

OS IMPACTOS DA PRECARIZAÇÃO DO SUS NA EFETIVAÇÃO DAS POLÍTICAS EM SAÚDE**THE IMPACTS OF PRECARIZATION OF SUS ON THE EFFECTIVENESS OF HEALTH POLICIES**

Rayane Pereira Bacurau¹
Francisco Bacurau Bento²

RESUMO

Com a reestruturação produtiva, o mundo do trabalho passou por um conjunto de mudanças que possibilitou novas configurações nas relações laborais, como a precarização e a fragilização dos vínculos de trabalho. No Brasil, com a adoção de uma política neoliberal, foi possível observar um movimento contrário aos direitos conquistados, em que um conjunto de mudanças no papel do Estado refletiu em um processo de precarização do Sistema Único de Saúde (SUS). Diante disso, o presente artigo visa analisar os possíveis efeitos da precarização dos vínculos laborais e do desmonte do SUS na concretização das ações em saúde. Mediante uma revisão de literatura do tipo narrativa, buscou-se compreender elementos encobertos por práticas e mudanças nas relações de trabalho e na legislação. O que se evidenciou foram processos de precarização do serviço do SUS, fragilizando a política pública de saúde e deixando os usuários desguarnecidos.

PALAVRAS-CHAVE: Desmonte do Sus, Precarização do Trabalho, Mercantilização da saúde, SUS.

ABSTRACT

With the productive restructuring, the world of work went through a set of changes that enabled new configurations of work relations, such as the precariousness and weakening of work bonds. In Brazil, with the adoption of a neoliberal policy, it was possible to observe a movement contrary to conquered rights, where a set of changes in the role of the State reflected in a precarious process of the SUS. Therefore, this article aims to analyze the possible effects of precarious employment relationships and the dismantling of the SUS in the implementation of health actions. Through a narrative literature review, we sought to understand elements covered by practices and changes in labor relations and legislation. What was evidenced were processes of precariousness of SUS service, weakening the public health policy and leaving users unattended.

KEYWORDS: Sus Dismantling. Precariousness of Work. Commodification of health. SUS.

*Artigo recebido em 12/10/2021 e aprovado em 18/06/2022

¹ Formada em Psicologia pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Regional do Cariri. Psicóloga da Secretaria de saúde do município de Crato. E-mail: rayanebacurau@gmail.com

² Formado em Direito pela Universidade Regional do Cariri. Especialista em Direito e processos do trabalho pela Centro Universitário Dr. Leão Sampaio. Especialista em Docência do Ensino Superior pela Unijuazeiro. Advogado do Sindicato dos Empregados do Comércio da cidade de Crato e Juazeiro do norte. Professor do Curso de Contábeis - Unijuazeiro/Uninassau. E-mail: franciscobacurau@leaosampaio.edu.br

1 INTRODUÇÃO

O serviço de saúde pública instaurado pela Constituição Federal de 1988, entre o período de 1980 a 2000, representa uma conquista advinda de lutas sociais e possui sua relevância especialmente pelo caráter universal que ela possui (RODRIGUES, 2017). Em paralelo a essa conquista no Brasil, ocorreu o avanço do modelo neoliberal em escala mundial, que promoveu uma redefinição do papel do Estado no contexto brasileiro, caminhando de forma antagônica aos direitos conquistados, gerando impactos no universo dos trabalhadores em saúde no Brasil, em especial os da atenção primária, e também na efetividade da assistência prestada à população.

Algumas das mudanças que ocorreram no Sistema Único de Saúde (SUS) se deram no âmbito da organização do mundo do trabalho. Conforme Antunes (2005) infere, há um processo de desqualificação do trabalho, perdas de direitos causados especialmente por uma fragilização das relações de trabalho, afetando a estabilidade profissional e a duração de seus vínculos.

Sobre as mudanças ocorridas no trabalho do setor saúde, Rodrigues (2017) e Souza (2017) salientam que o trabalho em saúde sofreu expansão, possibilitando o ingresso de novos trabalhadores no setor. Porém, conforme as autoras expõem, esse crescimento efetivou-se por meio do uso de terceirização e subcontratação, instaurando um processo de precarização das relações de trabalho na Atenção Primária à Saúde.

Entretanto, essas não foram as únicas transformações ocorridas no SUS que nos últimos anos vem sofrendo um conjunto de cortes orçamentários e uma reorganização dos direcionamentos de sua política, impactando na execução de suas atividades e na população assistida.

Reconhecendo a relevância desse serviço e o estado de precarização do SUS, faz-se necessário refletir como os processos de precarização e desmonte do SUS impactam na prestação de assistência à população, considerando que o serviço de saúde deva ocorrer conforme os princípios e diretrizes apontadas pelo Sistema Único de Saúde na Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.

Para isso, a presente pesquisa buscará analisar os possíveis efeitos da precarização e dos desmontes realizados mediante as mudanças na gestão e na legislação na concretização das ações em saúde e seus impactos sobre a população usuária do Sistema Único de Saúde.

Esta pesquisa originou-se de questionamentos levantados durante os módulos da pós-graduação em Saúde da Família, mostrando-se relevante por proporcionar uma análise do funcionamento do Sistema Único de Saúde, buscando compreender elementos encobertos por práticas cotidianas nas relações de trabalho e na organização do Sistema Único de Saúde que tenham impactos nos processos e precarização do serviço da mesma, além de suas repercussões sobre a população assistida, bem como favorecer a ampliação da literatura relacionada às discussões sobre saúde pública.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa se trata de uma revisão de literatura do tipo narrativa, que de acordo com Cordeiro (et al., 2007) possui uma gama de assuntos mais aberta comparando-a à do tipo sistemática. Suas fontes utilizadas não são pré-determinadas e específicas, tornando-se reiteradamente com uma abrangência menor.

A investigação tem caráter qualitativo pois, a pesquisa enfoca na compreensão dos significados dos fenômenos sociais, buscando trabalhar com um nível de realidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 2001). Quanto aos procedimentos técnicos, caracteriza-se como bibliográfica, pois utiliza fontes de dados já existentes na literatura a respeito do assunto (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A investigação proposta, possui natureza de pesquisa básica em que a categoria se define pela produção de conhecimentos novos e úteis para avanços científicos sem aplicação prévia, corroborando a finalidade proposta do trabalho em aprofundar o conhecimento perante a temática (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Tem-se como classificação quanto ao objetivo o modelo de caráter descritivo, que segundo Gil (2002), permite realizar um detalhamento sobre características referentes a uma população ou fenômeno, assim como, identificar a presença de fatores relacionais entre as variáveis estudadas.

3 MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO E SUAS REPERCUSSÕES NOS VÍNCULOS LABORAIS DA SAÚDE PÚBLICA

O debate sobre as transformações contemporâneas no mundo do trabalho está associado em essência ao processo de reestruturação produtiva que teve seu início nos anos 70, mas que nos países periféricos como o Brasil seu processo se deu em torno dos anos 80-90. Este processo foi marcado por uma passagem de um modo de acumulação taylorista-fordista para uma acumulação flexível no contexto da globalização, culminando em um processo de flexibilização e precarização das relações de trabalho (NARDI, 2006).

Conforme Antunes (2008), o setor público também passou por um significativo processo de reestruturação, no qual se subordinou a máxima da mercantilização tendo como resultado uma intensificação nas formas de extração do trabalho, uma ampliação das terceirizações, entre outros processos.

No Brasil, uma orientação embasada no modelo neoliberal tem início nos anos 90, durante a gestão do presidente Fernando Collor de Melo, período de direitos constitucionais recém-instituídos, marcado por uma profunda redução de gastos estatais com direitos sociais, culminando como exemplo

dessas transformações nos processos de privatização, alterações na legislação trabalhista e previdenciária (RODRIGUES, 2017).

Dentre as transformações ocorridas no Brasil, Lamarca (2009), aponta que a Emenda Constitucional 19/98 promoveu uma verdadeira reforma administrativa na proposição da Constituição Federal de 1988, impactando no Regime Jurídico Único, fornecendo estabilidade apenas aos servidores que ingressaram mediante concurso público, estabelecendo um fim na isonomia de remunerações, permitindo a utilização de contratos de gestão e a criação de fundações governamentais de direito privado.

A implantação da Emenda Constitucional 19/98 permitiu também o ingresso de pessoas no serviço público sem a obrigatoriedade de um concurso, favorecendo aos mais variados tipos de vínculos temporários (SOUZA, 2017).

Assim, conforme as ideias expostas, é possível observar que essas mudanças criaram uma diferença significativa entre os trabalhadores, pois pode-se ter vínculos diferentes convivendo no mesmo espaço, realizando as mesmas tarefas e obtendo retornos diferentes.

Posteriormente, nos anos de 1999 a 2002, no segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso, ocorreu também a contenção de gastos e uma forte orientação fiscal que culminou na criação da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal, que estabeleceu um teto de gastos com pessoal em relação à receita líquida de cada ente federativo (LAMARCA, 2009). Junto desta, ocorreu respectivamente o estabelecimento de contratação de pessoal mediante terceirização, pois esse tipo de contratação não seria contabilizado dentro dos gastos com pessoal, sendo nomeados como “Outras despesas com pessoal” e assim, mediante processo, possibilitou a contratação de trabalhadores para suprimento do quadro profissional nos mais diversos setores públicos, implantando desta forma um modelo de contratação que vem crescendo até hoje (RODRIGUES, 2017).

No governo Lula, no período de 2004-2005, às Emendas Constitucionais 46 e 47 foram efetivadas, culminando assim na reforma previdenciária e recentemente em 2012, no governo Dilma, ocorreu o estabelecimento da previdência complementar para o servidor público, fazendo com que os trabalhadores que adentraram ao serviço público a partir deste período não tivessem a aposentadoria integral, restando aos mesmos recorrer a uma previdência complementar para alcançar o mesmo teto (SOUZA, 2017).

Mais recentemente, durante o governo Temer, houve a aprovação da Emenda Constitucional EC 95 que gerou o congelamento dos gastos primários públicos em 20 anos e juntamente ocorreram mudanças na Consolidação das Leis Trabalhistas pela lei nº 13.467/2017 e 13.429/2017, na qual se abriu margem para a terceirização e contrato temporário, impactando nas condições e na execução do trabalho na atenção básica (BOTELHO; RODRIGUES, 2019; DAMASCENA; DO VALE, 2020).

Diante do que foi exposto é possível observar que ao longo dos anos no Brasil, as mudanças que aconteceram no mundo do trabalho foram gradualmente abrindo margem para a existência de uma

redução de investimento no setor público incluindo a área de saúde e possibilitando variados tipos de vinculação trabalhista, que possibilitaram formas de contratação que podem impactar na continuidade do trabalho a longo prazo na área de saúde pública.

4 OS IMPACTOS DA FRAGILIZAÇÃO DAS VINCULAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde surge em um período de movimento popular baseado nas ideias da reforma sanitária, embora a tendência mundial seguisse caminhos mais neoliberais. Conforme Verde, Bernardo e Bull (2013), a criação do SUS representa uma derrota do modelo neoliberal. Entretanto, os mesmos autores observam que dentro da Constituição que marca sua criação, há indícios de uma política neoliberal privatista, quando no art. 199, vê-se a possibilidade da participação privada de forma complementar e inferem que isto possibilitou a inserção das Organizações Sociais de saúde (OSS).

Em relação ao mercado de trabalho em saúde, Rodrigues (2017) observa que houve uma grande tendência de crescimento nesta área, porém o fenômeno foi acompanhado de um aumento nas contratações mediadas por mecanismos flexíveis de vinculação.

Teixeira, Martins e Silva (2008), entendem que as relações de trabalho no setor público brasileiro foram marcadas por fortes mudanças advindas de um contexto de reestruturação produtiva e de revisão do papel do Estado, que introduziu novas regras, práticas e processos de trabalho no setor público brasileiro.

Ademais, os mesmos autores inferem também que distintas formas de incorporação de gestão têm aumentado a diferenciação entre os trabalhadores nas instituições de saúde, onde o desafio reside em gerir trabalhadores sobre regras de estabilidade versus regra da flexibilidade.

Pialarissi (2017), indica que a precarização do trabalho estaria relacionada à falta de regulamentação e perdas de direitos trabalhistas e sociais gerados por métodos de informalização dos vínculos, intensificação da jornada laboral, redução salarial, a descontinuidade do trabalho, entre outros fenômenos.

Diante disso é importante observar que a precarização do serviço de saúde gera perdas na qualidade do serviço ofertado à população, deficiências na estrutura física dos espaços, no projeto de gestão e nos recursos humanos, causando a insatisfação e insegurança dos usuários do serviço e dos profissionais, bem como a instalação de uma exclusão de um gozo de direitos trabalhistas a uma parcela de trabalhadores, gerando incertezas, pressões, tensões e aprofundamento das desigualdades que culminam em transformações de comportamentos, fomentando condutas inadequadas (PIALARISSI, 2017).

Quando direciona a análise ao trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), Rodrigues (2017) caracteriza a APS como uma estratégia de organização da saúde, que de forma regionalizada, sistematizada e contínua responde às necessidades da população com ações preventivas e curativas.

A autora supracitada ainda complementa que a APS se estrutura em torno da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e que com isso houve a necessidade de expansão do número de profissionais em todo país, onde por causa do modelo neoliberal adotado no contexto brasileiro, a maior parte dos profissionais das ESFs foram admitidos por contratos temporários de empresas terceirizadas, intituladas de Organizações Sociais.

Conforme Frank et al. (2015), um dos principais atributos da Atenção Primária à Saúde e conseqüentemente para a Estratégia de Saúde da Família é a longitudinalidade do trabalho que busca promover o acompanhamento dos usuários do serviço ao longo do tempo. No entanto os autores observaram em sua pesquisa de avaliação da longitudinalidade nas unidades de Atenção Primária à Saúde, que a rotatividade de profissionais neste serviço dificulta a vinculação com a população.

Rizzo e Lacaz (2017) com base nas pesquisas realizadas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS) respectivamente em 2001/2002 e 2005, informam que os trabalhadores que se encontravam inseridos no Programa Saúde da Família estavam em condições precárias de trabalho e que os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), possuíam vínculos laborais precários, estando desprotegidos pela Legislação Trabalhista. Observou ainda que a Estratégia de Saúde da Família liderava os índices de contratação temporária, informal, celetista, entre outros meios informais de contratação.

Tesser e Norman (2014), afirmam que a ESF se encontra precarizada, pois existe uma desarticulação das redes integradas, um excesso de demandas, a presença ainda forte de um modelo biomédico, médicos sem formação específica para atuar na área de saúde da família e em equipe, a falta de capacitação e a dificuldade do acesso a ESF pelos usuários.

Segundo os mesmos autores supracitados, esses elementos apontam que no campo da implantação e legitimação da APS/ESF a mesma se encontra desguarnecida de pessoas que estejam envolvidas no desenvolvimento de uma Atenção Primária à Saúde forte, acessível e universal.

Para Pialarissi (2017), o Estado tem oferecido um serviço público extremamente deteriorado, no qual a precarização dos profissionais que compõem o SUS está relacionada à redução dos números de funcionários público estatutários, baixos salários, terceirização, desqualificação e ausência de treinamento, relações de trabalho que geram insegurança na manutenção do emprego, entre outros elementos que compõem o processo de precarização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, diante do processo de precarização do trabalho no SUS, Rizzo e Lacaz (2017) apresentaram as medidas criadas pelo governo para lidar com a problemática da precarização, que veio por meio da portaria Nº 2.692 GM/MS de 2004, do Programa de Desprecarização do Trabalho no SUS

(DesprecarizaSUS), objetivando o cadastramento, monitoração, dimensionamento e estipulação dos aspectos referentes à precarização do SUS, promovendo a elaboração de Planos de Cargos, Carreira e Salários (PCCS) e promoção da realização de concurso público nas três esferas do governo.

5 DESASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Os impactos de uma política neoliberal sobre as contratações de profissionais de saúde, a forma precária que tem ocorrido na inserção laboral deles e a execução da política de saúde sobre a população assistida, tornam necessário a observação das repercussões que tais mudanças provocam sobre o SUS. Conforme apontam Botelho e Rodrigues (2019), com a mudança presidencial que ocorreu no ano de 2016, com o estabelecimento da Emenda Constitucional 95 e as alterações na Consolidação das Leis Trabalhistas em 2017, foi possível observar uma mudança nas políticas sociais mediante uma redução orçamentária, alteração na gestão e na organização dos serviços.

Silva, Santos e Correia (2021), afirmam que durante o governo Temer houve como proposição para solução dos problemas do SUS a ampliação do setor privado de saúde mediante algumas propostas como a criação dos Planos de Saúde Acessíveis. Agenda que gera um processo de desmonte do SUS, Campelo e Paiva, et al. (2021) afirmam que para que a expansão do mercado privado em saúde possa ocorrer, se faz necessário a precarização do serviço público de saúde.

Silva, Santana e Latocarra, (2021, p. 56-57) ao aprofundarem o debate sobre a judicialização da saúde observam que:

(...) os maiores usuários dos instrumentos legais para acesso ao Direito à Saúde são também os que não possuem condições financeiras de arcar com planos de saúde suplementar, que lhes garantam uma cobertura satisfatória, desse modo, é possível fazer um recorte de raça, de gênero e de classe dos que mais demandam na Justiça o Direito à Saúde. Tal afirmativa é corroborada pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) feita em 2019, que indica que os principais usuários do Programa de Atenção Primária de Saúde (APN) são: 69,3% mulheres, 60,9% pretos ou pardos e 64,7% dos usuários de APS possuem renda per capita inferior a um salário mínimo. Com o aumento dos custos com Saúde, bem como a baixa qualidade de vida atual, a necessidade pela judicialização da Saúde entra em ascendência, uma vez que cada vez mais aumenta o número de usuários do SUS; segundo dados da PNS de 2019, 71,5% dos brasileiros, ou seja, mais de 150 milhões de pessoas dependem do Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamento.

Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), afirmam que o Conselho Nacional de Saúde repudiou a proposta dando ênfase aos impactos no princípio da integralidade, uma vez que esta proposta representa um retrocesso ao papel do Estado na garantia do serviço de saúde, além de apontar para as várias restrições de cobertura que esta proposta apresenta.

O autores supracitados também afirmam que entre as demais propostas para a atenção básica, observa-se um rompimento com a centralidade da Saúde da Família como estratégia de organização da

atenção básica, possibilitando o financiamento, o rearranjos das equipes multiprofissionais, a redução de carga horária de 40 horas semanais para 10 horas semanais e também a diferenciação de ações e serviços em essenciais e ampliados, focalizando o serviço a populações mais vulneráveis ofertando o mínimo a população.

Ademais, houve também mudanças na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), nas quais foi dada maior ênfase aos hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, expansão de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Tais iniciativas caminham na contramão da reforma psiquiátrica brasileira e da luta antimanicomial (BRAVO, PELAEZ E PINHEIRO, 2018; CAMPELO E PAIVA, ET AL. 2021).

Entre as principais medidas da gestão Bolsonaro que impactam na política de saúde, destacamos: (i) mudança do organograma do Ministério da Saúde, com a exclusão da Secretaria de Gestão Estratégica, cuja função era a gestão da participação e do controle social; (ii) alterações na RAPS, da política de saúde mental, dando continuidade às medidas do governo Temer, com a inserção das comunidades terapêuticas, hospitais psiquiátricos e ambulatórios psiquiátricos, abrindo espaço, inclusive, para a aquisição de aparelhos de eletrochoque; (iii) criação do Programa Médicos pelo Brasil e da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde (Adaps), contribuindo para a privatização e a terceirização da gestão de serviços de saúde na atenção básica e na formação continuada de profissionais de saúde; (iv) instituição do Previne Brasil, que reestrutura o financiamento da atenção básica, com graves consequências em termos de flexibilização, precarização e privatização, das quais podemos destacar o fim dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASFs) como modelo estruturado na esfera federal para a atenção básica (CAMPELO E PAIVA, ET AL. p. 70, 2021).

Segundo os autores citados acima, as medidas provocam uma repercussão na vida de todos os usuários do Sistema Único de Saúde, inclusive na população idosa, que é considerada onerosa para ambos os setores. Isto culmina por afetar os idosos no seu direito de acesso à saúde.

Dessa forma, é possível observar o que Ferreira (2018) e Silva, Santana e Latocarra (2021) apontam, que a mercantilização da saúde ocorre nos diversos âmbitos como exemplo, mediante as terceirizações, nos repasses financeiros às empresas privadas que fornecem a gestão dos serviços, nas indústrias farmacêuticas, nas OS's, as Fundações estatais de direito privado, etc.

Como consequência a agenda continuísta Temer-Bolsonaro, Botelho e Rodrigues (2019), apontaram que é possível observar uma alta na mortalidade infantil, um aumento das pessoas em situação de pobreza e desemprego.

Na pesquisa de Verde, Bernardo e Bull, (2013), foi observado que o processo de precarização do trabalho no SUS teve repercussões no planejamento do trabalho. Pois diante da possibilidade de descontinuidade dos trabalhadores em seu vínculo laboral, poderia gerar desassistência à população atendida.

Segundo Silva, Santana e Latocarra (2021), a corrosão do SUS é um problema que ocorre há anos e que teve no governo Bolsonaro seu aprofundamento. Conforme os mesmos autores, durante a pandemia da COVID-19 junto com o neoliberalismo e o mercantilismo da saúde, foi possível observar

como as mudanças na organização, gestão e financiamento do SUS culminaram por propiciar um contexto de colapso da rede pública e privada de saúde e uma acentuação dos problemas sociais. O SUS representa uma conquista legal de uma luta social por um sistema de saúde universal, equitativo e integral. Entretanto, o que se vem observando são esforços de diferentes direções que favorecem um processo de precarização, fragilização e mercantilização desta política pública.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças no papel do Estado brasileiro foram de encontro a um conjunto de conquistas alcançadas nos anos 80. A redefinição da atuação estatal possibilitou o surgimento de novas formas de inserção de funcionários públicos mediante processos de flexibilização. Ao longo do tempo também ocorreram mudanças nos processos de construção e financiamento do SUS que apontam para um processo de desmonte dessa política pública ocorrendo em diversas vias.

Esse conjunto de transformações gerou impactos diretos na construção, por exemplo, da Atenção Básica à Saúde, que se constituiu em cima de processos de flexibilização dos vínculos laborais favorecendo os processos de precarização do SUS.

Atualmente com a Emenda Constitucional 95, alterações na CLT e previdência social, entre outros, favorecem os processos de precarização dos trabalhadores da área de saúde pública e conseqüentemente o desmonte do Sistema Único de Saúde.

Essas modificações geraram um processo de fragilização dos vínculos, uma diminuição dos direitos trabalhistas e como consequência, impactos no trabalho ofertado à população através do SUS. Sendo que esta política de saúde representa um direito constitucional conquistado pela população.

Ademais, com a mudança de governo no ano de 2016, um conjunto de propostas começou a ser implantado possibilitando uma maior participação do setor privado na prestação dos serviços de saúde, pautando-se na justificativa de ser uma solução para os problemas enfrentados pelo SUS para realização do que é previsto em lei.

Na prática tais propostas impactam diretamente nos princípios e diretrizes fundamentais do Sistema Único de Saúde e de seus programas que sustentam sua organização. A precarização das relações laborais interfere no atributo da longitudinalidade do serviço na atenção básica, pois as mais variadas formas de contratação permitem a rotatividade de profissionais e a descontinuidade de projetos de trabalhos executados na equipe.

A sugestão de Planos de Saúde acessíveis afeta a universalidade, uma vez que o acesso fica restrito a quem pode pagar. Interfere também na integralidade do serviço, uma vez que os serviços ficam

limitados aos planos de cobertura escolhidos, limitando assim, o cuidado apenas aos serviços pagos pelos usuários.

O contexto da pandemia da COVID-19 escancarou os efeitos dos anos de precarização e desmonte do SUS e seus impactos sobre a população, tornando evidentes os efeitos de tais processos que culminaram em impactos na população assistida por essa política. Ademais, essa problemática aponta também para a necessidade de um trabalho de defesa organização e demanda de financiamento desta política sem a terceirização de uma responsabilidade que cabe ao Estado.

7 REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **A desertificação neoliberal no Brasil** (Collor, FHC, Lula). 2 ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2005.

ANTUNES, R. Afinal quem é a classe trabalhadora de hoje? **Revista da Rede de Estudos do Trabalho**, Ano II, n° 3, 2008.

BATISTELLA, R. R. C.; MOROSINI, M. V. C.; LIMA, J. C. F.; CHINELLI, F., **O trabalho no mundo contemporâneo: contradições e desafios para a saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017, cap. 2, p. 67- 87.

BOTELHO, M. P. O.; RODRIGUES, F. Saúde, serviço social e democracia: notas sobre a atual conjuntura e os desafios para a prática profissional da (o) assistente social na saúde. **16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília, DF: 2019.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 13 de jun. de 2018.

BRASIL. Resolução n° 510 de 07 de abril de 2016. **Diário Oficial da União n° 98**, 24 de maio de 2016. Sessão 1, Página 44, 45 e 46.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Rev. Argum.**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

CAMPELO E PAIVA, S. O; SOARES, R. C; BENEDITO, J. C; COSTA, N. M; CAVALCANTE, P. F. Desigualdade, Envelhecimento e Saúde no tempo de contrarreformas: da Magnitude à Desproteção Social no Brasil. **Rev. Kairós-Gerontologia**, 24 (Número especial 30, “Covid-19 e Envelhecimento II”), 65-82, 2021.

CORDEIRO, Alexander Magno et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 428-431, Dec. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010069912007000600012&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Aug. 2020>.

DAMASCENA, D. M. VALE, P. R. L. F. Tipologias da precarização do trabalho na atenção básica: um estudo etnográfico. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n.3, 2020, e00273104. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00273>

FERREIRA, D. M. A mercantilização da política de saúde brasileira: análise do fundo público no período neoliberal. **VI seminário CETROS crise e mundo do trabalho no Brasil: desafios para a classe trabalhadora**, 2018.

FRANK, B. R. B.; VIEIRA, C. S.; ROSS, C.; OBREGÓN, P. L.; TOSO, B. R. G. de O. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. Rev. **Saúde Debate**, Vol. 39, Nº 105, Rio de Janeiro, abr.- jun. 2015.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo, SP: Atlas, 2008.

LAMARCA, I. C. S. A. **Reformas administrativas e políticas de incorporação da força de trabalho no Governo Central Brasileiro (1995-2006)**. Rio de Janeiro: s.n., 2009.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes Limitada, 2001.

NARDI, H. C. **Ética, trabalho e subjetividade**: trajetórias de vida no contexto das transformações do capitalismo contemporâneo. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

PIALARISSI, R. Precarização do Trabalho. **Rev. Adm. Saúde**, Vol. 17, Nº 66, jan. – mar. 2017.

PRODANOV, C. C. FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <<http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/Ebook%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>>. Acesso em: 21 de agosto de 2020.

RIZZO, T. P.; LACAZ, F. A. de C. Limites dos Planos de cargos, carreiras e salários para desprecarização das Relações de Trabalho no SUS. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 399-420, maio/ago. 2017.

RODRIGUES, C. dos S. **O trabalho na atenção primária à saúde e a lógica do capitalismo tardio**: a precarização como questão bioética, 2017.

SILVA, J. J. L; SANTOS, V. M. dos; CORREIA, M. V. C. Política de saúde e desmonte dos SUS. **Rev. Ser Social alimentação, Abastecimento e Crise**. Brasília, v. 23, n. 48, janeiro a junho de 2021.

TEIXEIRA, M.; MARTINS, M. I. C.; SILVA, V. Novos Desenhos Institucionais e Relações de Trabalho no Setor Público de Saúde no Brasil: as Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado. **Rev. Trabalho em Saúde, Desigualdade e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro, p. 89–99, 2008.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.3, p.869-883, 2014.

VERDE, F. F.; BERNARDO, M. H; BÜLL, Sandra. Trabalho e Precarização na Saúde. **Rev. Estudos Contemporâneos e Subjetividade**. V. 3, N. 1, p. 18-31, 2013.