

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Sarah Barbosa Segalla

**ATUAÇÃO POLÍTICA DE MÉDICAS E MÉDICOS DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE NO BRASIL: discursos e projetos em disputa e
sua relação com políticas neoliberais**

**João Pessoa/PB
2021**

SARAH BARBOSA SEGALLA

**ATUAÇÃO POLÍTICA DE MÉDICAS E MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO
BRASIL: discursos e projetos em disputa e sua relação com políticas neoliberais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Política, Gestão e Cuidado.

Orientador: Luciano Bezerra Gomes

João Pessoa/PB
2021

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S454a Segalla, Sarah Barbosa.

Atuação política de médicas e médicos de família e comunidade no Brasil : discursos e projetos em disputa e sua relação com políticas neoliberais / Sarah Barbosa Segalla. - João Pessoa, 2021.
118 f.

Orientação: Luciano Bezerra Gomes.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Médicos - Inclinação discursiva. 2. Medicina de família e comunidade. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Política de saúde. 5. Setor privado. I. Gomes, Luciano Bezerra. II. Título.

UFPB/BC

CDU 614.255(043)

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA	
---	--	---

ATA DE SESSÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Curso de Pós-Graduação	Instituição
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA	UFPB
Ata da Sessão de Defesa de Dissertação da Mestranda	
Sarah Barbosa Segalla	
Realizada no Dia	
21/10/2021	

Às **09:00** horas do dia **21** do mês de **outubro** do ano de **2021** realizou-se a sessão de defesa do Trabalho de Conclusão de Mestrado, do(a) discente

Sarah Barbosa Segalla

Intitulado

ATUAÇÃO POLÍTICA DE MÉDICAS E MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO BRASIL: discursos e projetos em disputa e sua relação com políticas neoliberais

A banca examinadora foi composta pelos professores doutores

LUCIANO BEZERRA GOMES

, orientador,

GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

,

THIAGO GOMES DA TRINDADE

e

HÊIDER AURÉLIO PINTO

A sessão foi aberta pelo Coordenador do Curso de Pós-Graduação que apresentou a banca examinadora e passou a palavra para o orientador, o qual assumiu a coordenação dos trabalhos. Em seguida, a candidata procedeu com a apresentação do trabalho. Após a exposição, seguiu-se o processo de arguição da mestranda. O primeiro examinador foi o professor doutor HÊIDER AURÉLIO PINTO. Logo após procederam a arguição os(as) professores doutores THIAGO GOMES DA TRINDADE e GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS.

Em seguida a banca examinadora se reuniu reservadamente a fim de avaliar o desempenho da mestranda.

Diante do exposto, considerando que a mestranda, dentro do prazo regimental, cumpriu todas as exigências do Regimento Geral da UFPB, do Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Graduação “Stricto Sensu” da UFPB e do Regulamento do programa, está apta a obter o Grau de MESTRE EM SAÚDE COLETIVA, a ser conferido pela Universidade Federal da Paraíba.

A banca examinadora considerou **APROVADO** o trabalho do(a) discente. Nada mais havendo a relatar a sessão foi encerrada às **12:00 h** horas, e eu

LUCIANO BEZERRA GOMES

, orientador do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFPB, lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada que foi assinada por mim, sem a possibilidade de inclusão da assinatura dos demais membros da banca, em virtude das medidas de isolamento impostas pela Pandemia de COVID 19, mas dentro dos termos previstos pela Portaria PRPG 02/2020.

JOÃO PESSOA

, **21**

de

OUTUBRO

de

2021

.



ASSINATURA DO(A) ORIENTADOR(A): _____

Link da gravação: <https://drive.google.com/file/d/1EHPtsjn6fBtTRdxNLT3VEZTNwW6K-DsJ/view?usp=sharing>

*À minha mãe, por ser exemplo e bússola
que me nordestinou até aqui.*

AGRADECIMENTOS

A meus pais, Maria Ivone e Walter, que possibilitaram que eu trilhasse meu caminho, mesmo quando as rotas me distanciaram de casa.

A Beatriz, que cuidou dos meus dias enquanto esta dissertação era produzida e me acompanha cotidianamente na afirmação da vida e do amor.

Às professoras e aos professores que conduziram minha formação, do beabá à pós-graduação; em especial a Luciano, que me inspira a ser professora e me mostra que a universidade pode ser terreno fértil de produção de potência e luta.

Às/aos colegas do PPGSC, que resistiram comigo a tantos percalços nesses dois anos: uma pandemia, um desgoverno, um interventor na universidade e outros tantos retrocessos que afligem a ciência e as universidades brasileiras.

Às médicas e aos médicos de família e comunidade que são inspiração e estímulo para seguir trabalhando no/pelo Sistema Único de Saúde e na construção de um mundo mais justo, especialmente estes que, além de tudo isso, foram interlocutores especiais na produção desta pesquisa e me dão o privilégio da amizade: André Drabeski, Angelmar, Camila Amorim, Camila Boff, Carlos Rafael, Carlos Vaz, Denise Mota, Denos, Evelin Esperandio, Fernanda Yamaguti, Flávia Silva, Gabriel Nobre, Kike, Lucas Rennó, Luíz Otávio Bastos, Mariana Oppliger, Marina Pinheiro, Oto Schneider, Pedro Mendonça, Rodrigo Oliveira, Thais Dias, Thiago Campos e Thiago Cherem.

Às equipes dos Centros de Saúde da Armação e do Rio Tavares de Florianópolis, que me forjaram médica de família e comunidade, em especial a César Simionato, Jaciara Pereira, Jesus Santanilla, Laura Castillo e Marcos Edelweiss.

Às trabalhadoras e aos trabalhadores que contribuíram, direta ou indiretamente, para que eu tivesse todas as condições objetivas e subjetivas que me possibilitaram ser médica e engendrar a indignação, as reflexões e a ação que me conduziram até esta pesquisa, a/os quais represento no agradecimento a Jane, Madalena e Mara Rúbia.

“[Estamos diante de] uma revolta contra a individualidade, contra a fragmentação e contra a perda de sentidos que reivindica uma territorialidade comunitária não saqueadora, recuperadora de tradições e potencializadora de imaginários utópicos que sacodem todas as percepções da realidade e da história, e conduzem a um mundo em que cabem todos os mundos. Os referenciais epistemológicos colocados pela Modernidade como universais são deslocados, e as interpretações se multiplicam na busca de projetos de futuro sustentáveis, dignos e libertários.”

(María Esther Ceceña)¹

¹ Do livro “O bem viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos”, p.95. (ACOSTA, 2016)

RESUMO: A medicina de família e comunidade (MFC) é uma especialidade médica importante na estruturação da atenção primária à saúde (APS) nos sistemas de saúde e, nos últimos anos, médicas e médicos de família e comunidade têm ocupado cada vez mais espaços na formulação de políticas, na gestão de serviços e no mercado privado da saúde. Propõe-se através desta pesquisa analisar os discursos de modelos de APS e MFC defendidos por figuras relevantes na formação da especialidade no Brasil, notadamente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, e médicos de família e comunidade que protagonizam os discursos da especialidade em cargos de corporações, ligados ao governo ou nas formulações acadêmicas. Esses discursos foram analisados em relação às recomendações de organismos internacionais (o Banco Mundial e a Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde), às políticas para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o mercado privado de planos e seguradoras. Os dados foram produzidos a partir de revisão bibliográfica sobre a temática e análise de documentos e produções públicas das entidades e de sujeitos implicados com o objeto do estudo, e analisados por método de análise de discurso crítica. A partir desta análise, identificou-se uma inclinação discursiva de alguns grupos, aliados ao capital médico-financeiro, em direção a modelos liberais-privatistas de MFC e projetos seletivos de APS, mas também discursos de resistência, que pretendem defender o SUS e recuperar para a atenção básica o papel histórico de construção das condições para a garantia do direito à saúde. A pesquisa também permitiu explorar possíveis cenários que o SUS protagonizará no próximo período e identificar pontos estratégicos de disputa discursiva, política e prática, em especial no lugar de fala e prática da medicina de família e comunidade.

Palavras-chave: Medicina de família e comunidade. Atenção Primária à Saúde. Política de saúde. Setor privado. Discurso.

RESÚMEN: La Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) es una especialidad médica importante en la estructuración de la Atención Primaria de Salud (APS) en los sistemas de salud y, en los últimos años, los médicos de familia han ocupado cada vez más espacios en la formulación de políticas, gestión de servicios y el mercado privado. A través de esta investigación se propone analizar los discursos de modelos de APS y de medicina familiar defendidos por figuras relevantes en la formación de la especialidad en Brasil, en particular la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SBMFC), y médicos de familia que lideran los discursos de la especialidad en puestos en corporaciones, vinculados al gobierno o en formulaciones académicas. Estos discursos fueron analizados en relación con las recomendaciones de organismos internacionales (Banco Mundial y Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), las políticas para el Sistema Único de Salud (SUS) y para el mercado privado de planes y compañías de seguros. Los datos fueron producidos a partir de una revisión de la literatura sobre el tema y análisis de documentos y producciones públicas de entidades y sujetos involucrados con el objeto de estudio, y analizados mediante el método de análisis crítico del discurso. A partir de este análisis, se identificó una inclinación discursiva de algunos grupos, aliados al capital médico-financiero, hacia modelos liberal-privatistas de MFC y proyectos selectivos de APS, pero también discursos de resistencia, que pretenden defender el SUS y recuperar para la atención primaria el papel histórico de la construcción de las condiciones para garantizar el derecho a la salud. La investigación también permitió explorar posibles escenarios que el SUS vá a experimentar en el próximo período y identificar puntos estratégicos de disputa discursiva, política y práctica, especialmente en el lugar de enunciación y de práctica de la medicina familiar y comunitaria.

Palabras-clave: Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Primaria de Salud. Política de Salud. Sector Privado. Discurso.

ABSTRACT: Family Medicine is an important medical specialty in the structuring of primary care in health systems and, in recent years, family physicians have occupied ever more spaces in policy development, service management and the private healthcare market. This research intends to analyze the primary care and family medicine model discourses sustained by relevant actors in the specialty development in Brazil, notably the Brazilian Society of Family and Community Medicine, and family physicians who lead the specialty discourse from high positions in corporations, linked to the government or in the academy. These discourses were analyzed considering the recommendations of international organizations (the World Bank and the Pan American Health Organization/World Health Organization), the Unified Health System (SUS) policies, and the private healthcare plans and insurances market. Data were produced from literature review on the subject and analysis of public domain documents and products, created by entities and subjects involved in the object of study. The data were analyzed using the method of critical discourse analysis. From this analysis, this study identified a discursive inclination in groups allied to medical-financial capital, towards liberal-privatization models of family medicine and selective primary care projects. While also finding resistance discourses, which intend to defend the SUS and recover Primary Health Care's historical role in building the conditions to guarantee the right to health. The research also enabled the exploration of possible scenarios in which the SUS will play a leading role in the future, and to identify strategic points of discursive dispute, policy and practice, especially considering the role, voice and practice of family medicine.

Keywords: Family Practice. Primary Health Care. Health Policy. Private Sector. Discourse.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEFACO	Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABMFC	Associação Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
ADC	Análise do Discurso Crítica
ALAMES	Associação Latino-Americana de Medicina Social
AMFaC-RJ	Associação de Medicina de Família e Comunidade do Rio de Janeiro
AMB	Associação Médica Brasileira
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CaSAPS	Carteira de Serviços para a Atenção Primária à Saúde
CBMFC	Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residências Médicas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CUS	Cobertura Universal de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DRU	Desvinculação das Receitas da União
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EAB	Equipe de Atenção Básica
EC95	Emenda Constitucional 95
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FENAM	Federação Nacional dos Médicos

FENASAÚDE	Federação Nacional de Saúde Suplementar
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
Idec	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MFC	Medicina de Família e Comunidade ou médica(o) de família e comunidade
MGC	Medicina Geral e Comunitária
MPS	Medicina Preventiva e Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NHS	National Health Service
OS	Organizações Sociais
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PE	Pernambuco
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMB	Programa Médicos pelo Brasil
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RBMFC	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
USP	Universidade de São Paulo
Wonca	World Organization of Family Doctors

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	16
2.1	OBJETIVO GERAL	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3	MÉTODO	17
3.1	PRODUÇÃO DE DADOS	17
3.2	ANÁLISE DE DADOS	20
4	O DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE	24
4.1	O NEOLIBERALISMO E A INFLUÊNCIA DAS AGÊNCIAS INTERNACIONAIS	29
4.2	A CONFERÊNCIA DE ALMA ATA E AS BASES PARA UMA MUDANÇA NO MODELO ASSISTENCIAL	33
4.3	AUSTERIDADE FISCAL E O ADVENTO DA ATENÇÃO GERENCIADA	36
4.4	AS NOVAS ESTRATÉGIAS DO BANCO MUNDIAL NO SÉCULO XXI	42
5	A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NOS SISTEMAS DE SAÚDE	45
5.1	DA MEDICINA COMUNITÁRIA À MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	45
5.2	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	48
5.3	A OFENSIVA NEOLIBERAL SOBRE O SUS	51
5.4	A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO GOVERNO BOLSONARO	56
5.5	A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E OS PLANOS DE SAÚDE	62
6	A SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE..	66
6.1	O DISCURSO DA SBMFC NA REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	67
6.2	POSICIONAMENTOS E CARTAS DA SBMFC	73
6.3	AS CÚPULAS IBEROAMERICANAS DE MEDICINA FAMILIAR	80
7	AS ELEIÇÕES DA SBMFC PARA A GESTÃO 2020-22	83
7.1	AS CHAPAS NO PLEITO	85
7.2	OS DISCURSOS EM DISPUTA NOS DEBATES	88
8	SÍNTESES E ANÁLISES CRÍTICAS	94
9	(IN)CONCLUSÕES E APONTAMENTOS	104
10	REFERÊNCIAS	108

1 INTRODUÇÃO

“Minha presença no mundo não é a de quem a ele se adapta, mas a de quem nele se insere. É a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também da história.”

(Paulo Freire)

A medicina de família e comunidade (MFC) tem despontado como uma especialidade médica importante na estruturação da atenção primária à saúde (APS) em diversos países que têm a APS como eixo orientador de seus sistemas de saúde, inclusive o Brasil, principalmente nos últimos 30 anos, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

As origens da especialidade, bem como a fundação dos sistemas de saúde, não são desconectadas do processo histórico, analisado aqui a partir da determinação (não única, porém central) do poder econômico agenciado por certos setores capitalistas e conduzido por estados que controlam as economias mundiais desde a revolução industrial. É a partir deste contexto, que se dá a importância de analisar criticamente a atuação política e a tendência discursiva da MFC em direção aos modelos de APS dos países desenvolvidos e como isso pode interferir na garantia de saúde como direito universal no Brasil. A incorporação sistemática de referenciais teóricos, protocolos clínicos e modelos de atenção de países com histórias absolutamente diferentes da nossa, e sem considerar que a realidade atual desses países se inclui no contexto de retirada de direitos e de destruição de redes universalistas de proteção social, pode nos encaminhar para a efetivação da agenda neoliberal que o Banco Mundial tenta nos impor desde a década de 80, mantendo-nos reféns na condição colonizada e subalterna aos países capitalistas.

Considerando a importância crescente da MFC na construção de políticas públicas para a saúde no país e, compreendendo que, através dos discursos e condutas das instituições, é possível interpretar os fenômenos sociais (MINAYO, 1995), o problema desta pesquisa alicerça-se na necessidade de compreensão do discurso e dos modelos de APS e de MFC defendidos pelas instituições e pelos protagonistas na construção política desta especialidade. A partir da pesquisa apresentada a seguir, pretende-se observar a correlação de interesses, ideias e circunstâncias que permeiam a criação e o desenvolvimento dos sistemas de saúde

e que podem justificar a atenção que a MFC tem ganhado do capital médico-financeiro nas últimas décadas.

Esta pesquisa se originou do meu interesse, enquanto autora e médica de família e comunidade, provocada por minhas experiências na especialidade, notadamente nos espaços de formação médica e nos encontros e produções da entidade que representa os interesses científicos da especialidade, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), através dos quais pude entrar em contato com os discursos e as disputas por diferentes perfis de MFC.

Desta inquietação, me propus a estudar a literatura científica sobre o tema e os discursos – aqui analisados como fontes de identificação das disputas de ideias e projetos dentro dos paradigmas de saúde e das políticas de saúde – da entidade e de figuras notórias na formação da especialidade no Brasil na última década, em diálogo com os modelos propostos por organismos internacionais para a realidade latino-americana e com as políticas produzidas para os setores público e privado da saúde no Brasil.

2 OBJETIVOS

Os objetivos do trabalho foram construídos a partir do problema da pesquisa apresentado na introdução e estão descritos a seguir, divididos em objetivo geral e objetivos específicos.

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os modelos de APS e o perfil de MFC defendidos pela SBMFC e por protagonistas na construção da especialidade no Brasil e suas relações com as recomendações de organismos internacionais, com as políticas de saúde e o mercado privado no Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- . Identificar elementos que apontem para os modelos de medicina de família e comunidade e APS defendidos pela SBMFC e por médica/os de família e comunidade influentes na constituição identitária da especialidade no Brasil;
- . Investigar convergências e divergências entre os discursos brasileiros, do Banco Mundial e da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS);
- . Analisar as ressonâncias da atuação política e das tendências discursivas da MFC no desenvolvimento de políticas públicas e no mercado privado da MFC no Brasil.

3 MÉTODO

Esta investigação se insere no campo da abordagem qualitativa, ao pensar a realidade numa perspectiva fora da operacionalização de variáveis quantificáveis, incluindo em sua análise o universo de significados e fenômenos históricos que a atravessam (MINAYO, 2014). Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, uma vez que tem como objetivos principais aprimorar ideias, estimular compreensão sobre um fenômeno e construir hipóteses (GIL, 2002).

3.1 PRODUÇÃO DE DADOS

Os dados serão produzidos a partir de pesquisa bibliográfica e documental, que, segundo Gil (2002) se dá a partir de livros, artigos científicos e documentos que ainda não receberam nenhum tratamento analítico, em busca de materiais que contenham elementos para a análise do desenvolvimento político e identitário da MFC no Brasil.

A pesquisa bibliográfica foi realizada através das bases de pesquisa acadêmica Scielo e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), buscando-se artigos que contribuam com o tema, e através de registros digitais de notícias e publicações institucionais da SBMFC, das Cúpulas Ibero-americanas de Medicina Familiar, do Ministério da Saúde (MS) brasileiro, do Banco Mundial e da OPAS.

Segundo Minayo (1992, p. 42), a amostragem deve responder à pergunta: “quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa com o problema a ser investigado?”. Partindo desse questionamento e da revisão de literatura realizada, observou-se que a MFC tem se desenvolvido no Brasil fundamentalmente sob as diretrizes e as recomendações dessas organizações e, portanto, as elegemos como ponto de partida para construir o *corpus* a partir do qual desenvolvemos a análise. Por *corpus*, se compreende “um conjunto de textos, selecionados segundo critérios lógicos, claros, definidos conforme a opção de recorte do pesquisador ou pesquisadora” (MAGALHÃES; MARTINS; RESENDE, 2017, p. 36). É a partir dos textos do *corpus* que se realizará a análise, buscando extrair regularidades discursivas.

A pesquisa nas bases acadêmicas foi realizada a partir de descritores “medicina de família e comunidade” (ou “medicina familiar e comunitária”, ou “medicina de família”, ou “medicina comunitária”), “atenção primária à saúde” (ou “atenção

básica”, ou “estratégia saúde da família”), “política de saúde” (ou “políticas de saúde”, ou “sistemas de saúde”, ou “formulação de políticas”, ou “reformas dos serviços de saúde”), “sistema único de saúde”, “mercado de saúde (ou “mercado de assistência à saúde”), “agências internacionais (ou “banco mundial”, ou “organização mundial de saúde”) em diversas combinações. Da base de artigos BVS, ao final da seleção dos artigos foram obtidos 10 artigos concernentes à discussão, enquanto da base Scielo, extraiu-se 16 artigos.

A publicação oficial da SBMFC é a Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC), cuja primeira edição data de 2004. Todos os volumes da Revista, produzidos de 2004 a 2020 foram estudados, em busca de publicações que forneçam elementos para análise das posições políticas defendidas pela entidade. Após a leitura de todos os editoriais e dos resumos dos artigos publicados, foram selecionados 12 editoriais e 12 artigos pertinentes à temática, documentos que versam sobre políticas (estatais ou do mercado privado), formação e perfil identitário dos médicos da especialidade, incluindo os documentos provenientes das Cúpulas Ibero-americanas de Medicina Familiar, publicados na mesma.

Além de todo o arquivo da RBMFC, o site da SBMFC contém um compilado de posicionamentos, cartas e declarações oficiais, presentes nas seções intituladas “posicionamentos e cartas”, “comunicados e declarações” e “notícias”, que também foram analisados. Dessas seções, selecionaram-se 9 documentos que dialogam com a temática aqui estudada. Optou-se por finalizar o estudo com os documentos publicados antes do início da nova gestão da SBMFC, pois houve uma mudança na diretoria da entidade a partir da eleição da gestão de 2020, que afirma o compromisso com a mudança dos rumos políticos da entidade. Além disso, o período desta pesquisa impossibilita uma análise mais recente do que o período proposto.

As publicações da OPAS/OMS dos últimos 10 anos voltadas para a APS nos países subdesenvolvidos e/ou na América Latina, bem como as políticas para a APS do MS também foram analisadas. Também optou-se por finalizar a pesquisa de publicações dessas organizações em maio de 2020, pois em 30 de abril de 2020, o então secretário da Atenção Primária à Saúde do MS Erno Harzheim foi exonerado de seu cargo, também finalizando um ciclo de gestão.

Como o campo da MFC na atualidade não é homogêneo, além das instituições, incluímos também na pesquisa os documentos relacionados às chapas que disputaram a diretoria da SBMFC em 2020. Foram analisadas as composições das

chapas, bem como suas propostas, divulgadas nos canais oficiais de ambas e em debates promovidos pela SBMFC e pela Associação de Medicina de Família e Comunidade do Rio de Janeiro (AMFaC-RJ), registrados em vídeo, partindo do entendimento de que o período eleitoral constitui-se uma situação de acirramento da disputa dos projetos e discursos em torno da agenda política da medicina de família e comunidade no Brasil.

A estratégia de seleção desses materiais foi a “amostragem teórica”, técnica desenvolvida por Glauser e Strauss em 1967, citados por Flick (2009). De acordo com esta estratégia, a seleção dos materiais se dá no processo de coleta e interpretação dos dados, de acordo com os conteúdos pertinentes à linha teórica da pesquisa. Ou seja, a amostra não foi definida antes da coleta e da análise dos dados. A seleção dos discursos investigados se deu por relevância em processos políticos e formativos para a especialidade. Em sua obra “Introdução à Pesquisa Qualitativa”, Flick (2009) pondera que os indivíduos podem ser selecionados de acordo com a intensidade com que os mesmos estão envolvidos com o tema, recuperando suas características e experiências.

Compreende-se que através das comunicações individuais, da observação de condutas e costumes e da análise das instituições, é possível obter aspectos de grande fundamento na interpretação de fenômenos sociais, na tentativa de solucionar o problema sobre o qual proponho análise (MINAYO, 1992). A pesquisa bibliográfica, acrescida, portanto, dos registros de posicionamentos dos indivíduos escolhidos, oportunizam a obtenção de dados que não se encontram em fontes institucionais e que sejam relevantes e significativos.

Com estes materiais, construiu-se um *corpus* suficientemente significativo para apreender como o discurso e a agenda política da medicina de família e comunidade tem se constituído hegemonicamente no Brasil e sua relação com as proposições internacionais para a APS e para o sistema nacional de saúde dos países latino-americanos. Por discurso, nos referimos à linguagem como forma de prática social, sendo, portanto, parte integrante das práticas sociais, o que permite que a partir da análise da mesma possamos compreender como se desenvolvem as práticas de determinadas instituições (MAGALHÃES; MARTINS; RESENDE, 2017).

A linguagem contribui para consolidar as instituições, “sendo usada para ‘manipular’ os interlocutores e para ‘manter o poder’ das agências de Estado e das organizações (FOWLER e KRESS, 1979, *apud* MAGALHÃES; MARTINS; RESENDE,

2017, p. 22). Contudo, é preciso considerar que os discursos da especialidade são construídos por vários atores. Segundo Andrade (2017, p. 15), “a MFC se produz historicamente enquanto uma formação discursiva, a partir de um complexo jogo entre os diversos atores que compreendem, formulam e disputam o formato e o sentido de suas práticas”. É justamente devido à heterogeneidade de discursos disputando os projetos políticos para a especialidade no Brasil, que incluímos na metodologia deste trabalho a análise de textos de atores de fora das entidades e do estado, conforme descrito anteriormente.

Como as fontes de dados utilizadas constituem-se de artigos e documentos publicados e de outras fontes públicas, de divulgação já autorizada pelas partes, não foi necessária a apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

3.2 ANÁLISE DE DADOS

*“Toda palavra guarda uma cilada
e qualquer gesto é o fim
do seu início”*

(Torquato Neto)

Gastão Wagner de Souza Campos, em seu livro “A saúde pública e a defesa da vida”, nos alerta para o fato de que a gestão dos serviços de saúde é subordinada e dependente da política hegemônica de um dado período (CAMPOS, 1991). Portanto, para uma análise mais acurada dos fenômenos que pretendo estudar, é necessário, inicialmente, interpretar os materiais que serão coletados à luz do momento histórico que vivemos. Como observado por Campos (1988, p. 18–19), em outro livro “Os médicos e a política de saúde”,

[...] a adequação desse tipo de análise é inquestionável quando o período estudado é de crise, em que, ao agudizarem-se contradições e antagonismos, exacerbam-se espíritos, modificam-se disposições e alteram-se antigos padrões de comportamento. [...] Em conjunturas nas quais as forças produtivas ou a prestação de serviços se alteram rapidamente, em que as relações entre produtores autônomos, assalariados e empresários estão sob questionamento e são organizados movimentos sociais para alterá-las, o método de análise histórico é aquele que detém maior poder explicativo.

A compreensão de Campos se alinha às correntes teóricas de análise do

discurso, uma vez que, segundo Minayo (2014), a análise do discurso é uma teoria crítica, que compreende o texto como parte constitutiva da historicidade inscrita nele. Não se trata somente da língua, mas do que se produz e identifica por meio dela: relações de poder, identidades sociais, processos de inconsciência ideológica e outras manifestações humanas (MELO, 2009). Ainda, segundo Magalhães, Martins e Resende (2017, p. 148–149),

O discurso desempenha papel decisivo no desenvolvimento das instituições. Cada uma delas tem seu processo discursivo, pelo qual constrói uma história própria, dialoga com o mundo circundante, transforma-se – no compasso do processo histórico – e influencia pessoas e outras instituições. No exame de um processo discursivo, podemos identificar os vínculos com a realidade social mais abrangente, as contingências de ordem ideológica e os limites históricos de cada instituição. Compreender o discurso de uma instituição é, portanto, dominar um conhecimento privilegiado sobre ela e seu *modus operandi*.

Após o estudo de diferentes correntes de análise do discurso, optei por analisar os dados da pesquisa a partir da Análise do Discurso Crítica (ADC), que compreende que o discurso constitui e é constituído por práticas sociais, e a partir dele podem se revelar processos de manutenção do poder. Por isso, a linguagem é importante não só na produção e manutenção, mas também na mudança das relações sociais de poder (MELO, 2009; WALSH, 2011).

É justamente a partir do conceito de práticas sociais que identificamos a historicidade presente no discurso, uma vez que a prática social remete ao contexto social, à posição social dos participantes na produção de um discurso, às instituições e seus mecanismos de controle e de reprodução, bem como ao momento histórico e às relações que os discursos mantêm com a sociedade que o abrange (MAGALHÃES; MARTINS; RESENDE, 2017).

Para Fairclough, o agente-sujeito é uma posição intermediária, situada entre a determinação estrutural e a agência consciente. Ao mesmo tempo em que sofre uma determinação inconsciente, ele trabalha sobre as estruturas, a fim de modificá-las conscientemente.” (MELO, 2009, p. 16).

Portanto, a análise se torna mais complexa, levando em consideração não só a compreensão de poder e de hegemonia, abordados aqui a partir de perspectivas

derivadas das produções de Foucault e Gramsci (como se encontrará manifesto nos capítulos finais da produção), mas também a possibilidade de ruptura com o discurso pré-estabelecido.

Sob o olhar foucaultiano, o discurso é um conjunto de pensamentos oriundos de relações de poder, e o poder opera por meio dos discursos. Assim, “o saber gera poder na pessoa que o legitima” (BORDIN, 2014, p. 229), ou seja, o saber proferido através dos discursos que expressam um certo regime de verdade proporciona poder para a pessoa, o grupo ou a instituição que o legitima (BORDIN, 2014; MATTAR E SILVA *et al.*, 2020). Já “Wodak e Meyer argumentam que, do ponto de vista da ADC, a linguagem não é poderosa por si mesma. ‘Ela ganha poder pelo uso que pessoas poderosas fazem dela’” (WODAK; MEYER, 2009, p. 10 *apud* MAGALHÃES; MARTINS; RESENDE, 2017, p. 36). O poder portanto, não derivaria da linguagem ou do discurso, e poderia ser usado para subvertê-lo, tanto quanto para manter as relações de poder.

A ADC parte da compreensão da ideologia como instrumento a serviço do poder, que pode servir tanto aos interesses de quem pretende manter os mecanismos de reprodução de poder, quanto de quem pretende redistribuí-lo. A ideologia, portanto, instrumentaliza os atores sociais que o disputam (THOMPSON, 1995). Assim sendo, este método de análise aborda o discurso como um processo circular, uma vez que as práticas sociais influenciam o texto, moldando os contextos, assim como também os textos produzem mudanças na sociedade, influenciando os pontos de vista das pessoas que os consomem (MAGALHÃES; MARTINS; RESENDE, 2017).

A operacionalização da pesquisa deu-se em cinco passos. O primeiro, já apontado nesta metodologia, foi escolher a conjuntura específica sobre a qual se propôs a análise. O segundo passo foi a coleta e seleção dos textos que compõem o *corpus* de investigação. O terceiro passo se dá na exploração do material a fim de identificar aspectos discursivos relevantes, cuja relevância se compreende através da recorrência ou regularidade com que se apresentam certos sentidos nos textos.

O passo seguinte é o exame dos textos individualmente e em conjunto, cotejando os achados comuns. Magalhães, Martins e Resende (2017, p. 49), autores do livro “Análise de Discurso Crítica: Um método de pesquisa qualitativa”, exemplificam o exercício deste exame apontando que “a ocorrência abundante de um determinado termo ou expressão pode indicar o esforço em caracterizar um agente ou uma situação de certa maneira, sendo portanto, uma marca do investimento

ideológico naquele texto”.

O quinto e último passo se trata de relacionar “as descobertas do texto com o contexto mais amplo das práticas discursivas e sociais” (MAGALHÃES; MARTINS; RESENDE, 2017, p. 49), buscando compreender quais são as práticas em jogo nessa conjuntura, quem são os agentes e de qual posição expressam o discurso e como o controle do poder é exercido a partir dessas situações. Neste tipo de análise, o lugar de onde falam os sujeitos é muito relevante, pois suas palavras carregam responsabilidades inerentes aos lugares que ocupam. Assim, os textos foram situados nas relações de poder e a partir das instituições das quais fazem parte a/os que produziram os mesmos (FLICK, 2009; MINAYO, 2014).

Os produtos obtidos a partir deste estudo estão apresentados a seguir em quatro capítulos, intitulados O desenvolvimento dos sistemas de saúde, A MFC nos sistemas de saúde, A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, e As eleições da SBMFC para a gestão 2020-22, seguidos de sínteses e conclusões.

4 O DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

*“Es preciso que nos entendamos.
Yo hablo de algo seguro y de algo posible.
Seguro es que todos coman
y vivan dignamente
y es posible saber algún día
muchas cosas que hoy ignoramos.”*

(Raúl Gonzáles Tuñón)

Antes de explorarmos o desenvolvimento dos sistemas de saúde, é preciso compreender a história do direito à saúde, um construto histórico do período capitalista vinculado aos demais direitos de proteção social conquistados durante o advento industrial no século XIX. Anteriormente, cuidados médicos eram privilégio da aristocracia e da população abastada que podiam custear atendimentos, enquanto a população em geral recebia cuidados provenientes da sabedoria popular ou de organizações religiosas (MARQUES, 2016). Construídos durante a Idade Média pela Igreja, os hospitais voltavam-se para o cuidado de pessoas marginalizadas, e até o século XVIII exerceram o papel de separação e exclusão da população doente e pobre (FOUCAULT, 1982).

Os sistemas de proteção social foram criados somente no século XIX, a partir de iniciativas dos trabalhadores assalariados da indústria emergente, que se associaram em sociedades de ajuda mútua em substituição às antigas formas de associação solidária das corporações de ofício e da vida rural. A priori essas organizações proviam ajuda financeira aos seus integrantes em caso de desemprego, doença ou morte a partir de contribuições voluntárias dos próprios trabalhadores, para que não ficassem à mercê das condições de trabalho precárias oferecidas pelos capitalistas. Essas associações formaram a base para os nascentes movimentos de trabalhadores (LOBATO; GIOVANELLA, 2012; MARQUES, 2016).

O deslocamento do centro do movimento operário europeu da França para a Alemanha após a derrota da Comuna de Paris pressionou o Estado absolutista alemão a criar estratégias de cerceamento da liberdade de organização dos trabalhadores. Com a intenção de desmobilizar a auto-organização operária, em 1883 o Estado autoritário alemão tomou para si a responsabilidade pela seguridade social, quando Bismarck propôs a primeira legislação previdenciária da Europa. A lei de seguro de saúde alemã foi aprovada, apesar da oposição dos trabalhadores, devido à coalizão

de católicos e conservadores, e seu financiamento provinha da contribuição de empregados e empregadores (MARQUES, 2016).

A responsabilização do Estado pela organização dos sistemas de proteção social em outros países da Europa só ocorreu no século XX, impulsionados pela experiência alemã, reconhecida como eficiente para preservar o sistema político e econômico e aumentar a produtividade do trabalho, e pressionados pelo crescimento das organizações independentes dos trabalhadores, que reivindicavam benefícios em decorrência de acidentes de trabalho. Nesses países, a classe capitalista estabeleceu alianças com a aristocracia feudal para conter o crescimento da classe trabalhadora, criando Estados absolutistas. A estratégia utilizada por eles para contenção do movimento operário foi estabelecer os esquemas de seguridade social outorgando benefícios de acordo com o tipo de emprego, dividindo a classe trabalhadora. A forma como o acesso à saúde organizou-se a partir daí em cada país decorreu da forma como cada sociedade desenvolveu-se política, econômica, social e culturalmente. (LOBATO; GIOVANELLA, 2012; MARQUES, 2016).

Na maior parte dos países europeus, o modelo implantado foi o de seguros sociais, assim como nos países onde a aliança com a aristocracia não foi necessária devido ao maior poder dos capitalistas, onde a resposta às pressões trabalhistas foi a provisão de seguros de saúde com coberturas distintas de acordo com o local de trabalho, caso dos Estados Unidos da América (EUA), Canadá, Austrália e Nova Zelândia. Nesses países, criaram-se parâmetros excludentes para provisão de seguros, que diferenciavam “merecedores” e “não merecedores” dos benefícios sociais, como ocorre ainda hoje nos países em que os seguros cobrem somente população assalariada. Nesta época, também foram criados seguros sociais nos países latino-americanos, como no Brasil (modelo que perdurou até a criação do SUS) e no Chile, nos anos 1930. (MARQUES, 2016).

A expansão dos sistemas de proteção social criados no início do século XX e a consolidação dos sistemas de saúde, como os conhecemos hoje, ocorreu somente após a II Guerra Mundial, quando novos riscos e problemas sociais foram incorporados à sociedade, através da hegemonização do regime fordista de acumulação de capital, o que levou a um crescimento da intervenção dos Estados no controle de situações que afetam a saúde das populações e poderiam comprometer o desenvolvimento econômico das nações. Para isso, os Estados desenvolveram estruturas que garantiam ações para prevenir doenças e ofertavam serviços de cura

e reabilitação, além de instituírem regras para a produção de alimentos, medicamentos, e outros produtos relativos à manutenção da saúde (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Em meados do século XX, em parte dos países da Europa, os seguros ampliaram-se para novos segmentos populacionais e se estabeleceu o regime de *Welfare State*, ou Estado de bem-estar social, que possibilitou a universalização da cobertura de saúde em alguns países, ou aproximou-se disso em outros, com a incorporação crescente da população ativa no mercado de trabalho. Foi neste contexto que cresceram os movimentos populares que reivindicavam políticas públicas para garantir direitos mínimos à população (FRANCO; MERHY, 2017). A modalidade de proteção social inspirada em princípios de justiça social se concretizou na saúde através da instituição de sistemas universais de saúde, que são financiados por recursos públicos provenientes de impostos. Neste último modelo, superam-se os modelos de proteção social exclusiva para a classe trabalhadora urbana e elege-se o critério de cidadania como princípio para a concessão de direitos. Esta não foi a opção seguida pelos EUA, que aprofundaram o modelo construído a partir de fundos de pensão e planos de saúde, sem responsabilização do Estado pela provisão de direitos (LOBATO; GIOVANELLA, 2012; MARQUES, 2016).

A partir dessas experiências, diferentes tipos de sistemas de proteção social foram classificados por Esping-Anderson, de acordo com o papel do Estado e do potencial de promoção de justiça social, sendo o dos EUA do tipo residual ou liberal, o da Alemanha, corporativista ou meritocrático (com benefícios estratificados por grupos), e o da Inglaterra, institucional-redistributivo ou social-democrata, com a provisão de benefícios universais pelo estado, e no caso da saúde, através de um sistema nacional de saúde, financiado por impostos (ESPING-ANDERSEN, 1991).

Sistemas nacionais de saúde como o da Inglaterra são conhecidos como *beveridgianos*, em referência ao Relatório Beveridge, de 1942, a partir do qual criou-se um modelo de proteção social orientado pela condição de cidadania, o *National Health Service* (NHS). Nesse tipo de sistema, o Estado presta diretamente os serviços de saúde ou regula e controla os serviços contratados pelo setor privado.

Entretanto, o primeiro sistema universal de saúde da história não é *beveridgeano*. Seu modelo é conhecido como *Semashko*, pois foi implantado originalmente na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), sob responsabilidade de Nikolai Aleksandrovitch Semashko, comissário da saúde

nomeado por Lênin após a Revolução de Outubro de 1917, para instituir o sistema universal de saúde que existiu em todos os países socialistas do Leste Europeu e da Ásia Central até o final da década de 1980 (LEVCOVITZ; COUTO, 2019). O modelo Semashko difere do Beveridgiano por ser centralizado e inteiramente financiado pelo Estado. Atualmente, o modelo existe apenas em Cuba; os países do leste europeu, oriundos da ex-URSS, desmantelaram seus sistemas nacionais de saúde após o desmembramento da União Soviética, e têm atualmente sistemas de saúde do tipo seguro, enquanto a Rússia ainda tem um sistema de saúde pública e universal, porém com um programa restrito (MARQUES, 2016).

Na maior parte dos países europeus, nos quais o modelo de seguro social prevaleceu, a cobertura praticamente universalizou-se após 1950, devido à progressiva inclusão de trabalhadores ao mercado de trabalho, no contexto de pleno emprego e prosperidade econômica pós-guerra, o que culminou também na expansão dos benefícios oferecidos pelos seguros. O modelo beveridgiano influenciou inicialmente os países escandinavos, que também criaram sistemas nacionais de saúde financiados com recursos fiscais. Posteriormente, os países mediterrâneos e ibéricos também criaram serviços nacionais de saúde, em 1978 na Itália, em decorrência de um amplo movimento de reforma sanitária, e na década de 1980 em Portugal e Espanha, no contexto de transição democrática, após as ditaduras salazarista e franquista (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Na América Latina, os sistemas de proteção social inicialmente estruturavam-se por meio de campanhas sanitárias e de higiene, implantadas paulatinamente desde a independência dos países da região e expandidas nas décadas seguintes através de seguros sociais bismarckianos, criados a partir de 1930, como ocorreu na Argentina, no Brasil, no Chile e no Uruguai (LEVCOVITZ; COUTO, 2019). Diferentemente do que ocorreu na Europa, esses seguros sociais nunca alcançaram a cobertura da maioria da população, pois quase metade da população nunca esteve inserida no mercado formal de trabalho (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

O sistema universal de saúde pioneiro na região foi implantado em Cuba após a Revolução de 1959, inspirado no modelo Semashko da URSS. O sistema de saúde cubano, cuja organização foi orientada a partir da medicina comunitária muito antes de Alma Ata, segue vigente e é responsável por um dos melhores cenários em termos de indicadores de saúde no mundo, o que foi possível graças a uma forte política de formação de profissionais capazes de colaborar na construção de uma sociedade de

iguais. Após quatro décadas da Revolução Cubana, mais de 64 mil médicos atuam em Cuba, dos quais quase 30 mil são médicos de família, chamados de *médicos generales integrales*. A ênfase na formação de profissionais de saúde também permitiu que Cuba lançasse missões internacionalistas, com envio de cubanos para prestar assistência em outros países. Mais de 69 países já receberam os missionários cubanos, inclusive o Brasil, através do Programa Mais Médicos (PMM) (GOMES; MERHY; FERLA, 2018).

Na década de 1950, também foi criado um sistema nacional de saúde no Chile, sob influência da experiência britânica, porém a ditadura de Pinochet desmantelou a iniciativa. Duas décadas mais tarde, a Nicarágua também implantou um sistema de saúde de formato Semashko, após a Revolução Popular Sandinista; o Sistema Nacional de Saúde da Nicarágua foi vigente de 1979 a 1990, quando foi dissolvido pelo governo conservador de Violeta Chomorro (LEVCOVITZ; COUTO, 2019).

Atualmente, predominam na região sistemas incompletos, com diversos subsistemas, que possuem diferentes regras de financiamento, cobertura, acesso e rede de serviços, geralmente constituídos por um setor público de cobertura seletiva e um setor privado de seguros ou pagamento direto para a população de maior renda. O Brasil se diferencia deste perfil, pois conquistou um sistema nacional de saúde inspirado no modelo inglês e italiano, que, apesar de segmentado, é universal (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Em sua análise sobre os sistemas de saúde na América Latina, Levcovitz e Couto (2019, p. 115) apontam que

A permanência na América Latina de profunda desigualdade e estratificação social; da hegemonia política de elites cada vez mais individualistas; de relações de trabalho desfavoráveis aos trabalhadores; da primazia do modelo exportador de “commodities”; das travas à industrialização; da fragilidade dos movimentos sociais organizados, das instituições, dos partidos e dos poderes do Estado; e finalmente da ausência de valores de solidariedade e pertencimento coletivo a um Estado-nação impedem transformações radicais e duradouras nos sistemas de bem-estar social, incluída a atenção à saúde.

No século XX, junto à estruturação dos sistemas de saúde, também se observa a consolidação do modelo médico hegemônico, que segue avançando no século XXI, apesar dos constantes embates e disputas no campo da saúde, tanto do ponto de vista ideológico, quanto no âmbito das práticas. O modelo de cuidado vigente em

meados do século norteou a organização dos recém instituídos sistemas nacionais de saúde, cujo compromisso principal era, desde o princípio, assistir à população através da produção de procedimentos. Segundo Franco e Merhy (2017), a produção de consultas e exames sempre foi priorizada em relação ao compromisso com as necessidades das pessoas, o que se relaciona ao processo de medicalização da sociedade até os dias de hoje.

Entretanto, desde o início do século XX, ocorrem debates em torno da organização dos sistemas de saúde, contrapondo o modelo médico hegemônico. É possível citar, por exemplo, o emblemático embate entre o modelo flexneriano (originalmente sistematizado para a formação médica, mas classicamente compreendido como modelo médico-centrado, biologicista e hospitalocêntrico) e as ideias produzidas pelo médico inglês Bertrand Dawson, autor do relatório de mesmo nome, que propõe que os serviços de saúde sejam capazes de cuidar dos indivíduos e suas comunidades através do trabalho de médicos generalistas que realizariam ações tanto preventivas, quanto terapêuticas (SILVA JR, 1998).

Apesar deste relatório datar da década de 20, as ideias pioneiras de Dawson percorreram o mundo apenas em meados do século XX, após sua proposição de proteção universal de saúde tornar-se política pública no Reino Unido, através do Relatório Beveridge, e a partir de centros formuladores de políticas de saúde estadunidenses, como a Universidade Johns Hopkins e a Fundação Rockefeller. Esses centros financiaram e apoiaram inúmeras iniciativas de medicina comunitária, especialmente na América Latina, processo que será melhor descrito no próximo capítulo (GOULART, 2010).

4.1 O NEOLIBERALISMO E A INFLUÊNCIA DAS AGÊNCIAS INTERNACIONAIS

“Desde o começo, a agenda secreta do desenvolvimento não era nada mais que a ocidentalização do mundo.”

(Wolfgang Sachs)

Para compreendermos melhor o cenário político da segunda metade do século XX, é importante apresentar o contexto de criação de duas importantes agências internacionais que são abordadas neste estudo, a OPAS e o Banco Mundial.

Em 1945, patrocinada pelos vencedores da Segunda Guerra Mundial, uma

conferência internacional realizada em São Francisco criou a Organização das Nações Unidas (ONU), uma organização que visava garantir a segurança política e econômica dos países aliados. Nesta mesma conferência, votou-se pela criação de uma nova agência de saúde especializada, que foi oficializada em Genebra três anos depois na primeira Assembleia Mundial de Saúde: a Organização Mundial da Saúde (OMS) (BROWN; CUETO, 2006).

A OPAS foi reconhecida pela OMS como organismo regional para as Américas em 1949 e incorporada pela mesma em 1950, mas a história da organização inicia-se em 1902, sob a denominação Repartição Sanitária Internacional. Em 1923, seu nome foi alterado para Repartição Sanitária Pan-Americana, quando assumiu a condução das Reuniões Interamericanas dos Ministros da Saúde e a posição de "agência sanitária coordenadora central das várias repúblicas-membros da União Pan-Americana" (CUETO, 2007, p. 83), responsável por promover a organização e a administração de saúde pública e divulgar informações atualizadas sobre o tema. Somente em 1943 o nome da organização passa a ser Organização Pan-americana da Saúde (NUNES, 2008).

Desde sua origem, o organismo centrava suas ações no combate às epidemias dos portos, o que o levou a assumir estratégias como o combate a vetores, a promoção de imunização e a educação em saúde, além disso a redução da mortalidade infantil e materna sempre foram temas centrais. Os projetos da organização foram financiados pela Fundação Rockefeller desde a década de 1920, e posteriormente pela Fundação Kellogg, nos anos 40. A partir da década seguinte, passou a incorporar provimentos da OMS, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), da ONU e de governos, através de acordos técnicos de cooperação com alguns países, especialmente com os EUA, durante a guerra fria (NUNES, 2008).

O Banco Mundial foi criado no mesmo período que a OMS, em 1946, inicialmente como instrumento de apoio à reconstrução da Europa vitimada pelas consequências da segunda grande guerra. Posteriormente, expandiu sua ação para países em desenvolvimento, através da concessão de empréstimos e assistência técnica.

Também neste período, a indústria farmacêutica passa a emergir como importante influência para a prática médica e os sistemas de saúde, em decorrência da descoberta de novos medicamentos. A partir da década de 1960, o surgimento de

um setor capitalista produtor de material e equipamentos médicos soma-se a indústria farmacêutica, condicionados pelo avanço tecnológico crescente das décadas seguintes, formando um complexo médico-industrial que passou a constituir um dos setores mais lucrativos da economia, até os dias atuais (VIANNA, 2002).

O crescimento do capital médico-industrial, já nos anos 70, fez o Banco Mundial começar a investir em controle populacional, saúde e educação, e em 1979, o banco criou o Departamento para População, Saúde e Nutrição, marcando sua entrada definitiva no campo da saúde (BROWN; CUETO, 2006). A esta altura, o setor prestador de serviços médicos já havia se adaptado ao capital médico-industrial e “uma ‘boa medicina’ já não mais podia ser exercida sem o auxílio de equipamentos de última geração e da solicitação de uma grande quantidade de exames complementares. A saúde tornou-se uma mercadoria para ser vendida e comprada, normalmente a um custo elevado” (VIANNA, 2002, p. 379).

A ampliação das ações do Banco Mundial coincide com o período de expansão do pensamento neoliberal, quando seus investimentos passaram a ser aplicados em experiências no Chile, na Inglaterra e nos EUA, em decorrência do esvaziamento gradativo do papel social do Estado mediante a hipertrofia do mercado e a desregulamentação das relações de trabalho. O pensamento neoliberal ofereceu os fundamentos que corroem as bases que alicerçam o Estado de bem-estar social, a partir da ideia de que sistemas de proteção social de caráter redistributivo, como os sistemas universais de saúde e de educação, constituiriam ameaça à liberdade individual e à saúde do mercado. Por isso, seria importante retirar recursos dessas áreas para fomentar o crescimento dos setores do mercado que poderiam prover esses serviços (CARVALHO, 2009).

À medida que o capital médico-industrial amadurecia nos sistemas de saúde, passava a ocorrer um descompasso entre a receita e a despesa com saúde. A partir do final da década de 70, quando eclode a primeira crise estrutural do capitalismo desde os anos 30, aumenta a pressão sobre os sistemas de saúde para que se aumente a eficiência das práticas e se reduza seus custos (VIANNA, 2002). A recessão econômica decorrente das transformações nas formas de produção e do domínio do capital financeiro, promoveu um crescente endividamento interno e externo dos países e impulsionou ainda mais a aplicação de medidas neoliberais. Advogava-se que o Estado provedor de direitos deveria ser substituído por um Estado empresarial, que seria responsável pela implementação de um modelo gerencial

eficaz e livre de burocracias, que concederia a provisão de serviços para a iniciativa privada (CARVALHO, 2009; IRIART; MERHY; WAITZKIN, 2000).

Com a crise, o Banco Mundial e a ONU passaram a condicionar seus empréstimos à adoção de certas medidas pelos países em desenvolvimento. Ambas as agências, como já apresentado, foram criadas para beneficiar os países membros, mas favorecem principalmente as iniciativas de interesse dos países ricos, por serem aqueles que mais investiam em seus fundos (BROWN; CUETO, 2006; MATTOS, 2001). Atualmente, a OMS serve ainda aos interesses de laboratórios farmacêuticos, empresas transnacionais e organizações filantrópicas internacionais, que investem 75% dos recursos financeiros da entidade, segundo dados de 2015 da própria organização, enquanto apenas 25% provêm de aportes governamentais (ROVERE, 2018).

Esta crise derrubou a economia dos países desenvolvidos e colocou em xeque os programas de saúde estatais que há pouco haviam sido criados. O pensamento neoliberal e o padrão de acumulação capitalista com incorporação de tecnologia industrial impuseram políticas de contenção aos serviços de saúde. O modelo hospitalar e médico-centrado resultava em baixa resolutividade e altos custos, e por isso foi considerado causa importante do aumento do déficit público. O resultado foi a criação de um novo mercado de valorização de capital na saúde, em que o sistema financeiro assumiu a responsabilidade de financiar oferta e demanda através de securitização do risco, modelo em que uma parte da população assume, via impostos, o financiamento das despesas (IRIART; MERHY; WAITZKIN, 2000; VIANNA, 2002).

Alternativas ao modelo médico assistencial também começam a surgir no período, como a medicina comunitária. Contudo, a constatação de que a fragmentação e hiperespecialização da medicina são menos custo-efetivas não implicou necessariamente na apresentação de um paradigma diferente, que não corroborasse para a manutenção do modelo assistencial hegemônico (IRIART; MERHY; WAITZKIN, 2000; SILVA JR, 1998).

Para os países latino-americanos, as consequências da crise foram acentuadas pelas exigências dos organismos multilaterais de crédito, que impuseram políticas de austeridade neocoloniais para redução do gasto público, através de receitas únicas de reformas de estado que não respeitavam as características históricas, políticas e de organização sanitária de cada país. Nessas receitas, prescreviam a busca por eficiência e a descentralização das funções do Estado, como financiamento,

asseguramento e prestação de serviços, através de privatizações. Todos os países foram impactados por essas recomendações, mas alguns foram mais fortemente afetados por adotarem plenamente esse receituário, como Chile, Colômbia e países da América Central (LEVCOVITZ; COUTO, 2019). Essas exigências tinham por objetivo escuso transferir para as mãos do capital dos países centrais o controle da produção e de serviços que até então estavam sob controle dos estados, de forma que os países ricos não saíssem tão prejudicados com a crise (IRIART; MERHY; WAITZKIN, 2000).

Os dirigentes dos países endividados encontravam-se pressionados para dar uma resposta que satisfizesse, de um lado, a necessidade de conter gastos estatais e, de outro, a responsabilidade sanitária exigida pelos movimentos sociais que reivindicavam a criação de políticas e/ou a manutenção dos parques direitos conquistados nas décadas anteriores. Seria necessário “articular uma proposta minimamente eficiente, de baixo custo, e capaz de ganhar adesão entre os diversos segmentos da sociedade, contemplando amplas camadas da população com ações básicas de assistência à saúde” (FRANCO; MERHY, 2017, p. 13), e é aqui que chegamos à Conferência de Alma Ata.

4.2 A CONFERÊNCIA DE ALMA ATA E AS BASES PARA UMA MUDANÇA DE MODELO ASSISTENCIAL

Após os anos 60, as diretrizes políticas apontadas pela OMS, que até então eram voltadas para ações em tecnologias e doenças (como campanhas de erradicação da malária e da varíola, por exemplo), passam a ser influenciadas por uma série de movimentos nacionalistas e socialistas, que emergem do processo de descolonização dos países africanos. Esses movimentos advogavam ideias que enfatizam o crescimento socioeconômico integral, em detrimento de intervenções tecnológicas pontuais e de curto prazo, o que culminou na produção de diversos estudos e relatórios sobre prevenção de doenças, promoção de saúde e estruturação de serviços básicos de saúde (BROWN; CUETO, 2006).

Essas tendências foram incorporadas à OMS e culminaram na realização da Conferência de Alma-Ata, em 1978, que, através da “Declaração de Atenção Primária à Saúde” e da meta “Saúde para todos no ano 2000”, propôs um modelo de assistência à saúde que considera uma rede de serviços hierarquizada a qual atua

em correspondência à história natural da doença, integrando ações de prevenção de doenças, promoção, assistência e recuperação da saúde, de inspiração no *Welfare State* britânico, atrelada ao desenvolvimento socioeconômico e à participação ativa da comunidade no atendimento e na educação em saúde (BROWN; CUETO, 2006).

Nesta época, a América Latina vivenciava uma epidemia de ditaduras militares que colocaram em prática políticas econômicas que geraram um enorme contingente de pobres, que ao final da década de 1980 alcançava 48,2% da população (ROVERE, 2018). A Conferência de Alma Ata impulsionou a expansão de oferta médico-assistencial estatal na região, mas em adição aos seguros sociais institucionalizados e “politicamente sustentados pelas corporações sindicais e burocracias das organizações securitárias” (LEVCOVITZ; COUTO, 2019, p. 103), criando sistemas muito distantes dos sistemas de saúde dos Estados de bem-estar social europeus.

Como a proposta apresentada em Alma Ata se inscreve a um ideário socialdemocrata, prevê o desenvolvimento socioeconômico atrelado ao direito à saúde e oferece assistência à população com procedimentos coletivos e de baixo custo, além de aparentemente contradizer o modelo flexneriano (superespecialista e hospitalocêntrico), a ideia alcançou apoio de grandes segmentos na América Latina, onde se via o crescimento do ideário preventivista e das raízes da medicina social latino-americana, incluindo grupos que compunham movimentos de reforma sanitária no Brasil.

A APS constitui um dos marcos na cooperação técnica internacional e abriu um importante espaço para a produção de políticas públicas socializantes do acesso à saúde e de experiências de autogestão. Na década de 1990, Barbara Starfield, referência mundial da MFC, apresentou um estudo comparativo entre doze nações ocidentais, em que demonstrou que países com sistemas de saúde com orientação mais forte para a APS têm maior probabilidade de obter melhores níveis de saúde, com custos mais baixos (LISBOA, 2020).

Mais recentemente, alguns autores brasileiros formularam leituras mais críticas ao modelo proposto em Alma Ata. Campos *et al.* (2013) advertem que frequentemente a APS reproduz a atenção produzida em serviços especializados e que para superar o paradigma biomédico, além de desenvolver a APS, é

fundamental reformular e ampliar o saber clínico, com a incorporação de conceitos e de ferramentas originários da saúde coletiva, saúde

mental, ciências sociais e de outros campos do conhecimento que permitam aos trabalhadores de saúde lidar com a complexidade do processo saúde-doença (LISBOA, 2020, p. 37).

Franco e Merhy (2017) acrescentam às críticas que o modelo estruturado a partir a APS não contraria fundamentalmente os interesses das grandes corporações econômicas do mercado biomédico, porque não propõe mudanças no processo de trabalho e nos paradigmas de saúde que norteiam a prática profissional.

Por outro lado, enquanto potência, Sperling (2018, p. 341) observa que, por trabalhar com as demandas diretas dos usuários, o trabalho na APS está diretamente relacionado aos determinantes sociais e políticos das formas de adoecer, o que a torna um “campo em disputa para produção de significantes e significados no processo de cuidado da vida humana”, ou em outras palavras, um cenário de disputa que ameaça o paradigma biomédico.

Em meio ao cenário de crise, um ano após e em contraposição à Conferência de Alma-Ata, o Banco Mundial e a Fundação Rockefeller financiam a Conferência de Bellagio, na qual rotulam as proposições daquela como idealistas e irrealizáveis. A partir desta reunião, surgiu um conceito alternativo ao de Alma-Ata, denominado “atenção primária em saúde seletiva”, que reduz a proposta original “a um conjunto prático de intervenções técnicas mais facilmente implementáveis, geridas e mensuradas” (BROWN; CUETO, 2006, p. 633).

Ao Estado caberia classificar a população conforme sua capacidade aquisitiva, identificar os mais pobres e assistir somente a população mais carente. A focalização da política permitiria maximização de resultados e transferiria a assistência do restante da população ao mercado privado. Segundo Carvalho (2009, p. 28),

Trata-se de uma política que, ao abrir mão de estratégias universalistas e igualitárias, reforça a perspectiva neoliberal produzindo, de passagem, políticas de subjetivação agenciadas a racionalidades afeitas a uma lógica privatista que se pauta por palavras de ordem como “custo-efetividade”, “ganhos de produtividade” e “melhorias dos resultados no setor público de saúde”.

Apesar de as agências internacionais orientarem os países assistidos com formulações políticas neoliberalizantes há pelo menos 60 anos, isso se intensificou especialmente após os anos 80, quando o prestígio da OMS começa a diminuir, em

decorrência das reduções de investimentos na organização. A descapitalização da organização ocorre a partir da Assembleia Mundial da Saúde de 1982, na qual se votou o congelamento do orçamento da OMS, o que foi agravado em 1985, pela redução em 80% da contribuição fixada dos EUA para todas as agências da ONU e da suspensão de sua contribuição regular à OMS, como protesto contra o Programa de Medicamentos Essenciais lançado pela organização, que se opunha aos interesses das principais empresas farmacêuticas baseadas nos EUA (BROWN; CUETO, 2006).

É neste período, em meio à controvérsia sobre atenção primária à saúde *seletiva versus integral*, que o Banco Mundial desloca suas ações para ocupar o vácuo crescente deixado pela OMS, e passa a lançar documentos de apoio político aos países-membros com objetivo de determinar o destino dos recursos, ao mesmo tempo que oferece avaliações sobre os governos para o mercado privado de investimentos em saúde (BROWN; CUETO, 2006; MATTOS, 2001). Segundo Goulart (2010), estas influências tendem a ser voltadas para o atendimento de interesses hegemônicos dos países centrais do capitalismo, uma vez que a diminuição da influência da OPAS/OMS como formuladora de políticas tem impulsionado o Banco Mundial e outras organizações de fomento financeiro a assumir a posição de “‘bancos de ideias’, além de bancos de recursos” (GOULART, 2010, p. 72).

4.3 AUSTERIDADE FISCAL E O ADVENTO DA ATENÇÃO GERENCIADA

*“Nasci num continente
que olhava para o chão.
Olhava e não via
seu rosto mutilado
no rosto de seu irmão”*

(Mauro Iasi)

Apesar da perda de liderança no cenário político, a OMS não deixou de cooperar com o Banco Mundial, e este reconhece a OMS como organização de considerável importância na produção técnica em matéria de saúde. Esta cooperação fica explícita no “Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial – Investindo Saúde” de 1993, em que o Banco Mundial lança parâmetros para sua reforma sanitária e aponta a OMS como “parceiro integral do Banco Mundial em todos os estágios de preparação

do Relatório” (BANCO MUNDIAL, 1993, p. III–IV).

As recomendações deste relatório do Banco Mundial sustentam-se no argumento de que os sistemas de saúde estatais são ineficientes e ineficazes, e que a maior presença do setor privado na provisão de atenção à saúde, aliada a restrições do papel do Estado reduziriam o desperdício de recursos financeiros e humanos (BROWN; CUETO, 2006). Essas recomendações destruíram e seguem destruindo sistemas de saúde de muito países do mundo, a exemplo da Colômbia e do Chile, na nossa região (ROVERE, 2018). No Brasil, desde a Constituição de 1988, o SUS, como política socializante, recebe fortes críticas do Banco Mundial, pois “para o liberalismo, é inadmissível o alijamento do mercado em qualquer setor da vida social” (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016, p. 263). Nesse sentido, desde os anos de 1990, o Banco sugere uma revisão na política para favorecer maior participação do setor privado na oferta de serviços de saúde (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016).

O relatório de 1993 orienta os países a cumprirem três objetivos principais: 1) criar um ambiente propício para que as famílias melhorem suas condições de saúde; 2) tornar mais criterioso o investimento público em saúde e; 3) facilitar a participação do setor privado. Além disso, inclui nas suas recomendações a utilização de um critério de custo-efetividade para as intervenções a serem financiadas pelos governos dos países em desenvolvimento (MATTOS, 2001).

Para os países de renda média como o Brasil, recomendava-se reduzir a responsabilidade dos governos com financiamento dos serviços de saúde, eliminando gradualmente os subsídios públicos aos grupos mais abastados, ampliar a cobertura do seguro de saúde, dar opção de seguro aos consumidores e estimular métodos de pagamento que permitissem controlar custos. Aos moldes da APS seletiva proposta pelo Banco Mundial na Conferência de Bellagio ainda na década de 70, os governos deveriam financiar apenas medidas restritas e intervenções clínicas essenciais. As medidas que não fossem essenciais ou consideradas custo-efetivas deveriam ser financiadas pela iniciativa privada ou por um seguro social, através do modelo de securitização de riscos mencionado anteriormente (LIMA, 1996; MATTOS, 2001).

Esta proposta colidia frontalmente com a universalidade defendida pelos movimentos de reforma sanitária e por isso foi mais difícil, naquele momento, fazer com que o Brasil seguisse a agenda neoliberal, uma vez que os movimentos de luta no campo da saúde fizeram frente às propostas de precarização do recém-nascido sistema de saúde e que o arcabouço jurídico do mesmo estava aparentemente

consolidado pela Constituição de 1988 (LIMA, 1996).

Mas o Banco Mundial continuou sofisticando suas estratégias para conseguir intervir no SUS. Rizzotto e Campos (2016) analisaram dois documentos do Banco Mundial sobre a saúde brasileira, um de 2007, intitulado “Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro – fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão de recursos” (BANCO MUNDIAL, 2007), e outro de 2013, com o título “20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde” (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013). Ambos os relatórios oferecem recomendações para políticas públicas, visando melhorar a gestão de recursos e o desempenho do sistema de saúde, baseando-se em análises institucionais e em experiências de outros países.

Nestes relatórios o Banco Mundial critica a operacionalização do SUS a partir da garantia legal ao tratamento gratuito e através de serviços de saúde públicos, e faz apontamentos em direção à cobertura universal através de copagamento e de prestação privada de serviços, aliando-se à ideia de cobertura universal de saúde (CUS), conceito que congrega diretrizes de reformas pró-mercado e foi concebido nas relações entre OMS, Fundação Rockefeller e Banco Mundial, no período de 2004 a 2010. Esta proposta ganhou visibilidade a partir de 2010, com o relatório sobre financiamento da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010), que incentiva os governos a aumentar a participação privada no financiamento para a saúde com o argumento de reduzir o pagamento direto do consumidor por serviço de saúde, mas indicando como alternativa o pagamento antecipado, estimulando os seguros e planos privados de saúde, ao invés dos sistemas de saúde universais de financiamento público (GIOVANELLA *et al.*, 2018).

Segundo essa proposta, que parte do entendimento da saúde como gasto, não como investimento, prioriza-se a cobertura financeira do sistema, sem garantir, no entanto, o direito universal à saúde e o acesso equitativo aos serviços. Sob esta concepção, o Estado deve garantir somente uma cesta limitada de serviços, diferenciada conforme grupos de renda, o que na prática precifica o direito à saúde e não garante o acesso, trazendo uma releitura da APS seletiva com participação de seguros privados (GIOVANELLA; RIZZOTTO, 2018).

Na perspectiva do Banco, o SUS não deve ser um exemplo para os outros países da América Latina, e o modelo a ser seguido são de países que

possuem coberturas universais limitadas, que deixam a cargo do mercado a oferta dos serviços de saúde; os governos que adotam mecanismos da gerência empresarial para punir gestores e trabalhadores; os Estados que adotam o new public management como forma de gestão das estruturas e dos assuntos públicos, enfoque micro-organizacional que transforma o planejamento em um ato puramente técnico (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016, p. 274).

De acordo com o relatório de 2013, a ineficiência do SUS deve-se principalmente à ausência de uma carteira de serviços, à pequena escala das operações, ao elevado custo de recursos humanos, à baixa utilização da capacidade instalada, além do modelo de gestão e dos mecanismos de pagamento (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013), ou seja,

continuamos ineficientes porque não seguimos integralmente as 'recomendações' recebidas na década de 1990: não limitamos legalmente o acesso e mantivemos o direito à saúde; não conseguimos organizar descentralizadamente o sistema; não punimos exemplarmente os maus gestores; não constituímos equipes de atenção básica apenas com trabalhadores com pouca formação; não introduzimos os mecanismos da administração gerencial como a recompensa/punição; e não instituímos o copagamento (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016, p. 270).

Para operacionalizar as orientações aos países, as organizações formuladoras intensificaram o desenvolvimento de novos modelos de gestão, que responderiam à presumida ineficiência dos estados (máscara para o subfinanciamento dos sistemas de saúde estatais). Ofertam, então, um modelo de gestão de recursos que promoveria o controle de gastos através do controle dos prestadores de serviços, estratégia conhecida como atenção gerenciada ou *managed care* (IRIART; MERHY, 2017).

No *managed care*, cada cliente paga um valor proporcional ao risco de adoecer. A precificação da saúde, aliada aos mecanismos de competição por produtos mais baratos que dão a linha no mercado privado, estimula a proliferação de pacotes de serviços limitados, mais baratos e de menor qualidade. Em consequência, apesar do gerencialismo vender a ideia de superar o modelo superespecializado flexneriano, ele aprofunda o paradigma biomédico, centralizando-se nas doenças que acompanham os usuários (LISBOA, 2020).

O ideário neoliberal considera a saúde como um bem de consumo, que como tal, deve ser ofertado pelo mercado; portanto, o direito universal à saúde não cabe nesta proposta. Sob esta concepção, ao Estado compete apenas a tarefa de regular

a oferta e de garantir o mínimo, como o controle de epidemias, para que determinadas situações sanitárias não desestrutem o mercado. Mas para avançar este ideário, o Banco Mundial precisou incorporar conceitos do campo progressista, como equidade e universalidade, às propostas liberais, reduzindo e cooptando seus significados (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016). Neste sentido, alguns componentes da APS foram incorporados às propostas do Banco, como na atenção gerenciada, que também prevê prática de cuidados hierarquizada, atenção continuada e integral e atuação de médicos generalistas em equipes multiprofissionais. Apesar dessa incorporação apresentar avanços, o modelo ainda é fundamentalmente liberal e descaracteriza a saúde enquanto direito (GOULART, 2010; STARFIELD, 2002).

As estratégias gerencialistas vinculam à saúde um valor de troca, um preço, cuja finalidade é permitir o lucro das empresas do capital médico-financeiro. Para ampliar as margens de lucro, as empresas utilizam mecanismos que racionalizam a produção, conferindo maior eficiência, objetivo básico da lógica empresarial. Sobre a primazia da eficiência,

Campos (2011) critica as concepções que dão destaque maior à eficiência dos sistemas de saúde, como um fim em si mesmo. A autora afirma que o setor saúde nasceu para atingir a *eficácia*, ou seja, produzir impacto nos indicadores de saúde da população. Segundo ela, “se, para ser viável, o setor saúde precisa também ser *eficiente*, esse é um meio nunca uma finalidade” (CAMPOS, 2011, *apud* LISBOA, 2020, p. 105).

Esses modelos partem do pressuposto de que a gestão privada é, não só mais eficiente, como também menos corrupta que a pública, o que é facilmente questionado, visto os casos frequentes de corrupção da gestão por Organizações Sociais (OS) e o uso da esfera pública para benefício privado neste e em outros modelos de terceirização da gestão em saúde (PILOTTO; JUNQUEIRA, 2017).

Além disso, partem do princípio de que é importante flexibilizar as relações de trabalho para conseguir eficiência, produtividade e qualidade. Para isso, adotam mecanismos “como a remuneração atrelada ao pagamento por número de procedimentos e consultas *fee for service*, bem como a utilização do *gatekeeper* (médicos de família e comunidade como porteiros do sistema)” (MACHADO; MELO; PAULA, 2019, p. 2). Além disso, alegam que o desenvolvimento do mercado da saúde seria o melhor regulador de qualidade e custos, uma vez que os usuários, convertidos

em clientes, escolheriam seus serviços de saúde e selecionariam os melhores serviços conforme a qualidade (IRIART; MERHY; WAITZKIN, 2000).

Outra abordagem para a contenção de investimentos públicos para o setor é a privatização. Países que antes custeavam diretamente os serviços de saúde, agora compram serviços de organizações privadas. Em tese, a prestação de serviços privados reduziria a burocratização e aumentaria a resposta aos “consumidores”, entretanto “os custos mais baixos [...] geralmente não se materializam no caso dos serviços de saúde, principalmente porque o mercado muitas vezes impõe sua própria demanda aos competidores, resultando em um aumento nos custos da atenção” (STARFIELD, 2002, p. 187). Essas tendências vão na contracorrente de todas as formulações que deram a origem ao SUS. Segundo Franco e Merhy (2017, p. 19), as propostas do Banco Mundial são

De natureza nitidamente privatista, fazendo eco às propostas neoliberais de organização da sociedade, a instituição financeira vem propor para países em desenvolvimento, que seus pacotes de saúde pública contemplem programas direcionados a imunizações, vigilância à saúde, através da promoção às doenças infectocontagiosas e DST/AIDS, e programas nutricionais voltados especialmente para o atendimento a criança. As ações de média e alta complexidade ficam, portanto, ao cargo do setor privado e deverão ser pagas pelo “consumidor”. É a proposta de racionalizar custos do estado, limitando o acesso, introduzindo o copagamento, jogando para os usuários o ônus de custear o sistema de saúde.

No início dos anos 90, as propostas do Banco Mundial já eram vistas como claras ofensivas para recuperar os serviços sociais para as empresas privadas, racionalizando os custos do estado, limitando o acesso e atacando o estado de bem-estar social, mesmo em países de primeiro mundo (LIMA, 1996). Em uma crítica ao já citado Relatório de 1993 do Banco Mundial, publicada no livro “Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud” em 1994,

Laurell [Asa Cristina Laurell, importante pesquisadora mexicana, formuladora do conceito de determinação social do processo saúde-doença] observa que “fiel a sua concepção ideológica individualista, o Banco Mundial sustenta que o que as pessoas fazem com suas vidas e seus filhos importa muito mais que qualquer coisa que façam os governos, desconhecendo toda a determinação econômica e social do âmbito dentro do qual se encontram e atuam os indivíduos. O principal responsável pela saúde é, portanto, o indivíduo e o grupo familiar que

devem adotar uma conduta saudável e resolver suas enfermidades adquirindo os serviços médicos necessários no mercado” (LAURELL, 1994, p. 13 *apud* LIMA, 1996, p. 39, comentário nosso)

4.4 AS NOVAS ESTRATÉGIAS DO BANCO MUNDIAL NO SÉCULO XXI

É notório que o direito universal à saúde vem passando por amplos ataques neoliberais mesmo em países cujos sistemas nacionais de saúde são consolidados. A partir de 2008, ano em que a maior crise financeira desde 1930 atingiu países europeus, a pressão econômica sobre os sistemas nacionais de saúde se intensificou e possibilitou o recrudescimento de medidas de austeridade fiscal por parte dos governos conservadores. Com a devida ampliação de espaço para o mercado e a restrição da intervenção do estado, alguns governos europeus promoveram parcerias público-privadas, privatizações, novas formas de gestão de serviços públicos e terceirização de mão de obra. Além disso, reduziu-se a cobertura universal à saúde, como ocorreu na Espanha, e ampliou-se o sistema de copagamento, como na Inglaterra, transferindo a responsabilidade de financiamento paulatinamente do estado para os indivíduos (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014).

Na América Latina, o capital médico-financeiro concentra-se em companhias estadunidenses ou europeias do setor de seguros pré-pagos, que se propõem a administrar os fundos de seguridade social estatais. Os investimentos são realizados através da compra de empresas que já se dedicam à venda de seguros de saúde ou associando-se a organizações que oferecem assessoria gerencial para instituições públicas. Essas empresas avançam na América Latina a fim de expandir seu mercado, em especial através de planos de saúde coletivos e individuais, mas também para o setor público, já que o mercado privado é limitado e grande parte da população latino-americana depende dos serviços estatais de seguridade social. Elas comprem as empresas locais do setor e as fusionam, algumas com participação de capitais nacionais (IRIART; MERHY; WAITZKIN, 2000).

Esse avance ocorre com incentivo do Banco Mundial que, além de incorporar termos progressistas às suas recomendações, também expandiu suas estratégias de ação na ampliação do financiamento de projetos para as esferas estaduais e municipais. Segundo Rizzotto e Campos (2016), de 2000 a 2015, 48,81% dos projetos financiados pelo Banco no Brasil partiam de algum estado da federação, 11,37% de

fundações privadas e 8,05% de municípios. No documento de 2013, o Banco defende a privatização do setor destacando “o pioneirismo de São Paulo ao contratar organizações privadas sem fins lucrativos (OS) para a gestão de unidades de saúde” (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013, p. 5) e do Rio de Janeiro, que “está agora utilizando uma abordagem semelhante para a atenção primária e muitos outros estados e municípios estão seguindo o mesmo caminho” (2013, p. 108).

Mais recentemente, no ano de 2018, em comemoração aos 40 anos de Alma Ata, a OMS organizou a Conferência Global de APS em Astana, no Cazaquistão. Rovere (2018) coloca em questão os porquês da declaração de Alma Ata ter tanta notoriedade e aponta, como uma das razões, o interesse da organização multilateral em instrumentalizar o conteúdo que hoje se reúne sob o guarda-chuva do termo APS para o aproveitamento em iniciativas futuras.

Em contraste à conferência que celebra, a declaração produzida na conferência de 2018 não honrou o espírito de Alma Ata de justiça social e direito universal à saúde, ao invés disso, aprofundou retrocessos na defesa de uma APS integral em sistemas públicos universais de saúde, ao conclamar a CUS (GIOVANELLA; RIZZOTTO, 2018). Como citado anteriormente, este projeto correlaciona-se ao cenário de crise após 2008 e desvela o interesse na expansão do mercado de seguros privados para países emergentes, como o Brasil. A Associação Latino-Americana de Medicina Social (ALAMES) publicou um posicionamento sobre a Declaração de Astana em que denuncia os interesses econômicos do complexo médico industrial e financeiro, composto por seguradoras, indústrias farmacêuticas e de equipamentos, na expansão do mercado privado, o que decorrerá em prejuízo ao acesso, ao impor preços e produção de acordo com seus interesses, e não das necessidades de saúde (FAUSTO *et al.*, 2018).

No mesmo ano, a SBMFC e a Associação Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (ABMFC) organizaram o Fórum Nacional de Atenção Primária à Saúde, com o tema “30 anos de SUS e 40 anos de Alma-Ata”. Embora a Carta de Brasília, documento produzido pelos grupos de trabalho reunidos no Fórum, não mencione Astana, a Carta dialoga com a Conferência, uma vez que também parte de uma reflexão sobre Alma-Ata. E diferente da Conferência de Astana, traz o horizonte de “consolidação de um sistema de saúde universal com APS abrangente” (SBMFC; ABMFC, 2018, p. 1), sem mencionar a CUS, ao contrário, reiterando os princípios de Alma-Ata como factíveis e a saúde como direito fundamental, além de propor

“interromper a desoneração fiscal para gastos privados com saúde”, “interromper os subsídios estatais para servidores públicos, de diferentes órgãos e esferas federativas, contratarem planos privados de saúde” e “revogação da EC95 a fim de flexibilizar teto de gasto em saúde e educação” (SBMFC; ABMFC, 2018, p. 4).

É importante observar que desde a declaração de Alma-Ata, as diretrizes da OPAS/OMS trazem recomendações para a cobertura universal e a atenção integral, que cabem tanto numa fórmula socializante, como dos sistemas nacionais de tradição europeia, quanto no modelo liberal-privatista norte-americano. Tanto em Alma-Ata, quanto em Astana, a OMS ratifica a ordem econômica mundial vigente e não aponta caminhos para alcançar a equidade em um contexto global de desigualdade em que impera a lógica do lucro de empresas do capital médico que estão, via de regra, nos países desenvolvidos (GÖTTEMS; PIRES, 2009).

5 A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE

*“Não me peça que eu lhe faça uma canção como se deve
correta, branca, suave
muito limpa, muito leve
sons, palavras, são navalhas
e eu não posso cantar como convém
sem querer ferir ninguém”*

(Belchior)

A MFC tem trilhado um percurso que se aproxima cada vez mais do modelo médico hegemônico, baseando-se em referências internacionais que não compartilham de sua história comunitarista, alicerce para a luta e a construção do maior sistema de saúde socializado do mundo. Apesar dos sistemas de saúde europeus terem médicos generalistas na condução da APS, não há enfoque populacional, nem abordagem comunitária, além de ter o trabalho multiprofissional muito menos desenvolvido que no Brasil. O modelo brasileiro implica no reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença, além de prever a participação popular na construção e garantia de transparência das políticas públicas, através das instâncias do controle social, diferentemente dos modelos dos países do norte (LISBOA, 2020).

Esta tendência também se revela quando a especialidade ocupa a saúde suplementar, aproximando-se da dimensão liberal e empresarial do trabalho médico e distanciando-se do compromisso de construir uma APS qualificada no SUS (ANDRADE *et al.*, 2018; MACHADO; MELO; PAULA, 2019). Os discursos liberais apropriados pelos planos de saúde e aplicados à concretização de uma atenção primária privada são condizentes ao modelo hegemônico, aproximam-se da medicina tecnológica e distanciam-se dos saberes populares presentes nos territórios, do ideal de autonomia frente à tutela médica e da percepção humana como ser social, voltando-se para uma abordagem cada vez mais individual (ou centrada na pessoa).

A seguir, esta tese será desenvolvida a partir do contexto de surgimento da MFC enquanto especialidade no Brasil e do papel que médicos de família e comunidade influentes na formação identitária e política da especialidade têm desempenhado, no âmbito governamental, no mercado privado e na SBMFC.

5.1 DA MEDICINA COMUNITÁRIA À MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

A medicina comunitária chegou ao Brasil através do apoio a iniciativas de foco comunitário que constituiriam as origens da MFC, no contexto de um sistema de saúde que provia cuidados apenas a uma parcela da população, por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Enquanto nos EUA surgia a medicina comunitária como proposta de assistência à população mais pobre, baseada “na necessidade de ‘integração’ dos marginalizados da sociedade americana, na visão funcionalista da época” (SILVA JR, 1998, p. 57), no Brasil ocorriam diversas iniciativas, como o Projeto Montes Claros, na cidade mineira com o mesmo nome, que contou com o incentivo de organizações americanas, como a Fundação Kellogs, a Fundação Ford, e a OPAS (BONET, 2003; FALK, 2004).

Iniciativas semelhantes ocorreram em Vitória do Santo Antão (PE), com a residência do Hospital Regional Rural do Programa de Saúde Comunitária do Projeto Vitória; em Porto Alegre, com a experiência do Centro de Saúde Murialdo; e em outras cidades, como Natal, Rio de Janeiro, Paulínia, Londrina, também com incentivo de fundações americanas (FALK, 2004; GUSSO; FALK; LOPES, 2019).

As primeiras residências surgem no mesmo período, também com influência do movimento de medicina comunitária que ocorria nos EUA. Como não havia uma especialidade instituída, alguns programas de residência tinham nomes diferentes, como medicina geral e comunitária (MGC) no Rio Grande do Sul, medicina comunitária em Pernambuco e medicina integral no Rio de Janeiro (FALK, 2004).

Ao mesmo tempo que essas iniciativas eram duramente criticadas dentro do movimento sanitário latino-americano por serem diretamente apoiadas pelo governo estadunidense e por possuírem elementos da medicina liberal, uma quantidade expressiva de profissionais, engajados politicamente e contrários à ditadura civil-empresarial-militar do período, se atraiu por esses programas comunitários e formou a primeira geração de médicos comunitaristas no Brasil, então denominados generalistas (ANDRADE *et al.*, 2018).

Ainda que alguns projetos de medicina comunitária no Brasil sejam anteriores à Conferência de Alma Ata, eles inserem-se no movimento global de reestruturação dos sistemas de saúde em decorrência de um cenário de crise. Da mesma forma, insere-se neste contexto a saúde coletiva, que começa a se consolidar como campo neste período, bem como as bases do movimento da reforma sanitária brasileira (OSMO; SCHRAIBER, 2015).

Apesar da coerência e da concomitância entre os processos, Gusso, Falk e Lopes (2019), autores do capítulo “Medicina de família e comunidade como especialidade médica e profissão” do Tratado de MFC, destacam o pioneirismo das experiências brasileiras sem conectá-las à conjuntura e às recomendações internacionais para os países em desenvolvimento, ainda que muitas vezes relacionem-nas a referências internacionais. Ademais, apontam para contradições entre os modelos defendidos por sanitaristas e por comunitaristas, além de destacar uma tensão entre as especialidades MFC e Medicina Preventiva e Social (MPS) desde aquela época: “Os sanitaristas lideravam o processo de reforma do sistema de saúde e ao final da ditadura tinham angariado muito poder político. De certa forma, viam a medicina geral comunitária como uma concorrente” (GUSSO; FALK; LOPES, 2019, p. 14).

Este conflito também é comentado no livro “Memórias da saúde da família no Brasil” por Goulart (2010), o qual se refere aos embates entre a MGC e a Medicina Social como sendo decorrentes da origem da MGC no modelo americano de medicina de família, enquanto os pressupostos da medicina social seriam inspirados nas ciências sociais e voltados para “uma ação racionalizadora na organização dos cuidados de saúde” (GOULART, 2010, p. 77). Ainda que esses conflitos denotem formações distintas entre as duas especialidades, ambas têm em comum a proposição de caminhos alternativos para a organização da assistência à saúde, em contraposição ao modelo médico hegemônico, incapaz de responder às iniquidades sociais (ANDRADE *et al.*, 2018).

Maria Cecília Donnangelo realizou uma extensa análise do processo de surgimento dos programas de medicina comunitária, através da qual ela denuncia que os programas, apesar de incorporarem ações preventivas à assistência e orientar a prática em direção ao trabalho multiprofissional, continuam centrados nos médicos e em suas tecnologias próprias (equipamentos, exames complementares e medicamentos), realizando a mesma medicina, porém em outro cenário, corroborando com a medicina flexneriana, sem crítica sobre seu agir social e funcionando, na prática, como um nicho estatal para o mercado da indústria da saúde (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; SILVA JR, 1998).

Apenas em 1981, com o reconhecimento de diversas especialidades pela Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM), a especialidade passa a se chamar Medicina Geral e Comunitária, nome que teve até 2002, quando foi modificado

para Medicina de Família e Comunidade por decisão da Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária, hoje intitulada Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (GUSSO; FALK; LOPES, 2019). A mudança de nome da especialidade consagra a construção de uma nova identidade para a mesma, distanciada da medicina preventiva e comunitária – e também da saúde coletiva brasileira - e mais alinhada ao ideário de países de primeiro mundo com experiências mais consolidadas de APS, como Canadá, Inglaterra e Espanha. (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020)

Ainda sobre conflitos de modelos, o próprio conceito de atenção primária é disputado no cenário da saúde coletiva. Alguns pesquisadores reivindicam o uso do termo Atenção Básica, utilizado pelo MS até recentemente, como um reforço às concepções que originaram o SUS, diferenciando ideologicamente o projeto brasileiro das formulações internacionais representadas pela Conferência de Alma-Ata. A partir desta ideia, afirmam que o termo Atenção Primária fundamenta concepções de sistema de saúde fragmentados e restritivos, “que operam uma cesta básica, que caberiam no orçamento dos países pobres, deixando o resto para o mercado, como preconizam explicitamente agências como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI)” (CECILIO; REIS, 2018, p. 4).

Neste projeto, embora a discussão se oriente pela disputa dos projetos nacional e internacional para o sistema de saúde e para a MFC, optou-se por utilizar o termo APS, como estratégia de diálogo com a/os médica/os de família e comunidade, que utilizam este termo na maioria de suas produções.

5.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nos anos 90, um passo importante na história da especialidade e da APS no Brasil é dado. Como fruto do movimento sanitário, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi formatado a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, tal como o último, tinha o território como locus operacional por excelência. O PACS se desenvolvia desde a década de 80 principalmente em regiões rurais e periferias de grandes cidades, com foco nas populações de alto risco e em resposta à precariedade da assistência à saúde nestes locais, que careciam de infraestrutura, médicos e enfermeiros, como até hoje ocorre em boa parte das regiões pobres do país (GOULART, 2010).

As bases do PSF foram formuladas a partir de algumas experiências no país, como as do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), do município de Niterói, da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e do município de Quixadá, no Ceará, e foram formalizadas no final de 1993. O UNICEF, que já apoiava o PACS, também proporcionou apoio técnico e financeiro para a política que nascia (GOULART, 2010).

Para Paim (1997), o PSF faz parte da categoria de políticas democratizadoras da década de 1990 e é um fruto legítimo da medicina social, uma vez que é ancorado no conceito fundamental de determinação social do processo saúde-doença e no enfoque nos processos de trabalho em saúde. Assim, a medicina comunitária desenvolvida no âmbito do PSF se estruturou a partir da epidemiologia e da vigilância à saúde para o desenvolvimento de ações coletivas, tendo como referência um determinado território (SILVA JR, 1998).

Contudo, apenas em 2006 o PSF converte-se em Estratégia Saúde da Família (ESF), com a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo então considerado pelo MS o modelo prioritário de reorganização da APS e do SUS. A PNAB de 2006 substituiu diversas portarias que favoreciam a fragmentação do cuidado no sistema de saúde, tornando-se um marco para a consolidação da estratégia. Dois anos mais tarde, em 2008, foram implementados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que ampliaram as ações e os serviços da atenção básica, através do trabalho de outras categorias profissionais junto às equipes mínimas, com objetivo de aumentar a resolutividade das equipes e a capacidade de intervenção sobre determinantes sociais e subjetivos do processo saúde-doença (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Essas políticas foram algumas das responsáveis para a expansão da estratégia nos anos 2000. Segundo o Departamento de Saúde da Família da SAPS/MS, a cobertura populacional por equipes da ESF avançou pouco entre 1994 e 2002, cobrindo apenas 31,87% da população brasileira. Este número cresceu consideravelmente entre 2003 e 2012, período em que foram implantadas mais de 16.000 equipes, totalizando 33.899 e ampliando a cobertura para 55,51% da população. (MS/SAPS/DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2021)

Em 2003, o MS cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), cujo objetivo era produzir ações na interface trabalho-formação, para qualificar os profissionais de saúde de acordo com as necessidades do SUS. Dentre as iniciativas da SGTES, vale destacar o Pró-Saúde (Programa Nacional de

Reorientação da Formação Profissional em Saúde), criado em 2005 com objetivo de aproximar a formação de graduação às necessidades da ESF; o Telessaúde, que visa a integração ensino-serviço através do provimento de teleassistência e teleducação, de 2007; o Pró-Residência Médica (Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas) de 2009, que apoiou a formação de especialistas em áreas prioritárias para o SUS e em regiões com mais necessidade; o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) em 2010, que objetivava qualificar a formação de estudantes de graduação com práticas de iniciação ao trabalho e fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade; e a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), criada em 2010 como instrumento de capacitação e educação permanente dos profissionais que atuam na ESF. Em 2012, a SGTES também lançou uma portaria de apoio à gestão municipal no desenvolvimento de programas de residência de MFC, com a contratação de preceptores e a recomendação para equiparação das bolsas de residência à média salarial do médico de saúde da família do município (ANDERSON, 2019).

Além das estratégias voltadas à formação, outras ações do MS também visavam a consolidação da ESF. O Programa de Qualificação de Unidades Básicas de Saúde, instituído em 2011, objetivava a estruturação física das unidades, através do provimento de incentivos para reformas, ampliação e construção de unidades básicas e informatização da rede. Os Consultórios na Rua, instituídos em 2011 numa revisão da PNAB, permitiram a ampliação do acesso da população em situação de rua aos serviços de APS. Neste mesmo ano, foi lançado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), uma estratégia de avaliação e melhoria de qualidade dos serviços oferecidos na APS que incentiva os gestores a acompanhar e melhorar o trabalho das equipes de saúde.

Apesar de todas essas iniciativas, a implementação da ESF ainda encontra dificuldades para fixar profissionais no interior e regiões periféricas. Com esta finalidade, em 2011 foi lançado o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e, em 2013, o PMM, que além de garantir o provimento emergencial de profissionais em áreas com dificuldade de fixação de médicas e médicos, aprofundaram a formação de profissionais para a atenção primária, visando o provimento de médicos a médio e longo prazos (BRASIL, 2015). Dentre as medidas propostas pelo PMM, encontram-se a abertura de escolas médicas e programas de residência em regiões com maior necessidade; a implementação de diretrizes

curriculares nacionais que determinavam maior inserção dos estudantes na APS e em serviços de urgência e emergência; a expansão de vagas de residência em MFC; a oferta de curso de especialização aos médicos participantes do programa; e a adequação das unidades básicas de saúde para acolher os profissionais (ANDERSON, 2019).

Segundo Anderson (2019, p. 8)

em 2015, 18.240 profissionais do PMM estavam presentes em 81% dos municípios brasileiros, em todas as 27 capitais de estados, em todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), em 87% dos municípios de regiões metropolitanas e em 82% dos municípios com maior proporção de pessoas em extrema pobreza, cobrindo 63 milhões de brasileiros em condições de elevada vulnerabilidade.

Com a implementação dessas políticas, a cobertura por equipes de saúde da família foi de 46,2% em 2007, para 74% em maio de 2019, assistindo a mais de 134 milhões de brasileiros, além de promover uma redução da taxa de internações por condições sensíveis a APS, de 9,1% entre 2012 e 2015, número significativamente inferior à taxa do triênio anterior, de 7,9% (ANDERSON, 2019; CECILIO; REIS, 2018).

5.3 A OFENSIVA NEOLIBERAL SOBRE O SUS

*“Mas no viver da vida, a vida mesma,
quando é impossível disfarçar,
quando não se pode ser nada mais
do que o homem que a gente é mesmo,
na prática cotidiana da chamada vida,
que é a verdadeira prática do homem,
fomos sempre e somente como os outros,
e muitas vezes como os piores dos outros,
os que estão do outro lado,
os que não querem, nem podem, nem pretendem
mudar o que precisa ser mudado
para que a vida possa um dia
ser mesmo vida, e para todos.”*

(Thiago de Mello)

Apesar das iniciativas de consolidação da ESF mencionadas no subcapítulo anterior, as ameaças à concretização do SUS, sobretudo sobre suas fontes de financiamento, são constantes desde que o sistema foi instituído, pela Lei. 8.080

(PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1990). A partir de 1995, os sucessivos governos federais têm adotado uma política econômica alicerçada no “famoso tripé macroeconômico – juros altos/metras de inflação, superávit primário e câmbio flutuante –, que restringe a possibilidade de gastos públicos, mesmo os sociais, incluindo a saúde” (MENDES; FUNCIA, 2016, p. 158), com o objetivo de garantir a valorização de capital frente aos cenários de crise.

No contexto subsequente à crise financeira de 2008, houve um aumento progressivo de adoção de políticas de austeridade fiscal, notadamente a partir do segundo governo de Dilma Rousseff, intensificando mecanismos de mercantilização dos sistemas de seguridade social (previdência, saúde e assistência social). Somente o ajuste fiscal anunciado pelo governo Dilma em maio de 2015 foi responsável pelo corte de R\$69,9 bilhões no orçamento anual, sendo R\$10 bilhões a menos para os serviços públicos de saúde, uma redução de 9% comparado ao valor de recursos investido no ano anterior (MENDES; FUNCIA, 2016).

Dentre as várias medidas que agravam ainda mais o subfinanciamento do SUS adotadas recentemente, destacam-se a Lei 13.097 (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2015), que permite a entrada de capital estrangeiro na saúde, inclusive nos hospitais filantrópicos, que são basicamente financiados pelo Estado; e a aprovação da Emenda Constitucional 86/2015, que consolidou o subfinanciamento do SUS ao instituir uma nova regra de cálculo para o investimento estatal na saúde, e que foi complementada e substituída posteriormente pela Emenda Constitucional 95 (EC95) (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2016), logo após o golpe parlamentar da presidenta Dilma.

Essas medidas permitiram que grupos ligados ao capital médico-financeiro pudessem investir mais intensamente no Brasil. De fato, desde os anos 90, a maioria dos governos latino-americanos já havia cedido às exigências dos organismos multilaterais de crédito e aceitado as políticas impulsionadas principalmente por Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento e FMI, o que implicou em aumento da dívida externa desses países e corroborou para a abertura econômica aos capitais internacionais e para a reestruturação do Estado via privatizações e redução de gastos sociais, em congruência com o processo global descrito nos capítulos anteriores (IRIART; MERHY; WAITZKIN, 2000).

A ideologia neoliberal-privatista defendida pelo Banco Mundial também corroborou com a expansão do projeto político-ideológico de parte da sociedade

brasileira que nunca apostou no SUS como um sistema público universal (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016). Os projetos de reforma financiados com esses empréstimos internacionais constituíram as bases que operacionalizaram o discurso incutido paulatinamente nas sociedades latino-americanas de que a privatização dos serviços estatais e a redução dos custos sociais são necessidades inexoráveis, para as quais não há alternativa. Esse discurso, que flexibiliza a responsabilidade dos estados em prover direitos básicos para sua população, pouco a pouco, converteu a concepção de saúde de um direito a uma mercadoria (IRIART; MERHY; WAITZKIN, 2000).

É certo que o capital da saúde se transformou ao longo da segunda metade do século XX. Até a década de 1970, era monopolizado por uma fração médico-industrial, composta por indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos. Com o processo de financeirização da saúde e o crescimento da fração administrativo-gerencialista, composta por seguradoras e planos de saúde, o capital financeiro avança na imposição de regras de regulação do mercado, o que nos traz ao momento atual do desenvolvimento capitalista na área da saúde, em que o capital médico-financeiro disputa com o capital médico-industrial pela hegemonia do setor (SPERLING, 2018; VIANNA, 2002).

Para legitimar essas novas práticas, a nova burguesia formada em torno desta fração tenta organizar ativamente o consenso da população expropriada de direitos, disseminando normas políticas culturais e sociais que, aliadas à precarização dos sistemas de saúde estatais, converte usuários/ pacientes em clientes/ consumidores (ACANDA, 2002). Como apontado de forma contundente por Mattos (2001, p. 388),

[...] quer pela força das ideias supostamente universais, quer pelo constrangimento mais indireto, aliás, análogo ao aplicado por vários agentes econômicos privados que atuam nos mercados financeiros internacionais, este novo padrão de oferta de ideias parece seguir cumprindo um papel de disciplinar as políticas dos países em desenvolvimento.

No Brasil essas ideias não chegaram de outra forma. A recessão econômica de 2015, acompanhada pela grave crise política que culminou no golpe parlamentar de Dilma Rousseff e na eleição de um governo federal de extrema direita em 2018, acelerou ainda mais a aprovação de medidas provisórias e projetos de lei de cunho neoliberal, sem ampla resistência da sociedade civil.

Em um documento intitulado “Uma Ponte para o Futuro”, lançado em 2015, o

Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) apresentou suas propostas econômicas para a gestão de Michel Temer, caso ele assumisse a presidência, o que acabou ocorrendo após o golpe. Este documento, a partir de uma análise fiscal do estado brasileiro, trazia propostas neoliberais para sustentar a estabilidade monetária do mercado financeiro, dentre as quais propunha maior abertura ao capital internacional, flexibilização de leis trabalhistas e outras medidas de austeridade fiscal e redução da ação do Estado na economia e em serviços assistenciais, via privatizações ou parcerias público-privadas. Também propunha um limite para despesas de custeio inferior ao crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), o que ocorreu de fato através da EC95, promulgada em 2016 em resposta à crise, e implementada a partir de 2017 (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES; PMDB, 2015; PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2016). Esta emenda limita os gastos públicos de acordo com a inflação acumulada e impossibilita o aumento do investimento nas áreas sociais, que já é sabidamente insuficiente, pelas próximas décadas, o que poderá representar uma perda equivalente a três orçamentos anuais até 2036 (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; PINTO, 2018). Considerando apenas o período entre 2018 e 2020, a EC 95 já reduziu em 22,5 bilhões os recursos federais investidos em saúde em comparação ao valor que teria sido aplicado caso estivesse em vigor a regra anterior (MORETTI; FUNCIA; OCKÉ-REIS, 2020).

Apesar de ser o único país da América do Sul com um sistema universal de saúde, o subfinanciamento crônico do SUS faz com que os gastos com saúde sejam menores do que de países vizinhos, como aponta Lisboa (2020). O Brasil gasta hoje cerca de 4% do PIB com saúde, sendo a maior parte com despesas privadas (ainda por cima subsidiadas pelo Estado através de isenções fiscais), enquanto outros países com sistemas universais gastam o equivalente a 7-8% de seus PIB.

Os efeitos das políticas de austeridade no Brasil já mostravam resultados na saúde mesmo antes da tragédia contemporânea provocada pela pandemia do novo coronavírus: em 2018 já se observava o aumento de óbitos infantis, surtos de doenças infecciosas antes controladas, como o sarampo, aumento do risco de retorno da pólio em mais de 300 cidades brasileiras e redução da cobertura vacinal (PAES-SOUSA; RASELLA; CAREPA-SOUSA, 2018). Mas o cenário tende a piorar. Rasella e colaboradores (2019) estimaram o impacto das medidas de austeridade, com a redução do Bolsa Família e da ESF, entre 2017 e 2030, data final de apuração das metas de Desenvolvimento Sustentável estabelecidas pela ONU. Segundo seu

estudo, haverá aumento importante de mortes precoces em decorrência de condições sensíveis à atenção primária, além de aumento da mortalidade infantil e de desnutrição, indicadores que decresciam antes de 2015.

Além de operacionalizar a redução de recursos do SUS através da EC95 e da redução do orçamento anual em valores reais, que, conforme relatado por Pinto (2018), era 8% maior em 2014, em comparação ao orçamento de 2018, o governo Temer ainda estimulou o crescimento dos planos privados, flexibilizando a legislação com o objetivo de criar planos “populares”, com preços supostamente mais acessíveis. Na época, o ministro da saúde Ricardo Barros estimulava constantemente a população a adquirir esses planos em seus pronunciamentos, tendo inclusive afirmado que o SUS não cabia no orçamento da União e por isso defendia a criação dos planos. Apesar de seus esforços, a cobertura de planos de saúde reduziu no período, provavelmente em decorrência da crise, que gerou aumento do desemprego e da informalidade no país, e o projeto de lei dos planos populares, após aprovação na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), foi barrado pelos parlamentares no Congresso Nacional (LISBOA, 2020; PINTO, 2018).

Desde 2016, outras medidas afetaram diretamente a implementação da ESF no âmbito da APS. A PNAB publicada em 2017 perdeu seu caráter indutor da expansão da ESF, e foi duramente criticada como uma “carta de conciliação e conivência política para com atores antagônicos aos princípios fundantes do SUS” (SPERLING, 2018, p. 343) por várias entidades que atuam em defesa do SUS, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

A nova PNAB fragiliza a estratégia ao flexibilizar os modelos de atenção básica passíveis de financiamento pelo governo federal, permitindo a formação de equipes no modelo tradicional de Unidades Básicas de Saúde (UBS), com especialistas focais em lugar de médicos de família e comunidade. Ainda, desqualifica o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), reduzindo o número mínimo de agentes nas equipes de 4 para 1, fragilizando o vínculo das equipes com a comunidade e limitando seu potencial de intervenção na realidade social dos indivíduos adscritos ao seu território. No novo formato, os ACS devem cobrir apenas populações “vulneráveis”, mas a política silencia sobre os critérios que definiriam esta vulnerabilidade, cabendo aos gestores definirem seus próprios critérios, sem necessidade de justificá-los tecnicamente (FAUSTO *et al.*, 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017; PINTO, 2018).

Além disso, o estabelecimento de uma carga horária mínima de 10 horas semanais para médicos, “restituem o emprego médico na atenção básica como um ‘bico’ em vigor no período pré e nos primórdios do SUS” (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020, p. 1477). A SBMFC relativiza os prejuízos da flexibilização de carga horária, em relação à dificuldade de fixação de médicos; em documento publicado em agosto de 2017 como Nota sobre a revisão da PNAB afirma que, ainda que o ideal seja a dedicação 40h a uma equipe e que o modelo de financiamento deva priorizar este tipo de contratação,

“a PNAB deveria permitir tanto na modalidade ESF quanto na EAB [equipe de atenção básica] cargas horárias de 20, 30 ou 40h semanais, desde que o número de pessoas vinculadas ao profissional seja proporcional e que o profissional cumpra pelo menos 4 dias da semana na UBS” (DIRETORIA DA SBMFC, 2017, p. 6),

para que não haja prejuízo ao acesso e à continuidade do cuidado. A política ainda compromete o componente multiprofissional, ao extinguir o credenciamento e o financiamento aos NASF (FAUSTO *et al.*, 2018; GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020); em relação a este ponto, a SBMFC não se pronunciou na nota citada.

Em uma síntese, Sperling resume o retrocesso apontado pela PNAB de 2017:

Quer dizer, a PNAB não avança para a consolidação de um modelo de atenção indutor dos atributos essenciais da atenção primária nos territórios, não indica à municipalidade os melhores percursos técnicos e políticos para fortalecimento do nível de atenção, fraciona a cobertura dos territórios entre ESF e outros modelos menos custo-efetivos para o cuidado e para o Sistema e nega-se a reconhecer o papel formador e fixador da APS para novos profissionais comprometidos com o SUS (SPERLING, 2018, p. 343).

5.4 A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO GOVERNO BOLSONARO

“Por que insistimos tanto e durante tanto tempo em participar desse clube, que na maioria das vezes só limita a nossa capacidade de invenção, criação, existência e liberdade? Será que não estamos sempre atualizando aquela nossa velha disposição para a servidão voluntária?”

(Ailton Krenak)

A eleição de Jair Bolsonaro para a presidência do país em 2018 acentuou a ascensão conservadora e autoritária já posta em curso com o golpe de 2016. As atitudes do governo demonstram descaso com a condução do Sistema Único de Saúde, o que ficou muito evidente através da sucessão de erros do Ministério da Saúde na condução da resposta à pandemia de Covid-19 (BURKI, 2021; FERIGATO *et al.*, 2020). Este trabalho não pretende abordar os descaminhos do Ministério no combate à pandemia, mas faz-se necessário pontuar como muitas das medidas do MS, notadamente para a APS, são demonstrações de um projeto anti-SUS conduzido pelo governo com apoio de corporações do ramo da saúde e de entidades médicas corporativas.

Apesar da APS (ainda) não ser uma das áreas de maior interesse da iniciativa privada, uma vez que a média e a alta complexidade apresentam maior densidade tecnológica e, por isso, concentram maior montante de recursos na distribuição orçamentária, a APS ganhou destaque neste governo com a criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) (GOMES; MERHY, 2020).

Embora alguns especialistas em MFC já tivessem ocupado cargos ligados à gestão da atenção básica no governo federal, mais recentemente médicos de família com discursos alinhados aos interesses do capital médico-financeiro ocuparam cargos de gerência no MS. Isso ocorreu notadamente na SAPS que, sob a liderança de Erno Herzheim (MFC que esteve à frente da pasta até maio de 2020), propôs medidas cuja base discursiva liberal-privatista vem sendo cultivada no interior das discussões da especialidade nos últimos anos.

Esse discurso foi claramente defendido no 15º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade (CBMFC), quando, por exemplo, o então secretário de APS do governo Bolsonaro manifestou-se publicamente dizendo que o SUS não é para todos (ANDERSON, 2019). Poucos meses depois, em um artigo publicado em janeiro de 2020, na RBMFC, Harzheim e colaboradores apresentaram as principais propostas governamentais da pasta no ano anterior. Em consonância ao discurso do governo e do polo liberal que apoia Bolsonaro, ele afirma que as propostas partem da visão liberal da necessidade de reforma do Estado brasileiro, tendo como princípios, entre outros, “uma menor regulação e planificação central, a diminuição de barreiras normativas, a valorização da criatividade e do empreendedorismo” (HARZHEIM *et al.*, 2020, p. 2), argumentos comumente utilizados na defesa de

modelos empresariais e privatistas. Em análise das propostas apresentadas neste artigo, Giovanella, Franco e Almeida (2020) apontam que o discurso pró-equidade que fundamenta as ações apresentadas por Harzheim é uma falácia e que, em última instância, apresenta uma proposta neosseletiva que oferece serviços de saúde numa perspectiva de redes para os extratos populacionais mais pobres.

As principais medidas propostas pela SAPS em 2019 são a criação do Programa Médicos pelo Brasil (PMB) e do Programa Saúde na Hora, a aprovação da Carteira de Serviços para a APS (CaSAPS) e as mudanças do modelo de financiamento definidas pelo Programa Previne Brasil, que serão analisados mais detalhadamente a seguir.

O Programa Médicos Pelo Brasil, proposto em agosto de 2019, às vésperas da XVI Conferência Nacional de Saúde, foi criado em resposta à crítica sistemática do governo ao Programa Mais Médicos, principalmente por seu braço ligado à OPAS e a cooperação com Cuba (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2019). O programa seria instituído através da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), um serviço social autônomo de direito privado sem fins lucrativos, que poderá captar recursos financeiros privados, além de estatais, constituindo proposta evidente de privatização da APS. Quase dois anos após a lei que os regulamentam, a Agência e o Programa ainda não foram implementados de fato.

Diferente do PMM, que possuía frentes de ação que incluíam melhoria de infraestrutura das UBS, mudanças curriculares na graduação de medicina e expansão de vagas de residência em MFC, o novo programa propõe uma estratégia de provimento de médicos para áreas remotas sem comprometer-se com a formação voltada para as necessidades do SUS. Além de se eximir da regulação da residência médica (revogando os artigos 6º e 7º da Lei no 12.871/2013 do PMM) (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013), o PMB deslegitima os critérios de titulação da SBMFC, ao habilitar os médicos que atuarem no programa para a realização da prova de título da especialidade com apenas dois anos de atuação na APS (atualmente a Sociedade exige quatro anos de atuação).

Desta forma, o programa também legitima a desqualificação da formação para a APS, uma vez que as condições de aprendizagem no âmbito do PMB seriam muito mais precárias que a formação “padrão ouro” da residência médica (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020): o programa prevê um curso de especialização em saúde da família de 60 horas semanais, sendo 40 horas na assistência e 20 horas em

atividades teóricas. A única supervisão prática constituir-se-ia da presença de um tutor, não necessariamente MFC, que passaria uma semana a cada dois meses acompanhando as atividades dos médicos nas unidades de saúde, exigência muito inferior à das residências médicas. Apesar disso, na época a SBMFC manifestou-se em apoio ao novo programa (SBMFC, 2019a). O conteúdo do curso está sendo desenvolvido a partir do currículo baseado em competências construído pela entidade em 2014 (HARZHEIM *et al.*, 2020), mas com a mudança de gestão da SBMFC em meados de 2020, a entidade tem feito críticas mais veementes às propostas da SAPS e não está mais desenvolvendo o curso em parceria com o Ministério.

Além das fragilidades do PMB em relação à formação de profissionais para o SUS, o programa restringe os atributos da APS apenas ao acesso de primeiro contato, ao suprimir os atributos de orientação familiar, comunitária e a competência cultural, atributos esses fundamentais à garantia do cuidado integral das populações (ANDERSON, 2019; GIOVANELLA *et al.*, 2019).

Outra iniciativa da SAPS do governo Bolsonaro que merece destaque é o Programa Saúde na Hora, que propõe extensão do atendimento em unidades básicas de saúde com no mínimo três equipes para 60 horas semanais, com a possível redução e flexibilização da carga horária dos profissionais. Num primeiro momento, a iniciativa nos parece excelente para ampliar o acesso da população às suas equipes, principalmente para trabalhadores que não podem frequentar suas unidades de saúde no horário comercial. Contudo, como os profissionais das equipes trabalham com uma carga horária de até 40 horas semanais (possivelmente menos pelas diretrizes do programa), isso representa a fragmentação da equipe, que deixa de atuar conjuntamente pelo menos em parte do horário de abertura das unidades, além de abrir a possibilidade para a contratação de plantonistas, o que compromete atributos fundamentais da APS, como a longitudinalidade e a coordenação de cuidado, além de descaracterizar totalmente o processo de trabalho e a organização das ações na APS (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Na prática, observamos equipes em que enfermeira/os intercalam seus horários com a/os médica/os, não mais compartilhando o cuidado imediato, a dificuldade de realização de reuniões de equipe com participação de todos os profissionais e a transformação das unidades em pronto-atendimentos, uma vez que, com o apelo ao acesso avançado (MURRAY; TANTAU, 2000; ROCHA; BOCCHI; GODOY, 2016), a continuidade do cuidado, as ações de vigilância e o cuidado de

pacientes complexos é prejudicada pela fragmentação da equipe e do cuidado.

Outra medida que se pode avaliar como um progresso, mas que também pode servir a interesses privatistas é a carteira de serviços, um instrumento utilizado em vários países do mundo e inclusive em alguns municípios brasileiros, como Florianópolis, Rio de Janeiro, Natal, Belo Horizonte, Curitiba e Porto Alegre, para auxiliar no planejamento em saúde. A ferramenta especifica uma relação de serviços a serem ofertados pela APS e busca atingir maior integralidade e equidade da assistência, uma vez que propõe orientar as equipes da APS no desenvolvimento de um padrão de ações.

Apesar de alguns autores apontarem que o instrumento sugere o caráter seletivo da APS ao indicar uma lista de ações e procedimentos mínimos, considero o instrumento muito útil na gestão da APS na busca de um padrão básico de serviços que muitos municípios não instrumentalizam suas equipes a cumprir. Contudo, a primeira versão da CaSAPS apresentada é reduzida a ações individuais e procedimentos, ignorando as dimensões familiar e comunitária da APS, reforçando os modelos internacionais de medicina de família e a medicina centrada no indivíduo, característica do discurso da MFC brasileira. Esta versão foi muito criticada por diversas entidades, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e por pesquisadores, mas recebeu apoio da SBMFC (ANTUNES, 2019). Após uma consulta pública, a versão foi aprimorada, porém questões relacionadas a territorialidade, ao trabalho multiprofissional e à participação popular continuam praticamente ausentes do documento. O trabalho dos ACS é citado uma única vez no documento, reforçando a desimportância destes profissionais na ESF, tal qual sugere a PNAB de 2017 (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Além disso, a CaSAPS também contribui para a privatização de serviços de saúde, uma vez que favorece a precificação dos mesmos, corroborando para a terceirização dos serviços da APS, tal qual ocorre na contratualização de serviços através de OS e como a SAPS propõe para a ADAPS (GOMES; MERHY, 2020; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Mas a medida que certamente mais atribulou as secretarias municipais de saúde desde o ano de 2019 foi o Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2979 em 12 de novembro de 2019 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). O programa altera o financiamento federal de custeio da APS, que passa a ser composto por capitação ponderada a partir da população cadastrada na ESF, o que fez as equipes

de saúde da família pararem uma série de ações, inclusive durante o enfrentamento à pandemia, para recadastrar a população de suas áreas de abrangência no curto período exigido pelo MS.

Além da capitação ponderada, o financiamento também inclui pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. O programa extingue o piso de atenção básica (PAB) fixo, único elemento de repasse que leva em consideração a quantidade total de pessoas residentes no território adscrito pela equipe. Com a capitação ponderada por pacientes cadastrados por equipe, admite-se que a saúde ofertada pelo SUS não é universal, uma vez que apenas a atenção à fração populacional cadastrada será financiada, o que, como nos aponta Morosini, Fonseca e Baptista (2020, p. 10), “evoca a ideia de cobertura universal, com direcionamento de recursos escasseados para os segmentos mais pobres da população, promovendo um modelo de APS focalizante”. Além disso, a capitação por listas de pacientes favorece a contratualização de serviços do mercado privado, tal qual a CaSAPS.

Já os indicadores utilizados para pagamento por desempenho demonstram uma evolução na avaliação das equipes, uma vez que são pertinentes ao cuidado de grupos prioritários, como gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos. Contudo os indicadores não avaliam o processo de trabalho, aspecto valorizado anteriormente na avaliação por desempenho orientada pelo PMAQ, nem avaliam a promoção de saúde e a integralidade do cuidado ofertado pelas equipes, reforçando o cuidado biomédico e confirmando a tese apresentada por Franco e Merhy, citados anteriormente neste trabalho, de que o modelo de atenção orientado pela APS não contempla as mudanças de paradigma assistencial necessárias porque não contraria fundamentalmente o paradigma de saúde biomédico (FRANCO; MERHY, 2017).

O terceiro componente do financiamento, o pagamento por incentivo a ações estratégicas, recupera componentes do PAB variável, porém extingue incentivos que reforçavam a estruturação do trabalho territorial e comunitário, como a extinção do financiamento aos NASF, aspecto que aprofunda o desmonte desta política já apontado pela PNAB de 2017 (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Cabe ressaltar também a estratégia de apresentação dessas propostas, ocultando documentos oficiais para impedir o debate público, especialmente com o Conselho Nacional de Saúde, instância máxima do controle social no SUS, que foi ignorado no processo. A primeira apresentação do Previn Brasil se deu no 15º CBMFC, seguida de apresentações em encontros estaduais articulados com o

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e daí podemos depreender com quem a SAPS escolheu abrir diálogo sobre suas intenções (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

5.5 A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E O PLANOS DE SAÚDE

“Aprender o caminho do inferno para dele se afastar”

(Nicolau Maquiavel)²

Nas últimas décadas assistimos ao aprofundamento das relações de entidades empresariais do setor de saúde com o setor público na produção de políticas de saúde para o Brasil. Os termos eficiência e custo-benefício têm sido incorporados pelos setores de gestão dos serviços de saúde, em decorrência da difusão de ideias oriundas do setor privado, movimento que também ocorre em outros países, como já descrito nos capítulos anteriores (LISBOA, 2020).

O Brasil possui o segundo maior mercado de planos de saúde do mundo. A participação ativa da complexa articulação público-privada na definição das políticas públicas para o setor saúde no Brasil fica evidente através do investimento dos planos de saúde em candidaturas parlamentares:

Nas eleições de 2014, as empresas de planos privados de saúde doaram R\$ 54,9 milhões para as campanhas de 131 candidatos. As maiores doadoras foram a Amil (R\$26.327.511,22), seguida da Bradesco Saúde (R\$14.065.000,00), da Qualicorp (R\$6.000.000,00) e do grupo Unimed (R\$ 5.480.500,00) (LISBOA, 2020, p. 63).

A ofensiva parlamentar contra o SUS financiada pelos planos de saúde acontece ao mesmo tempo que observamos o crescimento da MFC no mercado privado, principalmente através da saúde suplementar. Não surpreende que o perfil em construção de MFC tenha se tornado atrativo para o setor privado. Conforme os princípios da atenção gerenciada, “ter um paciente com o cuidado coordenado, não fragmentado e acompanhado ao longo do tempo por um mesmo profissional é funcional à racionalização da produção dos serviços de saúde em busca de melhores desfechos.” (LISBOA, 2020, p. 107).

² Do livro “O bem viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos”, p.38. (ACOSTA, 2016)

Em sua análise sobre a inserção dos médicos de família nos planos de saúde, Lisboa (2020) identificou pontos comuns sobre o tema nos discursos presentes em documentos públicos de planos e seguradoras de saúde e entidades empresariais que os representam, como a FENASAÚDE (Federação Nacional de Saúde Suplementar), ABRAMGE (Associação Brasileira de Medicina de Grupo) e o Instituto Coalizão Saúde. Nessas publicações, as entidades defendem o modelo estruturado a partir de uma porta de entrada com médicos generalistas, invertendo a lógica de acesso aos especialistas focais diretamente, como vem ocorrendo na medicina privada no Brasil.

Às seguradoras de saúde, interessa o debate sobre custo-efetividade de intervenções em saúde, tendo em vista a restrição do desperdício de investimentos. Mais do que a regulação do acesso a procedimentos custosos através do cuidado individual proporcionada pelo *managed care*, “faz-se necessário constituir um *managed access* ao privado, um acesso de rede gerenciado, em que todo o nível de atenção possa atuar como intérprete de necessidades e regulador de ofertas” (SPERLING, 2018, p. 342).

Para os planos de saúde, diante da ineficácia do modelo de cuidado fragmentado e tendo em vista o potencial de resolutividade da MFC, a criação de planos com médicos de família como profissionais de primeiro contato consolida-se como proposta que viabiliza o *managed access*. A vinculação aos profissionais se dá através de uma lista de pacientes e as seguradoras propõem, além de uma remuneração diferenciada aos prestadores, preços mais atrativos para os usuários (MACHADO; MELO; PAULA, 2019).

Desde 2003, a ANS tem exercido um papel importante no estímulo às operadoras de planos de saúde para ampliação desta modalidade de atenção, premiando programas de promoção e prevenção, e através da criação de carteiras de serviços, guias de remuneração e divulgação de experiências de APS dos planos. Uma ação recente da Agência neste sentido foi a assinatura de uma cooperação técnica com o Institute for Healthcare Improvement, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz e a SBMFC para o projeto “Cuidado Integral à Saúde – Projetos-Piloto em APS”, em fevereiro de 2020, para a concessão de uma certificação de boas práticas em APS para operadoras que desejam trabalhar com o modelo (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2020; SBMFC, 2020). As operadoras selecionadas para o projeto iniciaram em março de 2021 um curso em Práticas de Implementação em APS, ministrada pela SBMFC em parceria com a Faculdade de Educação em Ciências da

Saúde do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2021).

Em análise recente sobre a inserção da MFC na saúde suplementar, Machado, Melo e Paula (2019, p. 2) apontam para as razões desta afinidade: “De fato, a menor taxa de encaminhamentos e a racionalização do uso de exames complementares são habilidades que convêm a empresas e seguradoras do mercado”. No entanto, os pesquisadores também apontam um limite importante da atuação dos médicos de família no setor suplementar, o descolamento do território, sentido também apontado pela nova PNAB e que, na prática, exclui o caráter comunitário da APS, afastando cada vez mais a MFC das suas raízes comunitaristas. Inclusive, a especialidade é apresentada apenas como “medicina de família” nos documentos das entidades empresariais. A exclusão das palavras “e comunidade” denota a reedição seletiva e focalizada da versão empresarial de APS.

Ademais, a migração dos MFC para o setor privado tende a aumentar ainda mais o déficit desses especialistas no SUS e a iniquidade no acesso aos serviços de saúde, processo que deve ser ainda mais reforçado pelas novas configurações de equipes previstas pela nova PNAB. Com o advento de uma PNAB que não orienta a fixação e formação profissional, que não dialoga com instituições de ensino ou com as especialidades (médica e de enfermagem) voltadas para a saúde da família, o Estado brasileiro assume sua posição de conciliação política com os setores capitalistas. Esta PNAB enfraquecida permite a evasão de médicos de família e comunidade para os planos de saúde, atraídos por ofertas como maior autonomia em suas práticas, menor pressão assistencial, a possibilidade de praticar a prevenção quaternária e a gestão do cuidado, em troca de uma melhor remuneração, ainda que às custas de vínculos empregatícios mais precários. Em suma, o pequeno avanço, ainda insuficiente, de incremento de MFC no SUS promovido com o PMM tende a se perder (COELHO NETO; ANTUNES; OLIVEIRA, 2019; MACHADO; MELO; PAULA, 2019; SPERLING, 2018).

É notório como o crescimento de investimentos em APS, os incentivos na formação, bem como a ampliação do mercado de trabalho (público e privado) para médicos de família e comunidade, ampliaram os olhares para a especialidade. Pouco a pouco, a desconfiança das sociedades e associações de especialistas para com a medicina generalista precisou ser reconsiderada. Além disso, este crescimento trouxe consigo o crescimento do desejo, da vontade de assumir o controle da hegemonia do

processo, seja através das entidades corporativas ou científicas, seja através da ocupação de cargos ligados ao governo (GOMES, 2016). Com este movimento, os médicos de família têm ocupado cada vez mais espaços centrais na política institucional e nas entidades médicas. E suas atitudes têm se mostrado cada vez mais concordantes com as dos médicos conservadores que ocupam as entidades médicas brasileiras há décadas, conciliando estratégias que buscam integrar o público e o privado, para consolidar a MFC como especialidade essencial para a ordenação do sistema de saúde, tal qual o movimento corporativo médico opera (CAMPOS, 1988; GOMES, 2016).

É em consonância ao movimento da MFC no privado e ao desmantelamento do financiamento público para o SUS, que Gusso e colaboradores (2015) propõem “Bases para o novo sanitarismo” no Brasil. Neste artigo, sustentam que o SUS promete o intangível e que o texto constitucional que o regulamenta poderia ser substituído por “serviços de saúde custo efetivos são um direito da população” (GUSSO *et al.*, 2015, p. 8), aproximando-se da proposta de CUS, conveniente ao mercado privado da saúde suplementar. Na época da publicação do artigo, os autores compunham a diretoria da SBMFC; cinco anos depois, quatro dos cinco autores do artigo passaram a integrar diretorias de planos de saúde.

Ao trazer proposições para alteração de prerrogativas constitucionais, de acordo com a análise de Lisboa (2020, p. 78), o discurso ideológico dos autores

coloca a Medicina num papel de autonomia e de instrumento político na determinação dos rumos do sistema de saúde, como se pairasse acima das classes sociais e do Estado e não servisse a um determinado modo de produção e consumo dos serviços de saúde.

Ainda de acordo com Lisboa (2020), os setores da SBMFC que defendem as ideias apresentadas no artigo de Gusso *et al.* (2015), tidos como “ideólogos de uma MFC empresarial” (LISBOA, 2020, p. 96) possuem as mesmas posições das entidades empresariais no que tange aos modelos de remuneração, pois defendem o provimento privado de serviços de APS, o que torna possível formas de remuneração mistas, compostas por pagamento por assalariamento, captação e performance (GUSSO *et al.*, 2015; LISBOA, 2020).

6 A SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

*“Mais devagar, meus senhores,
isso é um processo histórico:
você não inventaram coisa alguma!
Assim como a terra inventa o verde,
na hora marcada pelo chão,
onde a alma da cidade vibra,
na praça é que coletivamente se inventam
a tristeza dos homens, a sua canção,
a curva emocionada de suas lutas
- e a sua revolução.”*

(Moacyr Félix)

Como pode-se depreender do já exposto, a SBMFC tem assumido posições políticas diante de pronunciamentos e propostas governamentais para a APS no Brasil, seja no âmbito público, seja no privado, bem como através de declarações dos membros de suas diretorias ou através de posicionamentos oficiais.

A relação de cooperação entre o grupo que ocupou a SAPS até maio de 2020 e a então gestão da entidade científica se tornou evidente, por exemplo no momento em que a SBMFC assumiu o compromisso de construir o PMB (SBMFC, 2019c). Através desse posicionamento, a entidade assumiu um papel operativo central na política, mesmo contrariando princípios técnicos em favor dos quais advoga, como a titulação dos participantes do programa com apenas dois anos de prática na APS. Essa posição, de certa forma, contraria um posicionamento expresso pela presidência da entidade, em 2011, num editorial da RBMFC no qual reivindica o papel da organização como porta voz do discurso técnico-científico, e não político, argumento que é, inclusive, utilizado para diferenciá-la da saúde coletiva corriqueiramente (GUSSO, 2011).

Conforme apontam Andrade e colaboradores, recuperando elementos do polêmico artigo “Bases para um novo sanitarismo” (GUSSO *et al.*, 2015), o posicionamento dos autores, e por conseguinte da entidade que os reunia na época, demonstra como a MFC “pretende assumir a figura de uma formação discursiva independente e capaz de apontar sozinha caminhos para a organização de serviços de saúde no Brasil” (ANDRADE *et al.*, 2018, p. 14). Naquele artigo, os autores reclamam a MFC como um campo independente e os médicos de família como

experts em APS, o que lhes conferiria maior legitimidade para formular e executar políticas neste nível de atenção. Assim, defendem que a MFC aponte os caminhos para a organização dos serviços de APS no Brasil, prescindindo da saúde coletiva, colocando a especialidade como um instrumento político (ANDRADE, 2017; LISBOA, 2020).

As ações da entidade nos últimos anos provocaram embates protagonizados por médicas e médicos de família e comunidade favoráveis aos posicionamentos das diretorias da SBMFC e aqueles contrários às ações da entidade em direção à política liberal-privatista conduzida pelo governo na última década com apoio do mercado privado da saúde. O momento de maior acirramento deste conflito se deu nas últimas eleições da entidade, em 2020, quando duas chapas foram apresentadas com discursos divergentes em diversos aspectos que serão aprofundados mais adiante neste trabalho.

O conteúdo a seguir apresenta uma análise dos documentos que são relevantes para o tema aqui estudado, publicados na RBMFC (editoriais e artigos) ou no site da entidade, nas seções Posicionamentos e Cartas ou Notícias, de 2004 a 2020. Todos os termos entre aspas das próximas sessões correspondem a termos citados tal qual encontram-se nos editoriais referenciados.

6.1 O DISCURSO DA SBMFC NA REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

O editorial de relançamento da revista, que teve uma primeira edição em 1987, traz com regularidade elementos relacionados à pesquisa e à produção de conhecimento, acompanhada de considerações a respeito da inserção da academia na realidade, social e culturalmente implicada em ser sujeito da história. Essa ideia é expressa através de duas citações de Paulo Freire, em menos de uma página de texto e de uma citação de Ricardo Donato, que aponta que a ciência não é

um elemento revestido de neutralidade e frequentemente tem sido subserviente a ideologia dominante, a quem sustenta e solidifica, seja justificando sua existência, seja perpetuando um modo determinado de analisar e investigar um conjunto de práticas e procedimentos (DONATO, 1983, *apud* ANDERSON; FALK, 2004, p. 1).

Este editorial é assinado por João Werner Falk e Maria Inez Padula Anderson,

presidente e vice-presidente da SBMFC na época, ambos professores universitários e pesquisadores.

Na segundo editorial da revista, a autora, Anderson (2004, p. 1) afirma explicitamente a intencionalidade da entidade em colaborar para a implementação da APS no âmbito público do SUS:

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade compreende, dentre os seus objetivos, estimular a reflexão sobre as questões que envolvem a APS, reafirmar seus valores e evidenciar suas necessidades, de modo a colaborar para a sua implementação definitiva em nosso país, em bases sólidas e de qualidade,

inclusive apresentando a iniquidade que leva parte da população a recorrer a planos privados para terem garantida sua assistência.

O texto traz repetidamente termos que remetem a “mudança”, “transformação”, “transição de paradigmas”, “novos referenciais”, em contraposição a “velhas ideias”, referindo-se à oposição entre o “paradigma cartesiano e da medicina anátomo-clínica, a medicina centrada na doença e na tecnologia armada” e a “visão ampliada da saúde, com bases científicas mais contemporâneas do processo-saúde-adoecimento, e que levem em conta as habilidades e competências necessárias para este nível de atenção” (ANDERSON, 2004, p. 1)

A autora apresenta a necessidade de novos referenciais e novas práticas não apenas para a superação do paradigma biomédico, mas também para superação da “atenção básica” como uma “atenção simplificada para doenças simples [...] uma prática que deve ser voltada para os pobres e marginalizados sociais [...] uma forma econômica e rápida de aumentar a cobertura assistencial” (ANDERSON, 2004, p. 1). Ao mesmo tempo que se contrapõe ao modelo reducionista recomendado pelo Banco Mundial, utiliza argumentos empresariais ao fazer a defesa da atenção primária, como “razão custo-benefício” e “maior possibilidade de retorno de investimentos”.

Pôde-se observar neste editorial a intencionalidade da entidade de implementar o novo a partir de referenciais atualizados, focando no embate entre o ideário da saúde coletiva e a identidade emergente da MFC, o que se identifica na contraposição dos termos “atenção básica” e “atenção primária”; ao mesmo tempo, defende-se a consolidação da APS no SUS, enquanto “direito do cidadão e dever do estado”, mesmo que, contraditoriamente utilizando termos empresariais típicos do discurso neoliberal.

Nas publicações dos três primeiros anos, os editoriais da Revista seguem na tônica de convocar pesquisadores a publicarem sobre temas que demonstrem “a influência positiva da APS sobre a saúde da população e o papel decisivo do MFC nos resultados e no impacto desta atenção”. (ANDERSON; WAGNER; CAMPOS, 2006, p. 82), ideia que é sintetizada no editorial de uma das edições de 2006, assinado por dois diretores e ex-editores da revista e a presidente da entidade no período. Além disso, existe a intencionalidade manifesta de indexar a publicação, daí a necessidade de produção científica de qualidade na área, pautando “a demonstração consistente e a divulgação das diferenças” (ANDERSON; WAGNER; CAMPOS, 2006, p. 83) do perfil da MFC perante o modelo flexneriano, centrado na doença, e da APS perante o modelo tradicional de atenção.

Em 2007, o discurso novamente traz repetidamente o tom da “mudança”, da “transformação”, reivindicando o papel da SBMFC como porta-voz da ciência, mas também de “iniciativas que desenvolve no âmbito técnico e político que, em última análise, possam servir de base para orientar este processo de transformação” (ANDERSON, 2007, p. 147).

Ao final da gestão de 2008, um editorial extenso apresenta as principais atividades e parcerias desenvolvidas pela Sociedade nos quatro anos anteriores, destacando-se as parcerias firmadas com o MS, com a OPAS e com a *World Organization of Family Doctors* (Wonca), além de associações de médicos de família de outros países, notadamente de Portugal, mencionada algumas vezes no documento. Nessas gestões também ocorre a filiação da SBMFC à Associação Médica Brasileira (AMB) e o desenvolvimento de atividades com apoio de Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), CONASS e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). É neste período que a SBMFC se firma como entidade representativa da MFC no Brasil, institucional e politicamente (ANDERSON, 2008).

Posteriormente, neste mesmo ano, o editor-chefe da publicação lança um editorial em que reafirma o papel da RBMFC como “um instrumento que visa colaborar com a consolidação do SUS como projeto político fundamental da saúde no Brasil” (CAMPOS, 2008, p. 83). Este texto sintetiza a tônica “militante” dos editoriais lançados desde a primeira edição, de defesa do SUS, tal qual consta na Carta Magna, em defesa da “decisão política por um modelo que garanta a territorialidade da assistência e que esta seja contínua, com vínculo” (2008, p. 83) e da ideia de que

a continuidade das políticas de Estado como a municipalização, a estabilidade dos mecanismos de financiamento, a capacitação de recursos humanos, a prioridade às ações de promoção e prevenção são aquelas que resultarão em melhores resultados em termos de indicadores de saúde (CAMPOS, 2008, p. 83).

Ele também coloca a linha editorial em apoio ao “fortalecimento da participação social no desenvolvimento da saúde e da consciência dos cidadãos a respeito dos determinantes sociais da saúde” (CAMPOS, 2008, p. 83). Daí podem ser destacados três elementos que se opõem ao movimento neoliberal a que a entidade se alia anos mais tarde: 1) a defesa constitucional do SUS enquanto direito universal e gratuito, 2) a garantia de territorialidade da assistência, e 3) o fortalecimento de referenciais que se constroem a partir da inserção comunitária, como a participação social e o desenvolvimento de consciência sobre determinantes sociais de saúde.

Não há menção significativa na revista sobre a prática no setor privado até 2011, quando a entidade anuncia mudanças em sua linha editorial, com inclusão de uma sessão de debates sobre temas emergentes. Até este ano, a maior parte dos artigos publicados traziam temas clínicos e pesquisas ou relatos de experiências sobre a prática na APS. Há poucos artigos sobre política ou que demonstrem a agenda da entidade fora dos editoriais.

A partir de 2011, os editoriais passam a dialogar diretamente com as políticas para a APS do MS da época, já no governo de Dilma Roussef, fazendo crítica e oposição a novas medidas implantadas no período que desprivilegiam propostas defendidas pela entidade. É interessante observar que de 2008 a 2011, o Departamento de Atenção Básica (DAB) era dirigido por uma MFC, Claunara Schilling Mendonça, que é atualmente docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Durante sua gestão, o DAB firmou parcerias com a SBMFC e deu atenção a algumas demandas da entidade, como descrito a seguir.

A mudança de posição dos editoriais coincide com a mudança de direção do MS, que esteve sob comando de Alexandre Padilha de 2011 a 2014, e do DAB, que passa para Hêider Aurélio Pinto, médico sanitarista que esteve a frente da pasta até 2014 e manteve-se no governo até 2016, ocupando a SGTES. No mesmo período em que esteve a frente do DAB, a SGTES protagonizou a criação do PMM e foi alvo de muitas críticas das entidades médicas (GOMES, 2016), bem como da SBMFC como será analisado adiante.

Num dos editoriais de 2011, assinado pelo então presidente da SBMFC, Gustavo Diniz Ferreira Gusso, docente da Universidade de São Paulo (USP), dentre as propostas apresentadas estão “defesas das formas de remuneração e plano de carreira [...] com base em estudos e experiências nacionais e internacionais” (GUSSO, 2011, p. 97), a aplicação de “indicadores que meçam a existência de uma rede consistente de APS” (2011, p. 99), como o Primary Care Assessment Tool, em contraposição ao PMAQ, “a definitiva regulação da formação, em especial na medicina, com residência para todos em médio prazo e 40% das vagas para MFC” (2011, p. 99).

As críticas às políticas do MS são muito pertinentes à conjuntura vivida pelo SUS desde sua criação, e estão focalizadas na falta de investimento adequado, como na defasagem do PAB fixo (em valor e no fato de não ser atrelado a um modelo específico), a inexistência de infraestrutura adequada e a insuficiência de profissionais qualificados e sem projeto de capacitação continuada. Mas o gatilho para as críticas apresentadas no editorial aparece nos primeiros parágrafos do texto, quando aponta para a “frustração” da entidade pela suspensão das Portarias 3.839, de 7 de dezembro de 2010, e 4.299, de 30 de dezembro de 2010 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), que previam remuneração diferenciada para MFC titulados atuando na ESF, favorecendo a contratação de profissionais mais qualificados para a APS.

Por fim, o autor questiona os leitores: “Por que no Brasil há tanta dificuldade para se defender o generalista ou o médico de família e comunidade? Por que os gestores resistem tanto em regular o sistema?” (GUSSO, 2011, p. 98), e para isso aponta para a convivência dos políticos com a classe média brasileira, que utiliza o sistema de saúde como um “shopping center” “para intervenções de alta densidade tecnológica e o privado para acesso direto ao sistema secundário” (2011, p. 99). Assim como o discurso se mostra contrário à lógica do sistema privado neste argumento, também se posiciona na defesa de dedicação exclusiva ao SUS por parte de profissionais que tem carga horária flexível.

No texto, há uma crítica feroz pela equidade, pela justa distribuição de recursos em benefício da população mais pobre e uma defesa da autonomia da entidade, inclusive reiterando repetidas vezes que os MFC acreditam em um sistema de saúde não-comercial e regulado, e que precisam ser valorizados por “dirigentes e pelas políticas públicas”, para que “não sejam engolidos pelo mercado e pela política neoliberal” (GUSSO, 2011, p. 100). Ficam evidentes também críticas diretas à direção

do DAB do período, sob comando de Hêider Pinto, como por exemplo nos trechos:

Embora a PNAB vigente não diga que é proibida tal flexibilização para usar o jargão neoliberal adotado de forma não-criteriosa pela atual direção do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, quem já tentou aplicar sabe das dificuldades (GUSSO, 2011, p. 99).

e “a entidade vive da contribuição dos sócios e de convênios com governos, especialmente com o DAB do Ministério da Saúde, mas nunca aceitou patrulha ideológica” (2011, p. 100).

A análise do discurso crítica provoca-nos a questionar quais são as práticas em jogo nessa conjuntura e como o poder é exercido nessa circunstância. Observa-se que o discurso reivindica para a SBMFC o papel militante em defesa do SUS, em posição de resistência às políticas do MS que precarizam e desqualificam a APS, e esta prática discursiva continua presente em editoriais de edições posteriores da publicação.

Em 2012, novamente a entidade se posiciona perante uma nova PNAB e a instituição do PMAQ como instrumento de avaliação de qualidade da APS. No editorial da edição de número 23, o então editor Armando Henrique Norman, convoca os médicos de família e comunidade a ficarem atentos ao risco de o movimento gerencialista em crescimento global (o que se efetivou nos anos posteriores) coibir a autonomia da prática dos MFC.

Partindo do argumento de que não há neutralidade científica e, no mesmo sentido, de que qualquer avaliação de qualidade “reflete os valores e objetivos correntes de um determinado sistema de saúde e de toda a sociedade do qual ele faz parte” (DONABEDIAN, 2008, *apud* NORMAN, 2012, p. 67), afirma que “a cultura do gerenciamento, da auditoria e da qualidade tem sido introduzida no setor da saúde como sendo neutra, racional e objetiva” (NORMAN, 2012, p. 68).

Com isso, o autor adverte que a Medicina Baseada em Evidências (MBE) restringe a autonomia dos médicos e pode fortalecer um modelo-científico-burocrático, e que a avaliação de qualidade “em qualquer sistema de saúde pode apenas refletir uma ideologia hegemônica que define os critérios para sua formatação” (NORMAN, 2012, p. 67), deslocando recursos para sistemas que melhor monitoram desempenho, não necessariamente os de maior qualidade.

2015 é um ano emblemático para a publicação, em que ela é indexada ao Lilacs

e assumem a condição de editores-chefes Gustavo Gusso e Paulo Poli, nomes de relevância na constituição da MFC no mercado privado. É neste ano que é publicado na RBMFC o artigo “Bases para um novo sanitarismo” (GUSSO *et al.*, 2015), de autoria dos mesmos com outros três colegas, que são também ex-presidentes da entidade. No editorial deste ano, deixando de lado a crítica à neutralidade científica do editor anterior, os autores apontam para a “isenção e posicionamento do médico de família e comunidade” (GUSSO; POLI, 2016, p. 2), cujo compromisso único seria a pessoa que atende, sem comprometer-se com extratos populacionais ou políticas.

Em 2016, a maior parte das publicações selecionadas pertencem aos suplementos referentes às produções na V e VI Cúpulas Iberoamericanas de Medicina Familiar, que serão mais exploradas num subcapítulo posterior.

Em 2017, a publicação avança no internacionalismo, trazendo múltiplas traduções de artigos do *British Medical Journal*, alguns nas temáticas de tipos de pagamento e avaliação dos sistemas de saúde, incluindo um artigo sobre a APS no Brasil. Neste ano, os autores Thiago Dias Sarti e Leonardo Ferreira Fontenelle, ambos professores universitários, recuperam o tema da política na publicação, reintegrando o papel da produção científica à implementação das políticas de saúde, ao concluir que

é fundamental termos a exata noção do que queremos em termos de políticas de saúde voltadas para a garantia do acesso a serviços com qualidade e abrangência ótimas em vista das necessidades da população; que saibamos identificar os resultados alcançados pelas nossas ações, corrigindo rumos sem ortodoxia ou corporativismo quando necessário; e que possamos superar o paradigma de ciência versus política, articulando melhor os efeitos da produção científica na área da saúde com o processo de tomada de decisão de gestores e demais atores sociais envolvidos com o setor saúde (SARTI; FONTENELLE, 2017, p. 4).

A partir deste ano, não se encontraram mais posicionamentos relevantes para o objeto desta pesquisa nos editoriais da RBMFC. Alguns anos mais tarde, no volume de 2020 da revista, foram publicados artigos importantes a respeito da política para a APS promovida pelo governo federal, de autoria do Secretário de APS que assumiu o cargo até maio do mesmo ano.

6.2 POSICIONAMENTOS E CARTAS DA SBMFC

Foram selecionados 9 documentos oficiais da entidade, publicados nas seções Posicionamentos e Cartas e Notícias do site da SBMFC, que dialogam com a temática deste trabalho. O primeiro é uma carta de repúdio à atitude do governo Dilma Roussef, que estaria negociando com planos de saúde para aprovação de um pacote de medidas de estímulo para o setor para aumentar a cobertura de planos de saúde para os seguimentos C e D da população, fato noticiado pelo Jornal Folha de São Paulo (NERY; NUBLAT; CRUZ, 2013; SBMFC, 2013c).

Neste documento, a SBMFC posiciona-se contrária ao desmonte e à privatização do SUS e em favor dos “Sistemas de Saúde Universais, Integrais e Iguais” (SBMFC, 2013c, p. 1), solidarizando-se a um posicionamento da ABRASCO e do CEBES. A entidade aponta para a injustiça inerente ao já existente aporte financeiro do estado brasileiro para o privado, através da isenção fiscal, e advoga que a transferência do cuidado de cidadãos brasileiros para planos de saúde com cobertura limitada, que tratam os usuários como “mercadoria” e tendo em vistas maior fonte de “lucro”, condena “ao sofrimento e à morte ao já tão combalido povo brasileiro” (SBMFC, 2013c, p. 1)

O segundo é um posicionamento do mesmo ano em relação a uma fala da presidenta Dilma Roussef a respeito da vinda de médicos do exterior pelo PMM, em que a entidade reitera que o SUS não precisa apenas de médicos, mas sim de um aporte financeiro mais justo, de infraestrutura adequada e de profissionais qualificados. Além disso, apresenta recomendações para 1) a ampliação do financiamento do SUS, tratando como “inaceitável que o próprio Estado invista mais de 20 bilhões de reais ao ano” (SBMFC, 2013b, p. 1) no sub-sistema privado; 2) a estruturação do sistema a partir da ordenação pela APS; e 3) a regulação da formação de médicos, com obrigatoriedade da residência e um quantitativo mínimo de 30% das vagas para a especialidade de MFC.

No mês seguinte, a Sociedade lançou um posicionamento mais detalhado com uma avaliação e sugestões para o Programa, no qual reconhece a importância estratégica de uma política voltada para a APS e a legítima preocupação de fixar médicos em áreas com dificuldade de provimento, mas aponta para a precariedade do pagamento na modalidade de bolsa, sem direitos trabalhistas e previdenciários para os participantes do programa. Dentre as sugestões para garantir a fixação de profissionais a longo prazo, propõe-se regulação do mercado, através de provimento de serviços majoritariamente pelo estado, da exigência de residência médica para

atuar no serviço público de saúde e da regulação de vagas de residência médica conforme prioridades para o SUS. Além disso, como forma de fortalecimento das residências médicas em MFC, sugere-se o provimento de bolsas equivalentes ao PMM para residentes, preceptores e supervisores de programas de residência (SBMFC, 2013a).

Em ambos os documentos, embora reconheça a possibilidade de aporte de médicos formados no exterior, tal como outros países o fazem, a SBMFC se posiciona contrária a contratação de médicos estrangeiros sem revalidação de diploma e de forma restrita ao programa, salientando que os médicos estrangeiros deveriam ser “tratados com os mesmos direitos e deveres dos médicos locais sem qualquer cerceamento de suas liberdades individuais”, em eco a críticas de outras entidades médicas nacionais, que tentaram inviabilizar o programa política, juridicamente e perante a opinião pública, sobretudo em relação à contratação de médicos cubanos via OPAS (GOMES; MERHY; FERLA, 2018).

Apesar da defesa corporativa comum às entidades médicas nacionais, como AMB e CFM, que são fortemente ocupadas por representantes do mercado privado de planos de saúde, é notório que esses documentos posicionam a entidade em favor do sistema público de saúde, inclusive no sentido de impor limites à intervenção do mercado privado, tanto na formação de especialistas para o SUS, quanto na priorização do provimento de serviços de saúde pelo estado, o que contraria as ideias daqueles que defendem o financiamento público com provimento privado, tônica dos discursos em defesa da CUS.

Contudo, no ano seguinte, sob comando de uma nova diretoria, a SBMFC publica uma carta para os candidatos às eleições presidenciais de 2014, em que expõe sua proposição de uma “nova reforma sanitária brasileira”, em defesa de “um sistema de saúde de financiamento público, com provimento público ou privado em qualquer nível do sistema” (SBMFC, 2014, p. 1), externando pela primeira vez, como entidade, a coadunação com as propostas lançadas pelo Banco Mundial de redução do papel do estado no provimento de serviços, em favor do privado.

Embora a proposta de provimento favoreça o privado, as recomendações específicas para o financiamento apresentadas na carta privilegiam o sistema público, como o investimento de 10% do PIB em saúde pública, o fim da renúncia fiscal para gastos com saúde e a desativação de serviços de saúde paralelos ao SUS em órgãos públicos. Esta incoerência entre propostas aparenta uma tentativa de conciliação

entre os diversos projetos em disputa dentro da entidade.

A carta defende também a “definição de um modelo de saúde suplementar orientado fortemente pela atenção primária à saúde” (SBMFC, 2014, p. 3) , projeto levado a cabo pela ANS nos anos seguintes, com a premiação dos planos de saúde por boas práticas em APS.

É interessante relacionarmos os discursos da entidade analisados até aqui com alguns movimentos no governo. Dois dos três posicionamentos de 2013 analisados neste subcapítulo direcionavam críticas nominalmente à presidenta, em repúdio a colocações da mesma. De 2014 até o final de 2016, editoriais, posicionamentos e cartas silenciam as críticas sobre a política que estava sendo conduzida pelo MS, inclusive durante o processo de impeachment, que culminou no golpe do governo Dilma. No mesmo período foi publicado um editorial que isenta a RBMFC de posicionar-se politicamente e um artigo a favor da renovação dos ideais sanitaristas, voltando-os para o gerencialismo. Em contraposição, no período anterior há múltiplas demonstrações de descontentamento da entidade, não apenas nos posicionamentos, mas também nos editoriais da RBMFC, com o DAB e com o governo de Dilma Roussef, o que nos leva a inferir que há um alinhamento ideológico com as medidas que favorecem o setor suplementar do período mais recente e com o posicionamento das principais entidades médicas contrário ao governo petista.

O silêncio foi interrompido por uma Nota publicada em novembro de 2016, durante o 21º Congresso Mundial de Médicos de Família (WONCA Rio), sobre o financiamento do SUS e a PEC 241, que determinava um teto para os gastos públicos, mesmo em períodos de eventual recuperação e crescimento econômico, conhecida como PEC do Teto. A Nota traz uma análise sobre a problemática do financiamento público para o SUS e para a saúde suplementar, incluindo uma crítica à manutenção da lógica de seguros-saúde que remontam ao períodos do INAMPS e mantidos inclusive nas empresas, fundações e autarquias públicas, universidades federais e poderes da União, dos Estados e Municípios, e às isenções fiscais decorrentes da declaração de gastos com saúde para o imposto de renda.

A seguir, o documento afirma a necessidade de aumento do gasto per capita em saúde e posiciona a entidade contra a PEC 241, que posteriormente foi aprovada com o nome EC 95 e instituiu um regime fiscal que é incapaz de manter o SUS, quanto mais aumentá-lo conforme as necessidades da população brasileira. Ao final do documento, a Sociedade aponta que “o desafio de longo prazo, a que a SBMFC não

quer se furtar, é o de como chegaremos a um sistema de saúde de cobertura universal” (SBMFC, 2016, p. 3) e que, neste sentido, é

mandatório debater todos os subsistemas de saúde brasileiros, seus respectivos aportes financeiros, soluções para a sua integração em um modelo regulado pelo Estado e as diferentes maneiras de se aumentar o gasto nominal em saúde. (SBMFC, 2016, p. 3)

Em 2017, a diretoria da SBMFC publicou uma nota sobre a revisão da PNAB (anteriormente citada, no subcapítulo 5.3), detalhando algumas sugestões para a política. As principais sugestões eram: 1) estímulo financeiro aos municípios que possibilitem a ampliação do horário de funcionamento das unidades básicas de saúde para além do horário comercial e implementação de acesso avançado, com possibilidade de contato virtual com as equipes; 2) remuneração diferenciada aos MFC e enfermeiros que se mantenham na mesma equipe, como estímulo à fixação e à continuidade do cuidado; 3) financiamento diferenciado para unidades que ofereçam mais serviços; 4) vinculação de equipes a uma lista de pacientes, independente da modalidade da equipe, com a indicação de que MFC e enfermeiros especialistas em saúde da família são profissionais de preferência para a composição das equipes; 5) flexibilização de carga horária dos profissionais, desde que assumam uma lista de pacientes proporcional e que esteja pelo menos 4 dias da semana na UBS.

Observa-se que a maior parte das análises e sugestões da SBMFC não coincide com as críticas que outras entidades (como ABRASCO, CEBES, FIOCRUZ e CNS, por exemplo) apontaram na época da revisão da PNAB de 2017. Não há qualquer menção sobre a redução do número mínimo de ACS, a fragilização de vínculo com os territórios (menciona-se apenas o termo “lista de pacientes”, ao invés de “territórios de abrangência”), a desvalorização da equipe multiprofissional (não há menção de qualquer outro profissional da equipe além de médico e enfermeiro). A esses hiatos, a única recordação implícita aparece no final do documento: “Somos contra qualquer forma de retrocesso da atenção primária brasileira” (DIRETORIA DA SBMFC, 2017, p. 7). Anos mais tarde, boa parte das demandas da SBMFC expressas neste documento foram contempladas por políticas conduzidas por Erno Harzheim na condução da SAPS, como o Previne Brasil, Saúde na Hora e Carteira de Serviços para a APS.

No ano seguinte, a SBMFC publica a Carta de Brasília, como resultado de

reflexões coletivas dos grupos de trabalho constituídos no Fórum Nacional de Atenção Primária à Saúde, organizado com a ABMFC. A Carta traz recomendações e diretrizes político-científicas para gestores, a fins de fortalecer o SUS, o desenvolvimento da APS e o avanço e qualificação da MFC. Diferente do documento anterior, que foi assinado pela Diretoria 2016-2018 da entidade, esta Carta foi escrita com outros MFC, com colaboração da Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO), e é notória a diferença de posicionamento político em relação aos documentos do mesmo período.

Na Carta, o grupo afirma suas discordâncias ao processo de revisão da Declaração de Alma-Ata promovido em Astana, primeiramente devido à divulgação de propostas unicamente em inglês, dificultando o acesso por povos falantes de outras línguas. Além disso, evidenciam que os princípios de Alma Ata não foram atingidos devido ao desinteresse de políticos e gestores na adoção das sugestões da Declaração, e defendem o papel histórico da Conferência “para a construção de uma sociedade mais justa e equânime, destacando que a saúde é um direito fundamental do ser humano” (SBMFC; ABMFC, 2018, p. 2). Também está clara a posição contra a EC95 e os limites impostos pela lei de responsabilidade fiscal aos municípios em gastos com saúde. A entidade sugere ainda a interrupção da desoneração fiscal para gastos privados com saúde e os subsídios estatais para contratação de planos privados.

Um dos diferenciais desta Carta é a menção à necessidade de debates para estipular critérios para definição de diferentes composições de equipes de ESF em contextos específicos, como rurais e indígenas. Anteriormente, apenas documentos específicos da Diretoria Rural e ou eventos sobre Saúde Rural versavam sobre a temática. Na mesma tônica de inclusão de grupos específicos, há um ponto sobre a força de trabalho na saúde ser predominantemente feminina, o que exige a formulação de políticas específicas de provimento e fixação. A interprofissionalidade também aparece no documento, na menção da importância de potencializar a atuação de equipes multiprofissionais e de integrar as residências médicas com as multiprofissionais, outro tema ausente dos posicionamentos anteriores.

Da penúltima gestão da Sociedade, na vigência da Diretoria 2018-2020, um posicionamento incorporado ao *corpus* desta pesquisa é uma Nota de apoio à nova política de financiamento da APS, o Previne Brasil, de 2019, “por entender que o potencial de ganhos e avanços com a medida, suplantam os riscos e dificuldades

organizacionais que possam eventualmente ocorrer” (SBMFC, 2019b, p. 3). Além disso, a entidade posiciona-se à disposição para apoio técnico à implantação da política, como descrito anteriormente, notadamente na parte da política que institui o PMB.

Em resposta à crítica ao Previde Brasil levantada por algumas organizações de que o financiamento per capita fere a universalidade do sistema, a diretoria da SBMFC afirma que o modelo de financiamento não desobriga os municípios a realizarem ações voltadas para a população, mantendo-se portanto a prerrogativa constitucional. Ao assumir a defesa do projeto de um governo que sabidamente tem defendido propostas reducionistas para o SUS, a SBMFC desconsidera o jogo de poder que a mudança de modelo de financiamento promove, em última instância, tirando da centralidade o enfoque nas ações no território que se voltam para toda a população. No contexto mais amplo das práticas discursivas e sociais, este posicionamento denota uma aliança da SBMFC ao governo, contribuindo diretamente com a formulação e implementação de políticas neoliberais.

No ano seguinte, no contexto da pandemia de Covid-19, a Diretoria da SBMFC publica seu primeiro posicionamento em repúdio a um pronunciamento do presidente da República Jair Bolsonaro, transmitido em 24 de março de 2020, no qual a repercussão da pandemia é tratada como “pânico” e “histeria”, e o “retorno para a normalidade” é defendido, uma vez que a Covid-19 seria apenas uma “gripezinha ou resfriadinho” para a maioria da população. Neste pronunciamento, o presidente também começa a propagar a eficácia da Cloroquina no tratamento da doença, argumento utilizado durante toda a pandemia, mesmo após a publicação de evidências científicas contrárias a esta hipótese (PRONUNCIAMENTO DO PRESIDENTE DA REPÚBLICA, JAIR BOLSONARO (24/03/2020), 2020).

A Diretoria afirma que o pronunciamento é “contrário às recomendações de autoridades sanitárias” e que “todos os esforços devem ser empregados para reduzirmos o impacto da pandemia no país” (DIRETORIA DA SBMFC, 2020, p. 2), e que o posicionamento da entidade é necessário “como forma de reafirmar nosso dever estatutário com a defesa do SUS e da saúde de todos os cidadãos brasileiros e residentes no país, além do seu compromisso ético com os Direitos Humanos de pessoas de todas as faixas etárias” (DIRETORIA DA SBMFC, 2020, p. 1).

O discurso da entidade diverge do presidente, mas reforça o posicionamento de seus aliados estratégicos no Ministério da Saúde, o qual neste período já se

encontrava em franca disputa discursiva com o governo pelas medidas de contenção da pandemia, como o isolamento social e o uso de máscaras. Esse tensionamento culminou com a demissão do ministro da saúde Luiz Henrique Mandetta em 16 de abril de 2020, seguida pela exoneração de Erno Harzheim e outros secretários do Ministério até o final do mesmo mês (ARCANJO, 2020; G1, 2020; SHALDERS, 2020).

A partir daí a entidade se engaja no movimento de outras Sociedades Científicas na defesa da utilização de evidências científicas para o combate da pandemia, mas não se pronuncia mais em repúdio a atitudes do governo até a disputa eleitoral pela direção da entidade, que ocorreu alguns meses depois e será analisada posteriormente neste trabalho.

6.3 AS CÚPULAS IBEROAMERICANAS DE MEDICINA FAMILIAR

As Cúpulas Iberoamericanas de Medicina Familiar são encontros de caráter científico e técnico-político, organizados pela Confederação Ibero-americana de Medicina Familiar (CIMF), nos quais são produzidas propostas de “soluções para aspectos ainda não completamente resolvidos no que se refere a organização, assistência, formação e pesquisa no campo da APS e da MFC (ANDERSON; LEÓN, 2016, p. 1, tradução nossa). As Cúpulas são organizadas em conjunto com a OPAS/OMS e o governo do país onde se celebra o evento e contam com a participação de representantes de saúde de governos dos países da Ibero-América e delegada/os da sociedade civil. De 2010 em diante, período abordado nesta pesquisa, houve 4 Cúpulas: em Assunção, Paraguai, em 2011; em Quito, Equador, em 2014; em San José, Costa Rica, em 2016; e em Cali, Colômbia, em 2018. A Carta de Assunção não foi localizada em meios digitais, por isso parte-se a análise pela Cúpula de 2014, no Equador.

A Carta de Quito, produzida pela V Cúpula Iberoamericana de Medicina Familiar, apresenta um conjunto de diretrizes que devem servir para orientar as ações da CIMF e dar suporte às ações da OPAS e dos governos nos anos seguintes (ANDERSON; LEÓN, 2016). O documento traz como foco a busca pela cobertura universal no países adscritos, transcendendo os aspectos técnicos para a incorporação dos “princípios de equidade, igualdade e solidariedade, no direito à saúde e na responsabilidade dos governos” (VANCE *et al.*, 2014, p. 184). Recomenda a incorporação de indicadores de financiamento público, acesso, qualidade dos

serviços de saúde, número de equipes na APS e número de especialistas em MFC a frente das equipes, trazendo ênfase também para o reconhecimento da MFC como especialidade mais importante para a obtenção da CUS.

De forma contrária às normativas lançadas pelo MS brasileiro em anos posteriores, nas quais reduz a participação comunitária nas equipes de SF, a Carta de Quito recomenda a promoção da articulação intersetorial de ACS, reforçando a importância da participação social.

A VI Cúpula Ibero-Americana foi realizada em 2016, na cidade de San José, Costa Rica, com o tema “Universalidade, Equidade e Qualidade nos Sistemas Saúde: a Medicina de Família e Comunidade como eixo”. Além dos pontos já mencionados na Carta de Quito, a Carta de San José traz um ponto interessante sobre a identidade contra-hegemônica que a MFC assume e conclama como forma de resistência, em relação ao paradigma biomédico, ao recomendar a incorporação de

propostas educacionais de MFC que considerem as ameaças provenientes das políticas educacionais, do sistema econômico, dos movimentos sociais, dos estilos de gestão e das culturas organizacionais que prevalecem em nossas universidades fundamentadas em sua maioria no paradigma biomédico (CASTRO *et al.*, 2016, p. 89).

Em 2018, a VII Cúpula Iberoamericana de Medicina Familiar tem o tema “Quarenta anos de Alma Ata: Medicina Familiar e Saúde da Família, um caminho para a paz”, em ressonância com tema da Conferência Global da OMS em Astana, neste mesmo ano. A Cúpula traz temas diferentes das anteriores, com propostas mais próximas da realidade dos povos latino-americanos – violência, migração, saúde mental -, a partir da promoção da cultura da paz como estratégia de proteção aos direitos humanos. Como recomendações, os grupos de trabalho do encontro trazem orientações sobre o fortalecimento da abordagem familiar e comunitária, inclusive com apontamentos em direção ao diálogo com lideranças comunitárias em prol ao empoderamento das comunidades para a saúde (ANDERSON *et al.*, 2018).

Tomadas em conjunto, observou-se que as cartas convocam a participação das sociedades de MFC da região nos processos técnico-políticos de fortalecimento da APS, bem como colocam a especialidade em posição de contra-hegemonia em relação ao paradigma biomédico e ao modelo tradicional dos sistemas de saúde. Existe uma mudança considerável nas temáticas das Cúpulas, que vão de um

discurso mais afinado com as recomendações do Banco Mundial (sobretudo no tema da CUS) no início da década, para um discurso mais contextualizado à realidade da América Latina, recuperando parte do ideário de Alma-Ata de justiça social e cultura da paz, na última Cúpula.

7 AS ELEIÇÕES DA SBMFC PARA A GESTÃO 2020-22

*“Liberdade é sempre a liberdade de quem pensa de modo diferente.
Não por fanatismo pela ‘justiça’,
mas porque tudo quanto há de vivificante, salutar,
purificador na liberdade política depende desse caráter essencial
e deixa de ser eficaz quando a ‘liberdade’ se torna privilégio.”*

(Rosa Luxemburgo)

A última década foi marcada por disputas de discursos e pelo embate, cada vez mais intenso, entre conservadorismos e uma série de matizes progressistas, que tensionaram diversas entidades representativas no nosso país, tanto no âmbito governamental, quando nas entidades da sociedade civil organizada. Essa pluralidade de discursos e posições também afetou fortemente a SBMFC, enquanto entidade científica que reúne a/os MFC no Brasil. Como consequência disso, pela primeira vez depois de quase 40 anos da Sociedade, houve uma eleição para a diretoria da entidade com mais de uma chapa no pleito.

Não seria possível analisar a agenda política da/os MFC no Brasil na atualidade sem discutir a mudança na direção da SBMFC ocorrida em julho de 2020, quando a chapa intitulada *MFC com todas as letras* venceu as eleições para direção da entidade, com um discurso em prol de uma SBMFC “que faça uma defesa intransigente do SUS, que tenha clareza de propósitos e de prioridades, no setor público ou privado, de forma participativa e co-responsável” (CONHEÇA OS 7 PRINCÍPIOS PARA NOSSA CAMPANHA, 2020), levando à presidência da entidade uma mulher, o que ocorre apenas pela segunda vez em 29 anos de história.

Antes mesmo da abertura do processo eleitoral, em 9 de fevereiro de 2020, um documento intitulado “Carta aberta em defesa da SBMFC: independência, democracia, pluralidade e o SUS como bandeiras”, com mais de 300 assinaturas e contendo reivindicações e apontamentos para a entidade, denota o tensionamento entre algumas pautas em jogo. A carta destaca a pluralidade de perfis entre a/os MFC, que são genericamente “vistos como uma espécie de atores contra-hegemônicos” dentro da categoria médica, por serem identificados como “defensores da saúde enquanto direito e democracia como valor social” (CARTA ABERTA EM DEFESA DA SBMFC, 2020).

Escrita em um momento de “desmonte do SUS (...), em um contexto de

retrocessos das conquistas sociais, da garantia de direitos humanos e dos marcos fundamentais da cidadania”, os assinantes da carta clamam por uma SBMFC que reafirme “seu compromisso com o SUS, com a definição de políticas públicas que trabalhem a favor da universalidade, integralidade e equidade e contra as perdas dos direitos sociais que vimos sofrendo”, que atue na “defesa intransigente da democracia”, “do SUS como um sistema público e universal de saúde, em consonância com outras entidades históricas na defesa do SUS” e que seja independente de governos (CARTA ABERTA EM DEFESA DA SBMFC, 2020).

Esta carta antecedeu o lançamento do processo eleitoral para a SBMFC e seu conteúdo foi apresentado pelos membros da *Chapa 1 – MFC todas as letras* como parte de suas propostas, em 21 de junho de 2020, numa “Carta aberta da *Chapa 1 MFC com todas as letras*”, divulgada em seu site, direcionada às sócias e sócios da SBMFC, como resposta a uma série de conflitos deflagrados durante o processo eleitoral, que não serão detalhados pois são irrelevantes para o objetivo deste trabalho. Nesta carta aberta, os membros da chapa também apresentam uma crítica às diretorias anteriores da SBMFC, que teriam se distanciado dos MFC do SUS e que não se posicionaram claramente “em relação às pautas de desmonte do SUS e da APS/ESF pública e também sobre o Médicos pelo Brasil e a ADAPS, que, na realidade aponta para a privatização da APS”, bem como sobre a PNAB de 2017 e sobre as condições de trabalho dos MFC que atuam na saúde suplementar. Além disso, a Chapa 1 acusa as diretorias pregressas de exclusão do Conselho Diretor dos processos deliberativos e de tomar decisões dentro de um grupo específico da Diretoria, que não é nomeado, e justifica a opção de não compor uma chapa única para o pleito, “para não correr o risco de perpetuar os erros”, pois este “tem sido o ‘modus operandi’ há anos na SBMFC, composições que, ao final, são mais do mesmo” (MEMBROS DA CHAPA 1, 2020).

Para melhor compreensão dos diferentes discursos e posicionamentos apresentados por estes dois grupos, que consideramos exemplares para o entendimento das disputas identitárias para a MFC no Brasil atualmente, foram analisados os materiais de ambas as chapas e os debates que antecederam ao pleito. O material resultante desta análise encontra-se nos subcapítulos apresentados a seguir. Todos os termos entre aspas deste capítulo correspondem a termos citados tal qual encontram-se nos materiais referenciados.

7.1 AS CHAPAS NO PLEITO

Nas propostas das chapas, encontraram-se alguns termos e ideias recorrentes, que, como afirmam Magalhães e Martins (2017, p. 49) sobre a análise do discurso crítica, podem “indicar o esforço em caracterizar um agente ou uma situação de certa maneira, sendo portanto, uma marca do investimento ideológico naquele texto”. Essas ideias recorrentes nas propostas serão apresentadas ao longo das próximas sessões. Além disso, as posições e os papéis sociais conhecidos dos articuladores dos discursos serão apresentadas, pois

as hierarquias sociais, os valores associados a aspectos como gênero social, classe social, nível de instrução, raça/etnia, prestígio social, entre outros aspectos, costumam intervir direta ou indiretamente, explícita ou implicitamente no curso das práticas sociais. (MAGALHÃES; MARTINS; RESENDE, 2017, p. 111)

A *Chapa 1 – MFC com todas as letras* foi composta por 13 homens e 5 mulheres, das quais uma concorreu ao cargo de presidenta, três para diretorias e uma para um departamento (subdivisão de uma diretoria). Oito membros são da região sudeste, quatro do nordeste, três do centro-oeste e três do sul. Em relação à atuação profissional, treze atuam como docentes universitários, dez como médicos e/ou preceptores com vínculo com prefeituras ou estados. Nos documentos de apresentação da chapa, sete declaram atuação no privado, mas apenas um com vínculo com gestão no sistema privado, ligado a um plano de saúde. Sete membros já compuseram diretorias anteriores da SBMFC, quatro entre 2010 e 2014. Nenhum membro da chapa compôs a diretoria desde então, até a eleição da mesma para a gestão 2020-2022.

Um tema recorrente em suas propostas é a ideia de expandir as relação com outras entidades, presente nos termos estabelecer “parcerias”, “protagonizar interlocução”, “promover debates” e “ampliar diálogo” com “entidades e organizações que tenham afinidade com o compromisso ético-político”, “instituições e organizações que trabalhem pela universalidade, a favor da APS, contra o desmonte do SUS, contra seu sub-financiamento e desmonte da ESF” e “organizações nacionais e internacionais que atuam no campo da Saúde Pública, do Direito à Saúde, da Saúde dos Povos, Saúde Planetária” (MFC COM TODAS AS LETRAS, 2020). Esta ideia também aparece no debate das chapas promovido pela comissão eleitoral da SBMFC,

em 13 de junho de 2020, em que a candidata à presidência pela Chapa 1 afirma “nós nos distanciamos de outras organizações que lutam a favor da APS e da saúde pública, numa defesa irrestrita a essa saúde pública” e aponta que “a gente precisa caminhar junto nessa defesa, e propor serviços privados não é um caminho a ser seguido” (Zambon, Zeliete, DEBATE ENTRE AS CHAPAS CONCORRENTES À DIRETORIA DA SBMFC, 2020).

Ainda neste sentido, a Chapa 1 afirma a necessidade de “posicionar-se publicamente”, “com assertividade e cientificidade nos temas relevantes para a APS e para a saúde da população brasileira”. Em relação a pautas relacionadas a políticas de saúde, nas propostas a Chapa 1 posiciona-se contra a PNAB de 2017, “que desfigura e altera o modelo de financiamento nacional da APS”, e a EC95, chamada de “PEC da Morte”. Afirma-se ainda, repetidamente, a defesa da “saúde como direito” e “Saúde como Dever do Estado e Direito de Cidadania” “sob ataque permanente dos interesses de mercado”, e de uma “APS abrangente”, “plural e multiprofissional”, efetivada em “todos os seus atributos, inclusive os derivativos”, bem como a defesa da democracia, evocando que “Democracia é Saúde e Saúde é Democracia” (MFC COM TODAS AS LETRAS, 2020), em referência à icônica fala de Sérgio Arouca na abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde (DEMOCRACIA É SAÚDE, 1986), que foi retomado como tema da 16ª Conferência Nacional de Saúde de 2019 (ALVES, 2019).

Já no tema da identidade da MFC, a Chapa 1 reitera a ideia de que a “visão sistêmica sobre os fatores que geram e estão associados às diferentes formas de adoecimento” é aquilo que “diferencia [a MFC] das demais [especialidades]”, além dos três pilares – “abordagem centrada na pessoa, na família e na comunidade” (MFC COM TODAS AS LETRAS, 2020). Este tema é reforçado no debate de chapas promovido pela AMFaC-RJ, numa fala da candidata à Diretoria Científica e de Desenvolvimento Profissional Contínuo, em que ela afirma

eu acho que a gente tem que zelar muito pela identidade da especialidade e fomentar o território, a territorialização, a responsabilidade sanitária dos profissionais, o paradigma sistêmico; não é só ter uma visão sistêmica, é entender o que é o paradigma sistêmico, como ele afeta o processo saúde-doença, e a formação adequada tanto em abordagem familiar e suas ferramentas, quanto abordagem comunitária e suas ferramentas.” (Anderson, Maria Inez Padula, DEBATE DE CHAPAS - AMFAC-RJ, 2020)

A *Chapa 2 - Trilha MFC* foi composta por 12 homens e 6 mulheres, uma no cargo de secretária-geral, duas em diretorias e três em departamentos. Nove membros são da região sudeste, quatro do centro-oeste, dois do sul, dois do norte e um do nordeste. Segundo os documentos da Chapa 2, 60% (10 ou 11 pessoas) do grupo possuem algum vínculo com o sistema público, em universidades ou secretarias de saúde. Quatro candidatos da chapa compunham a diretoria da SBMFC vigente à época do processo eleitoral.

Os documentos de divulgação da Chapa 2 apresentam quatro pilares que são retomados em vários materiais da chapa: transparência, união, pluralidade e inovação. As propostas apresentadas pelos candidatos à presidência e vice-presidência são de “uma gestão diligente, transparente e inovadora” (CHAPA 2 TRILHA MFC, 2020). A necessidade de aproximação e união da/os associados é enfatizada tanto nos documentos, quanto nos debates. Por exemplo, no debate promovido pela AMFaC-RJ, quando o candidato ao Departamento de Pesquisa da Chapa 2 salienta a importância de manter a SBMFC unida, independente das diferenças, pois o norte seria o fortalecimento da MFC, ou quando a Chapa 2 imprime um tensionamento ao questionar a outra chapa sobre o tema: “A chapa 1 vai defender os MFC que atuam na saúde suplementar, nas OS ou que tem consultório particular?” (DEBATE DE CHAPAS - AMFAC-RJ, 2020).

As ações propostas pela chapa são voltadas principalmente para o desenvolvimento técnico-científico da MFC e da/os associada/os, com ênfase do caráter científico da Sociedade, trazendo elementos correlacionados à defesa da ciência, como “qualificação da produção científica”, e da necessidade de “inovação com incorporação tecnológica, cuidado digital, inteligência artificial, *data science* básica para MFC, *devices* para MFC, desenvolvimento de APPs” (CHAPA 2 TRILHA MFC, 2020).

Comparando as propostas das chapas, é digna de nota a proposição dos candidatos à presidência de ambas por um aumento das relações da entidade com outras organizações. A *Chapa 1 – MFC com todas as letras* propõe a “construção de relações com órgãos governamentais e multilaterais”, “ações de unidade com outras entidades históricas em defesa do SUS”, estabelecer “relação com as entidades médicas (...) por defesa dos aspectos corporativos, científicos e trabalhistas da profissão médica, em consonância com a primazia da saúde enquanto direito no país e a defesa intransigente do SUS” (MFC COM TODAS AS LETRAS - CHAPA 1, 2020).

A *Chapa 2 – Trilha MFC* propõe “aumentar a relevância internacional” através de parceria e intercâmbio com universidades e entidades internacionais, e “conduzir a SBMFC a liderar processos de tomada de decisão no nível nacional com o intuito de incentivar a prática da atenção primária e qualificar o Sistema Único de Saúde e a saúde suplementar, baseado nas evidências científicas” (CHAPA 2 TRILHA MFC, 2020).

Uma diferença marcante entre as propostas das chapas, é o estímulo para fortalecimento do atributo comunitário da APS. Nas propostas da vice-presidência da *Chapa 1 – MFC com todas as letras*, encontram-se “fortalecer o eixo comunitário da entidade através de incentivos de participação da SBMFC e das afiliadas estaduais em espaços de controle social do SUS” e “fortalecimento de agendas relacionadas à educação popular em saúde com parcerias com movimento e práticas populares e comunitárias de saúde” (MFC COM TODAS AS LETRAS - CHAPA 1, 2020), enquanto o tema está ausente das propostas da Chapa 2. Esta disparidade soma-se à inexistência de menção de qualquer termo relacionado à multiprofissionalidade (trabalho em equipe, interprofissionalidade, outras categorias, NASF) nas propostas da Chapa 2 e reforça as diferenças dos grupos em relação às críticas que foram apresentadas à PNAB de 2017 e às medidas implementadas pela SAPS em 2019 e 2020, analisadas nos capítulos anteriores.

7.2 OS DISCURSOS EM DISPUTA NOS DEBATES

No debate promovido pela comissão eleitoral da SBMFC, realizado em 13 de junho de 2020, com a participação dos candidatos à presidência da entidade, Zeliete Zambon e Giulliano Dimarzio, as perguntas de uma chapa para outra demonstram a intenção de ambas de reforçarem as principais divergências entre elas. Sader (1988) traz a noção de sistemas de interpelações de Oscar Landi para caracterizar esta estratégia de estruturação de formações discursivas com finalidade de dar-lhes determinadas características políticas, através das quais indivíduos ou grupos sociais reconheçam-se como parte de um “nós” e que possam desarticular formações discursivas adversárias. Enquanto a Chapa 1 tensiona a Chapa 2 para posicionar-se perante as ideias do artigo “Bases para um novo sanitarismo” e sobre a contratação de profissionais de saúde via OS, a Chapa 2 provoca a Chapa 1 a apresentar propostas concretas para o crescimento privado sem detrimento do setor público. O

debate então se concentra basicamente nos posicionamentos das chapas sobre temas que opõem público e privado.

No tocante à proposta do MS para criação da Adaps, a representante da Chapa 1 afirma ser “firmemente contra a Adaps e estaremos associados a quais instituições forem necessárias para lutar que isso não saia do papel, que isso não aconteça, porque seria uma precarização da saúde e da atenção primária”, bem como o representante da Chapa 2, que também se coloca contra a Adaps, e complementa com “a gente não entende que a Adaps neste momento é a maneira de se resolver os problemas que estão ocorrendo. Mas a gente quer acima de tudo fazer este diálogo com as estaduais, porque o SUS se dá no nível municipal e as estaduais tem uma possibilidade de contribuir” (DEBATE ENTRE AS CHAPAS CONCORRENTES À DIRETORIA DA SBMFC, 2020).

A utilização de termos que relativizam e condicionam os posicionamentos da Chapa 2 às decisões das associações estaduais filiadas a SBMFC é recorrente no discurso do candidato. Quando questionado sobre a contratação via OS, a resposta dele foi “a proposta que a Chapa 2 tem é que as estaduais, por conhecerem mais os recursos e as necessidade de saúde, tenham um papel mais pró-ativo nisso (...). A gente não defende OS, a chapa 2 jamais vai defender OS, mas nós não vamos criminalizá-las” (Dimarzio, Giulliano, DEBATE ENTRE AS CHAPAS CONCORRENTES À DIRETORIA DA SBMFC, 2020). Esta posição imprecisa dialoga com a proposição de fortalecimento do Conselho Diretor, composto por representantes das associações estaduais, que teria sido relegado no passado, conforme a alegação dos signatários da Carta aberta divulgada antes do processo eleitoral.

Quando o tema foi o subfinanciamento do SUS e o papel do Estado, ambas defenderam o aumento do financiamento para o SUS e nenhuma das chapas se posicionou claramente a respeito da proposta sobre cobertura universal de saúde. Ambas defenderam parcerias com a ANS para qualificação de operadoras privadas que desejam implementar serviços de atenção primária, e apenas a Chapa 2 declarou uma defesa do papel do Estado na regulação dos serviços, com estímulo ao provimento privado, numa fala que dialoga com a medida que flexibiliza a carga horária de médica/os na atenção primária, da PNAB de 2017:

A gente quer estimular mais ofertas de trabalho, inclusive com vínculo

parcial. A gente sabe que é uma realidade, os médicos que têm que trabalhar 40 horas, e no privado isso também tem acontecido (...), é importante estimular isso para que ele possa atuar no público e no privado.” (Dimarzio, Giulliano, DEBATE ENTRE AS CHAPAS CONCORRENTES À DIRETORIA DA SBMFC, 2020).

Há outras falas que evitam posicionar os dois grupos claramente entre as defesas do público ou do privado. Ao mesmo tempo em que o candidato da Chapa 2 apresenta propostas que beneficiam o privado, como “estimular mais programas de residência médica, inclusive no setor privado”, ele também propõe uma compensação da/os médica/os que tenham feito sua formação no serviço público, de todas as especialidades, para permanecerem no serviço público por determinado período.

Da mesma forma, a Chapa 1, que se posicionou mais frequentemente pelo fortalecimento do serviço público, se coloca no tocante ao privado numa defesa mais corporativa da/os especialistas, do que a outra chapa, ao focalizar suas críticas nas formas de contratação precarizadas da/os especialistas: “a gente também não pode deixar esses vínculos, que a gente chama de ‘uberização’ da saúde, uma ‘pejotização’ em massa, que muitos médicos (...) acabam aceitando porque esta é a única forma de contratação” (Zambon, Zeliete, DEBATE ENTRE AS CHAPAS CONCORRENTES À DIRETORIA DA SBMFC, 2020).

O outro debate que compôs o *corpus* desta pesquisa foi promovido pela AMFaC-RJ no dia 10 de junho de 2020. Deste debate, participaram os candidatos à presidência, a candidata à Diretoria Científica e de Desenvolvimento Profissional Contínuo da *Chapa 1 – MFC com todas as letras*, Maria Inês Padula Anderson, que também é ex-presidente da SBMFC, e o candidato ao Departamento de Pesquisa da *Chapa 2 – Trilha MFC*, Daniel Soranz, atual secretário municipal de saúde do Rio de Janeiro.

Durante este debate, as divergências entre as chapas ficaram mais evidentes sobretudo porque os debatedores posicionaram-se de forma mais crítica em relação à chapa de oposição e à diretoria da SBMFC do período. Isso fica explícito em algumas falas, como

existem tendências em torno de que tipo de MFC está sendo apoiada pelas duas chapas. A nossa, com todas as letras, o nome já diz, é uma MFC que valoriza a ESF, que não se subordina a modelos externos, nem valoriza mais modelos externos do que o nosso modelo, que valoriza o SUS, que vai defender o SUS. E na Chapa 2, o SUS aparece uma única vez citado em suas propostas. (Anderson, Maria Inez

Padula, DEBATE DE CHAPAS - AMFAC-RJ, 2020)

Em resposta ao questionamento da Chapa 1 sobre sua opinião a respeito de políticas de Estado e políticas de governo, o candidato à presidência da Chapa 2 recordou críticas pregressas da SBMFC aos governos anteriores, numa defesa das últimas gestões da entidade:

Acho que todo governo merece um voto de discussão inicial, e merece credibilidade inicial. Infelizmente os últimos governos todos que passaram, desde o final do governo Lula, isso foi muito difícil com a relação da Sociedade. A Sociedade foi constantemente atacada e a medicina de família também foi constantemente atacada, inclusive com erros no nome da nossa especialidade, com erros na organização do processo formativo, com brigas entre MEC e o MS em relação a nossa residência. (Dimarzio, Giulliano, DEBATE DE CHAPAS - AMFAC-RJ, 2020)

Em outros momentos uma das representantes da Chapa 1 refere-se à diretoria da entidade do período: “Eu tive oportunidade de ver, mais que possibilidades de negociação, mas quase que uma concordância muito forte da atual diretoria com alguns projetos de governo” e “me surpreende muito a SBMFC, a diretoria, ter aprovado, ter apreciado, diretoria da qual temos aqui representantes, o Médicos Pelo Brasil, que é um curso de especialização que equivale supostamente à residência” (Anderson, Maria Inez Padula, DEBATE DE CHAPAS - AMFAC-RJ, 2020), a respeito do posicionamento da entidade em relação ao PMB, especificamente sobre a desvalorização da residência na formação do especialista, uma vez que o Programa pretende igualar ambos os cursos para a titulação em MFC.

Em uma postura mais conciliatória, a candidata à presidência pela Chapa 1 fez uma declaração buscando reduzir as diferenças entre as duas chapas em relação à oposição público-privado:

Eu acho que é uma falácia muito grande tachar a Chapa 1 como uma Chapa que demoniza a saúde privada, é um erro muito grande falar que uma é da saúde pública e outra é da saúde privada (...) a defesa que a gente tem que fazer é de um setor público sem ser devorado pelo setor privado, sem ser diminuído para que o setor privado ganhe espaço. (Zambon, Zeliete, DEBATE DE CHAPAS - AMFAC-RJ, 2020)

Os candidatos da Chapa 2 também tiveram uma posição mais conciliatória na maior parte de suas falas, salientando a importância de manter a SBMFC unida,

independente das diferenças entre chapas. Também neste sentido, a Chapa 2 aponta a necessidade de diálogo com os governos, seja quais forem, para disputar políticas de regulação e fortalecimento da atenção primária, como nas falas “a Sociedade precisa apontar os caminhos, principalmente quando a gente fala em regulação governamental, em relação a atenção primária na saúde suplementar”, e

não adianta a gente desconsiderar que eles têm um governo que não trabalha pelo sistema único, a gente tem um congresso que colocou leis que fizeram muito dano às políticas sociais e especialmente ao SUS, e a gente tem que saber como enfrentar essas coisas no nosso dia-a-dia. (Soranz, Daniel, DEBATE DE CHAPAS - AMFAC-RJ, 2020)

Algumas colocações das candidatas da Chapa 1 tocam em temas que denotam outras diferenças entre os discursos, como a defesa de modelos de outros países, da existência de diferentes subsistemas de saúde aos moldes da CUS com provimento público e privado, como na fala transcrita abaixo:

as regras do mercado não podem suplantar aquilo que o Ministério supostamente deveria fazer que é defender a população e permitir que todos tenham acesso equânime aos serviços de saúde, não uma AP pobre pra pobres, nem uma AP rica pra ricos (Anderson, Maria Inez Padula, DEBATE DE CHAPAS - AMFAC-RJ, 2020),

e a extrema valorização de conhecimentos e técnicas gerencialistas e a desvalorização de aspectos comunitários do trabalho da APS, como no trecho a seguir:

a gente ainda vê muitas formações, a nível da graduação e da pós-graduação, num modelo muito tecnocrático, baseado nas evidências como verdade, sem entender, como McWhinney chama, a necessidade da mudança de paradigma. (...) E a questão da comunidade, tem uma questão trazida até pelo Milton Santos, é mais do que ter uma lista de pacientes, é ter um território, um território vivo onde acontecem as coisas. (Anderson, Maria Inez Padula, DEBATE DE CHAPAS - AMFAC-RJ, 2020)

Após a análise desses debates, faz-se importante retomar conceitos fundamentais da teoria do discurso, para que não se distorçam as intenções desta pesquisa através da personalização dos autores das falas mencionadas. A análise do discurso não nos permite desvendar a universalidade de sentidos ou significados daquilo que se expressa, assim como a/o sujeita/o que fala, não representa somente

a si própria/o. Segundo Foucault (1996, p. 70), “ela mostra à luz do dia o jogo da rarefação imposta, com um poder fundamental de afirmação. Rarefação e afirmação, rarefação, enfim, da afirmação e não generosidade contínua do sentido, e não monarquia do significante”, por isso é importante relacionar o que é dito com o contexto, a conjuntura de disputas de poder e os grupos representados por aqueles que articulam as ideias expostas.

Também de acordo com Foucault (1996, p. 26), o autor é o “princípio de agrupamento do discurso, como unidade e origem de suas significações, como foco de sua coerência” e autores não têm independência da realidade objetiva para expressar suas ideias, como se fossem frutos exclusivamente de sua compreensão. Em sua obra “Quando novos personagens entraram em cena”, em que estuda movimentos sociais da década de 1970-1980, Sader explica melhor este conceito:

Se considerarmos que a chamada “realidade objetiva” não é exterior aos homens, mas está impregnada nos significados das ações sociais que a constituíram enquanto realidade social, temos também que considerar os homens não como soberanos indeterminados, mas como produtos sociais.” (SADER, 1988, p. 45)

Desses conceitos, depreende-se que as ideias reveladas pelos diferentes modelos de discursos analisados são também produtos sociais da realidade objetiva e relacionam-se com o pensamento hegemônico, seja em reforço ou antagonismo a ele. Por vezes, essas intenções aparecem rarefeitas, os posicionamentos nem sempre estão explícitos nas falas dos sujeitos implicados, pois “embora se expressem, através dos discursos, os antagonismos e mecanismos de poder (...), não iremos encontrar sistemas compartimentados que separem de modo absoluto modelos discursivos de uns e outros” (SADER, 1988, p. 59), por isso há contradições e imprecisões nos posicionamentos expressos nos debates entre as chapas.

8 SÍNTESES E ANÁLISES CRÍTICAS

*“A inexistência de uma trilha predeterminada não é um problema.
Pelo contrário: liberta-nos de visões dogmáticas.
Porém, exige maior clareza sobre onde queremos chegar.
Não importa apenas o destino, mas também o caminho ou os
caminhos para uma vida digna, garantindo a todos os seres –
humanos e não humanos um presente e um futuro, e assegurando
assim, a sobrevivência da Humanidade.”*

(Alberto Acosta)

A MFC é a especialidade que cuida das pessoas - constituídas por complexas dimensões que vão da sua existência individual, à sua inserção na família e seu papel na comunidade -, não das doenças, nem das populações. Não se pretende, através deste estudo, defender um modelo de MFC com foco populacional, ênfase na qual a medicina preventiva e social tem expertise. Tampouco, pretende-se advogar pelo retorno da MFC às suas bases comunitaristas, quando a especialidade sequer era constituída e nem tínhamos o SUS, mas sim de valorizar sua origem e compreender os caminhos tomados desde então.

Quando o *corpus* desta pesquisa foi se revelando, através da pesquisa documental, das discussões e da conjuntura que o Brasil vivenciou nos últimos anos, em que a radicalidade de ideias tornou mais claros os interesses em disputa nos jogos de poder, foi possível identificar que existe uma série de ideias, valores e propostas que perpassam discursos empreendidos por figuras ligadas à MFC, com potencial para atingir uma magnitude política tamanha para a população brasileira, que não podem ficar restritas apenas às reflexões no âmbito da especialidade e da ciência que postula uma suposta neutralidade. É imprescindível que se analise essas questões do ponto de vista político.

Nos capítulos expostos anteriormente, pudemos explorar algumas dessas ideias, valores e proposições, tanto a partir de posicionamentos de entidades representativas e instituições, como a SBMFC e a SAPS, de fóruns, como as Cúpulas Iberoamericanas de Medicina Familiar, e de coletivos localizados fora das instituições, como as chapas que disputaram as últimas eleições para a diretoria da Sociedade.

Diante da pluralidade de discursos que foram estudados, não se pode afirmar uma identidade única para a/os médica/os de família e comunidade, mas sim identidades que estão sendo construídas com e a partir dos discursos que vêm sendo

produzidos no entorno da especialidade. O senso de pertencimento a estes grupos, a este sujeito coletivo, é forjado a partir de determinados rituais, que segundo Foucault “definem os gestos, os comportamentos, as circunstâncias, e todo o conjunto de signos que devem acompanhar o discurso” (FOUCAULT, 1996, p. 39) deste grupo. A partir das interações entre os sujeitos desta coletividade ocorrem processos de reconhecimento recíprocos, se elabora uma identidade e “se organizam práticas através das quais seus membros pretendem defender seus interesses e expressar suas vontades” (SADER, 1988, p. 55).

Uma das ideias que promove um forte senso de pertencimento em grande parte da/os MFC é um reconhecimento recíproco de considerarem-se contra-hegemônicos e porta-vozes de um “novo” referencial, mais resolutivo e centrado em pessoas, não em doenças como a medicina ocidental hegemônica costuma operar. Em muitos dos documentos analisados, observou-se uma intenção manifesta de projetar a MFC a espaços de protagonismo na construção de políticas para a APS no âmbito público e no privado, amparando-se nessas características identitárias. Esta ideia está presente desde os documentos mais antigos analisados, como os editoriais das primeiras edições da RBMFC (ANDERSON; FALK, 2004; ANDERSON, 2004; ANDERSON; WAGNER; CAMPOS, 2006; ANDERSON, 2007). Contudo, citando Foucault, “o novo não está no que é dito, mas no acontecimento de sua volta” (FOUCAULT, 1996, p. 26).

Eder Sader, em sua análise sobre a constituição identitária de novos movimentos sociais, afirma que um novo sujeito político se constitui quando “emerge uma matriz discursiva capaz de reordenar os enunciados, nomear aspirações difusas ou articulá-las de outro modo, logrando que indivíduos se reconheçam nesses novos significados.” (SADER, 1988, p. 60). Afirma ainda que não existe uma identidade “inerente ao grupo e preexistente às suas práticas”, a identidade é “derivada da posição que assume. Tal identidade se encontra corporificada em instituições determinadas, onde se elabora uma história comum que lhe dá substância, e onde se regulam as práticas coletivas que a atualizam” (SADER, 1988, p. 44).

Até poucos anos atrás, os discursos da MFC ressoavam dentro de espaços próprios da especialidade, como congressos e programas de residência. Com a projeção da especialidade e o aumento de espaços ocupados por MFC em instituições de ensino, no governo, em empresas, essas identidades atualizaram-se a partir dessas novas posições. Um discurso projetado por sujeitos que constroem o SUS não

é o mesmo discurso proferido por um sujeito que gerencia uma empresa, mesmo que se utilize as mesmas definições; as aspirações articuladas por esses sujeitos são agenciadas pela posição/instituição que ocupam.

Ao retomar-se a história dos sistemas de saúde e os mecanismos de intervenção, a cada década mais incisiva e capciosa, dos organismos internacionais capitalistas nos mesmos, observa-se uma apropriação crescente dos termos empresariais pelas esferas políticas públicas, ao mesmo tempo que o mundo empresarial também capturou termos caros aos defensores de políticas sociais redistributivas, como o SUS. Por isso, não podemos perder de vista os papéis de cada agência que proclama um discurso no decorrer da história.

A história, como praticada hoje, não se desvia dos acontecimentos; ao contrário, alarga sem cessar o campo dos mesmos (...) Mas o importante é que a história não considera um elemento sem definir a série da qual ele faz parte, sem especificar o modo de análise da qual esta depende, sem procurar conhecer a regularidade dos fenômenos e os limites de probabilidade de sua emergência” (FOUCAULT, 1996, p. 55–56)

Partindo desse entendimento, é importante reconhecer os interesses implícitos (e explícitos) nas análises do Banco Mundial para os países em desenvolvimento. Existe uma regularidade nas propostas subordinantes ao capital que o Banco impõe aos países mais pobres, independente dos novos termos utilizados, como “cobertura universal” ou “atenção gerenciada”. Mas novos personagens entraram em cena nas últimas décadas, promovendo experiências e ideias articuladas às recomendações e suavizando seus termos, o que tornou possível ampliar o alcance de propostas privatizantes a grupos até então resistentes às mesmas. Pudemos localizar neste estudo discursos articulados por médicos de família e comunidade que operam neste sentido.

Observou-se que há uma inclinação discursiva de alguns grupos, aliados ao capital médico-financeiro, em direção aos modelos liberais de MFC e/ou seletivos de APS. E a SBMFC, durante um período recente de sua história, também aliou-se a esses discursos, como observamos na carta aos candidatos à presidência de 2014 (SBMFC, 2014), em que há uma defesa da CUS e do provimento privado na atenção primária, e no apoio manifesto a políticas do governo atual, condizentes com as proposições do Banco Mundial para a América Latina, como o Previne Brasil (SBMFC,

2019b), a despeito de críticas fortemente embasadas de diversas entidades.

Essa posição também está manifesta em silêncios a respeito de outros temas, como o modelo territorial, o trabalho multiprofissional e a interface comunitária da ESF representada pelos agentes comunitários de saúde, questões constitutivas e diferenciais do SUS. As produções das CIMF analisadas (ANDERSON *et al.*, 2018; CASTRO *et al.*, 2016; VANCE *et al.*, 2014) e a Carta de Brasília (SBMFC; ABMFC, 2018) são exemplares de fóruns internacionais e nacionais que manifestaram apoio e valorização dessas estratégias do SUS, criadas no seio da medicina social latino-americana e praticamente inexistentes em outros sistemas de saúde. Por outro lado, a nota sobre a PNAB de 2017 (DIRETORIA DA SBMFC, 2017) e alguns posicionamentos da Chapa 2 concorrente a diretoria da SBMFC em 2020 não respondem aos ataques que esses aspectos do SUS têm sofrido nos últimos períodos.

Também observou-se que os discursos da SBMFC mudaram no decorrer dos anos e isso fica evidente a partir das análises dos editoriais da RBMFC. Nas primeiras edições da publicação, os editoriais traziam uma tônica militante em favor do SUS, da territorialidade, da participação social e comunitária, o que aparece sintetizado num editorial de 2008, em celebração aos 20 anos do SUS (CAMPOS, 2008). Este tipo de posição só aparece nos documentos da entidade da última década, no posicionamento contra o pronunciamento da presidenta Dilma, em 2013 (SBMFC, 2013b) e na nota produzida no 21º Congresso Mundial de Médicos de Família de 2016, em que é emitido um posicionamento crítico ao subfinanciamento do SUS promovido pela EC95 (SBMFC, 2016).

É fundamental apontar, para a compreensão do movimento das entidades em torno dessas pautas, que esses posicionamentos não significam de maneira estática e imutável a posição que as entidades ocupam e ocuparão na construção de projetos e políticas. Afinal, os interesses defendidos pelas entidades dependem dos grupos políticos que as conduzem num determinado momento histórico, como observamos com as mudanças de posicionamentos da SBMFC. Portanto, é preciso também considerar que há atores na disputa de discursos e ideias que operam por fora das entidades. Conforme encontrado em sua pesquisa, Gomes observa que é importante perceber o que há “de movimento médico fora da pauta e da atuação das entidades, na intenção de dar visibilidade às multiplicidades que compõem a atuação da categoria” (GOMES, 2016, p. 40).

Por isso, era imprescindível incluir no *corpus* desta pesquisa os debates entre

chapas que disputaram as eleições da entidade. A concorrência inédita entre grupos ligados à SBMFC é mais um sinal do momento de crise política que vivemos, em que se faz necessário posicionar-se no jogo de disputa de ideias. Alguns temas trazidos à tona nos debates denotam mais fortemente as diferenças entre os grupos, como a aproximação da Chapa 1 com entidades nacionais que militam historicamente em favor do SUS, que se contrapõe a um esforço maior de aproximação da Chapa 2 a um ideário estrangeiro. Contudo, outros temas são comuns aos dois grupos, como a defesa do uso majoritário de ferramentas clínicas construídas internacionalmente, apesar da existência de múltiplas formulações brasileiras alternativas a clínica biomédica, como a clínica ampliada e compartilhada e a educação popular em saúde, por exemplo (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; CAMPOS, 2003; CUNHA, 2005; LIMA *et al.*, 2020). Outro tema comum a ambos é a tentativa de conciliar defesas do público e do privado em propostas que ignoram que o fortalecimento da saúde suplementar, em um contexto em que o mercado empresarial já é o setor de saúde majoritariamente financiado, só pode levar a um encolhimento ainda maior do SUS.

A maior parte das críticas direcionadas aos planos e seguradoras de saúde nos documentos estudados direciona-se à falta de regulação do sistema, ao acesso direto a especialistas focais e à falta de estímulo aos MFC nas políticas públicas, aproximando a retórica desses discursos mais da defesa corporativa da especialidade, típica do movimento médico (GOMES, 2016), do que de uma defesa a sistemas universais de saúde predominantemente públicos, como foi observado, por exemplo, num editorial de 2011 da RBMFC (GUSSO, 2011). Este discurso corporativo também está presente nas proposições das chapas que disputaram as eleições da SBMFC em 2020 e constituiu-se num dos principais argumentos utilizados na defesa do aprimoramento da atenção primária na saúde suplementar.

O discurso corporativo dialoga com o discurso liberal da MFC, pois ambos pretendem colocar o médico de família na centralidade das políticas de provimento e no ordenamento da APS. Podemos constatar esta intencionalidade nas propostas para a APS na saúde suplementar, que centralizam na/o médica/o as práticas previstas em suas carteiras de serviços e não incluem ferramentas que reduzam esta centralidade, como a formação de equipes multiprofissionais de apoio.

Segundo a atual Diretoria de Exercício Profissional e Mercado de Trabalho da SBMFC, de acordo com a pesquisa Demografia Médica no Brasil de 2020, o número de especialistas em MFC aumentou 30% nos últimos 2 anos (RIBEIRO, 2020;

SCHEFFER *et al.*, 2020). Ao mesmo tempo em que o crescimento da MFC reflete o estabelecimento de políticas públicas de fortalecimento da ESF nas últimas duas décadas, este incremento numérico mais recente pode refletir o aumento dos postos de trabalho na saúde suplementar, inclusive com o apoio de projetos como o “Cuidado Integral à Saúde – Projetos-Piloto em APS”, construído pela ANS em parceria com a SBMFC (SBMFC, 2020). Enquanto mais profissionais são formados e migram para a saúde suplementar, o modelo liberal também intervém em prol da reprodução da lógica privatista no sistema público e da formatação da APS do SUS à sua imagem e semelhança (no modelo de atenção, na ausência da composição multiprofissional e nos modelos de remuneração, por exemplo).

Essa captura de significados não é recente. Diversos autores apontam tensões na construção de sentidos que representam apostas para diferentes modalidades de cuidado e atenção à saúde há muitos anos. Talvez a disputa mais citada e recorrente de termos seja pela eleição do conceito de atenção primária versus atenção básica, a qual optei por não aprofundar até aqui, mas que ao fim da pesquisa, tornou-se impossível ignorar. Laura Feuerwerker (2020) atualizou este debate recentemente, trazendo novos elementos que dialogam com o produto desta pesquisa.

Ela relaciona, por exemplo, a crescente presença da expressão APS em documentos do MS, ao momento em que o DAB (e posteriormente a SAPS) passou a ser ocupado por MFC vinculados a SBMFC. Também correlaciona este período com a ruptura da PNAB, a partir da versão de 2017, com a aposta de “fazer chegar o cuidado em saúde aos diferentes territórios em que a vida é produzida, (...) propondo a articulação do cuidado individual e coletivo, entendendo a saúde de modo ampliado” (FEUERWERKER, 2020, p. 341), que se fazia valer com a inclusão nos textos das políticas de proposições “para alargar o olhar, ampliar a escuta e a resolutividade (...) tais como o acolhimento, a construção de projetos terapêuticos singulares, as equipes de apoio, o matriciamento, entre outros” (2020, p. 341).

Hoje, a política retrocede em muitos desses aspectos, focando na prática clínica e procedimentos médico-centrados (marcados pelo biologicismo hegemônico), desprezando o território e as ações coletivas, desqualificando os saberes populares e as práticas de cuidado dos usuários (impondo o conhecimento técnico-científico dominado somente pelos profissionais) e suspendendo o financiamento para as equipes multiprofissionais (NASF) por exemplo. E, depois de muitos anos de disputa de sentidos, a Atenção Básica some do papel e em seu lugar encontra-se a Atenção

Primária à Saúde. Coincidência?

Mas a publicação de políticas isoladamente nunca garantiu a efetivação de novos projetos. Para isso, o MS utiliza a mesma ferramenta que garantiu a expansão da ESF em outros tempos: a indução ou a restrição de políticas através do financiamento. A extinção do financiamento per capita universal somada ao financiamento por população cadastrada nos serviços de saúde efetivam a focalização da atenção básica, que se torna seletiva às populações mais vulneráveis. A remuneração condicionada a metas totalmente centradas em ações clínicas individuais, atrelada a redução de equipes de apoio, reforça o paradigma de saúde medíocre do modelo flexneriano e amplia a centralidade dos médicos de família (aqui citados propositalmente sem “comunidade”) nas equipes mínimas de saúde. De acordo com as reflexões de Feuerwerker, essa retomada de poder pela categoria é “favorecida pela captura da medicina de família pelo mercado privado, sua linguagem e seus critérios” (FEUERWERKER, 2020, p. 342).

A pandemia do Covid-19 permitiu maior visibilidade para a importância do SUS e o aumento da percepção positiva da sociedade sobre ele. Vivemos um momento de crucial importância na disputa de políticas e de ideais para a saúde, e o mercado privado tem se articulado para ocupar este debate. De acordo com uma reportagem produzida em julho de 2021 pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fiocruz,

Em maio, o atual ministro da saúde, Marcelo Queiroga, participou de um evento na sede de Federação das Indústrias de São Paulo (Fiesp) onde afirmou que o SUS precisava ser reformado e fortalecido “sobretudo na atenção primária”, ao mesmo tempo em que defendeu o sistema como “um patrimônio de todos os brasileiros”. Um mês antes, em entrevista ao programa ‘Sem Censura’, da TV Brasil, o ministro já havia pontuado a necessidade de “reformular o sistema de saúde como um todo”. Logo depois, Queiroga reuniu-se com o presidente do conselho de administração da Rede D’Or, Jorge Moll Filho, para “tratar da reforma do sistema de saúde do Brasil”. (SALIM, 2021, p. 2)

Se no passado, a proposta privatista pretendia reduzir o papel do SUS à realização de ações de “cesta básica”, voltadas para ações programáticas e vigilância, hoje o mercado privado cresce os olhos para a atenção primária, que tem um grande potencial na geração de lucros, uma vez que tem um público consumidor mais amplo,

menos tecnologia dura envolvida, logo, um custo menor para sua operacionalização, e ainda conta com um “recurso humano” (recorrendo ao jargão liberal em lugar do termo “trabalhador”) treinado para ser um excelente *gatekeeper* na racionalização de demandas mais custosas – a/o MFC.

O “novo” discurso do setor privado não aponta para a extinção do SUS, muito pelo contrário. As operadoras de planos e seguros de saúde sugerem maior integração público-privada, cujo objetivo na realidade é que o sistema público atue como um “resseguro” sobre o plano, que arcaria com a cobertura de serviços mais caros, como tratamentos oncológicos, diálises, grandes cirurgias, transplantes, que não são lucrativos para as empresas do setor. Ainda de acordo com a reportagem da EPSJV-Fiocruz, Ana Carolina Navarrete, que coordena o programa de saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), afirma que

“o interesse é que o SUS assuma o alto custo e elas, por sua vez, fiquem com o que chamam de ‘atenção primária’, mas que é muito diferente daquilo que o SUS faz nesse sentido”, diz, ressaltando que esse mercado não tem experiência no monitoramento das necessidades de saúde e tampouco capacidade para formular políticas de atenção primária como o sistema público. (SALIM, 2021, p. 2)

Mais uma vez, não parece ser coincidência que, dentre as políticas levadas a cabo a partir da articulação do MS com as empresas, esteja o decreto que aprovou a Adaps e projetos da ANS de fortalecimento da APS na saúde suplementar, para que as operadoras de planos de saúde qualifiquem os serviços que poderão ser vendidos ao SUS quando a agência sair do papel.

Além do mais, os discursos neoliberais não incidem sobre nossas vidas somente através das organizações de caráter político e econômico que impõem limites à consolidação do SUS. Acanda, um dos maiores intelectuais cubanos das ciências sociais, utiliza os conceitos de sociedade civil e hegemonia gramscianos ao afirmar que na sociedade civil também existem organizações sociais pelas quais

“difundem-se a ideologia, os interesses e os valores da classe que domina o Estado, e se articulam o consenso e a direção moral e intelectual do conjunto social. Nela [a sociedade civil] se forma a vontade coletiva, se articula a estrutura material da cultura e se organiza o consentimento e a adesão das classes dominadas.” (ACANDA, 2002, p. 247–248, tradução nossa)

O conceito de ideologia de Gramsci também traz elementos para compreender este governo sobre a vontade coletiva. Acanda afirma que o poder das classes dominantes opera, essencialmente, no controle dessas instituições da sociedade civil que produzem sentido, “aquelas que estabelecem e justificam o indivíduo, que o ensina a pensar de uma maneira e a não pensar em outras, que lhe indica os valores que deve compartilhar, os desejos que lhe são permitidos, os medos que são imprescindíveis” (ACANDA, 2002, p. 249, tradução nossa).

Gramsci chama de hegemonia a capacidade de formular ideias enganosas e organizar consensos que a classe dominante opera para manter seu poder sobre a sociedade. São esses sentidos comuns, acrescidos da cooptação da diversidade “dentro de seu projeto de construção global do tecido social” (ACANDA, 2002, p. 257, tradução nossa) que permitem que ela continue ditando a direção política, intelectual e moral da sociedade. Segundo Acanda, “A hegemonia é tanto a direção ideológica-política da sociedade civil, como a combinação de forças e consenso para alcançar o controle social” (2002, p. 251, tradução nossa).

Partindo de outros aportes teóricos, Andrade (2021) também enfatiza o papel do neoliberalismo como uma racionalidade de governo de subjetividades, fabricando formas específicas de verdade e, com isso, conformando nossas formas de viver e de atuar no campo da saúde, a partir de uma lógica empresarial, centrada em riscos e nas atitudes e comportamentos individuais. Assim, o neoliberalismo governa nossas vidas, não apenas a partir de sua determinação macroeconômica, mas também fabricando valores e desejos do que seria uma “boa vida”, ou em outros termos, o que é saudável, moralmente aceitável, lucrativo ou custo-efetivo.

A disputa no campo dos discursos é, portanto, muito mais ampla do que os espaços institucionais comportam e podemos acabar atuando em favor de ideais neoliberais inclusive na nossa prática clínica enquanto MFC, ditando formas de viver, fabricando riscos e limitando subjetividades, atualizando as estratégias de biopoder estudadas há décadas aplicadas à medicina a qual nós, médica/os de família e comunidade, presumimo-nos contrários (FOUCAULT, 1982).

Mas a sociedade civil não é formada somente por sujeitos e instituições que reproduzem os discursos da hegemonia. Existem agências que, embora estejam inseridas na mesma cultura instituída, expressam projetos de ruptura. Na metodologia desta pesquisa apontou-se, a partir de Magalhães, Martins e Resende (2017), que os textos também podem produzir mudanças na sociedade, pois influenciam os pontos

de vista das pessoas que os leem. Por isso, ocupar espaços onde se disseminam discursos e se produz consensos faz parte das estratégias necessárias para a construção de novas hegemonias.

Foucault nos adverte ainda que “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar” (FOUCAULT, 1996, p. 10). No mesmo sentido, a linguagem não é um instrumento neutro que comunica algo independente dela. Ela faz parte das instituições culturais que constroem a hegemonia e, da mesma forma que nos condiciona a um sistema já dado, ela também “constitui um meio para alcançarmos outras realidades, ainda não dadas” (SADER, 1988, p. 57). É necessário, portanto, apoderar-se dos discursos, apropriar-se da linguagem, ressignificar termos, capturar ideias que colaborem na construção de uma contra-hegemonia.

9 (IN)CONCLUSÕES E APONTAMENTOS

E agora? Eu não conheço uma resposta melhor do que esta: vamos continuar. E a primeira providência continua sendo a mesma de sempre: conquistar espaço, ocupar espaço. Inventar os filmes, fornecer argumentos para os senhores historiadores que ainda vão pintar, mais tarde, depois que a vida não se extinga. Aqui como em toda parte: agora.

(Torquato Neto)

A ciência é um dos instrumentos de poder que nos permite construir novas realidades. O objeto desta pesquisa, a atuação política da MFC, projetou-se a partir de minhas vivências na especialidade e de publicações recentes sobre a questão no campo da saúde coletiva, como um tema no qual é necessário aprofundar em diversas dimensões, dada sua relevância para as políticas de saúde na contemporaneidade, e no caso do Brasil, para o SUS.

O SUS foi constituído a partir de um pressuposto amplo de saúde, por movimentos que defendem o direito universal à atenção integral aos indivíduos e à comunidade, composto por promoção, prevenção e assistência, e construído a partir do diálogo com os usuários através do controle social e de sua inserção territorial. Como afirma Campos, o caráter assistencial da saúde é incompatível com a racionalidade do mercado e por isso a saúde pública historicamente é responsabilidade do Estado. Ele acrescenta ainda que “a Saúde Pública, levada às suas últimas consequências e, portanto, entendida como um instrumento coletivo de defesa da vida, tende a tornar-se anticapitalista” (CAMPOS, 1991, p. 31).

Entretanto, vive-se no Brasil um cenário de ameaça aos princípios democráticos e há uma profunda banalização do sofrimento oriundo das iniquidades sociais. O processo de mercantilização da saúde em curso tende a acentuar essas iniquidades. Os novos olhares (nem tão novos, uma vez que uma agenda privatista tem sido defendida pelo Banco Mundial desde os anos 80) lançados para o SUS a partir do mercado da saúde – ou da doença – ameaçam o desenvolvimento deste sistema, e é necessário compreender esta tendência.

A APS se mostrou uma importante política para o acesso à saúde, que resultou na redução de mortalidade, de doenças infecciosas e imunopreveníveis em todo o mundo, mas não mostrou resultados tão promissores em transformações ambientais e sociais, sobretudo recentemente, quando seu caráter democratizante tem se

convertido em mercadológico para aumentar cada vez mais o lucro das empresas do capital da saúde (ROVERE, 2018).

Além disso, a atenção primária tem alavancado o processo de medicalização da sociedade, o que aniquila sistemas tradicionais de cuidado, agredindo as medicinas tradicionais que, da mesma forma que outras manifestações culturais, são patrimônios da humanidade sob risco de extinção.

Dois dos objetivos que esta pesquisadora pretendia alcançar com este trabalho eram 1) identificar elementos que apontassem para os modelos de MFC e APS defendidos pela SBMFC e por médica/os influentes da constituição identitária da especialidade no Brasil, e 2) investigar convergências e divergências entre esses discursos e as publicações do Banco Mundial e da OPAS. Considero que esses objetivos foram obtidos parcialmente através do *corpus* que foi reunido, uma vez que os documentos selecionados para análise orbitam em torno da produção científica no tema e das publicações da própria entidade.

Tendo em vista que os discursos se proclamam através de falas, textos e outras produções nos mais diversos cenários por onde as práticas de saúde e de discurso ocorrem, avalio que ainda há espaço para estudos que partam de materiais oriundos de outros espaços, como os cursos de medicina, os programas de residência médica, os coletivos que contam com MFC, como a Rede de Médicas e Médicos Populares, o podcast Medicina em Debate e outros fóruns de discussão da especialidade, inclusive aqueles organizados por instituições da saúde suplementar. Ainda assim, como a SBMFC centraliza boa parte desses fóruns e reúne um bom número de médica/os influentes da especialidade, avalio que pude construir um corpus suficientemente robusto para a análise proposta.

Além de apresentar uma tentativa de compreender as raízes e intenções presentes nos discursos produzidos nos espaços próprios da MFC, os quais têm construído a identidade e a agenda política da especialidade no Brasil, buscou-se analisar a influência desses discursos e da atuação política da MFC no desenvolvimento de políticas públicas e no mercado privado da MFC no Brasil - ou como esses discursos têm enfraquecido o SUS enquanto sistema público e universal. Neste sentido e recuperando referenciais utilizados durante este trabalho, Rovere (2018, p. 12, tradução nossa) aponta que

É imprescindível neutralizar aqueles que querem submetê-la [a saúde

pública] aos interesses do complexo médico-industrial que, com a cumplicidade dos organismos internacionais de crédito, operam sob o escudo da enganosa formulação de cobertura universal de saúde, que pretende reduzir o papel do Estado a um mero “recolhedor e distribuidor de fundos”, em última instância para operacionalizar a expansão da fronteira de financiamento de um subsetor privado transnacionalizado.

Feuerwerker (2020) nos recorda que tudo está em disputa: integralidade, educação permanente, território, trabalho em equipe, clínica, até o conceito de atenção básica e, por isso, “a OPAS/Brasil a partir de seminário latino-americano opera com um novo adjetivo: APS forte (OPAS/OMS). Forte para afirmar a diferença com tantas outras APS - APS cesta básica, APS atenção médica, APS gate keeper, APS...” (FEUERWERKER, 2020, p. 348).

Rizzotto e Campos (2016, p. 274) apontam a urgência da crítica aos “projetos de liquidação do direito à saúde”, mas também da “elaboração de um projeto comum de defesa dos valores constitucionais que deram origem ao SUS, acrescidos de medidas necessárias à correção de distorções que se acumularam ao longo dessas duas décadas e meia” e que nos encaminham para uma APS seletiva, concretizada através de projetos privatizantes e médico-centrados.

A MFC trouxe aportes teóricos progressistas para as ciências médicas, tradicionalmente conservadoras e reprodutoras do *status quo*. Contudo, como todos os elementos de um discurso que pretende apontar novos paradigmas que desafiam uma hegemonia, sofre tensionamentos e capturas pelas instituições a serviço da classe dominante. A partir desta análise, pode-se antever possíveis cenários políticos que o SUS protagonizará no próximo período caso nenhum projeto logre em forjar alternativas à lógica neoliberal impetrada nos sistemas de saúde, com os objetivos de defender o SUS como direito de todos e dever do Estado e de recuperar para a atenção básica o seu papel histórico de construção das condições para a garantia deste direito – baseado em sistemas nacionais de saúde em sintonia com as diversas necessidades, culturas e experiências locais e uma ampla participação social.

A provocação que esta pesquisadora pretende deixar para a/os leitores, especialmente aquela/es que trabalham na construção da atenção básica e do SUS, é que nenhuma identidade está dada ou garantida a priori e a recuperação do papel questionador para a MFC depende da produção de discursos estratégicos na política e em todos os espaços onde se dá a prática da especialidade. A produção de cuidados

que possibilitem as pessoas serem felizes e exercerem de forma máxima suas capacidades no mundo é uma práxis a ser permanentemente construída e disputada.

10 REFERÊNCIAS

- ACANDA, J. L. **Sociedade civil y hegemonía**. La Habana, Cuba: Centro de Investigación y Desarrollo de la Cultura Cubana “Juan Marinello”, 2002.
- ACOSTA, A. **O bem viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos**. Tradução: Tadeu Breda. São Paulo: Autonomia Literária, Elefante, 2016.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **ANS assinará acordo de cooperação em Atenção Primária à Saúde**. [S. l.], 2020. Disponível em: <http://ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/5349-ans-assinara-acordo-de-cooperacao-em-atencao-primaria-a-saude>. Acesso em: 6 fev. 2020.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Operadoras iniciam curso de formação em APS**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/qualidade-da-saude/operadoras-iniciam-curso-de-formacao-em-aps>. Acesso em: 8 ago. 2021.
- ALBUQUERQUE, P. C. de; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 8, p. 259–274, 2004.
- ALVES, B. / O. / O.-M. Democracia e Saúde é o tema da 16ª Conferência Nacional de Saúde. In: BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. 2019. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/democracia-e-saude-e-o-tema-da-16-conferencia-nacional-de-saude-brasilia-04-a-07-8-2019/>. Acesso em: 2 set. 2021.
- ANDERSON, M. I. P. A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade de agosto de 2004 a julho de 2008: um olhar sobre a sua história. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 4, n. 13, p. 3–12, 2008.
- ANDERSON, M. I. P. *et al.* Carta de Cali, Colombia 2018. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 13, p. 4–6, 2018.
- ANDERSON, M. I. P. Editorial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 1–1, 2004.
- ANDERSON, M. I. P. Editorial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 3, n. 11, p. 147–148, 2007.
- ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 14, n. 41, p. 2180–2180, 2019.
- ANDERSON, M. I. P.; FALK, J. W. Editorial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 1–1, 2004.
- ANDERSON, M. I. P.; LEÓN, E. Editorial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 11, p. 1–3, 2016.
- ANDERSON, M. I. P.; WAGNER, H. L.; CAMPOS, C. E. A. O impacto da MFC na saúde do Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 2, n. 6, p. 82–83, 2006.

ANDRADE, H. S. de *et al.* A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 28, n. 3, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000300606&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 1 set. 2020.

ANDRADE, H. S. de. **Medicina de Família e Comunidade: Emergência e crítica de uma formação discursiva**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017.

ANDRADE, H. S. de. **Subjetividade em risco: clínica centrada na pessoa, prevenção quaternária e a atenção primária à saúde no neoliberalismo**. 2021. 149 f. Tese de doutorado - Unicamp, Campinas, 2021. Disponível em: Acesso em: 20 maio 2021.

ANTUNES, A. Proposta de carteira de serviços da atenção primária divide opiniões. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fiocruz**, [s. l.], 2019. Disponível em: <https://www.epsv.fiocruz.br/noticias/reportagem/proposta-de-carteira-de-servicos-da-atencao-primaria-divide-opinioes>. Acesso em: 31 mar. 2021.

ARCANJO, D. Relembre os embates entre Bolsonaro e Mandetta na crise do coronavírus. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 16 abr. 2020. Poder. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/04/relembre-os-embates-entre-bolsonaro-e-mandetta-na-crise-do-coronavirus.shtml>. Acesso em: 6 set. 2021.

BANCO MUNDIAL. **Brasil: Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão de recursos**. Brasil: [s. n.], 2007.

BANCO MUNDIAL. **World Development Report 1993 - Investing in Health**. Washington DC: Oxford University Press, 1993. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976>. .

BELCHIOR, A. C. **Apenas um rapaz latino-americano**. [S. l.], 1976.

BONET, O. A. R. **Os médicos da pessoa: Um estudo comparativo sobre a construção de uma identidade profissional**. 2003. - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

BORDIN, T. M. O SABER E O PODER: A CONTRIBUIÇÃO DE MICHEL FOUCAULT. **Saberes: Revista interdisciplinar de Filosofia e Educação**, [s. l.], n. 10, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/saberes/article/view/5088>. Acesso em: 1 set. 2020.

BRASIL (org.). **Mais Médicos, dois anos: mais saúde para os brasileiros**. 1a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BROWN, T. M.; CUETO, M. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. [s. l.], v. 13, n. 3, p. 25, 2006.

BURKI, T. No end in sight for the Brazilian COVID-19 crisis. **The Lancet Microbe**, [s. l.], v. 2, n. 5, p. e180, 2021.

CAMPOS, G. W. de S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

CAMPOS, G. W. de S. **Os médicos e a política de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1988.

CAMPOS, G. W. de S. *et al.* Reflexões sobre atenção básica e a estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. de S.; GUERRERO, A. V. P. (org.). **Manual de Práticas em**

Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 121–142.

CAMPOS, C. E. A. SUS – 20 anos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 4, n. 14, p. 83–83, 2008.

CAMPOS, G. W. de S. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. de S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 9, p. 2655–2663, 2016.

CARTA ABERTA EM DEFESA DA SBMFC: INDEPENDÊNCIA, DEMOCRACIA, PLURALIDADE E O SUS COMO BANDEIRAS. 9 fev. 2020. Disponível em: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdBaJ1aBp5E1zRFFIFlkfjIHce0jtXYczBH0TRZtTgxb3Nm4Q/viewform?usp=embed_facebook. Acesso em: 17 jul. 2021.

CARVALHO, S. R. Reflexões sobre o tema da cidadania e a produção de subjetividade no SUS. In: CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S.; BARROS, M. E. (org.). **Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade**. 1ªed. São Paulo: Editora Hucitec, 2009. p. 23–41.

CASTRO, F. L. *et al.* Carta de San José. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 11, p. 86–91, 2016.

CECILIO, L. C. de O.; REIS, A. A. C. dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800501&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 1 set. 2020.

CHAPA 2 TRILHA MFC. **Propostas - Chapa 2 Trilha MFC**. [S. l.: s. n.], 2020. Disponível em: www.trilhamfc.com.br. Acesso em: 10 jun. 2020.

COELHO NETO, G. C.; ANTUNES, V. H.; OLIVEIRA, A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 35, n. 1, p. e00170917, 2019.

CONHEÇA OS 7 PRINCÍPIOS PARA NOSSA CAMPANHA. In: MFC COM TODAS AS LETRAS - CHAPA 1. 2020. Disponível em: <http://chapa1mfc.com.br/>. Acesso em: 31 mar. 2021.

CUETO, M. **O valor da saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde.** Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica.** São Paulo: Hucitec, 2005. (Saúde em Debate, v. 162).

DEBATE DE CHAPAS - AMFAC-RJ. Direção: AMFaC-RJ. [S. l.: s. n.], 2020. Disponível em: <https://www.facebook.com/357535180998371/videos/3187427201278296>. Acesso em: 3 jul. 2021.

DEBATE ENTRE AS CHAPAS CONCORRENTES À DIRETORIA DA SBMFC. Direção: SBMFC. [S. l.: s. n.], 2020. (2:18). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=3LIIT50-Ytw&t=249s>. Acesso em: 1 jul. 2021.

DEMOCRACIA É SAÚDE. Brasília - DF: [s. n.], 1986. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/video/democracia-e-saude>. Acesso em: 31 ago. 2021.

DIRETORIA DA SBMFC. **Nota sobre a revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).** [S. l.: s. n.], 2017. Disponível em: Acesso em: 30 jun. 2021.

DIRETORIA DA SBMFC. **Posicionamento da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) sobre o pronunciamento de 24 de março de 2020 do presidente da República, Jair Messias Bolsonaro.** [S. l.: s. n.], 2020. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Posicionamento-SBMFC.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2021.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, [s. l.], n. 24, p. 85–116, 1991.

FALK, J. W. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 5–10, 2004.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, n. spe1, p. 12–14, 2018.

FÉLIX, M. **Música popular e moderna poesia brasileira.** Rio de Janeiro: Vozes, 1978.

FERIGATO, S. *et al.* The Brazilian Government's mistakes in responding to the COVID-19 pandemic. **The Lancet**, [s. l.], v. 396, n. 10263, p. 1636, 2020.

FEUERWERKER, L. C. M. Da Atenção Básica à Atenção Primária — do cuidado integral territorializado à focalização médico-centrada no SUS. AMAQ, PMAQ-AB e remuneração por “resultados”. In: AKERMAN ET AL, M. (org.). **Atenção básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos: contribuições das universidades brasileiras para a avaliação e pesquisa na APS: perspectivas: avaliação, pesquisa e cuidado em atenção primária à saúde.** São Paulo: Hucitec, 2020. p. 337–356.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa.** Porto Alegre, RS: Artmed, 2009.

FOUCAULT, M. **A Ordem do Discurso.** Tradução: Laura Fraga de Almeida Sampaio. 3. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** 3ªed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 55–124. In: O TRABALHO EM SAÚDE: OLHANDO E EXPERENCIANDO O SUS NO COTIDIANO. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 55–124.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES; PMDB. Uma ponte para o futuro. [s. l.], 29 out. 2015.

G1. Governo exonera secretário de Atenção Primária à Saúde. **Portal G1**, [s. l.], 30 abr. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/30/governo-exonera-secretario-de-atencao-primaria-a-saude-e-nomeia-militar-para-o-cargo.ghtml>. Acesso em: 6 set. 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L. *et al.* Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção

primária à saúde no Sistema Único de Saúde?. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 35, n. 10, p. e00178619, 2019.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1763–1776, 2018.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 4, p. 1475–1482, 2020.

GIOVANELLA, L.; RIZZOTTO, M. L. F. Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, n. spe1, p. 6–8, 2018.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 30, n. 11, p. 2263–2281, 2014.

GOMES, L. B. **A atual configuração política dos médicos brasileiros: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas**. 2016. - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. A atenção básica no olho do furacão. *In*: AKERMAN ET AL, M. (org.). **Atenção básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos: contribuições das universidades brasileiras para a avaliação e pesquisa na APS : perspectivas: avaliação, pesquisa e cuidado em atenção primária à saúde**. 1ªed. São Paulo: Hucitec, 2020. p. 38–47.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E.; FERLA, A. A. Subjetivação dos médicos cubanos: Diferenciais do internacionalismo de Cuba no Programa Mais Médicos. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 16, p. 899–918, 2018.

GÖTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 189–198, 2009.

GOULART, F. A. de A. Saúde da Família no Brasil: do movimento ideológico à ação política. *In*: MEMÓRIAS DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL. Brasília - DF: Ministério da Saúde : Secretaria de Atenção à Saúde : Departamento de Atenção Básica, 2010. (Série I. História da Saúde no Brasil). p. 58–107.

GRAGNOLATI, M.; LINDELOW, M.; COUTTOLENC, B. **Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Único de Saúde**. [S. l.]: The World Bank, 2013. *E-book*. Disponível em: <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-0-8213-9843-2>. Acesso em: 23 fev. 2021.

GUSSO, G. D. F. *et al.* Bases para um Novo Sanitarismo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 10, n. 36, 2015. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1056>. Acesso em: 1 set. 2020.

GUSSO, G. D. F. Os rumos da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 6, n. 19, p. 97–101, 2011.

GUSSO, G. D. F.; FALK, J. W.; LOPES, J. M. C. Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica e profissão. *In*: . 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. v. I. p. 11–18. *In*:

TRATADO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Porto Alegre, RS: Artmed, 2019. v. 1, p. 11–18.

GUSSO, G.; POLI, P. A medicina de família e comunidade revista. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 11, n. 38, p. 1–3, 2016.

HARZHEIM, E. *et al.* Bases para a Reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 15, n. 42, p. 2354–2354, 2020.

IASI, M. L. **Meta Amor Fases**. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

IRIART, C.; MERHY, E. E. Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 21, n. 63, p. 1005–1016, 2017.

IRIART, C.; MERHY, E. E.; WAITZKIN, H. La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 95–105, 2000.

KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo**. 1ªed. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

LEVCOVITZ, E.; COUTO, M. H. C. Sistemas de Saúde na América Latina no Século XXI. *In*: SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA NO SÉCULO XXI. Brasília: Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas, 2019. p. 99–118. *E-book*. Disponível em: <http://capacidadeshumanas.org/oichsitev3/wp-content/uploads/2019/02/4-Sistemas-de-sa%C3%BAd-e-na-Am%C3%A9rica-Latina-no-s%C3%A9culo-XXI.pdf>.

LIMA, L. de O. *et al.* Perspectivas da Educação Popular em Saúde e de seu Grupo Temático na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, p. 2737, 2020.

LIMA, C. R. M. de. Reforma do Estado e Política de Saúde: Discussão da agenda do Banco Mundial e da crítica de Laurell. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. n. 49/50, p. 34–43, 1996.

LISBOA, A. S. **A inserção da Medicina de Família e Comunidade em empresas de planos privados de saúde no Brasil**. 2020. 141 f. Dissertação de Mestrado - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (UFRJ), Rio de Janeiro, 2020.

LOBATO, L. de V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: Origens, componentes e dinâmica. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2ªed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 1101. *E-book*. Disponível em: <http://books.scielo.org>.

LUXEMBURGO, R. **A Revolução Russa**. São Paulo: Fundação Rosa Luxemburgo, 2017.

MACHADO, H. S. V.; MELO, E. A.; PAULA, L. G. N. de. Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300302&lng=pt. Acesso em: 1 set. 2020.

MAGALHÃES, I.; MARTINS, A. R.; RESENDE, V. de M. **Análise de Discurso Crítica: Um método de pesquisa qualitativa**. Brasília: Editora UnB, 2017. *E-book*. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523013370>.

MARQUES, R. M. O direito à saúde no mundo. *In*: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (org.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. 1ªed. Rio de Janeiro (RJ): ABrES, Ministério da Saúde, OPAS/OMS, 2016. p. 11–36.

MATTAR E SILVA, T. W. *et al.* Configuração das relações de poder nas práticas profissionais de médicos e enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 73, n. suppl 1, p. e20180629, 2020.

MATTOS, R. A. de. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 377–389, 2001.

MELLO, T. de. **Poesia comprometida com a minha e a tua vida**. 6ªed. Rio de Janeiro: Record, 1992.

MELO, I. F. de. ANÁLISE DO DISCURSO E ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO: desdobramentos e intersecções. **Letra Magna - Revista Eletrônica de Divulgação Científica em Língua Portuguesa, Linguística e Literatura**, [s. l.], n. Ano 5, n. 11, 2009. Disponível em: <http://letramagna.com/adeacd.pdf>. Acesso em: 5 set. 2020.

MEMBROS DA CHAPA 1. **Carta aberta da Chapa 1 MFC com todas as letras**. 21 jun. 2020. Disponível em: http://chapa1mfc.com.br/wp-content/uploads/2020/07/Carta_aos_socios-atualizada.pdf. Acesso em: 14 jun. 2020.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. da S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, n. spe1, p. 224–243, 2018.

MENDES, Á.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. *In*: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (org.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. 1ªed. Rio de Janeiro (RJ): ABrES, Ministério da Saúde, OPAS/OMS, 2016. p. 139–167.

MFC COM TODAS AS LETRAS. Conheça os 7 eixos para nossa campanha. *In*: 2020. Disponível em: <http://chapa1mfc.com.br/>. Acesso em: 14 jul. 2021.

MFC COM TODAS AS LETRAS - CHAPA 1. *In*: jun. 2020. Disponível em: <http://chapa1mfc.com.br/>. Acesso em: 8 jul. 2021.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Portal da Imprensa Nacional do Brasil. Diário Oficial da União. 22 set. 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia>. Acesso em: 3 set. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. [S. l.], 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou>. Acesso em: 30 mar. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 4.299**. 30 dez. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4299_30_12_2010.html. Acesso em: 28 fev. 2021.

MORETTI, B.; FUNCIA, F. R.; OCKÉ-REIS, C. O. O Teto de Gastos faz mal à saúde. *In*:

DWECK, E.; ROSSI, P.; OLIVEIRA, A. L. M. de (org.). **Economia no pós-pandemia: desmontando os mitos da austeridade fiscal e construindo um novo paradigma econômico no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Autonomia literária, 2020. p. 172–182.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. de F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, n. 9, p. e00040220, 2020.

MS/SAPS/DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA FAMÍLIA. **Cobertura da atenção básica**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 28 jul. 2021.

MURRAY, M.; TANTAU, C. Same-Day Appointments: Exploding the Access Paradigm. **Family Practice Management**, [s. l.], v. 7, n. 8, p. 45, 2000.

NERY, N.; NUBLAT, J.; CRUZ, V. União quer ampliar acesso a planos de saúde. **Folha de São Paulo**, Brasília, 27 fev. 2013. Cotidiano. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidiano/95986-uniao-quer-ampliar-acesso-a-planos-de-saude.shtml>. Acesso em: 2 set. 2021.

NETO, T. **Torquato Neto Essencial**. São Paulo: Autêntica, 2017.

NORMAN, A. H. Qualidade em saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 7, n. 23, p. 67–68, 2012.

NUNES, E. S. N. O valor da saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde. **Revista Brasileira de História**, [s. l.], v. 28, n. 56, p. 597–601, 2008.

OPAS/OMS. **Atenção primária à saúde**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 10 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde - Financiamento dos Sistemas de Saúde: O Caminho para a Cobertura Universal**. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1>. .

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 24, n. suppl 1, p. 205–218, 2015.

PAES-SOUSA, R.; RASELLA, D.; CAREPA-SOUSA, J. Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, n. spe3, p. 172–182, 2018.

PAIM, J. S. Bases Conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (ed.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. *E-book*. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6538/1/Paim%20JS.%20%20Bases%20conceituais.%201997.pdf>.

PILOTTO, B. S.; JUNQUEIRA, V. Organizações Sociais do setor de saúde no estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo. **Serviço Social & Sociedade**, [s. l.], n. 130, p. 547–563, 2017.

PINTO, H. A. Análise da mudança da Política Nacional de Atenção Básica. **Saúde em Redes**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 191–217, 2018.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2016**. 15 dez. 2016. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm#:~:text=Emenda%20Constitucional%20n%C2%BA%2095&text=Altera%20o%20Ato%20das%20Disposi%C3%A7%C3%B5es,Fiscal%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAscias.&text=Fica%20institu%C3%ADdo%20o%20Novo%20Regime,financeiros%2C%20nos%20termos%20dos%20arts.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Regula a criação do Sistema Único de Saúde. 12 set. 1990. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 16 maio 2021.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013**. Institui o Programa Mais Médicos. 22 out. 2013. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm#:~:text=Institui%20o%20Programa%20Mais%20M%C3%A9dicos,1981%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAscias.&text=VIII%20%2D%20estimular%20a%20realiza%C3%A7%C3%A3o%20de%20pesquisas%20aplicadas%20ao%20SUS.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei Nº 13.097, DE 19 DE JANEIRO DE 2015**. Abertura de capitais estrangeiros na saúde e parcerias público-privadas. 19 jan. 2015. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13097.htm. Acesso em: 16 maio 2021.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **LEI Nº 13.958, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2019**. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). 18 dez. 2019.

PRONUNCIAMENTO DO PRESIDENTE DA REPÚBLICA, JAIR BOLSONARO (24/03/2020).

Brasília: [s. n.], 2020. (4:58). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=VI_DYb-XaAE. Acesso em: 7 jul. 2021.

RASELLA, D. *et al.* Mortality associated with alternative primary healthcare policies: a nationwide microsimulation modelling study in Brazil. **BMC Medicine**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 82, 2019.

RIBEIRO, L. G. Demografia Médica 2020 e a Medicina de Família e Comunidade. *In*: SBMFC. 17 dez. 2020. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/demografia-medica-2020-e-a-medicina-de-familia-e-comunidade/>. Acesso em: 10 jul. 2021.

RIZZOTTO, M. L. F.; CAMPOS, G. W. de S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 263–276, 2016.

ROCHA, S. A.; BOCCHI, S. C. M.; GODOY, M. F. de. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 87–111, 2016.

ROVERE, M. La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, p. 315–327, 2018.

SACHS, W. (org.). **Diccionario del desarrollo: un guía del conocimiento como poder**.

Peru: Proyecto Andino de Tecnologías Campesinas, 1996.

SADER, E. S. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-80**. 1. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SALIM, L. **O SUS na mira: reforma ou descaracterização?**. [S. l.], 2021. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-sus-na-mira-reforma-ou-descaracterizacao>. Acesso em: 11 ago. 2021.

SARTI, T. D.; FONTENELLE, L. F. O que podemos aprender com a atual realidade da Atenção Primária inglesa? Considerações a partir da tradução de textos da British Journal of General Practice pela Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 12, n. 39, p. 1–4, 2017.

SBMFC. **Nota da SBMFC: análise em relação ao Programa Médicos pelo Brasil**. [S. l.: s. n.], 2019a. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2019/08/ana%CC%81lise-em-relac%CC%A7a%CC%83o-ao-Programa-Me%CC%81dicos-pelo-Brasil-proposto-pelo-Ministe%CC%81rio-da-Sau%CC%81de-MS-.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2020.

SBMFC. **Nota da SBMFC sobre nova política de financiamento da Atenção Primária à Saúde - Programa Previne Brasil**. 28 nov. 2019b. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Nota-da-SBMFC-sobre-nova-poli%CC%81tica-de-financiamento-da-Atenc%CC%A7a%CC%83o-Prima%CC%81ria-a%CC%80-Sau%CC%81de-Programa-Previne-Brasil.pdf>. Nota.

SBMFC. **Nota Oficial sobre o Financiamento do SUS e a PEC 241**. [S. l.: s. n.], 2016. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/nota-oficial-sobre-o-financiamento-do-sus-e-a-pec-241/>. Acesso em: 30 jun. 2021.

SBMFC. **Posicionamento - Avaliação e Sugestões em relação ao Programa Mais Médicos**. 25 jul. 2013a. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/posicionamento/>. Acesso em: 30 jun. 2021. Posicionamento.

SBMFC. **Posicionamento da SBMFC ao pronunciamento feito pela presidente Dilma Rousseff**. 24 jun. 2013b. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/posicionamento-2/>. Acesso em: 28 fev. 2021. Posicionamento.

SBMFC. **Posicionamento de propostas para os candidatos às eleições presidenciais**. 5 set. 2014. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Propostas%20para%20candidatos.pdf>. Carta.

SBMFC. **Repúdio à proposta de estímulo do governo para a ampliação da cobertura de planos privados**. 7 mar. 2013c. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/repudio-a-proposta-de-estimulo-do-governo-para-a-ampliacao-da-cobertura-de-planos-privados/>. Acesso em: 28 fev. 2021. Posicionamento.

SBMFC. **SBMFC assina acordo de cooperação para projeto piloto direcionado à APS. Site da SBMFC**, [s. l.], 12 fev. 2020. Notícias. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/projeto-piloto-direcionado-a-aps/>. Acesso em: 30 jun. 2021.

SBMFC. **SBMFC, UNASUS e MS se reúnem para organizar o curso de especialização do Programa Médicos Pelo Brasil**. [S. l.], 2019c. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/sbmfc-unasus-e-ms-se-reunem-para-organizar-o-curso-de>

especializacao-do-programa-medicos-pelo-brasil/. Acesso em: 6 fev. 2020.

SBMFC; ABMFC. **Carta de Brasília**. 15 jun. 2018. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/Carta%20de%20Bras%C3%ADlia.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2021. Carta.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo: FMUSP, CFM, 2020. *E-book*. Disponível em: https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf. Acesso em: 1 ago. 2021.

SHALDERS, A. Mandetta é demitido do Ministério da Saúde após um mês de conflito com Bolsonaro: relembre os principais choques. **BBC News Brasil**, Brasília, 16 abr. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52316728>. Acesso em: 6 set. 2021.

SILVA JR, A. G. da. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SPERLING, S. Política Nacional de Atenção Básica: consolidação do modelo de cuidado ou conciliação com o mercado de saúde?. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, n. spe1, p. 341–345, 2018.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna. Teoria social crítica na era dos meios de comunicação em massa**. Tradução: Pedrinho Arcides Guareschi et al. Petrópolis: Vozes, 1995.

TUÑÓN, R. G. **La luna con gatillo: Antología poética**. Buenos Aires: Editorial Cartago, 1957.

VANCE, C. *et al.* Carta de Quito: Cobertura Universal, Medicina de Família e Comunidade e participação social. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 9, n. 31, p. 183–185, 2014.

VIANNA, C. M. de M. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 12, p. 375–390, 2002.

WALSH, B. A noção de discurso na AD Peuchetiana e na ACD de Fairclough e implicações nos diferentes modos de análise. **Raído**, [s. l.], v. 5, n. 9, p. 9–23, 2011.

WODAK, R.; MEYER, M. Critical Discourse Analysis: history, agenda, theory and methodology. In: WODAK, R.; MEYER, M. (org.). **Methods of Critical Discourse Analysis**. 2. ed. Londres: Sage, 2009. p. 1–33.