

A GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SALVADOR, NO ACESSO DA POPULAÇÃO IDOSA, AO NÍVEL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, FRENTE A UM GOVERNO NEOLIBERAL.

A MANAGEMENT OF PUBLIC HEALTH IN THE MUNICIPALITY OF SALVADOR, IN THE ACCESS OF THE ELDERLY POPULATION, AT THE LEVEL OF PRIMARY CARE, IN FRONT OF A NEOLIBERAL GOVERNMENT.

CAMPOS, Fernanda Oliveira do Sacramento ¹

CÔRTEZ, André Quadros ²

RESUMO: O iminente trabalho visa analisar, mediante uma metodologia qualitativa e quantitativa, como pessoas idosas, que se encontram no Estado da Bahia, no Município de Salvador, utilizam-se do acesso primário, do Sistema Único de Saúde (SUS) e, se possuem um acesso digno. Assim, o questionamento advindo das reflexões jurídicas presentes neste artigo, concerne como a Administração Pública Estadual e Municipal, através de suas políticas públicas, com base em princípios constitucionais e princípios do Sistema Único de Saúde, elabora a gestão e o planejamento dos recursos destinados a saúde pública, frente a posicionamentos neoliberais.

PALAVRAS-CHAVES: Atenção Primária; Idoso; Políticas Públicas de saúde;

ABSTRACT: The imminent work aims to analyze, through a qualitative and quantitative methodology, how elderly people, who are in the State of Bahia, in the city of Salvador, use primary access, the Unified Health System (SUS) and, if they have decent access. Thus, the questioning arising from the legal reflection presente in this article, concerns how the State and Municipal Public Administration, based on constitutional, principles, elaborates the management and planning of resources destined to public health, in face of neoliberal positions.

Keywords: Primary attention; Old man; Public health policies;

¹ Graduanda em Direito pela Universidade Católica do Salvador (UCSAL). Endereço eletrônico: ferosaca@gmail.com.

² Mestre em Políticas Sociais e Cidadania pela Universidade Católica de Salvador – UCSAL. Advogado, consultor, ex - Procurador do Município de Mata de São João-BA, Professor da Universidade Católica do Salvador – UCSAL e da Faculdade Brasileira – FBB, dedica-se ao exercício da Advocacia e à docência no ensino superior em Cursos de Graduação e Pós- graduação nas áreas do Direito Constitucional e do Direito Administrativo. Endereço eletrônico: andre.cortes@pro.ucsal.br

SUMÁRIO: 1 INTRODUÇÃO; 2 CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA; 3 DIREITO SOCIAL À SAÚDE DO IDOSO; 4 NÍVEL PRIMÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO; 5 GOVERNOS NEOLIBERAIS NO IMPACTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA; 6 POLÍTICAS PARA MANUTENÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA; 7 IMPACTOS DA EC-95 NO NÍVEL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA; 8 GESTÃO DO SUS NO MUNICÍPIO DE SALVADOR; CONCLUSÃO

1 INTRODUÇÃO

O Brasil, vem enfrentando uma mudança sociodemográfica, na qual apresenta o crescimento demográfico, indicando mudanças, fruto do significativo declínio da fecundidade, redução da taxa de natalidade e mortalidade combinado o crescimento do envelhecimento populacional. (ARAÚJO, 2009, p.11).

Mais especificamente o Estado da Bahia e seu Município mais populoso o Município de Salvador, sofre demasiadamente uma crescente da sua população idosa, trazendo consigo uma procura de uma boa qualidade de vida e um aumento nas demandas por assistência à saúde, ficando evidente a necessidade da manutenção do direito social à saúde do idoso. (ARAÚJO, 2009, p.18).

Analisando os aspectos necessários, para o efetivo exercício do direito social à saúde pública, encontrando base no princípio fundamental da dignidade da pessoa humana presente na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e nos princípios da universalidade, da integralidade na assistência, da descentralização e da participação popular presente na legislação específica do SUS, Lei nº 8080/90 e por fim o princípio da equidade que está implicitamente inserido na legislação. Uma vez que cada princípio deve ser analisado de acordo com sua especificidade na aplicação, dentro de uma perspectiva crítica dos desafios na efetivação do direito à saúde, dando ênfase na proteção da saúde do idoso.

O artigo almeja analisar de forma mais específica o acesso da pessoa idosa, a esfera da Atenção Primária, em que apresenta a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), e como os gestores do Estado da Bahia e do Município de Salvador estão alocando os recursos Federais destinados a saúde pública, frente as alternativas de privatização que o Governo de Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso e Luis Inacio Lula da Silva, trouxeram com a criação de agências, implementação do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado e mecanismos de privatização.

Observando políticas públicas implementadas pelos entes federados para à manutenção da Atenção Primária como por exemplo o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), o Programa Mais Médicos (PMM) e Programa Médicos Pelo Brasil, e como essas políticas estão diretamente ligadas a manutenção ao acesso da população idosa a esse nível de atenção e como estão sendo administradas pelo gestor municipal para manter o direito social do idoso.

Através das mudanças trazidas pela EC-95 de 2016, em que congelou por 20 anos os gastos com as despesas primárias e pela Previde Brasil que alterou a forma de rateio dos recursos federais para os Municípios (Portaria nº 2.979), e como essas alterações afeta diretamente na conservação do direito social da pessoa idosa no acesso à Atenção Primária do Município de Salvador.

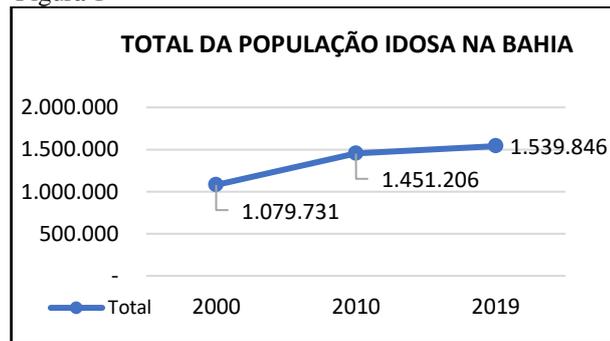
2 CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA

O crescimento do envelhecimento populacional, consiste em uma resposta à mudança de indicadores de saúde, como a queda da fecundidade e mortalidade e o aumento da expectativa de vida. Esse crescimento na população idosa do Estado da Bahia, mais especificamente no Município de Salvador, vem acentuando-se nas últimas décadas. (ARAUJO, 2009, p.18).

Segundo dados retirados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a taxa de fecundidade na região do Estado da Bahia que era de 6,2 em 1980, declinou para 3,6 em 1991, posteriormente reduzindo para 2,5 em 2000, reduzindo ainda mais em 1,9 no ano de 2010, chegando a 1,68 em 2019.

A queda do indicador fecundidade juntamente com os avanços tecnológicos na medicina e na urbanização, contribuíram com o aumento da expectativa de vida, ocasionando assim a ampliação da população idosa no Estado da Bahia, no qual segundo dados retirados do IBGE no ano de 2000, a população idosa era de 1.079.731 pessoas, crescendo para 1.4351.206 pessoas em 2010, chegando a 1.539.8449 pessoas no ano de 2019, como demonstrando na figura 1.

Figura 1



Fonte: A autora. Dados retirados do IBGE.

Já no Município de Salvador que abrange uma estimativa de 2.872.347 de habitantes, sendo considerado o maior Município do Estado da Bahia, o índice do envelhecimento populacional vem em uma crescente exponencial, como pode ser observado na figura 2, segundo dados retirados do IBGE, no ano de 2000 apresentava uma população de 165.036 pessoas, em 2010 cresceu para 247.646 pessoas e no ano de 2019 chegou respectivamente a 265.851 pessoas.

Figura 2



Fonte: A autora. Dados retirados do IBGE.

Ressaltasse que se continuar essa crescente no processo de envelhecimento do Estado da Bahia e no Município de Salvador, como visualizada entre os anos de 2000 a 2019 demonstrada na figura 1 e na figura 2, nos próximos anos a expectativa de vida continuará crescendo como demonstrado na Figura 3.

Segundo dados retirados do IBGE, por meio do indicador Tábuas Completas de Mortalidade de 2000, 2010 e 2018, a expectativa de vida cresceu significativamente no Estado da Bahia atingindo a marca de 78 anos e 7 meses para as mulheres e 69,5 para os homens no ano de 2018, enquanto em 2010 era de 76 anos e 4 meses para as mulheres e 67 anos e 7 meses para os homens, já 2000 era de 73 anos e 3 meses para mulheres e 66 anos 8 meses para os homens. Pode ser observado um aumento da expectativa de vida de 5 anos para as mulheres e uns 3 anos para os homens, como demonstrado na figura 3.

Figura 3



Fonte: A autora. Dados retirados do IBGE.

Esse alongamento da expectativa de vida, traz para o Sistema Único de Saúde (SUS) um grande problema, o aumento da procura de serviços específicos, principalmente para aquelas doenças crônicas como hipertensão, diabetes, osteoporose e mal de Parkinson, que afetam principalmente a terceira idade, onde é necessário um acompanhamento contínuo e uma quantidade elevada de profissionais de saúde capacitados para realizar esse atendimento, quase que diário. (ARAUJO, 2009, p.12).

Sendo necessário a implementação e desenvolvimento de políticas públicas, principalmente no nível Atenção Primária, que serão especificadas decorrer do artigo, que visam a manutenção do direito social à saúde dessa população SUS-dependente.

3. DIREITO SOCIAL À SAÚDE DO IDOSO

A Constituição Federal de 1988, trouxe uma inovação ao sistema político e social brasileiro, ao afirmar o Estado democrático e definir uma política de proteção social, sendo uma grande conquista a implementação da Seguridade Social e seus direitos fundamentais, dentre eles à saúde, reconhecida como um direito social de cidadania e dever do Estado, graças as reivindicações da Reforma Sanitária.

A Constituição garante no seu artigo. 6º, esse direito fundamental à saúde, no qual leva em consideração a moradia, alimentação, educação, lazer, renda e o acesso aos serviços de saúde, ou seja, amplia o conceito de saúde, não enxergando mais a saúde como apenas à ausência de doenças.

Posteriormente em 2003, a Lei n. 10.7431/03 (Estatuto do Idoso), de forma incisiva, reafirmar em seu art. 15º, que aquelas pessoas de 60 (sessenta anos) ou mais, terão um acesso universal e igualitário à saúde. (ARAUJO, 2009, p.14).

Esse direito à saúde, apresenta como consequência constitucional indissociável do direito à vida, pode-se afirmar ser um bem jurídico que está acima de todos os demais bens protegidos pelo ordenamento jurídico. Entende-se assim, que sem a saúde o ser humano não se integraliza enquanto ser em dignidade, afinal envelhecer com saúde é um direito de cidadania. (DIAS, 2013)

Radicando assim o princípio constitucional fundamental da dignidade da pessoa humana, já que este princípio exprime tudo aquilo que dá uma qualidade de vida ao ser humano, o enaltecendo como pessoa. O Estatuto do Idoso, no seu art. 9º, prevê que é uma obrigação do Estado promover, efetivar e garantir políticas públicas de proteção à saúde do idoso, possibilitado assim um envelhecimento digno.

A dimensão social desse princípio, indica uma obrigação do Estado e da sociedade, para que respeitem os direitos fundamentais daquelas pessoas idosas, dentre eles a saúde, sendo o direito público, individual, coletivo e em desenvolvimento. Ficando evidente que os meios que o Estado encontra, para que esses indivíduos acessem a saúde pública, ajuda na manutenção deste princípio. (RODRIGUEIRO; MOREIRA, 2016, p. 6).

Para assegurar esse direito na área da saúde, a Constituição e a Lei 8080/90, determinou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema estruturado de maneira descentralizada, hierarquizada e regionalizada, apresentando um acesso universal. Diferentemente do antigo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), onde beneficiava apenas aqueles trabalhadores de carteira assinada e seus dependentes. (SOUZA, 2002, p.13).

Além da aplicabilidade do princípio da dignidade da pessoa humana, na aplicação e manutenção do acesso a saúde do idoso, pode ser observado quatro princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), que estão inseridos na Lei Orgânica da saúde, nº 8080/90, no art.7º, o princípio da universalidade, o princípio da integralidade na assistência, o princípio da descentralização e princípio da participação popular. (PAIM; SILVIA, 2010).

O princípio da universalidade determina que o acesso a saúde deve ser para todos os brasileiros, sem discriminação, de raça, cor, renda, sexo, não apresentando as características do INAMPS, o financiamento da saúde agora é feito pelo dinheiro pago por cidadãos através de vários impostos, o chamado financiamento solidário, sendo de responsabilidade de toda sociedade e entidades federais a manutenção desse direito social à saúde.

O princípio da integralidade pode ser analisado por quatro perspectivas, são elas:

a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial. (PAIM; SILVIA, 2010).

Significa dizer que é necessário à prestação pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades, principalmente da população idosa, apresentando os campos da promoção, prevenção, cura, do cuidado, da reabilitação e da palição. Portanto é necessário a reunião de todas essas perspectivas para se formar, a manutenção e diálogo entre o idoso e o sistema de saúde pública, observando o contexto em que este indivíduo está inserido.

Já o princípio da descentralização, constitui naquele em que é necessário a distribuição de responsabilidade na saúde para os três Entes Federativos, no intuito de prestar serviços com maior qualidade e eficiência de forma integrada, porém da ênfase na execução de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras ao Município. (MACHADO; LIMA; WARGAS, 2009, p. 60).

O quarto princípio norteador do Sistema Único de Saúde, consiste na participação popular, no qual o indivíduo através de entidades representativas como os Conselhos de Saúde e as Conferências Nacionais de Saúde, participará do processo de avaliação e controle na execução das políticas de saúde, trazendo para mais perto da população as formas de manutenção do direito social à saúde.

Além desses princípios transcritos expressamente na Lei nº 8080/90, existe um princípio que está implicitamente inserido no art. 7º dessa legislação, o princípio da equidade, aquele no qual é necessário oferecer mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados, buscando assim reconhecer, as diferenças nas necessidades e condição de vida e saúde dos idosos, indivíduos mais vulneráveis. (GRANJA; ZOBOLI; FRACOLLI, 2013, p.3760).

Este princípio também norteia as políticas de saúde, em relação ao investimento dos recursos financeiros, visto que existe uma distribuição desigual desses recursos, onde aqueles Municípios mais pobres, que apresentam uma população mais pobre, tem uma capacidade menor de obter recursos, ocasionando assim uma menor capacidade gerencial para realizar os gastos com a população.

Somente um Estado desenvolvido economicamente, socialmente e culturalmente pode garantir medidas igualitárias de proteção a esse direito fundamental à saúde para todos os indivíduos, o Município de Salvador, encontra-se no desenvolvimento para a manutenção deste direito social.

4. NÍVEL PRIMÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

A pirâmide etária do Município de Salvador, vem sofrendo alterações ao longo dos anos, como já indicado neste artigo, trazendo obrigações de qualificar e quantificar os recursos do Estado e Município, frente as necessidades específicas da saúde, da população que está no topo da pirâmide.

Essa crescente traz como consequência a necessidade de um acesso rápido e digno ao Sistema Único de Saúde, pois a maioria dessa população idosa apresenta níveis socioeconômicos e educacionais baixos, não possuindo condições de obter um plano de saúde, ficando assim sob os cuidados da saúde pública. (DIAS, 2013).

Um das alternativas determinadas pela OMS (Organização Mundial da Saúde) para um adequado atendimento a essa população extremamente vulnerável, consiste em um efetivo desenvolvimento e investimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS). (PAIM, 2010).

Essa RAS é definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam a integralidade do cuidado”, ou seja, é composta pela integração dos três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário). (ANEXO, Portaria nº 4.279/10).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela OMS em 1978, trouxe um documento denominado Alma-Ata, onde surgiu a primeira definição da APS (Atenção Primária à Saúde).

Atualmente a Portaria nº 2.436 de 2017, do Ministério da Saúde, define as diretrizes e organizações da Atenção Básica, entende que o primeiro nível de atenção à saúde funciona como porta de entrada ao sistema, considerado um dos níveis mais importantes para RAS. Apresentando como característica principal o primeiro contato do indivíduo com o SUS, marcado por realizar consultas e procedimentos básicos, no intuito de minimizar os custos econômicos e satisfazer às demandas da população. (FIGUEIREDO, 2011, p.5).

Aponta ações de promoção, na qual promove as políticas sanitárias, acarretando na proteção, pois busca proteger a população de doenças que estão expostas e conseqüentemente a

recuperação. Ostentando como estrutura física os postos de saúde, clínicas da família, policlínicas e centro de saúde, composta por uma equipe multiprofissional, que possui um médico e enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sofrendo assim uma grande perda para a manutenção da saúde básica. (FIGUEIREDO, 2011, p.5).

Segundo dados retirados do site da Secretaria Municipal da Saúde, o Município de Salvador apresenta estratégias governamentais, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades através das 61 Unidades de Saúde da Família (USF) distribuída em todo território.

Essas Unidades, estão inseridas no primeiro nível de atenção à saúde, são responsáveis pela garantia de uma atenção integral aos indivíduos, realizando serviços como, consultas, exames e vacinação de todos os indivíduos inclusive a população idosa, além de ser responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada por área, sendo recomendado que uma equipe seja responsável por 4.500 pessoas por unidade. (MARQUES; SILVIA, 2004, p.546).

A Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, nos anos de 2013 e 2014, publicou o documento “Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de Modelo de Atenção Integral”, que apresenta como objetivo organizar e orientar o cuidado da pessoa idosa, propondo estratégias para ampliar o acesso dessa população as redes de atenção à saúde, apresentando como estratégia a distribuição igualitária por todo o território das Unidades de Saúde.

Essas Unidades apresentam formas de investimento da União, do Estado e do Município, onde mais especificamente o Município de Salvador efetua a manutenção e administração dessa Atenção Primária através de uma Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde da Pessoa Idosa (CTPSI), responsável por prover os meios para viabilizar os propósitos da Política de Saúde da Pessoa Idosa.

Partindo do princípio da integralidade, essas unidades de Atenção Primária, devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, visto que, é uma atenção centrada na pessoa e não na enfermidade, onde os profissionais de saúde estão mais próximos de seus pacientes e observando os problemas compreendidos no contexto da família e da rede social. (STARFIELD, 2002, p.55).

Segundo dados do Sistema de Pactuação dos Indicadores (Sispacto), mais de 1,8 milhões de soteropolitanos não possuem acesso a consultas, vacinação, exames, e outros serviços que são oferecidos pela Atenção Primária, valendo destacar que Salvador encontra-se em último lugar quando se fala em cobertura da Atenção Básica e penúltimo lugar quando se fala em Saúde da família. (CONASS, 2019).

Além da manutenção deste nível primário é necessário observar as prerrogativas dos outros dois níveis de atenção, o secundário e o terciário, o primeiro é responsável por oferecer um tratamento mais especializado e emergencial, já segundo é aquele que reúne os serviços de alta complexidade, como cirurgias e exames mais invasivos.

Segundo a professora Barbara Starfield, o papel da Atenção Primária, consiste em ser:

um sistema de atenção que oferece atendimento acessível e aceitável para pacientes; assegura a distribuição equitativa de recursos de saúde; integra e coordena serviços curativos, paliativos, preventivos e promotores de saúde; controla, de forma racional, a tecnologia da atenção secundária e medicamentos; e aumenta a relação custo-efetividade dos serviços. (STARFIELD, 2002, p.52).

Então pode ser observado que integralidade consiste em um dos atributos da APS, no qual é imperioso reconhecer as necessidades de saúde de cada população e os recursos que devem ser aplicados, prestando serviços essenciais e servindo como base para os outros níveis de atenção.

A população idosa necessita de todas essas prerrogativas apresentadas pelo nível de Atenção Primária, pois apresenta doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, osteoporose e mal de Parkinson, doenças que necessitam de acompanhamento e medicamentos de forma integral e periódica. (ARAUJO, 2009, p.28).

Portanto a melhor estratégia para garantir a sustentabilidade do sistema de saúde, e possibilitar o atendimento da população idosa de modo preventivo e contínuo, é um investimento do Estado nas políticas públicas no setor primário de atenção à saúde, visto que tem um papel de integrar os serviços que normalmente são fragmentados, apresentando um papel de coordenadora do cuidado.

5 GOVERNOS NEOLIBERAIS NO IMPACTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O Brasil nas últimas décadas passou por um processo de restauração de redemocratização política, onde pode ser notado por meio da CF/88 uma série de avanços sociais, dentre eles à

efetivação do direito à saúde como uma política pública, sendo um direito a ser garantido pelo Estado.

Esse dever expresso no art. 196 na CF/88, no qual o Estado deve garantir a implementação e manutenção do direito à saúde é denominado de Estado de Bem-Estar social, em que o Estado detém uma vasta área de atuação na economia e nas políticas sociais, com o objetivo de combater as desigualdades sociais. Diferentemente daquelas ideologias neoliberais que acreditam que o Estado não será capaz de administrar a saúde sozinho, em que precisa recorrer para a iniciativa privada. (BENEVIDES, 2011, p.18)

Essa ideologia neoliberal encontra arcabouço no art. 197 da CF/88, onde está expresso que uma pessoa física ou jurídica de direito privado pode fiscalizar e executar a saúde pública. O chamado “Estado mínimo”, em que pretende diminuir ao máximo a participação do Estado na economia, com o objetivo de privatizar e terceirizar os serviços públicos, além de estabelecer um teto para os gastos públicos, buscando reduzir e limitar aqueles gastos com serviços básicos, como a Atenção Primária, ou seja, os serviços podem ser efetivados de maneira isolada ou conjunta, por pessoa física ou jurídica e pelo poder público ou pela iniciativa privada. (BENEVIDES, 2011).

Essa ideologia fora associada ao discurso da necessidade de modernização do país, implementada de forma maciça pelo governo de Fernando Collor de Melo em que governou entre os anos de 1990-1992, onde apresentava como prioridade a área da economia e uma estratégia de gerenciamento dos organismos internacionais (privatização), deixando de lado a área social, que foi submetida a uma restrição orçamentaria. Porém nesse período foram aprovadas a Lei nº 8.141/1990 e a Lei 8.080/90, legislações específicas do SUS. (LIMA, 2010, p.280).

Após o impeachment de Collor, o seu Vice-presidente Itamar Franco que governou entre os anos de 1993-1994, retirou a participação da contribuição previdenciária da base de cálculo do financiamento do SUS, apresentando como seu principal financiador o Banco Mundial. Neste período foi institucionalizado a política de Programa de Saúde da Família (PSF), no intuito de dar forma a Atenção Básica, porém aparece com uma diminuição da equipe básica, contando apenas com médico, enfermeiro e o agente comunitário de saúde, pela imposição do financiador o Banco Mundial, a crise econômica que o país estava sofrendo não permitiu os avanços na área da Atenção Primária. (LIMA, 2010, p.281)

Posteriormente foi eleito como Presidente da República o ex-Ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), que modificou a estrutura do Estado, através do documento Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, definindo as diretrizes e configurações que o Estado deveria assumir, apresentando como ponto principal um modelo gerencial, que tem como característica a descentralização, onde desvia o Estado de suas funções básicas, ampliando a intervenção do setor privado. (MENEZES, 2011).

Sendo um período marcado pela proposta de criação de uma esfera pública não-estatal, que exerce funções públicas, investindo muito pouco em políticas de saúde, apesar de apresentar programas de Atenção Básica como Programas de Agente Comunitários de Saúde (PACS) e continuar com PSF, que apresentavam apenas o caráter emergencial deixando de lado os eixos de promoção recuperação e prevenção da saúde. (MENEZES, 2011).

Neste período foi criado os Polos de Capitação, Formação e Educação Permanente para os profissionais do PSF, e uma proposta de ampliação dos recursos para aqueles Municípios que se comprometessem com o PSF.

Cardoso privilegiou as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos em detrimento dos hospitais contratados, configurando uma assistência médica suplementar, um segmento com planos de saúde privados, onde o Estado começa a estruturar políticas públicas (como dedução e subsídios fiscais) para beneficiar esse setor, permitiu a entrada de convênios de planos de saúde como meio de captação adicional de recursos, ficando evidente o agravamento das desigualdades de acesso ao sistema. (LIMA, 2010, p.296).

Apresentando por outro lado uma nova forma de financiamento (criação do piso per capita e de incentivos específicos) e regulamentação na área da saúde da Atenção Básica, que foi alterado pelo “Previne Brasil”, onde será discutido posteriormente. Porém como o foco aqui era na economia, não foram superados os problemas estruturais do SUS.

Neste período a Atenção Básica não conseguiu ganhar eficiência necessária para resolver os problemas da população, pela falta de alocação de recursos, não conseguiu prestar o seu papel principal de porta de entrada do SUS.

Em seguida governo de Luiz Inácio Lula da Silva, que por um lado apresentou como proposta a manutenção das ações sociais (como o Aprender SUS, Pró-Saúde), além de ampliar a Atenção Básica através do PSF com aumento de 57% no número de equipes de saúde, o aumento dos

recursos do piso da Atenção Básica e a aprovação do Estatuto do Idoso, que detêm um capítulo específico voltado para a saúde. (MENICUCCI, 2011, p.524).

E por outro lado priorizou o interesse do grande capital, no qual propôs a criação das Organizações de Saúde e Fundações Estatais de Direito Privado, projetos que tinham o intuito de transferir as responsabilidades estatais para a esfera privada, onde recursos públicos acabavam sendo repassados ao setor privado. (ANDRADE; GAMA, 2013). O governo posterior de Jair Bolsonaro, também busca essa conservação de ideias neoliberais, como serão discutidas posteriormente.

Pode ser observado que historicamente as políticas de saúde estimularam o setor privado no Brasil e promoveram a privatização, sendo necessário superar a ideia que o Estado não detém estrutura para cumprir com a missão de manutenção do direito universal a saúde.

Portanto pode ser notado que as medidas que vem sendo tomadas demonstram clara opção pela austeridade fiscal, na qual amplia os ganhos daquelas empresas privadas, e torna instável as garantias de direitos sociais a população SUS-dependente. Essa dependência do SUS ao setor privado, o coloca em uma situação arriscada, pois o mantém refém dos posicionamentos e investimentos do setor privado, nos quais transformam a saúde do brasileiro em mercadoria, indo de encontro com a Constituição Federal.

6 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MANUTENÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O artigo 195 da Constituição Federal, prevê o princípio da diversidade da base de financiamento, em que todos os entes federativos devem dispor de recursos para seguridade social, ou seja, todos os entes federados, devem trabalhar conjuntamente para que o SUS funcione adequadamente, através de políticas públicas, que devem estar previstas no Plano Plurianual, na lei de Diretrizes orçamentarias e na lei orçamentaria, com o objetivo de manter a equidade no acesso à saúde.

Os entes através de um planejamento, tem a função de prover a política pública de Atenção Básica, que atendam às exigências de uma sociedade, de forma que mantenha uma interação entre o governo e sociedade e promova a igualdade e universalidade dos serviços de saúde, para aquelas pessoas SUS-dependentes. (MADEIRA, 2014, p.23).

Uma das políticas implementada pelo Governo Federal para a manutenção da Atenção primária, consiste na criação do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), em que apresentava como objetivo disponibilizar profissionais de saúde para

aquelas localidades de maior vulnerabilidade, como as zonas periféricas dos Municípios, recrutando médicos recém formados. Porém não se obteve grande adesão, pois a maioria dos médicos preferiam ficar em locais considerados “mais seguros”.

Posteriormente no ano de 2013, foi criado pela Presidente Dilma Rousseff, o Programa Mais Médicos (PMM), na qual tinha como objetivo contratar médicos estrangeiros para suprir a carência desses profissionais nos Municípios do interior e nas áreas periféricas localizadas nos grandes Municípios, trabalhando em sua principalmente nas UBS, pois na sua maioria eram especializados em saúde da família. Pode ser observado que tinha o intuito de manter de forma integral a aplicação do princípio da universalidade e equidade da saúde.

Porém em 2019, o Presidente da República, decidiu encerrar com PMM e criar o chamado Médicos Pelo Brasil, regulado pela Medida Provisória nº 890/2019, um programa que detém objetivos parecidos com antigo Mais Médicos, porém com algumas diferenças essenciais.

Uma das alterações que está inserida nesse programa, consiste na supressão do provimento de médicos nas periferias das grandes cidades, como Salvador, onde está localizado uma quantidade enorme de pessoas que não possuem condições financeiras e físicas para acessar à saúde.

Outra característica perversa da MP, foi criação de uma agência privada denominada de Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Essa Adaps deverá operar com valores Federais, além de apresentar plenos poderes para firmar contratos privados de serviços com pessoas físicas e jurídicas e recursos provenientes de acordos e convênios realizados com entidades nacionais e internacionais. (MIRANDA, 2019).

Deste modo servindo como porta de entrada para atendimento de planos de saúde, onde poderá dar preferência por atender as pessoas que possuem convênios em lugar daquelas que não possuem. Exibindo uma maneira de tirar do domínio público a iniciativa em relação à saúde pública, característica do Estado de bem estar-social. (SANTOS; VIEIRA, 2018, p.2311).

Portando pode ser observado que esse programa apresenta características de posicionamentos neoliberais, pois detêm como objetivo intrínsecos a privatização da Atenção Primária à saúde no SUS, adotando uma institucionalidade sob amparo do direito privado. Essas políticas devem conter estratégias institucionais que visem a proteção, promoção e a garantia da dignidade da pessoa humana, dos setores mais vulneráveis, como a população idosa.

Observando a Lei Federal nº 8.842 de 1994, que trouxe a Política Nacional do Idoso, com intuito de criar condições para promover a longevidade com qualidade de vida, colocando em prática políticas públicas para aqueles que já estão envelhecidos e para aqueles que estão envelhecendo, com o objetivo de assegurar os direitos sociais do idoso, como a saúde. (DIAS, 2013).

Posteriormente fora instituída pela portaria 2528/GM de 2016, a denominada Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), com o mesmo intuito basilar, em que busca garantir a atenção adequada e digna para população idosa brasileira, apresentando uma relação direta com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, direcionando medidas em todos os níveis de atenção à saúde, principalmente no nível primário.

Essa PNSPI apresenta como diretrizes: “a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção”. Diretrizes que devem ser observadas por todos os gestores, no intuito de manter de forma integral o acesso aos serviços de saúde pública em consonância com os princípios do SUS, visualizando o idoso com um ser que necessita de cuidados específicos e não como um simples consumidor. (DIAS, 2013).

Pode ser analisado que as propostas e diretrizes de política pública de atenção ao idoso estão bem delineadas e traçadas, cabendo aos gestores alocar significativamente os recursos na área da saúde, para que as equipes de saúde possam concretizar de forma adequada todas as suas prerrogativas apresentadas no art. 2, § 1º, da Lei nº 8.080/90 de promoção, proteção e recuperação, como forma de fomentar uma política de bem-estar social dessa população.

Uma forma de concretizar essas diretrizes no Município de Salvador, seria o investimento na rede de Atenção Primária, já que esta pretende oferecer a pessoa idosa uma organização de suporte social, sendo uma atenção humanizada, com acompanhamento integral do local em que aquele idoso está inserido, como já discutido anteriormente.

Como já demonstrando em Salvador existem apenas 61 unidades distribuídas para todos os 2.872.347 habitantes, ou seja, aproximadamente 47.087 pessoas para cada unidade, onde se recomenda apenas 4.500 pessoas por unidade, pois não realiza atendimento somente para a população idosa e sim todos os soteropolitanos. Deste modo o Município de Salvador é carente de investimento para a manutenção dessas unidades que atendem aqueles indivíduos mais vulneráveis.

O Município optou por uma política local de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, no qual esses indivíduos serão atendidos nas Unidades de Saúde da Família. O grande problema dessa política de atenção integral, consiste no aglomerado de pessoas em uma única unidade.

Como forma de solucionar esse déficit de financeiro na Atenção Básica, os Governadores da Bahia vem seguindo PROSUS desde do ano de 2013, um Programa de Fortalecimento do SUS na Região Metropolitana de Salvador, em que se caracteriza por ser um projeto de investimento, através de empréstimos realizado pelo Governo do Estado da Bahia junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), com o objetivo de melhorar as condições de saúde da população. Onde deve apoiar a organização de uma rede integrada de serviços com foco na Atenção Primária como porta de entrada para ampliar o acesso e a eficiência dos serviços do SUS. (SECRETARIA DO ESTADO, 2020).

Em uma matéria publicada pelo site do Bahia Notícia no dia 06 de maio de 2019, o Secretário de Saúde Fabio Vilas-Boas, explicou que o PROSUS:

“é um financiamento de US\$ 150 milhões para investir na atenção básica de todo o estado da Bahia, no fortalecimento e na garantia de maior eficiência através da construção de novas unidades básicas de saúde e novas policlínicas além do investimento em informações e conectividade da rede.”

Além do investimento na Atenção Primária, esse empréstimo é utilizado para o fortalecimento das entidades filantrópicas e entidades sem fins lucrativos que atuam na área de saúde e participam de forma complementar ao SUS, trazendo uma competição na oferta dos serviços de saúde

Pode ser observado que o gestor Estadual tem um foco no Município de Salvador, porém acaba pegando empréstimos que serão pagos com juros ao BID, e acabam investindo na privatização do patrimônio público dos serviços de saúde, ficando nas mão do setor privado a manutenção do direito social a saúde, mantendo a ideologia neoliberal de um “Estado Mínimo”.

7 IMPACTOS DA EC-95 NO NÍVEL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Constituição Federal no seu art. 198, § 2º, inciso I, determina que União apresenta um percentual mínimo de aplicação de recursos com ações e serviços públicos de saúde, que corresponde a 15% da Receita Corrente Líquida (RCL), já no caso dos Estados o percentual é de 12% e dos Municípios 15% do produto da arrecadação dos impostos. (MARIANO, 2019, p.262).

A Emenda Constitucional nº 95, aprovada em 2016, acaba interferindo nesse percentual, pois institui um novo regime fiscal no âmbito Federal, congelando por 20 anos os gastos da União com as despesas primárias (despesas realizadas na oferta de serviços pelo Estado e na aquisição de bens e serviços), porém manteve as despesas financeiras (aquelas despesas com juros, concessão de empréstimos, aquisição de títulos e amortização da dívida), ou seja, veda a abertura de crédito suplementar ou especial, diminuindo os gastos sociais e aumentando os gastos financeiros.

A União fica obrigada a aplicar pelo menos o mesmo valor do ano anterior acrescida do percentual de variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), ou seja, a Emenda não trouxe o percentual mínimo da saúde, alterando de 15% sobre a RCL, para o valor da receita corrente líquida de 2017, acrescida da variação do IPCA. (FUNCIA, 2019).

Essa limitação das despesas primárias do Executivo Federal, impacta diretamente nas políticas sociais realizadas pelos Municípios, principalmente na área da saúde, visto que tem o papel não apenas de complementar o dinheiro disponível nas cidades, como também levar o desenvolvimento do serviço de saúde. Cerca de 2/3 das despesas do Ministério da Saúde são transferidas para ações de Atenção Básica, média e de alta complexidade, entre outras.

Esse congelamento, apesar de ser no âmbito Federal, retira dos Governadores e dos Prefeitos a autonomia de implementar novas políticas públicas por falta de recursos, sendo obrigados a implementar políticas como o PROSUS, já que existe uma inviabilidade da sobrevivência da eficácia do SUS, pois provoca uma compressão das despesas discricionárias e nos investimentos com a Atenção Primária. (FUNCIA, 2019).

Essa diminuição do investimento na atenção básica juntamente com o envelhecimento populacional, deixa uma insegurança na manutenção do acesso a saúde no âmbito municipal, pois ainda que a população e a demanda por serviços de saúde aumentem, a aplicação de recursos federais está congelada, impedido um desenvolvimento adequado e digno do acesso à saúde para toda a população, e como consequência o aumento da procura por planos de saúde, pois essa população não quer ficar à mercê de uma saúde deficitária pela falta de investimento. (FUNCIA, 2019).

Uma das propostas do PNSPI, é justamente o provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde e a promoção da cooperação nacional da atenção à saúde da pessoa

idosa, política que foca exclusivamente na manutenção de uma vida digna dessa população. (DIAS, 2013).

Pode se afirmar que o SUS, não funciona de forma integral, pela falta de financiamento e preparo dos profissionais, e com a implementação deste dispositivo, pode sofrer danos irreparáveis à saúde da pessoa idosa, pois provoca uma compressão das despesas discricionárias, e como consequência afronta o projeto político e constituinte de 1988 atacando os direitos sociais como um todo, sabotando assim os avanços do país na implementação de um Estado de bem-estar social.

Deste modo pode ser observado que esse ajuste fiscal implementado em 2016, apresentou uma ideologia neoliberal de uma política de austeridade fiscal, que está sendo implementada dia após dia no Brasil, na qual constituiu como objetivo principal o financiamento da saúde. Forçando a redução da participação do Estado na oferta de bens e serviços à população. (MARIANO, 2019, p.280).

Portanto com insuficientes recursos a saúde pública enfrenta problemas na manutenção de seus serviços, principalmente na Atenção Primária e na remuneração de seus trabalhadores. Diante dessa realidade, a decisão pelo setor privado torna fortalecida concretizando a ideologia neoliberal de privatização.

8. GESTÃO DO SUS NO MUNICÍPIO DE SALVADOR

O direito à saúde evidenciado no art. 196 da CF/88 e nas diretrizes organizativas das Leis nº 8.142/90 e nº 8080/90, partem da premissa que a União, os Estados e os Municípios, devem garantir através de políticas públicas e econômicas à redução do risco de doenças, o acesso universal e as ações de promoção, proteção e recuperação, como exposto anteriormente neste artigo.

O artigo 4º, da Lei nº 8.080/90, apresenta os órgãos que são responsáveis pela gestão do SUS, são elas: no âmbito Federal, através do Ministério da Saúde; no Estadual, a Secretaria Estadual de Saúde; e no âmbito Municipal, a Secretaria Municipal de Saúde.

Uma das características dessa organização do SUS, é a descentralização, na qual foram criadas Normas Operacionais básicas do SUS, denominadas NOB SUS 01/91, a 01/93 e a 01/96, para tratarem de aspectos de divisão de responsabilidade entre os gestores e os critérios de transferência de recursos federais para Estados e Municípios.

Esta característica dá aos gestores municipais uma responsabilidade maior, visto que deve organizar, controlar, avaliar e executar as ações de serviços de saúde. Apresentado como base os princípios norteadores do sistema público e da gestão pública, para a manutenção local do direito universal à saúde. (MACHADO; LIMA; WARGAS, p.60, 2009).

Uma das principais funções desses gestores, em suas secretarias, é o financiamento da Atenção Primária, em que deverá garantir a aplicação de recursos próprios, realizar investimentos e realizar a aplicação de recursos Federais e Estaduais no âmbito Municipal. (MACHADO; LIMA, 2011).

Todavia em novembro de 2019, sem o aval do Conselho Nacional de Saúde (CNS), porém com a participação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), ocorreu uma alteração na forma de rateio desses recursos Federais à Atenção Primária à Saúde, a denominada “Previne Brasil” (Portaria nº 2.979). (STEVANIM, 2019).

A primeira crítica a ser feita a Portaria nº 2.979, consiste na não participação do CNS, considerado a instância máxima de deliberação do SUS, pois tem a função de fiscalizar, monitorar e deliberar as políticas públicas de saúde, além de aprovar o orçamento de saúde.

Ocorre que antes da implementação desta portaria, existia a Portaria nº 2.436 de 2017, na qual deveria ser levado em conta o número de habitantes, em que existia um componente fixo (chamado PAB Fixo), que era baseado em dados populacionais e, um componente variável (chamado de PAB variável), que era baseado no incentivo que o Município recebia quando implementava estratégias. Agora deverá ser levado em conta o número de pessoas cadastradas (capitação ponderada) e o desempenho dos profissionais de saúde, ou seja, quanto mais pessoas inscritas e quanto melhores os resultados, maiores serão os valores repassados.

Ficando as Unidades de Saúde da família sobrecarregadas de serviços, pois além de atender de forma adequada e satisfatória as pessoas da terceira idade e seus familiares, será necessário fazer o cadastramento de todos aqueles que ainda não possuem o cadastro.

De acordo com o antigo Ministro da Saúde, Luís Henrique Mandetta, o Governo Federal vai distribuir R\$ 2 bilhões a mais de recursos, para aqueles Municípios que atingirem suas metas e “melhorarem a saúde do brasileiro”. Um posicionamento que visualiza uma competição entre os Municípios e à saúde como uma mercadoria e não como um direito social.

Como já observado anteriormente a EC-95, limita o crescimento das despesas primárias do governo durante 20 anos, essa limitação vai acabar interferindo nesse repasse Federal realizado para os Municípios que realizarem o cadastramento de boa parte da sua população, já que a população continuará crescendo e envelhecendo, e os gastos com as despesas primárias permanecerá estagnado. (MARIANO, 2017, p.262).

Fica evidenciado que os gestores sem o PAB FIXO, não vão possuir recursos para manter com a Estratégia Saúde da Familiar (ESF), que está inserida no nível primário da saúde pública, composta por uma equipe multiprofissional, sofrendo assim uma grande perda para a manutenção da saúde básica, fazendo com que os gestores busquem alternativas no setor privado. (FIGUEIREDO, 2011, p.5).

Como já demonstrado anteriormente o Município de Salvador apresenta somente 61 Unidades de Saúde da Família, local em que esses profissionais estão inseridos, ficando evidente a necessidade para os investimentos com em Unidades e no pessoal, para realizar todos os serviços de forma satisfatória.

Essa ausência de uma equipe da Saúde da Família, impossibilita a manutenção das Unidades de Saúde da Família, e por consequência um escassez do acesso e acompanhamento adequando, principalmente daquelas pessoas que possuem doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, osteoporose e mal de Parkinson, doenças que afetam em sua maioria a população idosa. (ARAUJO, 2009, p.29).

Esses possíveis pacientes por não possuem um acompanhamento adequado pela falta de acesso ao SUS, não tomam os medicamentos e não realizam exames necessários para a conservação de sua saúde. Acarretando internações que poderiam ser evitadas, segundo o Sistema de Pactuação dos indicadores (Sispacto), cerca de 25% das internações poderiam ser evitadas, pelo bom funcionamento da Atenção Básica. (SECRETARIA DO ESTADO DA BAHIA, 2020)

Portanto fica demonstrado que essa portaria está ligada a uma política dos Governos anteriores de austeridade fiscal e com o posicionamento que a Emenda Constitucional de 95 trouxe, na qual reduziu o teto para despesas primárias já discutida neste artigo. É notório que ofende o princípio da saúde como direito de todos, pois afronta o princípio da universalidade, equidade e dignidade da pessoa humana, apresentado uma base focada na economia e não na manutenção do direito à saúde.

O investimento reduzido nas áreas de prevenção e assistência, característica do nível de Atenção Primária, causa uma baixa eficiência do setor da saúde, estando longe de atender a alta demanda da população soteropolitana. Portanto o investimento e a qualificação da Atenção Primária seriam vitais para a consolidação e a sustentabilidade do acesso da população idosa.

CONCLUSÃO

O crescente processo de envelhecimento e as consequentes mudanças no perfil demográfico da sociedade brasileira, produzem conforme demonstrado anteriormente, a necessidade de implementação de políticas sociais no âmbito da Atenção Primária, para o acesso da pessoa idosa.

Os posicionamentos neoliberais de privatização e terceirização, afetam diretamente no envelhecimento digno da população baiana, nos quais traz para os gestores uma problemática com investimento e financiamento do acesso desta população ao setor primário de saúde.

Essa população depende significativamente da alocação de recursos de todas as esferas governamentais, porém as ideologias trazidas pelos Governos de Collor, FHC, Lula e as mudanças de investimentos ocasionadas pela EC-95 e pelo Programa Médicos Pelo Brasil, o Município de Salvador fica em uma situação de vulnerabilidade, pois vê como forma de alternativa a contratação privada, induzindo a privatização do SUS. Nesse sentido, a ampliação dos repasses Federais e Estaduais seria crucial para a redução de desigualdades, possibilitando a autonomia da gestão municipal.

Além das mudanças do financiamento da Atenção Primária, como a Previne Brasil, que trouxe uma mudança na forma de repasse Federal para os Municípios, retirando o PAB-FIXO e implementando a capacitação ponderada, sufocando os profissionais da Atenção Primária que necessitam fazer o cadastramento de todos aqueles que ainda não foram cadastrados, além de realizar um atendimento de qualidade.

É necessário lutar pelo direito social à saúde do idoso, na construção de políticas públicas de saúde, para a manutenção do setor primário, com a observância do princípio fundamental da dignidade da pessoa humana e o princípio da universalidade e equidade do SUS, visto que esse nível de atenção serve como porta de entrada e um acesso qualificado aos demais serviços de saúde.

A Constituição Federal e a legislação ordinária abarcam princípios fundamentais que devem ser observados pelos gestores Municipais, na manutenção do acesso a saúde pública dos mais

vulneráveis, como a população idosa, precisando deixar de lado os posicionamentos neoliberais, que buscam o lucro acima de tudo e visualizam a saúde como uma mercadoria e não como um direito social, deixando de lado a ideia em que considera os idosos como uma massa de consumidores.

Portanto é necessário investimento, mudanças e inovações nos modelos de Atenção Primária à saúde da população idosa, com propostas que efetivem um envelhecer com dignidade, sem a prerrogativa de privatizar e terceirizar os serviços do SUS, com o pretexto de ser necessário pelo fato do Estado não possui recursos e alternativas para a manutenção desse Bem Estar-social. Ficando demonstrado que na verdade os recursos Federais, Estaduais e Municipais, estão indo para o setor privado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Kercia Rocha; GAMA, Joana Rita Monteiro. **VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Política de saúde e contexto neoliberal**. São Luis – Maranhão. 2013. Disponível em: [http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo16-](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo16-impasseedesafiosdaspoliticadaseguridadesocial/pdf/politicadesaudeeocontextoneoliberal.pdf)

[impasseedesafiosdaspoliticadaseguridadesocial/pdf/politicadesaudeeocontextoneoliberal.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo16-impasseedesafiosdaspoliticadaseguridadesocial/pdf/politicadesaudeeocontextoneoliberal.pdf). Acesso em: 16 de abril de 2020.

ARAÚJO, Josiane Santana. **Análise do perfil socioeconômico da demanda por assistência médica da população idosa no município de Salvador-Bahia no ano de 2009**. 2009. Monografia – Faculdade de Ciências econômicas, Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador. Orientador: Prof. Dr. Henrique Tomé da Costa Mata.

BENEVIDES, Cláudia do Valle. **Um Estado de bem-estar social no Brasil?** 2011. Tese. (Mestre em Economia) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas - Universidade Federal Fluminense - UFF. Rio de Janeiro. Orientadora: Prof^a Célia Lessa Kerstenetzky.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. **Estatuto do idoso**: Lei federal nº 10.747, de 01 de outubro de 2003, Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília.

BRASIL. Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília.

DIAS, Eliotério Fachin. O Envelhecimento populacional e o direito à saúde da pessoa idosa. **Revista jurídica direito, sociedade e justiça**. V, 1, n.1/2013. Disponível em: <https://periodicosonline.uems.br/index.php/RJDSJ/article/view/659/623>. Acesso em: 10 de março de 2020.

FIGUEIREDO, Elisabeth Nigilio de. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. 2011. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf. Acesso em: 20 de abril de 2020.

FUNCIA, Francisco. **Emenda Constitucional 95 fere o núcleo do direito à saúde**. Disponível em: <http://www.cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude>. Acesso em: 22 de abril de 2020.

GRANJA, Gabriela Ferreira; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; FRACOLLI. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 2013, v 18, n 12.

LIMA, Júlio César França. A política nacional de saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história?. In: PONTES, Carlos Fidelis; FALLEIROS (Orgs). **Na corda bamba de sobrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010, p. 279-312.

MACHADO, Cristiani Vieira ; LIMA, Luciana Dias de ; BATISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Qualificação de gestores do SUS**. 2 ed. Rio de Janeiro. 2011. Editora: EAD/ENSP/FIOCRUZ. MADEIRA, Lígia Mori. **Avaliação de Políticas Públicas**. Porto Alegre – RS: Editora UFRGS/CEGOV, 2014.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Caderno de Saúde Pública**. vol.33 Sup2. Rio de Janeiro. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00129616.pdf>. Acesso em: 19 de abril de 2020.

MARQUES, Dalvani; SILVA, Elite Maria. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso?. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2004. Brasília – Distrito Federal.

MARIANO, Cyanara Monteiro. Emenda Constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de investigação Constitucional**. Vol. 4. N 1 Curitiba 2017.

MENEZES, Debora Holanda Leite. A política de saúde brasileira: os impactos da década de 90 aos dias atuais. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**. 2011. São Luís - Maranhão. Universidade Federal do Maranhão – UFMA. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/A_POLITICA_DE_SAUDE_BRASILEIRA_OS_IMPACTOS_DA_DECADA_DE_90_AOS_DIAS_ATUAIS.pdf. Acesso em

MIRANDA, Alcides. **“Medicos pelo Brasil”: simulacro reciclado e agenciamento empresarial**. ABRASCO. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniao/medicos_brasil__bolsonaro_alcides_miranda/42108/. Acesso: 11 de maio de 2020.

MINICUCCI, Tekma Maria Gonçalves. A política de saúde no governo Lula. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo. 2011, vol 20, n 2.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS**. 2010, vol.12, n.2, p. 109-114. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 de abril de 2020.

Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

RODRIGUEIRO, Daniela Aparecida; MOREIRA, José Cláudio Domingues. O direito social à saúde na perspectiva da constituição de 1988: um direito individual, coletivo e em construção. **Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos**. Bauru, SP: Editora da Instituição Toledo de Ensino, v. 50, n. 66, jul./dez. 2016, p. 143-159.

SOUZA, Renilson Rehem de. **Construindo o SUS: A logica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidade entre as esferas de governo**. 2002. Tese. (Mestrado Administração de saúde). Universidade do Estado do Rio de Janeiro -UERJ. Rio de Janeiro. Orientador: Profª Célia Pierantoni.

STARFIEL, Barbara. **Atenção primaria: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEVANIM, Luiz Felipe. **Previne Brasil: Mudanças sem debates**. 2019. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/previne-brasil-mudanca-sem-debate>. Acesso: 20 de abril de 2020.

SANTOS, Glaucya Núbia Barros dos. Neoliberalismo e seus reflexos na política de saúde no Brasil. **7º Seminário da Frente Nacional Contra a Privatização de saúde**, Maceió, Universidade Federal de Alagoas – UFAL, 27, 28 e 29 de outubro de 2017.

SANTOS, Isabela Soares; VIREIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Revista: Ciência, saúde coletiva**, vol.23, n 7. Rio de Janeiro. 2018.

CONASS. Governo Investe em nova ferramenta de gestão para a saúde. 2019. Disponível em: <http://www.conass.org.br/governo-da-bahia-investe-em-nova-ferramenta-de-gestao-para-saude/#:~:text=Salvador%20amarga%20a%20%C3%BAltima%20posi%C3%A7%C3%A3o,n%C3%BAmeros%20v%C3%AAm%20despencando%20na%20capital>. Acesso em:15 de abril de 2020.