-1-ano-de-deboche>. Acesso em: 11 Fev. 2018.

SMS – Secretária Municipal de Saúde. **RELATÓRIO DE GESTÃO - PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2016.** SMS, 2017. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/sites/psms/index.php?cms=relatorio+anual+de+gestao>. Acesso em 11 Fev. 2018.

VIANNA, M. L. T. W. A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Revan, 2000.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: **Proteção social: dilemas e desafios** [S.l: s.n.], 2005.