PARTICULARIDADES DO PROCESSO DE CONTRARREFORMA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: Um estudo sobre os retrocessos nos governos ultraneoliberais de Michael Temer e Jair Bolsonaro (2016-2020)

Camila Almeida Lapa[1]

Letícia Cristina Monteiro de Assis[2]

RESUMO

Este artigo tem por objetivo discutir as contrarreformas ocorridas na política de saúde, mais precisamente na Política Nacional de Atenção Básica. Pautando-se no método crítico dialético, buscou-se problematizar os caminhos atuais de desmontes da Atenção Básica no Brasil. Para subsidiar as análises foram realizadas pesquisas bibliográficas e documentais, com levantamento de artigos, revistas científicas e normativas que corroboram com o objeto de estudo. Sendo assim, nota-se que há um aumento na focalização e precarização da Atenção Básica, e se faz importante a luta pela sua abrangência e existência democrática nos territórios, visando a promoção e prevenção em saúde da população.

Palavras-chave: Atenção Básica. Contrarreforma. Ultraneoliberalismo.

ABSTRACT

This article aims to discuss how counter-reforms occurred in health policy, more precisely in the National Primary Care Policy. Based on the critical dialectical method, we sought to problematize the current ways of dismantling Primary Care in Brazil. To support the analysis, bibliographic and documentary research were carried out, in which materials such as articles, scientific and normative journals that corroborate the theme of the study were raised. Thus, it is noted that there is an increase in the focus and precariousness of Primary Care, and the struggle for the coverage and democratic existence of Primary Care in the territories, group training and population health training is important.

Keywords: Primary Care. Counter-Reforma. ultra-neoliberalism.

[1]Estudante do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); camila_alapa@hotmail.com

[2]Estudante do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); leticiacristina_97@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

O estudo tem como objetivo geral evidenciar as particularidades do processo de contrarreforma na política de Atenção Básica, no período dos governos ultraneoliberais de Michael Temer e Jair Bolsonaro (2016-2020). O recorte histórico no período de 2016 até 2020 é extremamente necessário e relevante, visto que é com a Emenda Constitucional (EC) 95, do governo de Michel Temer em 2016, que se inicia o processo de desfinanciamento da saúde pública, sendo este fenômeno aprofundado também nos anos seguintes no governo de Jair Bolsonaro, que impacta diretamente na Atenção Básica de Saúde (AB).

É importante ressaltar que o processo de desmontes a saúde no país ocorre a partir dos anos de 1990, com a adesão do Estado ao modelo neoliberal. Então, pode-se afirmar que o Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua criação, sofre com os desmontes característicos do projeto neoliberal, que se apresentam de forma imbricada como os dois maiores desafios para defesa do SUS democrático e abrangente: o subfinanciamento e a privatização (SOARES, 2010).

Entretanto, essa crônica vai se aprofundar ainda mais nos governos ultraneoliberais de Michel Temer e Jair Bolsonaro. De acordo com Freire e Cortes (2020), o ultraneoliberalismo é a forma mais aprofundada dos pressupostos do neoliberalismo, apesar de a crise ser das atividades do setor financeiro privado, ela se apresenta como crise do Estado, absorvendo os prejuízos do capital através do fundo público. Esse projeto denominado pelas autoras de “avalanche ultraneoliberal” apresenta o momento mais dramático para a AB, pois intensifica o processo de mercantilização e desmonte da saúde pública, tornando quase inviável a busca pela inacabada abrangência da Atenção Básica nos territórios brasileiros.

O método científico que orientou a construção da pesquisa foi o da perspectiva dialética, visto que esse método fornece bases para uma interpretação dinâmica e total da realidade. Dessa forma, entende-se que os fatos sociais não podem ser compreendidos de maneira isolada, pois eles são influenciados por questões políticas, econômicas e culturais, que estão inseridas na sociedade capitalista (PRODANOV e FREITAS, 2013).

No que se refere à abordagem do problema de pesquisa, ela se baseou num estudo de caráter qualitativo e quantitativo. É válido salientar que, de acordo com Minayo, Deslandes e Gomes, (2011, p. 22), “o conjunto de dados quantitativos e qualitativos, não se opõem. Ao contrário se complementam, pois, a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”. Os procedimentos técnicos para coleta de dados partiram de pesquisas bibliográficas e documentais, onde foram levantados materiais como artigos, revistas científicas e documentos que corroboram com o tema do estudo. Cabe destacar ainda que do ponto de vista metodológico, se entende como pesquisa bibliográfica a que é formada a partir de materiais já publicados, e como pesquisa documental a que se utiliza de materiais elaborados que não receberam tratamento analítico (PRODANOV e FREITAS, 2013).

Diante disso, o estudo foi dividido em 2 partes. Na 1º parte, foi realizada uma breve sistematização sobre o processo de contrarreforma do estado na política de saúde. Na 2º parte, foi exposto sobre os impactos da contrarreforma na Atenção Básica de saúde, nos governos ultraneoliberais de Michael Temer e Jair Bolsonaro.

2. PROCESSO DE CONTRARREFORMA DO ESTADO NA POLÍTICA DE SAÚDE

Considerada um grande marco de direitos, a Constituição Federal de 1988 (CF88) inaugurou o tripé da Seguridade Social, composto por Saúde, Previdência Social e Assistência Social. A partir dela, a saúde passou a ser “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL,1998, on-line). Mais tarde em 1990, foi criada a Lei Orgânica da Saúde 8.080 que, utilizando-se dos ideais defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária, inaugurou o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios e diretrizes. Assim, a política de saúde que possuía uma racionalidade focalizada, curativa e centralizada no indivíduo, após implementação do SUS, passou a se pautar num projeto de saúde democrático e de acesso universal à população, onde suas ações são voltadas para a prevenção e promoção à saúde (SOARES, 2010).

Entretanto, desde sua criação, o SUS sofre com as investidas dos preceitos neoliberais, que deu início ao processo de contrarreforma na política de saúde. A

década de 1990 foi marcada pela ascensão do ideário neoliberal no país, caracterizado pelo pensamento do mercado livre e do Estado mínimo, remetendo a ideia de que o setor público deveria ser mínimo para assuntos da economia, com a desculpa que com isso, haveria um aumento dos investimentos privados e de geração de emprego (BEHRING, 2003). Esse processo vem sendo desenhado de forma sistêmica desde o governo de Collor (PROS). Porém, mesmo que seja um processo contínuo cada governo imprimiu suas particularidades.

Os governos de Collor e FHC foram marcados por medidas econômicas para tentar reverter o quadro de inflação que assolava o país. Entre as estratégias, tem-se a criação da Emenda Constitucional 27, inaugurando a Desvinculação de Receita da União (DRU) que perpetua até hoje. Nela, torna-se possível a desvinculação de 20% dos recursos da seguridade, além da desvinculação de arrecadação de impostos e contribuições sociais da união, num primeiro momento de 2000 a 2003 (BRASIL, 2000).

Apesar da expectativa, os governos do Partido dos Trabalhadores (PT) com Lula (2002-2010) e Dilma (2010-2016), não romperam com os preceitos neoliberais implementados pelos governos anteriores, pelo contrário, se manteve a política macroeconômica do governo de FHC, diante de uma polarização entre o Projeto Privatista e o Projeto da Reforma Sanitária (BRAVO e MATOS, 2007).

O governo de Lula manteve a DRU e se voltou para a terceirização da gestão da política de saúde e na focalização do acesso à saúde para as populações carentes. Dentre as novidades postas, tem-se a criação do projeto SUS Possível, que defende uma flexibilização ou reatualização dos preceitos da Reforma Sanitária, favorecendo a ampliação dos espaços do Projeto Privatista (SOARES, 2010). Além disso, tem-se a criação da Lei Complementar 92/2007, que trata sobre a criação das Fundações Estatais de Direito Privado, inaugurando novas formas de privatização do setor público (SILVA; SANTOS; CORREIA, 2017).

O governo de Dilma, marcado por fortes tensionamentos da classe dominante e pelo fim da conciliação de classe iniciada no governo de Lula, manteve os ataques de caráter neoliberal sob a política de saúde. Em 2001, houve a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), direcionando as Organizações Sociais

(OSs), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) e as Fundações Estatais de Direitos Privados (FEDPs) como a “melhor” alternativa para a gestão da Política de Saúde (SILVA; SANTOS; CORREIA, 2017, p. 200). Também se manteve os ataques neoliberais e intensificação da DRU, que com EC 93/2016 passou a ser de 30%, e tem vigência até o ano de 2021.

Apesar dos governos do PT serem voltados para os interesses do capital, desde a interrupção do governo de Dilma Rousseff em 2016, através de um “golpe de Estado jurídico-parlamentar e midiático” (MOTA, 2017. p. 40), que permitiu a ascensão do seu vice, Michel Temer (PMDB), começa a ser desenhada uma conjuntura ultraneoliberal. O ultraneoliberalismo inaugura fase do capital com uma nova rodada de privatizações, exploração e expropriação do fundo público e da classe trabalhadora. Essa nova fase é oriunda de 3 elementos: o 1º, seria a adaptação da crise cíclica imposta pelo sistema, já que para o capital sobreviver, houve a necessidade de impulsionar uma nova fase; o 2º diz respeito à necessidade de aprofundar sua tarefa, já que o neoliberalismo cumpriu com sua tarefa central, que era criar um mundo após o fim do bloco soviético; e por último, atacar os direitos sociais conquistados a duras perdas, já que estes se traduziam como um ponto de estagnação para o principal elemento que mantém o capitalismo em pé: o lucro (CASTRO, 2019).

Segundo Juliana Cislaghi (2021):

> Ao assumir sua forma ultra, como adjetivo, o neoliberalismo entra em nova rodada de aprofundamento de seus pressupostos apoiado em formas exponenciais de expropriação de bens comuns, exploração do trabalho e apropriação extraeconômica de trabalho necessário e de criação de capitais fictícios ampliando uma crise sistêmica multifacética que coloca em risco a sobrevivência da humanidade (CISLAGHI, 2021. p.3).

Demier (2017) diz que desde 2016 estamos sob um golpe de Estado de novo tipo, que tem como tendência o aprofundamento do ajuste fiscal, com o intuito além de assegurar ao mercado “trabalhadores/as livres como pássaros”, garantir o saqueamento do fundo público para socorrer o capital e suas crises cíclicas, processo esse, que está diretamente ligado ao aumento dos desmontes sobre a Atenção Básica.

O governo de Temer deixa claro desde o início, a necessidade de efetivar os interesses da classe dominante, visando o enfraquecimento dos direitos sociais, adquiridos na Constituição a partir do plano de governo, intitulado de “uma ponte para o futuro”. Esse plano indica propostas de mudanças baseada na justificativa de “recuperar a economia brasileira”, creditando a crise econômica ao orçamento garantido pela CF88 para a Seguridade Social:

> O orçamento é a peça mais importante de uma legislatura… Se quisermos atingir o equilíbrio das contas públicas, sem aumento de impostos… é necessário em primeiro lugar acabar com as vinculações constitucionais estabelecidas, como no caso dos gastos com saúde… ou mesmo cortar esses gastos em caso de necessidade, porque no Brasil o orçamento não é impositivo e o Poder Executivo pode ou não executar a despesa orçada (PMDB, 2016, p. 9).
> Temos que viabilizar a participação mais efetiva e predominante do setor privado em modelos de negócio que respeitem a lógica das decisões econômicas privadas… Caberá ao Estado, operado por uma maioria política articulada com os objetivos deste crescimento, com base na livre iniciativa, na livre competição e na busca por integração com os mercados externos, realizar ajustes legislativos em áreas críticas (PMDB, 2016, p. 17).

O processo eleitoral de 2018 evidenciou o extremismo e o totalitarismo com a eleição de Jair Bolsonaro, representado na época pelo Partido Social Liberal (PSL) e atualmente sem partido, que conseguiu emplacar no primeiro ano reformas previdenciárias e trabalhistas, retirando direitos duramente conquistados pela classe trabalhadora. Sua eleição deixa clara a presença da utilização da força e de manifestações neofascistas, com discursos de ódio, ações que vão contra a democracia, articulações com milícias, consolidado deste modo, o projeto ultraneoliberal no país (BORGES E MATOS, 2020). Na saúde, houve uma maior abertura para o mercado privado e sucateamento do SUS.

Dessa forma, é evidente que a contrarreforma ocorrida na saúde pública desde a criação do SUS, sempre seguiu dois movimentos: o subfinanciamento e a privatização (SOARES, 2010). E durante os quatro últimos anos, com a intensificação do neoliberalismo, adquirindo em sua forma o “ultra”, os desmontes a política de saúde vem se intensificando exponencialmente.

3. O ULTRANEOLIBERALISMO E SEU IMPACTO NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DOS GOVERNOS DE MICHEL TEMER E JAIR BOLSONARO

A Atenção Básica de Saúde compreende um conjunto de ações desempenhadas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) centradas na família, abrangendo a prevenção e promoção em saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. Também faz parte da AB, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), responsável por trabalhar junto as equipes de Saúde da Família (eSF), com o intuito de potencializar as ações realizadas, aumentando a resolutividade (BRASIL, 2009).

A ESF rompe com o modelo de cuidado em saúde biomédico, centrado na figura do médico e de assistências hospitalares curativas. Ela propõe uma reorientação para o cuidado integral através da clínica ampliada, na tentativa de diminuir a distância entre os profissionais e a comunidade a partir do processo de territorialização, com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos/as usuários/as (BRASIL, 2009).

As equipes de Saúde da Família (eSF) estão dispostas nos territórios e possuem a Unidade de Saúde da Família (USF) como seu local de trabalho, elas são compostas por no mínimo um médico da família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde (ACS), podendo ser ampliada com os agentes de endemias (ACE) e com a equipe de Saúde Bucal (eSB), cuja composição se dá por um dentista, um auxiliar em saúde bucal e um técnico em saúde bucal. Cada eSF pode ficar responsável por até 3.500 pessoas em um determinado território, possuindo dessa forma a corresponsabilidade no cuidado à saúde da população (BRASIL, 2017).

Atualmente, o Brasil tem mais de 42 mil unidades básicas de saúde, 44 mil equipes de Saúde da Família, 1.229 equipes de Atenção Primária e 4.865 Núcleos Ampliado de Saúde da Família (NASF) atuando em território brasileiro, representando uma abrangência média de 76,32% de cobertura. Levando em consideração a portaria 2.436/2017 que diz que, “cada Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 3.500 pessoas” (BRASIL, 2017, on-line),

teremos cerca de 176 milhões de pessoas cobertas pela Atenção Básica, numa população de aproximadamente 210 milhões (SECRETARIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, 2020).

Os dados da Atenção Básica impressionam: apenas no segundo semestre de 2019, 67 milhões de pessoas de 18 anos ou mais de idade procuraram algum serviço da Atenção Primária, entre elas, 69,9% eram mulheres e 60,9% eram pretas ou pardas. Onde, 53,8% dos usuários de Atenção Primária não tinham uma ocupação e 64,7% tinham renda domiciliar per capita inferior a um salário mínimo (SECRETARIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, 2020).

O processo de contrarreforma na Atenção Básica entrou num movimento mais explicito a partir de 2016, se caracterizando como um grande retrocesso nos marcos dos direitos sociais alcançados pela sociedade brasileira, configurando-se com o que Marx chamou expropriação da classe trabalhadora (SOARES, 2018). Essa expropriação sobre o direito a saúde atinge um novo patamar com a aprovação da Emenda Constitucional 95 em 2016, também conhecida como “PEC da morte”, que institui um “Novo Regime Fiscal”. Segundo o governo, a EC 95 irá recolocar a economia em crescimento, com geração de empregos e renda, se mostrando como a solução para um déficit ligado aos gastos da Seguridade Social.

Com sua aprovação, surgiram novos mecanismos de desmonte e ataques ao financiamento da saúde, educação e assistência, com a criação de um teto para despesas primárias até o ano de 2036, sendo o percentual mínimo garantido pela CF88 e o congelamento desse mesmo teto por 20 anos, inaugurando um processo de desfinanciamento da saúde pública. Apesar das consequências da EC 95 atingir a Política de Saúde na totalidade, a Atenção Básica encabeçará a lista de cortes. Apenas nos anos de 2017 e 2018, houve um corte de mais de R$ 1,2 bilhões na saúde, sendo as áreas da Atenção Básica responsável pela prevenção, controle e tratamento de doenças e a vigilância sanitária, que lideram a lista dos cortes, com respectivamente 83,3% e 48,7%, se comparado ao governo anterior (CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA, 2016).

Além da questão orçamentária, tem-se em 2017 mudanças expressivas na Política Nacional de Atenção Básica com a portaria 2.436/2017, ameaçando a

inacabada fase de abrangência da AB, à medida que modifica quadros e números de equipes de saúde da família e em atribuições de agentes comunitários de saúde (ACS). Dentre as mudanças, pode-se citar: a redução no número mínimo de Agente Comunitário de Saúde por equipe, que passou 4 profissionais, para apenas um; ACS podendo trabalhar integradamente com Agentes de Endemias, profissionais com atribuições bem distintas; possibilidade de aumento de atribuições de ACS que deveriam ser desempenhadas por um técnico de enfermagem, como aferir pressão, glicemia, fazer curativos; prioriza o quantitativo de ACS por vulnerabilidade econômica, mostrando que não é uma AB para todos, tendo como foco, apenas nos mais pobres, sem considerar aspectos coletivos de saúde; além disso, cria a possibilidade de um novo modelo de saúde, chamado equipes de Atenção Básica (eAB), sem obrigatoriedade do ACS (SOARES, 2018).

Além disso, nota-se o adensamento da abertura da Atenção Básica ao mercado financeiro. O projeto privatista que, sempre teve espaço na saúde brasileira, em tempos ultraneoliberais ganha força. Muitas Unidades Básicas de Saúde passaram a ser regidas por Organizações Sociais de Saúde (OSS). As OSS, no que lhe concerne, influenciam diretamente “ (…) na lógica tradicional de vínculo empregatício e representação dos trabalhadores junto aos empregadores” (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019, p. 51). Entre os desmontes evidenciados no modelo de gerência das OSS na atenção básica, foram encontrados: atrasos no pagamento de salários dos profissionais; demissões de ACS; reduções do horário de funcionamento de unidades; diminuição da chegada de profissionais; e evasão de algumas profissões para o setor privado (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

Mais tarde continuando os ataques a Atenção Básica, o governo de Bolsonaro em 2019 criou um novo modelo de financiamento para Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), chamado Programa Previne Brasil. O Programa Previne Brasil foi instituído pelo Ministério da Saúde, por meio da portaria de nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. As mudanças desta portaria rompem com o caráter coletivo da ESF e se caracterizam por um grande retrocesso, trazendo como maior perda, a mudança do financiamento ao nível federal para a PNAB, que passou a ser

proveniente de três pontos: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

A captação ponderada estabelece um valor por pessoa cadastrada, utilizando alguns critérios e atribuindo pesos a eles. Adota-se o pagamento por pessoa "cabeça", definido com base no quantitativo da população cadastrada por equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP), com atribuição de peso por pessoa considerando os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica do município. Atualmente, o valor por pessoa cadastrada equivale a R$ 50,50 (cinquenta reais e cinquenta centavos), podendo variar conforme os critérios citados acima.

Com a implementação do Programa Previne Brasil, foi disseminado para a população a ideia de que haveria uma necessidade urgente de toda população fazer o cadastro na USF mais próxima, já que com a nova forma de financiamento por pessoa cadastrada, quanto maior o número de pessoas, mais recursos seriam alocados para determinado município. Porém, existe um limite de 3.500 usuários/as por eSF, o que impede a equipe de cadastrar todos.

É possível reconhecer que "o novo" modelo será para transferir recursos para uma AB voltada aos mais pobres, valor essencial de uma concepção neoliberal, que prioriza a eficiência econômica na alocação dos recursos focalizados e não contempla os aspectos da coletividade, à medida que se prioriza um financiamento com base no cadastramento de uma pessoa no sistema de saúde, perdendo a perspectiva da ação coletiva, financiando o cuidado individualista. Além disso, esse novo modelo de financiamento está priorizando a captação de usuários com idades menores que 5 anos e maiores de 65 anos, como diz o seu texto "O critério de perfil demográfico por faixa etária contempla pessoas cadastradas com idade até 5 (cinco) anos e com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais" (BRASIL, 2019, on-line) e o motivo é bastante claro, já que são faixa-etárias e grupos que não interessam ao mercado privado.

Ainda nessa Portaria, o governo federal continuou criando uma política e "exigindo" que os municípios a adotem, recebendo assim incentivos financeiros. No caso do novo modelo, o destaque é o programa Saúde na Hora, repassando

incentivos para as Unidades de Saúde da Família que funcionarem 60h ou 75h, com pelo menos 11h ininterruptas e com possibilidade de funcionar aos finais de semana. Nada se comenta sobre a melhoria das condições do/a trabalhador/a de saúde, em destaque a remuneração e carreira, parece que a aposta do novo modelo premiará a intensificação da superexploração da força de trabalho em saúde. Também traz a possibilidade de um novo modelo de equipe baseado no estímulo à criação do que o ministério vem chamando Equipe de Atenção Primária à Saúde (eAPS), uma equipe reduzida, basicamente composta por médico e enfermeiro, se caracterizando como risco para Estratégia de Saúde da Família. Até o final de 2019, já tinham mais de 1.200 eAPS formadas no território brasileiro (BRASIL, 2020).

O golpe de misericórdia dessa portaria, é o fim do financiamento pelo governo federal do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). O NASF são equipes multiprofissionais responsáveis por dá apoio as equipes de Saúde da Família em um determinado território, possuindo duas dimensões do trabalho: clínico-assistencial, ação clínica direto com os/as usuários/as; e a técnico-pedagógica, que produz apoio educativo para e com as equipes (BRASIL,2009).

O Programa Previne Brasil desarticula o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, restringindo a qualidade de cuidados de casos mais complexos acompanhados e discutidos pela equipe. Deixando assim, cada município responsável pela previsão orçamentária dos seus próprios NASFs. Mais tarde, ratificando a morte do NASF-AB, foi divulgada a Nota Técnica n.º 3/2020 do Departamento de Saúde da Família, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde 40 do Ministério da Saúde, que aboliu a criação de novas equipes multiprofissionais, responsáveis por qualificar e ampliar o atendimento da saúde da família:

> A composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe… A revogação das referidas normativas também impactam no credenciamento de novas equipes NASF-AB. A partir de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde não realizará mais o credenciamento de NASF-AB, e as solicitações enviadas até o momento serão arquivadas (BRASIL, 2020, on-line).

Ainda em 2020 com a pandemia do coronavírus (covid-19) em curso, o governo de Bolsonaro lançou o decreto nº 10.530, que autorizava a realização de estudos de parcerias entre setor público e privado, para a administração e/ou construção das UBS. Em resumo, era um projeto que concedia a Atenção Básica à iniciativa privada, abrindo espaço para a privatização da saúde pública. Devido a grandes mobilizações e uma forte pressão realizada pela população brasileira, o decreto foi revogado pelo presidente.

Este estado agudizado de desmontes de direitos presenciados desde o ano de 2016 imprimiu um cenário onde os/as usuários/as da Atenção Básica vivem um aprofundamento das expressões da questão social latentemente e, consequentemente, as ações por parte do Estado vem caminhando cada dia mais para uma maior focalização das políticas de saúde. Além disso, com os desmontes atuais, o modelo de gestão do processo de trabalho em saúde está cada vez mais voltado a lógica produtivista, alinhada a precarização do trabalho, expressas em cumprimentos de metas e incentivos financeiros para a equipe que as alcançar. Nota-se com as novas mudanças no financiamento e dos desmontes a PNAB, o foco não é mais numa AB coletiva, mas sim na lógica neoliberal de cuidado individual e limitado, focado nos mais necessitados.

4. CONCLUSÃO

Em contextos turbulentos em relação à saúde pública brasileira, devido a vários cortes orçamentários, propostas de privatizações e burocratização da saúde, vêm se intensificando, desde o ano de 2016, ações voltadas para uma maior focalização da Atenção Básica de Saúde. Essas ações são identificadas como um processo de contrarreforma regressivo em relação aos direitos conquistados na saúde ao longo dos anos anteriores.

Esses retrocessos são postos pela classe dominante, visando o enfraquecimento da saúde pública e, consequentemente, a retirada de direitos sociais, buscando o lucro através do processo de supercapitalização dos serviços de saúde, como afirma Soares (2010, p. 41):

> Os serviços de saúde tornam-se cada vez mais espaços de supercapitalização e relevante fonte de maximização de capital. As diversas formas de capital, em tempos de dominância financeira, conectam a cadeia de mercadorias e serviços desde o espaço de produção e comercialização até as finanças: rede de hospitais, clínicas, unidades de saúde, planos privados, seguros de saúde, entre outros.

Em tempos sombrios de ataques à Atenção Básica e retirada de direitos, que afetam diretamente o seu financiamento e quadro de profissionais, refletindo consequentemente na sua abrangência, se faz necessário criar estratégias e formas de enfrentamento que digam “não” ao ultra neoliberalismo, com um arcabouço teórico metodológico e técnico instrumental de qualidade, alargando as bases democráticas do SUS.

REFERÊNCIAS

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

BORGES, Maria Elizabeth; MATOS, Maurilio Castro de. As duas faces da mesma moeda: ultraneoconservadorismo e ultraneoliberalismo no Brasil da atualidade. BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio Casto de; FREIRE, Silene de. **Políticas Sociais e Ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.p. 71-87.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: **Senado Federal**: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 30 ago. 2021.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 27, de 21 de março de 2000. Acrescenta o art. 76 ao ato das Disposições Constitucionais Transitórias, instituindo a desvinculação de arrecadação de impostos e contribuições sociais da União. **Diário Oficial da União.** Disponível em: Acesso em: 28 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica n° 27. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: 2009. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf. Acesso em: 25 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília: 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html . Acesso em: 25 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. **Diário Oficial da União,** 2020. Disponível em:https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf . Acesso em: 24 ago. 2021.

BRASIL. Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2019**. Diário Oficial da União**. Edição: 220. Seção: 1. p. 97. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180. Acesso em 24 ago. 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. PEREIRA, P.A.P.; BRAVO, M.I.S. (Org.). **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez, 2a ed., 2007.

CASTRO, Pedro Del. Ultraliberalismo, fase superior do neoliberalismo. **Fundação Perseu Abramo - PT**, 2019. Disponível em: https://fpabramo.org.br/2019/02/07/ultraliberalismo-fase-superior-do-neoliberalismo/. Acesso em: 28 ago. 2021.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Financiamento e privatização da saúde no Brasil em tempos ultraneoliberais. **Revista Humanidades e Inovação**.v.8, n.35, 2021.

CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA. **Câmara dos Deputados**. Estudo Técnico n.º 12/2016: Impactos do “novo regime fiscal” - subsídios à análise da proposta de Emenda à Constituição - PEC nº 241/2016. Disponível em:https://www2.camara.leg.br/orcamentoda%20uniao/estudos/2016/EstudoTcnicon122016versao21ago_publicado.pdf. Acesso em: 26 ago. 2021.

DEMIER, Felipe. **Depois do Golpe**: a dialética da democracia blindada no Brasil. Rio de Janeiro: Mauad X, 2017. Disponível:https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/artigos/3127/07%20ROMULO.pdf. Acesso em 28 ago. 2021.

FREIRE, Silene de Moraes; CORTES, Thaís Lopes. Políticas de combate à pobreza e avalanche ultraneoliberal: aportes para reflexão. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MATTOS, Maurílio Castro; FREIRE, Silene de Moraes. **Políticas sociais e ultraneoliberalismo**. 1.ed. Minas Gerais: Navegando publicações, 2020. p. 27-52

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; TEIXEIRA, Márcia. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4593-4598, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/DvfHFsvqYzXN4bPX9HbsBxj/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 26 ago. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Editora Vozes, 2011.

MOTA, Ana Elizabete. 80 anos do Serviço Social brasileiro: conquistas históricas e desafios na atual conjuntura. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 128, p 39-53. jan/abr. 2017.

PARTIDO DO MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO. Uma ponte para o futuro. Brasília: **Fundação Ulysses Guimarães**, 2015a. Disponível em:https://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf. Acesso em: 24 ago. 2021.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico:** métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2 ed. Novo Hamburgo: Editora Feevale, 2013. p. 120-141.

SECRETÁRIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Desempenho da Atenção Primária à Saúde no Brasil é alvo de pesquisa inédita.** Brasília- DF, 2020. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/noticia/10136#:~:text=Atualmente%2C%20o%20Brasil%20tem%20mais,Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20atuando%20no%20territ%C3%B3rio.&text=Al%C3%A9m%20disso%2C%20para%20amplia%C3%A7%C3%A3o%20da,Mais%20M%C3%A9dicos%20na%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria.Acesso em: 28 ago. 2021.

SILVA, Joelcio Jackson Lima; SANTOS, Viviane Medeiros dos; CORREIA, Maria Valéria Costa. **Política de Saúde e desmonte do SUS no Governo Temer**, 2017.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje:** impactos e demandas ao Serviço Social. 2010.

SOARES, Raquel Cavalcante. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS**. Argum**. Vitória, v. 10, n.1, p. 24-000, jan./abr. 2018.