

Pesquisas em Psicologia e Políticas Públicas II

Diálogos na pós-graduação

Volume 2

Mariana Prioli Cordeiro
Maria Fernanda Aguilar Lara
Henrique Araujo Aragusuku
Rodolfo Luis Almeida Maia
(Organizadores)

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e autoria, proibido qualquer uso para fins comerciais.

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Pesquisas em psicologia e políticas públicas II / organizado por Mariana Prioli Cordeiro... [et al.] . - São Paulo : IPUSP, 2020.

252 p. (Diálogos na Pós-Graduação, v.2)

ISBN: **9 78-65-87596-06-8**

DOI: **10.11606/9786587596068**

1. Psicologia social 2. Pesquisa científica. 3. Políticas públicas I. Título

Capítulo 12

O SUS e a Atenção Primária em Saúde: tensões entre o modelo seletivo e o modelo ampliado de saúde

Rodolfo Luis Almeida Maia

Fernanda de Jesus Ligeiro Braga

Mariana Prioli Cordeiro

Introdução

O presente capítulo é um exercício reflexivo, fruto de uma parceria entre os/as autores/as deste capítulo. A parte empírica é o desdobramento de uma pesquisa de mestrado em Psicologia Social sobre os espaços de controle social no Sistema Único de Saúde (SUS)¹ realizada pelo primeiro autor, e as reflexões apresentadas contam com a contribuição das experiências profissionais da segunda autora, que foi residente no Programa de Rede de Atenção Psicossocial². A pesquisa se propõe a acompanhar e contribuir com um grupo auto-organizado de moradores/as dos bairros do jardim Brasília e jardim Vitória-Régia, pertencentes ao distrito da Brasilândia, na zona norte de São Paulo. O grupo se chama “Comissão de Moradores do Jardim Brasília e Vitória-Régia” e luta desde 2011 pela construção de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no território. Na medida em que acompanhamos a Comissão, percebemos a importância de se discutir os modelos de saúde que embasam a forma de organização do SUS, tanto por conta do momento político atual quanto porque sentimos falta de um aprofundamento dessas discussões ao longo de nossas formações enquanto psicólogos/as. Assim, este capítulo possui como enfoque uma discussão acerca dos modelos seletivo e ampliado de saúde.

Antes de abordarmos as ações da Comissão, vale apresentar, ainda que de forma breve, o SUS e a concepção de saúde que o embasa. O SUS é definido no Art. 4º da Lei Orgânica da Saúde (LOS) (Lei nº 8142/1990) como o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por

¹ Trata-se do projeto de mestrado intitulado “A produção do Controle Social no SUS: Experiências com a Comissão de Moradores do Jardim Brasília e Vitória-Régia” que está sendo desenvolvida pelo primeiro autor deste capítulo no Programa de Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, sob financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

² Trata-se do Programa de Rede de Atenção Psicossocial da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), com sede na cidade de Santos, no estado de São Paulo.

órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (Brasil, 1990). Essa definição está em consonância com o que preconiza a Constituição Federal do Brasil, que, em seu art. 196, determina que a “saúde é um direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988) – o que é considerado um marco na história do Brasil porque implica diretamente o Estado no oferecimento de ações, serviços e programas, de saúde para toda a população brasileira, além de construção de um complexo sistema de vigilância e monitoramento dos indicadores de saúde. Na prática, o SUS se estrutura a partir de três grandes princípios, definidos na Lei Orgânica da Saúde (LOS) (Lei nº 8080/1990):

- **Universalidade:** Isto quer dizer que todas/os as/os cidadãs/os têm o direito à saúde e que cabe ao Estado assegurar que este direito seja garantido, independentemente de gênero, orientação sexual, raça, ou quaisquer outros atributos ou características;
- **Integralidade:** É a ideia de que os processos de saúde e doença devem ser considerados de forma integral e não fragmentada;
- **Equidade:** Que é o princípio da igualdade adequado às diferentes demandas e realidades. Em outras palavras, a equidade é o princípio que assegura uma igualdade no acesso à saúde a partir da consideração das desigualdades de condições.

A partir desses princípios, o SUS é organizado em três níveis de complexidade: o **nível primário** é responsável por ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e manutenção da saúde, sendo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) os equipamentos de referência. O **nível secundário** inclui atendimentos especializados e serviços de urgência e emergência. Já no **nível terciário**, são realizadas as ações e procedimentos de alta complexidade, como cirurgias e processos de reabilitação (Ayres, Paiva & França, 2012).

Consideramos que o processo de construção do conceito e das ações de nível primário - ou da chamada "Atenção Primária à Saúde" (APS) - é social, histórica e politicamente construído, e não pode ser compreendido sem que se considere o desenvolvimento de discussões acerca dos modelos de saúde. Conforme aponta Spink (2010), os processos de saúde-doença envolvem uma complexa confluência de realidades que produzem aquilo que estamos nomeando como saúde ou como doença:

As experiências no campo da saúde – nossas atividades do dia a dia, os problemas de saúde que enfrentamos ou que poderemos enfrentar no futuro e, sobretudo, as complicadas e

tortuosas maneiras de manter-se saudável ou ser cuidado frente ao processo saúde-doença – são complexas e envolvem práticas profissionais que devem ser baseadas tanto no saber teórico-técnico quanto na erudição. A complexidade a que nos referimos não trata meramente de pontos de vista diferentes: das pessoas saudáveis, dos pacientes, dos médicos, dos profissionais de saúde, dos gestores e, é claro, da ciência. Trata-se da concomitância de múltiplas versões (Law & Mol, 2002), de realidades fractais que são performadas de diferentes formas pelos muitos actantes sociais e materiais que estão presentes nessa rede heterogênea (Spink, 2010, p. 42).

Assim, consideramos que nós, enquanto profissionais psicólogos/as, em nossas atividades cotidianas, seja como pesquisadores/as, atuando em serviços do SUS, ou em clínicas particulares, estamos inseridos/as em uma complexa rede de relações que está associada ao processos de produção do binômio saúde-doença.

Ao longo da pesquisa, vimos observando que diversas tensões entre os movimentos de luta pela saúde e a gestão pública estão relacionadas a uma disputa pelos modelos de saúde que estruturam as ações e serviços de saúde. Chamamos de *modelo* o horizonte ético-político que embasa as concepções de saúde e, conseqüentemente, estrutura as ações do poder público (Giovannella et al., 2018). Em outras palavras, um *modelo* é o conjunto de diversos sentidos que são atribuídos àquilo que estamos chamando de saúde-doença e que, mantendo-se mais ou menos estáveis ao longo do tempo, norteiam tanto nossas formas de atuação profissional quanto a ação do poder público e a organização das ações e serviços de saúde.

Neste capítulo, damos ênfase a dois modelos específicos de saúde: o primeiro é o *modelo seletivo*, no qual o sistema se organiza para priorizar o acesso a serviços de saúde a populações-chave, geralmente de baixa renda e em maiores condições de vulnerabilidade(s), respondendo a demandas específicas apenas a partir do aparecimento de doenças ou agravos (Mendonça, 2009). Já o segundo, é o *modelo ampliado*, que entende os processos de saúde e doença enquanto fenômenos complexos e singulares que implicam a relação com qualidade de vida, emprego, acesso a saneamento básico, etc. e que perpassam uma possibilidade de produção de um estilo de vida saudável (Dalmolin, Backes, Zamberlan, Schaurich, Colomé & Gehlen, 2011).

De forma geral, percebemos que as disputas entre os movimentos de luta pela saúde e a gestão pública no município de São Paulo são reflexo de uma tensão na qual os governos atuais – nos três níveis de gestão (municipal, estadual e nacional) –, estão buscando alterar diversas formas de organização do SUS e caminhando para um modelo seletivo de saúde e de APS, enquanto os movimentos de luta pela saúde buscam preservar o modelo ampliado de saúde, que embasou as concepções de APS presentes na forma de organização do SUS.

Portanto, o objetivo deste capítulo é evidenciar, a partir das nossas experiências de campo, que as tensões entre os movimentos de luta pela saúde e a gestão pública possuem como pano de fundo a tensão entre os modelos ampliado e seletivo de APS. Para isso, iniciaremos com uma breve discussão sobre o processo de construção da noção de APS e sua articulação com a implementação do SUS.

1. Um histórico da noção de APS e da estruturação do SUS

Do ponto de vista da tradição euro-norte-americana³, até o final da Idade Média, as concepções relacionadas aos processos de saúde-doença estavam muito atreladas à religiosidade cristã. A partir do Renascimento e das descobertas de Louis Pasteur, a saúde passou a ser pensada como ausência de doença, sendo doença definida pela presença de um agente externo no corpo físico humano, causando seu mau funcionamento. Ademais, os processos de urbanização que se intensificaram com a Primeira Revolução Industrial trouxeram novos perfis e tipos de patologias que fizeram com que os Estados passassem a dar grande importância para as questões de saúde pública (Hegenberg, 1998).

Esses fatores foram importantes para estruturar o trabalho da epidemiologia enquanto campo de saber científico e consolidar o modelo de História Natural das Doenças, que busca definir as condições ambientais que aumentam ou diminuem as chances de se contrair uma determinada enfermidade (Ayres, Paiva & França, 2012). É a partir desta concepção que a noção de **prevenção** passa a ocupar um lugar central no desenho das políticas públicas de saúde.

Na mesma direção, em sete de abril de 1948⁴, a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁵ publicou sua carta de princípios, colocando ênfase no direito à saúde e no dever do Estado de promover e proteger a saúde de seus/suas cidadãos/ãs. Além disso, a referida carta define saúde

³ Resolvemos trazer a tradição euro-norte-americana neste trabalho pois é ela que embasa as concepções de ser humano, de saúde e doença da ONU e da OMS (Hegenberg, 1998). Contudo, vale ressaltar que o Brasil é um país que congrega uma diversidade nas formas de pensar a saúde que não pode ser resumida a esta tradição. As tradições indígenas, por exemplo, trabalham com outras matrizes de constituição de sujeito, ambiente, natureza e cultura que nos levam a formas muito distintas de pensar o que é saúde e doença. Um grande exemplo disto é o livro “A queda do céu” de Davi Kopenawa e Bruce Albert (2015) no qual o xamã Yanomami traz um alerta sobre a relação entre a agressão à terra e à natureza perpetrada pelos brancos e os processos de adoecimento não somente dos povos indígenas, mas também dos próprios brancos.

⁴ Desde a publicação da carta de princípios, o dia 7 de abril passou a ser celebrado como o Dia Mundial da Saúde.

⁵ Criada em 1948 e vinculada à Organização das Nações Unidas (ONU), a OMS tem como principal objetivo “desenvolver ao máximo possível o nível de saúde de todos os povos” (OMS, 1948, p. 2 tradução nossa). No original: “*The objective of the World Health Organization (hereinafter called the Organization) shall be the attainment by all peoples of the highest possible level of health*” (OMS, 1948, p. 2).

como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (OMS, 1948, p. 1, tradução nossa)⁶.

A primeira coisa que pode ser notada a partir dessa definição é que, uma vez que saúde não é somente ausência de doença, ela deve ser encarada de forma propositiva e não apenas contrafática, ou seja, não somente devemos buscar a prevenção de doenças, mas também a promoção de contextos e ambientes saudáveis. É neste sentido que a noção de **promoção** emerge como uma questão importante para definir as políticas de saúde.

Em 1978, foi realizada pela OMS a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata. Este evento se debruçou sobre diversas experiências e estudos nas áreas da saúde pública e epidemiologia, e principalmente sobre o modelo do *National Health System (NHS)*, no Reino Unido, para então chegar a uma declaração final. Nesta, os cuidados primários e a universalização do acesso à saúde foram tidos como os horizontes políticos através dos quais os governos deveriam trabalhar para atingir os melhores índices de saúde e de qualidade de vida de seus cidadãos/ãs. A declaração não somente recomendava estes caminhos, como apontava que todos os países, e em especial os países em desenvolvimento, possuíam condições necessárias para seguir nessa direção e melhorar os indicadores de saúde de seus cidadãos/ãs. Além disso, a declaração também delimitou um conjunto de ações que são abrangidas por aquilo que estava sendo definido como Cuidados Primários em Saúde, que:

incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais. (OMS, 1978, p.2)

Podemos perceber que a definição de “Cuidados Primários em Saúde” da Declaração de Alma-Ata se aproxima daquilo que estamos chamando de *modelo ampliado de saúde*, uma vez que atrela diversos aspectos, como acesso a saneamento básico, à água potável e o planejamento familiar, à concepção de saúde e de APS. Assim, os cuidados primários em saúde ganharam um contorno muito delimitado a partir desta conferência e deram as diretrizes que posteriormente seriam incorporadas ao SUS no Brasil. Sendo assim, se antes os documentos da OMS e do Sistema ONU apontavam para caminhos deveras genéricos, foi a partir da Conferência de Alma-Ata que a APS e a universalização do acesso ganharam embasamento

⁶ No original: “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (OMS, 1948, p. 1).

tanto teórico quanto político para se consolidar enquanto estratégias com o melhor custo-benefício para atingir índices de saúde e qualidade de vida (Pinto & Giovanella, 2018).

No Brasil, a oitava Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, é tida como o marco histórico nas discussões sobre saúde no Brasil, pois foi um espaço que congregou diversas lideranças de movimentos dos mais variados segmentos que lutavam por melhorias no acesso a serviços de saúde. Nela, foram deliberados os princípios e diretrizes que posteriormente seriam incluídos na Constituição Federal e culminariam na implementação do SUS. O modelo ampliado de saúde orientou o texto incluído na Constituição Federal e pôde ser sintetizado na fala de Sérgio Arouca, professor da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), durante a cerimônia de Abertura da Conferência:

[Saúde] é um bem-estar social que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes. Que tenham direito a casa, ao trabalho, a um salário condigno, à água, à vestimenta. Que tenham direito à educação, a ter informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. Que tenham, direito a um meio-ambiente que não nos seja agressivo, mas, pelo contrário, que permita a existência de uma vida digna e decente. Que tenham direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização, à livre possibilidade de autodeterminação de um povo e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência. Daquela violência resultante da miséria, que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja submetido ao medo da violência de um governo sobre o seu próprio povo para que sejam mantidos interesses que não são interesses do povo (Arouca, 1986).

Além de atrelar a concepção de saúde às noções de direitos à educação, ao saneamento básico e à preservação ambiental, a fala de Arouca defende a ideia de que direito à saúde é também direito à participação e à autodeterminação política. Quatro anos depois, em 1990, foram sancionadas as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8080/1990 (Brasil, 1990) e nº 8142/1990 (Brasil, 1990a), que, imbuídas deste modelo ampliado de saúde, institucionalizaram o SUS enquanto política organizada na forma de um sistema público, descentralizado e com organização a nível nacional.

Apesar de haver experiências de APS no Brasil datadas desde o início do século passado (Lavras, 2011), foi a partir da Constituição de 1988 e da aprovação das LOS que se materializou a construção de um novo modelo assistencial (ou de atenção). Nesse sentido, foram implementados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e depois foi proposto o Programa de Saúde da Família (PSF), que passou a ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial e nomeado Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF é considerada como a forma prioritária de expansão da APS no Brasil. Ela possui uma equipe composta por: enfermeiro/a, médico/a, auxiliar ou técnico/a de enfermagem, e

Agente Comunitário/a de Saúde (ACS). A figura do/a Agente Comunitário/a de Saúde (ACS) possui um papel central. O/A ACS é um/a profissional de nível médio que reside no bairro onde atua e, portanto, é um forte elo entre a comunidade e a UBS (Brasil, 2017). Segundo a PNAB, dentre as atribuições de um/a ACS, estão:

Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local (Brasil, 2017).

Além disso, a ESF também conta com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que são equipes multiprofissionais compostas por profissionais de nível superior como educadores/as físicos/as, psicólogos/as, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, entre outros/as, que atuam de forma integrada às ESF, sem necessariamente atender diretamente a população, mas dando um suporte ao trabalho dos/as profissionais da ESF para que as demandas da comunidade sejam trabalhadas a partir da noção da integralidade, conforme é possível observar na descrição dos trabalhos do NASF na PNAB:

[São Competências do NASF] b. 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; c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território (Brasil, 2017, grifo nosso).

Assim, podemos afirmar, a partir das descrições dos trabalhos do NASF e dos/as ACS, que a ESF foi pensada a partir de um *modelo ampliado de cuidado*, pois a ideia é justamente trabalhar a noção de saúde a partir da sua relação com o território, com as demandas e vulnerabilidades locais e a partir de uma perspectiva multiprofissional, não se limitando a uma abordagem biomédica.

Ademais, a concepção de **integralidade** também é muito presente na forma como a ESF foi desenhada. “A definição legal e institucional de integralidade é um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema” (Pinheiro, 2008, p. 257). Mattos (2005) realiza uma discussão sobre os diferentes sentidos da noção de integralidade e afirma que, em termos de respostas governamentais às demandas de saúde, a integralidade pode ser definida como:

a busca de uma visão mais abrangente daqueles que serão os "alvos" das políticas de saúde que configura a integralidade numa de suas acepções. Em outra, é a recusa em aceitar um recorte do problema que o reduza a uma ou algumas de suas dimensões, desconsiderando as demais. As respostas aos problemas de saúde devem abarcar as suas mais diversas dimensões. Analogamente, devem oferecer respostas aos diversos grupos atingidos pelo problema em foco (Mattos, 2005, p.66).

A partir dos excertos acima, podemos afirmar que a noção de **integralidade** está diretamente relacionada a um *modelo ampliado de saúde*, já que pensar a integralidade do cuidado é pensar os processos de saúde e doença de forma não reducionista ou fragmentada. Portanto, conforme podemos perceber a partir das discussões acima, o modelo ampliado de saúde permeou, de forma geral, a formulação e a implementação do SUS no Brasil.

E é justamente esse modelo de saúde – integral e universal – que a “Comissão de Moradores do Jardim Brasília e Vitória-Régia” busca fortalecer. Mas antes de abordarmos suas estratégias de luta, faz-se mister explicitarmos o percurso metodológico adotado na pesquisa.

2. Procedimentos metodológicos

Conforme citamos anteriormente, a “Comissão de Moradores do Jardim Brasília e Vitória-Régia” é um grupo auto-organizado de moradores/as que luta desde 2011 pela construção de uma UBS no bairro do Jardim Brasília, zona norte de São Paulo.

Iniciamos uma parceria entre a Comissão de Moradores e a Universidade de São Paulo em março de 2018 e, ao longo desta caminhada de quase dois anos, vimos acompanhando o grupo em diversos espaços e atividades das quais participam. Até o mês de outubro de 2019, participamos de 48 idas a campo, entre reuniões da Comissão de Moradores, audiências públicas, reuniões de conselho gestor, a 20ª Conferência Municipal de Saúde e a 16ª Conferência Nacional de Saúde. A principal característica da Comissão de Moradores é o intenso acúmulo de conhecimento sobre a organização do SUS em suas diversas instâncias e sua intensa atuação nos espaços institucionalizados de controle social do SUS.

Quando falamos de espaços de controle social estamos nos referindo principalmente aos Conselhos Gestores de Saúde e Conferências de Saúde, instâncias previstas na LOS nº 8142/1990, além das audiências públicas, que são regulamentadas por diversas portarias, como a Lei Complementar nº 141/2012 que prevê a realização de audiências públicas a cada quatro meses para que o poder executivo preste contas dos gastos com saúde ao poder legislativo.

Coelho, Ferraz, Fanti e Ribeiro (2010) realizaram um mapeamento dos movimentos de luta pela saúde na década de 2010 e afirmam que as ações dos movimentos da zona norte de

São Paulo, região à qual pertence a Comissão de Moradores, possuíam como característica central a atuação dentro dos espaços institucionalizados de controle social. Esta também é uma característica muito forte da Comissão de Moradores, uma vez que, das 48 idas a campo que realizamos, 21 delas correspondiam a reuniões de conselhos gestores de saúde, conferências de saúde ou audiências públicas.

Esses espaços institucionalizados de controle social têm se mostrado como oportunidades privilegiadas para observar as concepções e tendências da gestão pública municipal. Geralmente, as reuniões contam com a presença de atores/atrizes importantes da gestão pública municipal, como o prefeito, o secretário municipal de saúde, coordenadores/as regionais de saúde, vereadores/as e prefeitos/as regionais, que respondem a diversos questionamentos da população que se faz presente nesses espaços. Portanto, em nossa experiência de campo junto à Comissão de Moradores, acumulamos uma quantidade significativa de registros das falas e manifestações públicas desses/as atores/atrizes ligados/as à gestão pública, que neste capítulo são utilizados como *corpus* de análise.

As experiências de campo foram registradas de modo a detalhar ao máximo os acontecimentos dos encontros dos quais participamos. As formas de registro de diário de campo foram essencialmente aquelas propostas por Geertz (1989). A ideia é que os diários de campo sejam registros sistemáticos de tudo aquilo que é considerado significativo para o/a pesquisador/a imerso/a nas cenas cotidianas. Em termos de procedimentos metodológicos, os registros foram feitos em três etapas:

- 1- As informações foram registradas em diários de campo e o máximo de informações e detalhes é descrito.
- 2- Os diários de campo foram transcritos para um arquivo eletrônico em formato *Microsoft Word*, no qual é elaborada uma narrativa mais concisa sobre aquele dia em específico.
- 3- As falas específicas dos/as atores/atrizes ligados/as à gestão pública foram identificadas e copiadas para um arquivo no formato *Microsoft Word*.

Ao todo, foram identificadas 17 falas de atores/atrizes ligados/as à gestão pública municipal das quais 5 delas são utilizadas neste capítulo. As análises foram realizadas partindo-se de um referencial construcionista no qual as falas dos/as atores/atrizes ligados/as à gestão pública municipal foram consideradas como práticas discursivas que não somente evidenciam, mas também produzem e reproduzem os modelos de saúde que embasam suas ações.

Vale ressaltar que como este capítulo é um exercício reflexivo que estamos realizando a partir das experiências de campo e das discussões que acumulamos ao longo de nossas formações, nosso objetivo, aqui, é mais levantar questões e iniciar debates do que realizar uma análise rigorosa do nosso vasto material de campo. Portanto, selecionamos algumas falas que elucidam concepções de saúde, doença, APS e modelos de cuidado para exemplificar as tensões entre os modelos de saúde que estamos discutindo.

3. Discussão

A primeira característica, que podemos perceber nas práticas discursivas dos/as atores/atrizes ligados/as à gestão pública, é a forte presença de elementos daquilo que podemos chamar de *discursos gerencialistas*, que podem ser exemplificados pela fala de um representante da Secretaria Municipal de Saúde, durante uma audiência pública⁷: “É preciso ter um controle mais rigoroso das OS’s [Organizações Sociais de Saúde]... Se o médico atende 16 consultas por dia, o dinheiro é pago para os OS’s e não tem nenhuma avaliação se a consulta foi boa ou ruim”.

O termo gerencialismo é comumente utilizado para designar ideias da corrente autointitulada como a “Nova gestão pública”. Segundo, Dasso Junior (2016), a ideia central da “nova gestão pública” gira em torno dos pressupostos de que a burocracia essencialmente estatal é ineficiente quando comparada com a iniciativa privada e, portanto, é necessário que haja diferentes arranjos para que se aumente a eficiência dos serviços entregues à população pelo Estado. O texto de Bresser-Pereira e Grau (1999) intitulado “Entre o Estado e o mercado: o público não estatal” é considerado um marco na defesa do gerencialismo no Brasil. Nele os autores fazem uma discussão sobre as diferenças entre o que é *público* – e consequentemente associado ao interesse do bem comum – e o que é *estatal* – e diz respeito à burocracia do Estado propriamente dita. A partir daí, a discussão sobre uma nova dimensão pública e não estatal é defendida como a resposta para os problemas de apropriação dos mecanismos de burocracia estatal por interesses de grupos específicos: “a democracia tem que ser aperfeiçoada para tornar-se mais participativa ou mais direta; e a administração pública burocrática deve ser substituída por uma administração pública gerencial” (Bresser-Pereira & Grau, 1999, p. 24).

⁷ Audiência Pública de prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), realizada na Câmara Municipal de São Paulo, em 30 de maio de 2018. A Lei Complementar nº 141/2012 (Brasil, 2012), além de estabelecer valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, também regulamenta as normas de fiscalização, avaliação e controle dos gastos públicos com saúde. Dentre os mecanismos previstos nesta lei está a obrigatoriedade das secretarias de saúde em realizar Audiências Públicas de prestação de contas nas casas legislativas de seus municípios, Estados ou da União a cada quatro meses.

A administração pública gerencial é, então, entendida como aquela regida pelos princípios de controle da entrega de resultados que somente podem ser obtidos quando combinados com as formas de mercado, nas quais há a concorrência e, portanto, o comprometimento com a prestação de um serviço de qualidade. Esses elementos estão presentes na fala do representante da SMS, que afirma ser necessário um controle mais rigoroso dos resultados entregues pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS). Contudo, a discussão sobre como gerenciar as OSS – quais serviços são entregues, quais métricas são consideradas na avaliação, como se dá o repasse de recursos, etc. – implica uma discussão sobre os modelos de saúde que estão sendo considerados, e isso parece não ocorrer (pelo menos não de forma participativa e transparente). O discurso gerencialista, tal qual é empregado pelos/as atores/atrizes da gestão pública, assume uma característica de discurso de verdade e, portanto de incontestabilidade. Todos/as queremos uma melhor eficiência nos gastos e opor-se a determinadas ações da prefeitura acaba sendo entendido como opor-se a um bem comum, como demonstra a fala a seguir:

Eu também sou munícipe e quero as mesmas coisas que vocês. Nós queremos uma saúde melhor para a todos os munícipes de São Paulo e, se transformarmos esse projeto⁸ em um projeto político, ele não vai pra frente e todos nós perdemos (Advogada representante do Projeto Avança-Saúde da SMS, Audiência Pública realizada no dia 5 de junho de 2018 na escola SENAC Tiradentes).

A fala da representante elucida exatamente o aspecto de discurso de verdade para o qual estamos chamando a atenção. Um projeto baseado em “dados técnicos”, conforme ouvimos diversas vezes de representantes da SMS, não pode ser questionado, por mais que esses dados técnicos não sejam amplamente divulgados pela gestão pública. Porém, a questão que estamos levantando é de que essa discussão gerencialista, por mais necessária que possa ser neste momento de austeridade e de diminuição de recursos para as políticas sociais, mostra-se mais próxima a uma *cortina de fumaça* que é lançada para evitar que as discussões sobre modelos de saúde sejam aprofundadas e percebamos que as ações da gestão pública caminham para um modelo seletivo de saúde, em detrimento ao modelo ampliado que historicamente tem norteado o SUS.

Um dos exemplos é a Portaria nº 2979, publicada em 12 de novembro de 2019, que altera drasticamente a forma de repasses de recursos do governo federal para os entes

⁸ O projeto mencionado pela representante da SMS diz respeito a um empréstimo de cem milhões de dólares, contraído pela prefeitura municipal de São Paulo com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Trata-se de uma iniciativa deveras controversa da Prefeitura Municipal que foi questionada por diversos movimentos de luta pela saúde justamente pela falta de transparência no seu processo de formulação (BID, 2019).

municipais. Nela, o Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, é substituído por um piso *per capita*. Em outras palavras, as UBS passam a receber recursos não mais a partir do número de famílias presentes na área de abrangência de seu território, como era feito anteriormente, mas a partir do número de pessoas cadastrados no serviço. O Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo emitiu uma nota técnica no dia 14 de novembro de 2019, afirmando que essa mudança implicará uma diminuição drástica no repasse de recursos para os serviços vinculados à APS, uma vez que, por exemplo, no Estado de São Paulo, apenas 36% da população total possui cadastro ativo no SUS (COSEMS/SP, 2019). Ademais, os NASF perdem o repasse financeiro específico que era destinado a eles, sendo que as próprias prefeituras deverão arcar com os gastos dos/as profissionais das equipes multidisciplinares. Na prática, conforme aponta a nota técnica, isso representará o fim dos NASF, uma vez que a grande maioria das prefeituras no Brasil não possui recursos suficientes para se sustentar financeiramente, dependendo diretamente dos recursos do governo federal (Arretche, 2012).

Conforme aponta Mendes (2012), as ações e serviços de saúde realizadas dentro de certo desenho institucional estão diretamente ligadas, entre outras coisas, aos modelos de saúde que os orientam. Isso pode se manifestar, por exemplo, explícita ou implicitamente, em documentos informativos, legislativos, nos discursos de gestores/as e trabalhadores/as, na alocação de recursos, entre outros. Assim, podemos observar que essas mudanças nos repasses de recursos para a APS relacionadas à Portaria nº 2797/2019 vão muito além de um simples “corte de gastos”. Elas representam uma mudança drástica no modelo de saúde que embasa a APS no SUS. O fim dos recursos para o NASF representa uma desvalorização das equipes multidisciplinares e um retorno a um modelo biomédico de saúde, ao passo que a alteração do PAB para um sistema de financiamento *per capita* apontam para uma lógica ambulatorial na qual os serviços são organizados para resolver apenas demandas específicas associadas ao aparecimento de doenças. Isso se aproxima do modelo focalizado de saúde em detrimento do modelo ampliado.

Durante a abertura da 20ª Conferência Municipal de Saúde, ocorrida entre os dias 22 e 24 de março de 2019, tivemos a oportunidade de presenciar a fala do secretário municipal de saúde na ocasião, Edson Aparecido. O secretário sustentou o argumento de que o SUS é subfinanciado, mas que este é um problema relacionado aos repasses do Governo Federal, uma vez que a prefeitura do município de São Paulo investe “mais do que deveria” na saúde. Segundo ele, os repasses do Fundo Nacional de Saúde não acompanharam a expansão da Rede de Atenção à Saúde, o que fez com que o próprio município tivesse que arcar com o provimento dos serviços.

Então, se nós formos observar, a Constituição prevê que os municípios invistam 15% do orçamento com saúde. Aqui em São Paulo a gente investe quase 20%. Ou seja, nós, a prefeitura municipal investe demais em saúde, mais do que deveria (vaia da plateia). Não... Não... Eles vão ter que ouvir! Vão ter que me ouvir! Tá aqui no slide! O problema é que o governo federal não fez a parte dele. Não repassa os recursos da forma como tem que repassar, mas a gente investe sim em saúde! (Edson Aparecido, Secretário Municipal de Saúde de São Paulo, abertura da 20ª Conferência Municipal de Saúde, 22 de março de 2019).

A legislação do SUS definiu o financiamento da saúde de modo tripartite, isto é, com a participação da União, dos estados e municípios. Gradualmente a participação federal no subsídio dessa política diminuiu devido à ausência de reajustes condizentes com as necessidades do sistema, ficando a cargo, sobretudo dos municípios o custeio do setor (Castro, Lima & Machado, 2018). Assim, os municípios passaram gradualmente a dar conta do déficit de repasse. Este contexto tende a se agravar com a aprovação da Emenda Constitucional nº95/2016, que congela os gastos federais, sendo atualizados apenas pela inflação do ano anterior com base na variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Na prática, significa o congelamento real das despesas federais, com redução progressiva do gasto público em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) e ao número de habitantes. Tais despesas não poderão acompanhar o crescimento da renda e da população, agravando ainda mais a situação de subfinanciamento público da saúde. Caso se mantenha, haverá perda real do setor frente a outras despesas obrigatórias da União (ex: Previdência Social) com aumento na disputa entre diferentes áreas da política social (Castro, Lima & Machado, 2018, p. 7).

Pensando na realidade da maioria dos municípios brasileiros, a EC nº 95/2016 representará uma precarização dos sistemas de saúde, educação, assistência social, devido à impossibilidade de sustentar financeiramente essas políticas sociais. Matsushita e Cavalcanti (2017) afirmam que, ao aprovar a EC nº 95/2016, o Estado brasileiro optou por um modelo de desenvolvimento pautado no sacrifício das políticas sociais, o que, segundo os autores, seria uma “violação da finalidade constitucional da ordem econômica e da garantia da existência digna a todos” (p. 87). Em outras palavras, o que estamos observando é a submissão das políticas sociais a um projeto econômico que não foi amplamente discutido e pactuado.

É difícil prever o impacto real da aprovação da EC nº 95/2016 no município de São Paulo uma vez que a cidade representa uma realidade muito peculiar em relação à maioria dos municípios brasileiros, tanto do ponto de vista de sua independência em relação aos recursos do governo federal, quanto pela constituição histórica do SUS (Arretche, 2012). Se em 1990 são aprovadas as LOS nº 8080/1990 e nº 8142/1990, e a organização do SUS passa a se consolidar, a Prefeitura de São Paulo fica, entre os anos de 1992 e 2000, sob uma gestão contrária à implementação de um sistema público e universal (Alves Sobrinho & Cappucci,

2003). Nesse período, foi implementado no município um programa paralelo chamado Programa de Atenção à Saúde (PAS) que possuía como premissa a desestatização da rede e a parceria com cooperativas que eram contratadas para garantir a oferta de serviços de saúde via convênios com clínicas e outras instituições particulares. Nesse sentido, podemos afirmar que o PAS era fortemente embasado em um modelo focalizado de saúde e contrastante com o modelo ampliado de saúde do SUS. Esses oito anos fora do SUS geraram uma rede de ações e serviços de saúde complexa e peculiar, com diversos equipamentos que não estão previstos nas normativas do SUS e que possuem uma estrutura ambulatorial mais próxima de um modelo focalizado de saúde, como é o caso das Unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA).

Assim, não se trata apenas do subfinanciamento do sistema, mas também de uma disputa de modelos de saúde. Isso fica evidente na fala do representante da SMS que, ao apresentar a prestação de contas da SMS na câmara dos vereadores, elucidou as concepções de saúde que pautam as ações da prefeitura ao ser questionado sobre por que a prefeitura, ao contrair o empréstimo com o BID, priorizou a ampliação da rede de urgência e emergência e da atenção secundária, ao invés da APS:

Estão falando que nós [da SMS] estamos deixando de lado a Atenção Básica. Isso não é verdade! Todos nós queremos a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e isso não é questionado. Nós queremos que os munícipes entendam melhor a rede e saibam quais são os equipamentos de referência para seu território de alta, média e baixa complexidade. A meta maior da prefeitura é que cada munícipe tenha um médico para chamar de seu (Representante da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), audiência pública de prestação de contas da SMS na Câmara Municipal de São Paulo, 30 de maio de 2018, grifo nosso).

Dizer que a meta da Prefeitura é que cada pessoa tenha um médico para chamar de seu, revela uma concepção de APS fortemente pautada na ideia de um cuidado centralizado no atendimento médico, ainda mais quando se observa que a ESF, como é descrita na PNAB, é orientada por uma concepção de integralidade na qual a centralidade da figura do/a médico/a dá lugar a uma equipe multidisciplinar. Ademais, a fala de que “todos queremos a ampliação da Estratégia Saúde da Família” é questionável, principalmente quando se observa as mudanças que a PNAB sofreu ao longo dos últimos anos.

A primeira edição da PNAB data de 2006, e foi responsável por ampliar a noção/concepção de atenção primária e assumir a ESF como substitutiva à rede de atenção básica tradicional. A segunda edição se deu em 2011 e trouxe importantes contribuições, das quais destacamos a criação de diferentes modalidades de equipes (consultórios na rua, ribeirinhas e fluviais) e a inclusão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A última revisão ocorreu em 2017, por meio da publicação da Portaria nº2436 (Brasil, 2017). Tal

reformulação foi amplamente criticada não só pelo teor de seu conteúdo, mas também por não ter promovido amplo debate sobre as alterações propostas, desconsiderando as instâncias de controle social, uma vez que foi aprovada sem a anuência do Conselho Nacional de Saúde e sem os estudos técnicos da área.

Apesar do texto manter a ESF como “prioritária”, foi estabelecida a integração do trabalho dos/das ACS com o dos/das Agentes de Endemias, e, foi retirado o número mínimo de ACS por equipe, o que pode gerar a redução significativa desses/as profissionais que, conforme discutimos anteriormente, são atores/atrizes centrais na efetivação da política de AB. Todas essas mudanças apontam para uma tendência de enfraquecimento da ESF como estratégia prioritária na expansão da APS.

É nessas circunstâncias que os movimentos de luta pela saúde ganham um papel fundamental de preservação da ESF e, conseqüentemente, de um modelo ampliado de saúde. Na audiência pública de prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde na Câmara Municipal de São Paulo, ocorrida em novembro de 2018 e que pudemos acompanhar com a Comissão de Moradores, obtivemos os dados da cobertura de ESF no município no ano de 2018 que podem ser observados na figura 1, abaixo:

Figura 1. Cobertura da ESF no município de São Paulo por Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Estratégia Saúde da Família				
				
CRS	UBS com ESF	Nº DE ESF	POPULAÇÃO	COBERTURA SAÚDE DA FAMÍLIA
CENTRO	8	33	455.427	25,0%
LESTE	63	329	2.480.894	45,8%
NORTE	53	261	2.292.968	39,3%
OESTE	15	77	1.068.022	24,9%
SUDESTE	54	249	2.700.811	31,8%
SUL	105	570	2.755.537	71,4%
TOTAL	298	1.519	11.753.659	44,6%

Fonte: Planilha de Monitoramento da Atenção Básica - Dezembro/2018

Fonte: Relatório de prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde correspondente ao último quadrimestre de 2018 (Prefeitura de São Paulo, 2018).

A Figura 1 evidencia dois aspectos da cobertura da ESF no município de São Paulo: o primeiro é a média de cobertura do município bem abaixo da média nacional, que atingiu 64% em 2016 (Neves, Flores, Duro, Nunes & Tomasi, 2018). Já o segundo é a enorme discrepância entre as regiões do município. O território pertencente à Coordenadoria Regional Sul, por exemplo, possui a maior taxa de cobertura, chegando a mais de 70%, enquanto no centro da cidade a taxa de cobertura atinge apenas 25%. O território correspondente à Coordenadoria Regional Norte, onde se localiza o distrito da Brasilândia, possui 39,3% de cobertura.

Não podemos afirmar que estas diferenças entre as regiões do município se dão por conta da presença de movimentos sociais mais consolidados, mas o que vimos observando a partir das experiências com a Comissão de Moradores é que a atuação destes grupos é fundamental para pressionar a gestão pública na direção de um modelo ampliado de saúde. Conforme apontam Coelho, Ferraz, Fanti e Ribeiro (2010), as regiões da zona sul e zona leste de São Paulo, que possuem as maiores coberturas de ESF do município, também são os locais onde diversos movimentos históricos de luta por melhores condições de saúde nasceram e se consolidaram. O Movimento de Saúde da Zona Leste, por exemplo, se originou em 1970, a partir da organização de diversas mulheres no bairro da Cidade Patriarca, na zona leste da cidade de São Paulo, que estavam sofrendo por conta que uma epidemia de sarampo que não estava sendo sequer divulgada pelo governo da época. A partir de então, o grupo passou a exigir melhorias no acesso aos serviços de saúde e a construção de equipamentos públicos de saúde em seu território, consolidando-se como um dos principais movimentos de luta pela saúde da cidade e como precursor de diversas práticas que serviram de exemplo para pensar a política do SUS (MSZL, 2014).

Nessa perspectiva, a própria Comissão de Moradores também pode ser entendida como um movimento que luta por um projeto político de saúde muito mais próximo do modelo ampliado de saúde, conforme se pode observar a partir da fala de dona Rute, líder da Comissão de Moradores, em uma conversa durante um café:

Quando a gente começou nossa luta, a gente fazia reuniões para saber do que o bairro precisava. Vinha sempre um monte de vereador aqui falando que ia construir creche, porque creche é fácil de construir. Mas a gente não queria creche. Todo mundo falou que o maior problema do bairro era a falta de saúde, falta de um “posto de saúde”, que quando a gente começou a gente chamava de posto. Depois a gente foi estudando e viu que realmente o que faz sentido pra gente aqui é uma UBS. A gente precisa de uma referência de saúde pro bairro, precisa agente de saúde, de vacinação. Precisa de um lugar de referência (Rute Costa, líder da Comissão de Moradores do Jardim Brasília e Vitória-Régia, dia 14 de setembro de 2019).

Ao longo desses dez anos, a Comissão nunca perdeu de vista que seu foco principal é a UBS, justamente porque uma UBS representa o tipo de cuidado que a comunidade reconhece como mais adequado para suas demandas, justamente porque se trata da produção de saúde, e não apenas de um atendimento ambulatorial. É a vacina, são os/as ACS, é a referência para o bairro que são incluídos na definição de saúde. Nesse sentido, a luta da Comissão de Moradores é a luta por um modelo ampliado de saúde, que trabalhe de forma integral e seja referência no território.

Considerações finais

Primeiramente, gostaríamos de ressaltar a importância de que psicólogos/as aprofundem-se no debate que apresentamos neste capítulo, uma vez que a Psicologia, enquanto campo de construção de saberes científicos e de intervenção profissional, está diretamente envolvida com as práticas de produção de saúde-doença. Portanto, é fundamental que o debate acerca das relações entre os modelos de saúde e a implementação do SUS seja aprofundado. O SUS é resultado de uma tensão entre diferentes práticas que envolvem contextos históricos e territoriais muito distintos, que precisam ser levados em consideração para que possamos ter uma visão ampla e integral dos processos de saúde-doença. Defendemos que “temas de Psicologia” não são somente aqueles que utilizam conceitos clássicos do campo da Psicologia ou que citam diversos/as autores/as da área como embasamento teórico. Reconhecemos que os/as psicólogos/as precisam se aproximar das discussões acerca dos modelos de saúde e da forma de organização das políticas públicas, como o SUS, pois atuam nela diretamente.

Tendo isso em vista, a proposta deste capítulo foi levantar alguns questionamentos e apontar a disputa de modelos de saúde que estamos enfrentando com as mudanças que o Estado brasileiro vem propondo à forma como se estrutura a APS dentro do SUS. Ao longo do texto, utilizamos alguns fragmentos de discursos de representantes da gestão pública municipal para evidenciar que suas ações possuem embasamento no modelo seletivo de saúde, o que está diretamente relacionado aos discursos recorrentes de melhor utilização dos recursos públicos e de que os gastos da prefeitura com o SUS são excessivos.

Assim, a luta da Comissão de Moradores representa, não somente uma ação fragmentada e pontual, mas um contrapeso fundamental na disputa pelos modelos de saúde que embasam as ações e serviços de saúde vinculados ao SUS. É a ponta de um *iceberg* que tensiona e revela as mudanças profundas que estão sendo implementadas no SUS. São os movimentos de luta pela saúde que, neste momento tão importante, se contrapõem às ações deliberadas da gestão pública, defendendo um modelo ampliado de saúde e lembrando que as políticas sociais, como o SUS, têm impacto direto nas múltiplas realidades de toda a população.

Referências

Alves Sobrinho, Eduardo J. M., & Capucci, Paulo F. (2003). Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002. *Estudos Avançados*, 17(48), 209-227. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142003000200018>

- Arouca, Sérgio. (1986). Palestra de abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde. (Comunicação pessoal, 17 de março de 1986). Recuperado de https://www.youtube.com/watch?time_continue=273&v=HmqWCTEeQ&feature=emb_title
- Arretche, Marta. (2012). *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora FGV/ Editora Fiocruz.
- Ayres, José Ricardo; Paiva, Vera S. F., & França Jr., Ivan. (2012). Cap. 1: Conceitos e práticas de prevenção: Da história natural da doença ao quadro de vulnerabilidades e direitos humanos. In V. S. F. Paiva, J. R. Ayres & C. M. Buchalla (Orgs.), *Vulnerabilidade e Direitos Humanos – Prevenção e Promoção da saúde – Livro I* (pp. 9-22). São Paulo: Juruá.
- Banco Interamericano de Desenvolvimento [BID]. (2019). *Project BR-L1429: City of São Paulo health care networks restructuring and quality certification project – Avança Saúde SP*. Recuperado de <https://www.iadb.org/pt/project/BR-L1429>
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Recuperada de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. (1990). Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
- Brasil (1990a). Ministério da Saúde. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
- Brasil. (2012). Casa Civil. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. *Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; e dá outras providências*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm
- Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Portaria n. 2436, 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)*. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Bresser-Pereira, Luiz C., Grau, Nuria C. (1999). Entre o estado e o mercado: o público não-estatal. In L. C. Bresser-Pereira, N. C. Grau (Orgs.). *O Público Não-Estatal na Reforma do Estado* (pp. 15-48). Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Castro, Ana L. B.; Lima, Luciana D., & Machado, Cristiani V. (2018). *Financiamento da atenção básica no SUS*. Texto preparatório para o 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva - Abrascão 2018. Recuperado de <http://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2018/02/CastroLimaMachado-Financiamento-da-APS-2018-1.pdf>

- Coelho, Vera S. P.; Ferraz, Alexandre; Fanti, Fabiola, & Ribeiro, Meire. (2010). Mobilização e participação: um jogo de soma zero?: um estudo sobre as dinâmicas de conselhos de saúde da cidade de São Paulo. *Novos estudos CEBRAP*, 86, 121-139. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002010000100007>
- Conselho de Secretários Municipais do Estado de São Paulo [COSEMS/SP]. (2019). *Nota Técnica COSEMS/SP: Novo modelo de financiamento da Atenção Primária em Saúde*. Recuperado de <http://www.cosemssp.org.br/noticias/nota-tecnica-cosems-sp-novo-modelo-de-financiamento-da-atencao-primaria-em-saude/>
- Dalmolin, Bárbara B.; Backes, Dirce S.; Zamberlan, Cláudia; Schaurich, Diego; Colomé, Juliana S., & Gehlen, Maria H. (2011). Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. *Escola Anna Nery*, 15(2), 389-394. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000200023>
- Dasso Junior, Aragon E. (2016). “Nova Gestão Pública” (NGP): a teoria de administração pública do estado ultraliberal. Recuperado de <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=d05c25e6e6c5d489>
- Geertz, Clifford. (1989). Uma descrição densa: Por uma teoria interpretativa da Cultura. In C. Geertz, *A interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC.
- Giovanella, Ligia; Mendoza-Ruiz, Adriana; Pilar, Aline C. A., Rosa, Matheus C.; Martins, Gabrieli B. et al. (2018). Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1763-1776. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>
- Hegenberg, Leonidas. (1998). *Doença: um estudo filosófico* [versão online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Recuperado de: <http://books.scielo.org/id/pdj2h/pdf/hegenberg-9788575412589.pdf>.
- Kopenawa, Davi, & Albert, Bruce. (2015). *A queda do céu. Palavras de um xamã Yanomami*. Trad. Beatriz Perrone-Moisés. São Paulo: Companhia das Letras.
- Lavras, Carmen. (2011). Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 867-874. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>
- Matsushita, Thiago L., & Cavalcanti, Rodrigo C. (2017). A proposta do estado brasileiro para o desenvolvimento econômico nacional em face da emenda constitucional nº 95 e seus reflexos na saúde e na educação. *Duc in Altum - cadernos de direito*. 17(9), 97-114. <http://dx.doi.org/10.22293/2179-507x.v9i17.466>
- Mattos, Ruben A. (2005). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde* (8a ed, pp. 43-68). Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Mendes, Eugênio V. (2012). *O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família* [versão online].

- Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.
- Mendonça, Claunara S. (2009). Saúde da Família, agora mais do que nunca!. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Suppl. 1), 1493-1497.
- Movimento de Saúde da Zona Leste [MSZL]. (2014). *Movimento de Saúde da Zona Leste - "Um povo de luta"*. (Vídeo). São Paulo, SP. Produção independente. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=Zeo-Gl2SHjs&t=102s>
- Neves, Rosália G.; Flores, Thaynã R.; Duro, Suele M. S.; Nunes, Bruno P, & Tomasi, Elaine. (2018). Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27(3), e2017170. <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000300008>
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (1946). *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. Recuperado de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (1978). *Declaração de Alma-Ata*. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Recuperado de <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>.
- Pinheiro, Roseni. (2008). Integralidade em saúde. In I. B. Pereira & J. C. F. Lima (Orgs.), *Dicionário da educação profissional em saúde* (2a ed., pp. 255-262). Rio de Janeiro: EPSJV. Recuperado de <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>
- Pinto, Luiz F., & Giovanella, Ligia. (2018). Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1903-1914. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>
- Prefeitura de São Paulo (2018). Secretaria Municipal da Saúde. *Prestação de Contas do terceiro quadrimestre de 2018. Cumprimento à Lei Complementar nº 141/2012 e resolução CNS nº 459/2012*. Recuperado de: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/SMS_Prestacao_Contas_%203_quad_%202018-compactado.pdf
- Spink, Mary J. P. (2010). Psicologia Social e Saúde: trabalhando com a complexidade. *Quaderns De Psicologia*, 12(1), 41-56. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.752>