



Consciência de Classe e Lutas Sociais na Superação da Barbárie

A REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO BRASIL, O DESFINANCIAMENTO E O ENFRENTAMENTO À COVID-19

Italo Augusto da Cunha Rodrigues¹

RESUMO

Este ensaio tem como objetivo situar as diversas práticas contrarreformistas sobre as ações da Atenção Primária à Saúde no Brasil e como atualmente refletem no combate a pandemia do Covid-19. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica a partir de inúmeros artigos e livros de autoras sanitaristas e institutos de ensino e pesquisa em Saúde Coletiva como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Sob a flexibilização de direitos e o sucateamento dos serviços de saúde e a nova morfologia do trabalho que escracha diversas das situações de trabalho dos profissionais da saúde no Sistema Único de Saúde, a APS se mostra imprescindível como porta de acesso aos serviços básicos de saúde bem como no atual combate a pandemia de covid-19. É necessário mais do que nunca reivindicar o SUS que a classe trabalhadora precisa reacendendo o movimento da reforma sanitária, e suprindo entraves economicistas.

Palavras-chave: Política de Saúde; Atenção Primária a Saúde; Precarização do Trabalho; Contrarreforma; Covid-19.

ABSTRACT

This essay aims to situate the various counter-reformist practices on the actions of Primary Health Care in Brazil and how they currently reflect on the fight against the Covid-19 pandemic. This is a bibliographic research based on numerous articles and books by sanitary authors and educational and research institutes in Public Health such as the Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz) and the Brazilian Association of Public Health (ABRASCO). Under the flexibilization of rights and the scrapping of health services and the new morphology of work that destroys several of the work situations of health professionals in the Unified Health System (SUS), the PHC proves to be essential as a gateway to basic health services as well. as in the current fight against the covid-19 pandemic. It is necessary more than ever to claim the SUS that the working class needs, rekindling the movement for health reform, and overcoming economic barriers.

Keywords: Health Policy; Primary Health Care; Precariousness of Work; Counter-Reform; Covid-19.

¹Graduando em Serviço Social pela Universidade Federal de Viçosa – UFV. Vinculado ao Grupo de Estudo e Pesquisa em Trabalho, Saúde e Serviço Social (GEPTSSS/UFOP) e ao Programa de Inovação em Docência Universitária (PRODUS/UFV). E-mail: italo.rodrigues@ufv.br

















Consciência de Classe e Lutas Sociais na Superação da Barbárie

1 INTRODUÇÃO

A reestruturação produtiva implica no mundo do trabalho variadas transformações nos processos de ampliação e acumulação de riqueza e não obstante no desmantelamento dos direitos sociais. A chamada acumulação flexível flexibiliza – para o capital – desde a forma de se produzir algo até as formas de contratação da força de trabalho, esta última encontrando amparo no Estado burguês através de diversas medidas contrarreformistas sobre os direitos sociais que intensificam cada vez mais os processos de trabalho e a exploração máxima dos trabalhadores. Isto faz parte do movimento que é feito pela classe burguesa de encontrar uma alternativa ao Estado-providência, alternativa esta que seria o fim do mesmo. Todavia esse fim seria limitado apenas para a classe trabalhadora pois o que temos por trás desse movimento é a fortificação de um Estado voltado totalmente para o capital em questões como a contenção de crises estruturais do sistema capitalista, no financiamento privado em detrimento do setor público e demais medidas que visam ampliar a acumulação e retirada/mercantilização de direitos e serviços à população.

As novas configurações do trabalho, ou *nova morfologia do trabalho*, advêm dessa reestruturação produtiva e flexibilização (destruição) de direitos. Temos a exemplo a contrarreforma trabalhista e a terceirização em massa de postos de trabalho que *supostamente* resultaria na ampliação do balcão de empregos, o que na verdade acabou por resultar em um crescente desemprego estrutural com o aumento da informalidade, do trabalhador – incluindo profissionais da saúde como enfermeiros e técnicos – com dupla ou até mesmo tripla jornada de trabalho.

O nosso Sistema Único de Saúde (SUS), erguido via grande movimentação da classe trabalhadora na luta por um projeto sanitário verdadeiramente democrático-popular têm desde sua formulação o setor privado adentrando em seu projeto. No que tange o setor da saúde a participação do setor privado se intensifica na política de saúde objetivando o *lucro acima de tudo e os interesses da elite acima de todos*, através de dispositivos legais para realização da flexibilização de direitos e de contrarreformas. Dessa forma, a almejada consolidação do Sistema Único de Saúde de caráter público, estatal, equitativo, universal (e demais princípios), e não obstante

















Consciência de Classe e Lutas Sociais na Superação da Barbárie

a Atenção Primária à Saúde (APS) que é central ao SUS, são golpeados cotidianamente o desmantelando-se conforme o projeto da agenda neoliberal pauta. Atualmente, a situação pandêmica do COVID-19 descortina males que vão além das manifestações do vírus, ela traz à tona os sintomas mórbidos do sistema capitalista: o biopoder, a injustiça, o descrédito na ciência, a morte de dezenas de pessoas e a apatia sobre essas mortes por uma parcela da população colocando em evidência em como a vida humana é coisificada em nome dos projetos de interesses economicistas.

Segundo Behring e Boschetti (2008, p.14) o termo contrarreforma parece mais cabível num cenário de liquidação de direitos e conquistas, tal termo faz referência às diversas práticas de modernização das políticas sociais tomadas por diversos governos. Essa modernização camufla o seu verdadeiro objetivo que é a flexibilização dos direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora como as contrarreformas trabalhista da previdência social. Se tratando de medidas contrarreformistas da política de saúde, tal política que recua à medida em que se torna cada vez menos pública e menos universal para a classe trabalhadora a *pari passu* que se torna uma política adaptável e flexível aos interesses da classe dominante e assim tendenciado a ter como produto a lógica da complementaridade invertida nos serviços de saúde onde observa-se que:

[...]raramente as propostas defendidas pelo setor privado e seus representantes apontam para o 'fim' do SUS: "O projeto dessas empresas não passa pela extinção do sistema. O maior interesse das operadoras de planos de saúde, que são um dos segmentos defensores de mudanças, é transformar o sistema público em um 'resseguro', que entraria quando o sistema privado não conseguisse cobrir alguma necessidade de saúde. Seria o caso de tratamentos de preços mais elevados, de maior complexidade, que ficariam sob responsabilidade do Estado" [...]. (SALIM, 2021, p.26).

E nesse sentido que o presente artigo visa contribuir com as discussões acerca dos processos contrarreformistas de direitos com ênfase na política de saúde e mais precisamente na política da Atenção Primária à Saúde (APS) e seu corpo profissional. Foi realizada uma análise de uma perspectiva macro deste objeto, historicizando brevemente a APS considerando seus fundamentos e desdobramentos até a atual situação da pandemia de Covid-19, perpassando pela situação dos trabalhadores da saúde do sistema único de saúde que atuam na APS e nos serviços em saúde vinculados à mesma. Para isso utilizou-se de uma revisão de literatura científica a

















Consciência de Classe e Lutas Sociais na Superação da Barbárie

partir de livros, artigos, notas e afins de autores sanitaristas, associações e instituições públicas de pesquisa em saúde coletiva. Tal revisão coloca em evidência a centralidade da categoria trabalho enquanto chave das relações sociais, e utiliza da análise pela perspectiva da totalidade – teoria social crítica – para fundamentação

2 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: PERSPECTIVAS E DESAFIOS

A Atenção Primária à Saúde (APS), possui uma grande e histórica relevância enquanto porta de acesso a diversos serviços de saúde para a população brasileira. A APS, conforme Fausto e Matta (2007, p.43) foi proposta como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawnson, em 1920, que trazia orientações quanto ao modelo de atenção à saúde (primária, secundária e terciária) bem como a formas de organização/regionalização e às práticas integrativas (prevenção e promoção da saúde), além disso, conforme abordado nos estudos de Cotta et al. (2013) ela busca ir de encontro às práticas sanitárias moduladas pelo paradigma de saúde flexneriano que abarca a ênfase na atenção médica centralizada no indivíduo, de práticas biologicista e hospitalocêntrica, em um desenho meritocrático-corporativista – este que estabelece o trabalho *formal* como condicionante ao acesso aos serviços de saúde e oferecidos pelo mercado - e é norteado por um desenho residual onde o Estado atua – de forma pífia – somente na camada mais vulnerabilizada da sociedade. Assim, a implementação da APS inaugura um direcionamento à prática sanitária de Produção Social da Saúde abarcando fatores biológicos, psíquicos e sociais, em outras palavras os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) que se relacionam com o processo de saúde-doença-adoecimento.

A difusão dos programas da atenção primária, conforme Fausto e Matta (2007, p.46), levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a realizar em 1978 a l Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata, na República do Cazaquistão. Ali, mesmo com divergências, foram definidos o conceito e as ações para serem desenvolvidas na APS nos mais variados países:

educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde

















Consciência de Classe e Lutas Sociais na Superação da Barbárie

materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais. (FAUSTO; MATTA, 2007, p.47)

O percurso para a implementação da APS numa perspectiva universal é atravessado por disputas de projetos societários. O ideário economicista que sobrevaloriza a produção e acumulação de capital em detrimento à vida da classe trabalhadora, busca elaborar meios de fazer com que o papel do Estado nas ações em saúde seja numa perspectiva de subcidadania, logrando aos setores privados os cuidados de saúde enquanto o Estado se ocuparia de forma mínima com a parte pauperizada da sociedade:

A noção seletiva surgiu da crítica feita à concepção de atenção primária integral defendida na Declaração de Alma-Ata, interpretada como uma concepção idealizada, muito ampla, e por isto com poucas chances de aplicabilidade e de ser realizada no prazo definido pelas metas do SPT 2000. (FAUSTO; MATTA, 2007, p.50).

Alma-Ata foi um marco relevante para a implementação da APS no Brasil. A história da política de saúde brasileira que atravessou regimes autoritários, transformações em modelos de financiamento e da concepção de cidadania também foi espaço para as inúmeras mobilizações da população brasileira integrando trabalhadores da saúde e outros setores, movimentos sociais e afins, o que sucedeu em Conferências Nacionais de Saúde (CNS) – em destaque a 8ª CNS realizada em 1986 – e no protagonismo do Movimento da Reforma Sanitária (MRS) na qual foi a espinha dorsal para a implementação do Sistema Único de Saúde em 1988 na Constituição Federal que:

adotou legalmente políticas sociais de caráter redistributivo e inclusivo jamais admitidas anteriormente. Nesta perspectiva, a APS, defendida e garantida no texto da Constituição Federal de 1988, foi pensada com base em princípios norteadores do SUS: saúde como direito de todos, equidade, integralidade e participação popular. (FAUSTO; MATTA, 2007, p.57).

A Atenção Primária a Saúde, implementada no SUS através da NOB SUS 01/96, ou como também é chamada Atenção Básica a Saúde:

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no

















Consciência de Classe e Lutas Sociais na Superação da Barbárie

território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (Brasil, 2006: 2 apud FAUSTO; MATTA, 2007, p. 62).

Dada essa magnitude da APS e uma vez que toda a população se beneficia do SUS, até mesmo os que possuem planos de saúde, a APS se torna na pandemia ainda mais primordial para o combate e controle da mesma, a partir de práticas de testagem, consultas, encaminhamentos, rastreamento e vigilância em saúde.

A tempos APS enfrenta limites em sua abrangência, financiamento e estruturação, que procedem de diversos conflitos de interesses tendo um deles a orientação econômica do Banco Mundial denominada de *Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro*, que busca a materialização da agenda focalista na saúde invés de seguir o projeto do Movimento da Reforma Sanitária e da universalidade do Sistema Único de Saúde, assim transformando-se em uma gestão da saúde conforme o grau de pobreza (SOARES, 2004 apud BRAVO, 2009, p.107). As medidas contrarreformistas, conforme posto na reflexão inicial deste texto, atravessam a esfera da estruturação das unidades de saúde pública que são porta de entrada para o acesso à saúde, elas contornam situações advindas das transformações econômicas e sociais do território brasileiro em seu nível sanitário, social e ideo-político, ou seja, ao tratarmos da APS é preciso colocá-la em uma ótica macro pois a mesma se insere em meio a um terreno de contradições e disputas de diferentes projetos societários.

O enfrentamento à COVID-19 atualmente no Brasil transita entre as esferas da saúde, da economia, ideológica e social, todas intercaladas. Como já dito, a pandemia desvelou o que por vezes passava despercebido, ou mesmo ocultado: as expressões da Questão Social; a saúde ficou, e ainda se encontra, em um invólucro ideológico negacionista, neoliberal e conservador que afetam a tempos as ações em saúde em geral e se tratando da APS podemos destacar alguns pontos que compõe as ações de contrarreformas feitas como:



















Consciência de Classe e Lutas Sociais na Superação da Barbárie

- a) expansão da ESF: usando a pobreza como indicativo de onde implementar, assim a ação focalista entra em ação indo contra as ações da APS enquanto universais;
- b) fortalecimento das Organizações Sociais de Saúde (OSSs) e da Saúde Suplementar: as OSSs "drenam recursos públicos para que instituições privadas lucrem com o exercício da gestão pública" (NOGUEIRA e LACERDA, 2020, p.196). As OSSs, sempre são aclamadas em meio a tese de que o SUS por si só é ineficaz. Enfatizam a má gestão e planejamento, a insuficiência de profissionais e leitos para atendimento, porém em momento algum a insuficiência de recursos, reflexo das medidas de contenção de investimento na saúde é questionada.
- c) desvinculação das Receitas da União: criada por Itamar Franco em 1993 como Fundo Social de Emergência, rebatizada por FHC como DRU e continuada por Lula e Dilma. A DRU no governo Temer ampliou a margem de desvinculação de 20% para 30% dos impostos recolhidos pela seguridade por parte da união para áreas que não sejam a saúde, a assistência social ou a previdência social, legitimando o desfinanciamento das políticas setoriais e o enxugamento do Estado;
- d) emenda constitucional nº 95 de 2016: o novo regime fiscal aprovado em meio às festividades do fim do ano de 2016 como Emenda Constitucional nº 95/2016, conhecida como PEC do Fim do Mundo, obriga que os gastos, e recursos, com política social (como educação e saúde) fossem calculadas sob a inflação pelos próximos 20 anos a partir da aprovação da mesma causando o congelamento de gastos com essas e demais políticas. A EC nº 95 impacta diretamente no segmento mais vulnerabilizado da população brasileira e ao SUS que nos próximos 20 anos, conforme BRAVO et al. (2019, p.147), perderá cerca de 654 bilhões de reais num crescimento médio de míseros 2% do PIB ao ano. Já é possível apontar em 2021 em meio a pandemia de



















Consciência de Classe e Lutas Sociais na Superação da Barbárie

coronavírus que a perda será muito maior, até mesmo quando pontuamos os escândalos de desvios milionários de verba destinada a campanha de combate ao coronavírus para propaganda de ações do executivo e dos setor militar, inclusive nem mesmo em meio a pandemia a revogação da EC 95 que é primordial para o investimento nas ações de saúde pública não foi pautada no legislativo nacional;

- e) intensificação de práticas biomédicas: "o paradigma dominante no campo da saúde segue negando sistematicamente a dimensão social das desigualdades em saúde, privilegiando as abordagens biologicistas e as que explicam as desigualdades em saúde como efeitos", Nogueira e Lacerda (2020, p.196); o que vai de forma oposta à perspectiva biopsicossocial considerado pela vigilância da Saúde dentro do paradigma da saúde enquanto produção social;
- f) decreto nº 10.530 de 26 de outubro de 2020: Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República - PPI, para fins de elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada para a construção, a modernização e a operação de Unidades Básicas de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios leia-se privatização da atenção primária à saúde que é a porta de entrada para os serviços básicos de saúde como os postos de saúde. No dia 28 de outubro do mesmo ano, foi revogado - mas isso não quer dizer que o projeto deixou de existir;
- g) reforma administrativa (PEC 32): Ataque aos direitos sociais e trabalhistas, o qual atinge não apenas os funcionários públicos, mas o conjunto da população brasileira, principalmente os mais pobres, que sofrerão com a piora dos serviços públicos, hoje já bastante deteriorados, e com as privatizações.

















Consciência de Classe e Lutas Sociais na Superação da Barbárie

3 A ATENÇÃO BÁSICA SOB A LÓGICA NEOLIBERAL DE FINANCIAMENTO CONDICIONADO

Como visto, inúmeras foram as ações do Estado em contrarreformas do sistema de saúde brasileiro e consequentemente na atenção básica, vejamos de forma sucinta mais duas delas: a extinção do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e a extinção do Piso de Atenção Básica (PAB) via Programa Previne Brasil (Portaria nº 2.979/19) e como ambas as lógicas enfraquecem as ações em saúde e colocam em xeque a qualidade de vida da classe trabalhadora.

O NASF foi criado em 2008 e foi um modelo responsável pela elaboração de equipes multiprofissionais compostas pelas mais diferentes áreas de trabalhadores da saúde, tais como assistentes sociais, profissional com formação em arte e educação, fisioterapeuta, nutricionista, médico veterinário, profissional de educação física, psicólogo e diversas outras especialidades na qual atendiam a população através do intermédio das equipes de Saúde da Família (ESF). Com a extinção do modelo do NASF gestores podem elaborar equipes bem como entenderem e isto pode se tornar algo desfavorável à população conforme a compreensão destes gestores quanto ao conceito de saúde coletiva. Em um cenário de uma gestão que resgate da lógica biologicista e de ênfase na atenção médica (que integram um paradigma flexneriano), as equipes perdem sua multiprofissionalidade e se estruturam em equipes de hegemônicas profissionais de categorias como os médicos Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Pediatra; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho; e demais profissionais de prefixo médico. Tal cenário então retrocede frente os determinantes sociais que compõe como um dos elementos da lógica da saúde enquanto produção social e que vão de encontro a práticas medicamentosas e centradas na atenção médica.

O financiamento à estruturação dos NASF foi logrado apenas aos próprios gestores e o governo local na decisão da estruturação, ou não, dos NASF, e seguindo as medidas contrarreformistas com o novo modelo de financiamento da atenção básica via programa Previne Brasil o NASF bem como outras ações da atenção primária tornam-se precarizadas e mitigadas.

















Consciência de Classe e Lutas Sociais na Superação da Barbárie

3.1 Previne Brasil e as contradições no financiamento da APS

O Previne Brasil estabeleceu novas formas de custeio às APS. Tal custeio seria baseado no número de usuários cadastrados por equipe em uma determinada unidade de saúde, excluindo a população total do território enquanto base para cálculo. O financiamento que já era pífio, e que atualmente na pandemia limita até mesmo a testagens da população e a estruturação de um mapa epidemiológico para controle da disseminação do COVID-19, torna as ações em saúde ainda mais reduzidas e sucateia ainda mais os setores de atendimento aos que demandam dos serviços de saúde na atenção básica. Com o fim do financiamento através do Piso de Atenção Básica (PAB) podemos dizer que se instaura a lógica neoliberal e meritocrática em um modelo de financiamento condicionado: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo a ações de programas estratégicos. A questão do financiamento condicionado se dá à medida em que as ações na APS agora são financiadas à condição e característica dos grupos mais vulnerabilizados da população naquele espaço-tempo, ou seja, ações vinculadas ao grau de pobreza e não mais pela questão da estruturação de ações em saúde como sinônimo de um direito na perspectiva de cidadania.

Outro fator que colabora com o novo financiamento é a do repasse financeiro condicionado ao desempenho. Equipes com maior desempenho, mais estruturadas e que realizem *mais* ações estratégicas acabam por serem gratificadas com um maior contingente de recursos conforme mais trabalho exercem. Essa forma de atrelar o desempenho como pré-condição para investimento capta os ideários liberais de gestão, tal formato aparece inclusive no sistema de ensino e foi um dos pilares do programa Future-se idealizado pelo governo federal em 2019. Numa situação em que a APS de um determinado território/região enfrenta dificuldades — leia-se sucateamento — de implementar ações em saúde por falta de recursos, diminuí-los ao invés de aplicá-los de forma bem gestionada a fim da melhoria da qualidade dos serviços e não obstante da qualidade de vida da população se torna um paradoxo extremamente contraditório de causa e efeito. O baixo investimento resulta em baixas

















Consciência de Classe e Lutas Sociais na Superação da Barbárie

ações estratégicas de promoção, prevenção e atendimentos, e na atual situação pandêmica torna os processos de trabalho ainda mais desafiadores.

Mesmo com todas estas e demais medidas de sufocamento da APS, bem como de todo o sistema público de Saúde, o SUS mesmo sobre total desmonte e de forma sufocada consegue responder as demandas postas pela Covid-19, a exemplo, o Telessaúde Covid implementado em uma parceria entre a Universidade Federal de Viçosa e o Município de Viçosa (MG) que:

[...] vem contribuindo no cenário pandêmico, devido ao grande número de atendimentos realizados desde o início, em articulação com a rede de saúde em todos os níveis, com objetivo de atender à demanda gerada pela Covid-19 e não sobrecarregar os hospitais locais. O serviço se destacou como facilitador aos pacientes no cenário atual, por levar assistência de qualidade, com segurança e seriedade nas condutas prestadas, apoio para resolver situações diversas, orientações acessíveis e eficazes e fazendo com que o paciente se sentisse seguro, acolhido e cuidado pelo serviço. (FREITAS et al; 2021, p.10).

Além da total precarização das ações em saúde realizadas pelas APS, cabe a denúncia quanto a precarização do trabalho dos profissionais da saúde que atuam no SUS que nos últimos anos:

[...] acumulou uma dívida histórica com seus trabalhadores, agravada pela contrarreforma neoliberal do Estado. Produziu-se uma série de dispositivos legais que limitaram os gastos com pessoal, promoveram novas formas de relação público-privado, flexibilizaram os vínculos através, sobretudo, da terceirização. Um nicho do trabalho, até então considerado um dos mais protegidos em relação ao processo de precarização, passou a ser crescentemente tensionado. (MOROSINI et al., 2020, p.96)

Assim, observamos a flexibilização do trabalho nas proposições da modificação dos modelos de contrato que foram acompanhados com a massiva terceirização do setor, na redução de salários, supressão de planos de carreira, na transferência do recurso público para o capital privado que reforça assim o projeto de complementariedade invertida na política de saúde brasileira.

Assim como boa parte da população brasileira que exerce dupla e/ou tripla jornada de trabalho, incluindo o trabalho domiciliar (que não é remunerado e por vezes não é considerado trabalho) estes profissionais da saúde conforme os resultados da pesquisa *Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19*, realizada pela Fiocruz, também tendem a buscar outras formas de complementar

















Consciência de Classe e Lutas Sociais na Superação da Barbárie

a renda e garantir o mínimo necessário para sobreviverem. De acordo com a pesquisa, quase 50% admitiram excesso de trabalho ao longo desta crise mundial de saúde, com jornadas para além das 40 horas semanais, e um elevado percentual (45%) deles necessitam de mais de um emprego para sobreviver, conforme ENSP/Fiocruz (2021). Os dados ainda mostram que:

[...] 43,2% dos profissionais de saúde não se sentem protegidos no trabalho de enfrentamento da Covid-19, e o principal motivo, para 23% deles, está relacionado à falta, à escassez e à inadequação do uso de EPIs (64% revelaram a necessidade de improvisar equipamentos). Os participantes da pesquisa também relataram o medo generalizado de se contaminar no trabalho (18%), a ausência de estrutura adequada para realização da atividade (15%), além de fluxos de internação ineficientes (12,3%). O despreparo técnico dos profissionais para atuar na pandemia foi citado por 11,8%, enquanto 10,4% denunciaram a insensibilidade de gestores para suas necessidades profissionais. (ENSP/FIOCRUZ, 2021, ON-LINE)

Junto a isso, a supervalorização da classe médica em descrédito de outras como enfermagem e de forma ainda mais aprofundada os técnicos em enfermagem, contribuem para a violência com esses profissionais. Seja essa violência que parte das instituições (baixos salários, conflitos internos entre profissional-instituição, entre profissionais de áreas diferentes e etc) até mesmo a violência que parte da própria população onde em meio à onda do anticientificismo e o *boom* de notícias falsas que são tratadas enquanto apenas *opiniões divergentes* que resultam em ações violentas – verbais, psicológicas, físicas, por exemplo – contra profissionais da saúde.

A partir dessas análises é perceptível que:

Ressignificou-se o sentido do trabalho em saúde, subordinando-o a interesses alheios ao processo de cuidado, relativos ao alcance das metas, impostas pela gestão, e ao monitoramento do desempenho dos trabalhadores, das equipes e dos serviços, em um contexto de competição e individualização. As questões de caráter ético-político relacionadas ao atendimento das necessidades de saúde da população são transformadas em problemas 'gerenciais' para os quais são oferecidas soluções administrativas, estratégias de gestão, avaliação e controle definidas pelo alto e monitoradas por dispositivos que passam a compor e direcionar o processo de trabalho em saúde (MOROSINI et al., 2020, p.98 apud FONSECA, 2013; CARNEIRO; MARTINS, 2015; MOROSINI, 2018).

4 CONCLUSÃO

Desde as conquistas na assembleia constituinte de 1988 o regime político brasileiro sempre prezou por uma modernização dos direitos sociais. Esse ideário de

















Consciência de Classe e Lutas Sociais na Superação da Barbárie

modernização, que parte da agenda neoliberal, possui como uma das pautas a flexibilização de direitos e apresenta diversas medidas de austeridade sobre os direitos sociais conquistados, medidas como a Desvinculação de Receitas da União (DRU), Emenda Constitucional 95 (EC 95) e outras contrarreformas em áreas para além da saúde, a fim de concretizar a destruição e mercantilização de direitos, a exploração da classe trabalhadora e o financiamento do empresariado privado. Algumas outras medidas contrarreformistas anterior a 2020 também afetam atualmente diretamente na questão pandêmica, tais como a diminuição e corte de recursos para saúde mental (em 2017 foram -66%); diminuição de recursos para tratamento de HIV e AIDS – público que é duramente afetado pelo coronavírus dado a comorbidade; diminuição de recursos para construção de UBSs; e diminuição de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Discutir os desafios da APS implica:

trazer à cena as condições de vida e de trabalho da população trabalhadora, as desigualdades de classe, o aprofundamento da miséria, o desemprego crescente, o subfinanciamento histórico e atual desfinanciamento do SUS, o repasse do fundo público para a iniciativa privada, a terceirização em saúde, entre outros condicionantes que acentuam a precarização do trabalho e as desigualdades sociais. (NOGUEIRA; LACERDA, 2020, p. 193).

É ainda ressaltar a condição dos trabalhadores da saúde com destaque para a categoria da enfermagem, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate a endemias (ACE); problematizar as estruturas de classe que envolve também as temáticas de etnia e gênero atreladas e apontar o direcionamento de mobilização popular frente às medidas de sufocamento do sistema de saúde pública como um todo e advindas do Estado burguês e do sistema econômico e ideológico vigente que resulta por vezes no desmonte da seguridade social, do meio ambiente, da educação e no desprezo pela vida dos brasileiros em contraste a supervalorização do capital.

REFERÊNCIAS

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história.** São Paulo: Cortez, 2008.

















Consciência de Classe e Lutas Sociais na Superação da Barbárie

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; LIMA, Marcela Natacha dos Santos Caxias de; SOUZA, Rodriane de Oliveira. Avanço das contrarreformas na saúde na atualidade: o SUS totalmente submetido ao mercado. In: SALVADOR, Evilasio; BEHRING, Elaine; LIMA, Rita de Lourdes (Orgs.). **Crise do Capital e Fundo Público: implicações para o trabalho, direitos e a política social.** São Paulo: Cortez, 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. In: **Cadernos de saúde**, set. de 2011. Disponível em: https://www.adufrj.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Revista_cadernos_de_Saude_PAGINA.pdf. Acesso em 06 de abr. de 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês de Souza; UCHÔA, Roberta. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Núcleo Ampliado Saúde da Família (NASF).** Brasília, [20-??]. Disponível em http://aps.saude.gov.br/ape/nasf/perguntasfrequentes/. Acesso em 11 de abr. 2021.

COTTA, R. M. M.; CAMPOS, A. A. O.; MENDONÇA, E. T. et al. **Políticas de Saúde: desenhos, modelos e paradigmas.** Viçosa: Editora UFV, 2013.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).

FREITAS, B. A. C. de .; PRADO, M. R. M. C. do .; FIALHO, W. L.; ALMEIDA, S. L.; SILVA, T. C. S. e .; ABIJAUDE, W. . Cooperação entre a universidade pública e a gestão municipal no combate a COVID-19: experiências do serviço de teleatendimento em Viçosa, Minas Gerais. **Revista ELO – Diálogos em Extensão**, [S. I.], v. 10, 2021. DOI: 10.21284/elo.v10i.12393. Disponível em: https://periodicos.ufv.br/elo/article/view/12393. Acesso em: 15 ago. 2021.

LEONEL, Filipe. Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde. **Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, p. On-line, 22 mar. 2021. Disponível

















TRABALHO ALIENADO, Destruição da Natureza e Crise de Hegemonia

Consciência de Classe e Lutas Sociais na Superação da Barbárie

em: https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude). Acesso em: 23 jul. 2021.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; CHINELLI, Filippina; CARNEIRO, Carla Cabral Gomes. Coronavírus e crise sociossanitária: a radicalização da precarização do trabalho no SUS In: SILVA, Letícia Batista; DANTAS, André Vianna (orgs.). **Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2020.

NOGUEIRA, Mariana Lima; LACERDA, Alda. Atenção Primária à Saúde no Brasil: velhas contradições e novo coronavírus na pandemia da capital. In: SILVA, Letícia Batista; DANTAS, André Vianna (orgs.). **Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2020.

REIS, Vilma. Em defesa da atenção primária e do direito universal à saúde: pela revogação da Portaria nº 2979/19 do Ministério da Saúde. **ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva**, 21 de nov. de 2019. Disponível em: . Acesso em 10 de abr. 2021.

REIS, Vilma. Contra a reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica. **ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva**, 27 de jul. de 2017. Disponível em: . Acesso em 10 de abr. 2021.

SALIM, Leila. O SUS na mira: reforma ou descaracterização? **Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, p. On-line, 15 jul. 2021. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-sus-na-mira-reforma-oudescaracterização). Acesso em: 23 jul. 2021.

SAÚDE da família perde modelo do NASF. **RADIS**, 01 de mar. de 2020. Redação. Disponível em: https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/saude-da-familia-perde-modelo-do-nasf>. Acesso em 11 de abr. 2021

O SUS na mira: reforma ou descaracterização? **Revista Poli: saúde, educação e trabalho - jornalismo público para o fortalecimento da Educação Profissional em Saúde**, Rio de Janeiro, ano XIII, n. 78, jul-ago 2021. Público e Privado na Saúde, p. 26-30.









AP010







