

CONTRARREFORMA, INTELLECTUAIS E SERVIÇO SOCIAL: AS INFLEXÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE



Alessandra Ximenes da Silva
Mônica Barros da Nóbrega
Thaísa Simplício Carneiro Matias
(Organizadoras)



Universidade Estadual da Paraíba

Prof. Antonio Guedes Rangel Junior | *Reitor*

Prof. Flávio Romero Guimarães | *Vice-Reitor*



Editora da Universidade Estadual da Paraíba

Luciano do Nascimento Silva | *Diretor*

Antonio Roberto Faustino da Costa | *Diretor-Adjunto*

Conselho Editorial

Presidente

Luciano do Nascimento Silva

Conselho Científico

Alberto Soares Melo

Cidoval Moraes de Sousa

Hermes Magalhães Tavares

José Esteban Castro

José Etham de Lucena Barbosa

José Tavares de Sousa

Marcionila Fernandes

Olival Freire Jr

Roberto Mauro Cortez Motta



Editora filiada a ABEU

EDITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Rua Baraúnas, 351 - Bairro Universitário - Campina Grande-PB - CEP 58429-500
Fone/Fax: (83) 3315-3381 - <http://eduepb.uepb.edu.br> - email: eduepb@uepb.edu.br

Alessandra Ximenes da Silva
Mônica Barros da Nóbrega
Thaísa Simplício Carneiro Matias
(Organizadoras)

**CONTRARREFORMA, INTELECTUAIS
E SERVIÇO SOCIAL:
AS INFLEXÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE**



Campina Grande - PB
2017

Copyright © EDUEPB

A reprodução não autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

A EDUEPB segue o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil, desde 2009.

Editora da Universidade Estadual da Paraíba

Luciano do Nascimento Silva | **Diretor**

Antonio Roberto Faustino da Costa | **Assistente editorial**

Cidoval Moraes de Sousa | **Assistente editorial**

Design Gráfico

Erick Ferreira Cabral

Jefferson Ricardo Lima Araujo Nunes

Leonardo Ramos Araujo

Comercialização e distribuição

Danielle Correia Gomes

Laysy Ingrid Batista Belo

Divulgação

Zoraide Barbosa de Oliveira Pereira

Revisão Linguística

Antônio de Brito Freire

Elizete Amaral de Medeiros

Normalização Técnica

Jane Pompilo dos Santos

Depósito legal na Biblioteca Nacional, conforme Lei nº 10.994, de 14 de dezembro de 2004

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

C764

Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde [Livro eletrônico]/ Alessandra Ximenes da Silva, Mônica Barros da Nóbrega, Thaísa Simpício Carneiro Matias (organizadoras). Campina Grande: EDUEPB, 2017.

3.184 kb 448p.:il.

Modo de acesso: Word Wide Web <http://www.uepb.edu.br/ebooks/>

ISBN 978-85-7879-473-6

ISBN EBOOK 978-85-7879-474-3

1. Gestão pública. 2. Política de saúde. 3. SUS. 4. Gestão da saúde. 5. Serviço social brasileiro. 6. Reforma sanitária brasileira. 7. Políticas sociais. 8. Neoliberalismo. I. Silva, Alessandra Ximenes da. II. Nóbrega, Mônica Barros da. III. Matias, Thaísa Simpício Carneiro. IV. Título.

21. ed. **CDD 351**

PREFÁCIO

“O SUS é nosso, ninguém tira da gente, direito garantido não se compra e não se vende!”

O BRADO ACIMA É CONHECIDO POR QUEM VEM PARTICIPANDO DOS atos em defesa da política pública de saúde brasileira, pois tem sido incansavelmente cantado por militantes dos fóruns estaduais e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

Quem diria que ao completar 30 anos de existência teríamos que estar nas ruas defendendo a manutenção do Sistema Único de Saúde (SUS) e não a sua ampliação como almejavamos já na promulgação da carta magna de 1988?

O SUS trata-se de uma estratégia da Reforma Sanitária Brasileira, fruto da articulação de profissionais da saúde e da população, pela afirmação do direito humano à saúde, portanto, pela constituição de um sistema marcado pela integralidade, universalidade do acesso e concepção ampla de saúde.

A constituição do movimento sanitário, desde as suas origens e, especialmente os caminhos para constituição do SUS e na sua implantação em vários municípios, foi marcada por uma diversidade de pensares, mas que em comum apontava para o resgate da imensa dívida social do Estado brasileiro com a maioria de sua população e, portanto, a defesa do SUS conforme inscrito na Constituição Federal de 1988 como horizonte em comum.

Os caminhos pós 1990 com derrocada do socialismo real e, aparentemente, com o fim das utopias e de um projeto civilizatório de esquerda abriu espaço para a circulação de ideais que criticavam a totalidade

e a razão emancipatória, emergindo assim um amplo leque de teorias da pós-modernidade e também para o irracionalismo. Essas perspectivas tiveram fértil solo na universidade asséptica que a ditadura militar legou para o país. E invadiram diferentes campos do conhecimento. E campo da saúde pública não passou incólume a isto.

Aliado ao ambiente pós-moderno na produção de conhecimento, também ocorreu, a partir da década de 1990, a hegemonia ideológica do projeto neoliberal. Em nome do falso consenso de quebra do Estado e, conseqüentemente, da diminuição dos recursos, o SUS se viu diante do discurso da defesa da focalização desde a sua implementação. Portanto, submetido a uma briga com outras áreas do Estado por verbas, bem como vivendo pressões para estabelecimento de “prioridades” dentre as ações e serviços de saúde a serem prestadas à população. Junto com isso periodicamente emergiram e emergem propostas “mirabolantes” de gestão da força de trabalho. Seja cooperativa, fundação, organizações sociais e etc., todas essas estratégias partem do discurso de que o problema do SUS são seus trabalhadores e a gestão. Sempre apontam para a privatização da gestão do serviço de saúde, por meio da contratação de instituições privadas para a gestão da saúde, sem controle social democrático sobre os recursos e com redução dos direitos trabalhistas para os que laboram no SUS.

Assim, foi se constituindo processualmente uma ideologia entre aqueles que afirmam defender o SUS, e por vezes também se identificam com o movimento sanitário, da importância de se flexibilizar a proposta da reforma e/ou, mais diretamente do SUS. Sem recurso (e possivelmente sem convicção concreta da importância da Reforma Sanitária) começaram na última década a ter mais ênfase discursos, não apenas de combate ao SUS, que esse sistema de saúde é importante, mas que precisa ser adaptado à realidade. Tal adaptação, às vezes implícita e outras vezes cristalinamente, recupera: a focalização, a quebra da universalidade do acesso, a privatização da gestão, a flexibilização dos direitos dos trabalhadores/as do SUS, a ênfase na doença e não na concepção ampla de saúde, etc.

É na contracorrente dessa defesa equivocada, tanto de combate ao SUS como a de que defende cortes em sua proposição constitucional, que esse livro se inscreve. Trata-se de uma iniciativa da Universidade

Estadual da Paraíba, por meio do Departamento de Serviço Social, sob a coordenação das professoras: Alessandra Ximenes da Silva, Mônica Barros da Nóbrega e Thaísa Simplício Carneiro Matias, fruto dos resultados de pesquisa financiada pelo CNPq e também de convites a pesquisadores de outras universidades vinculados à Pós-graduação para contribuir com a produção intelectual acerca do tema. Esses intelectuais têm assumido uma importante contribuição no debate nacional do Serviço Social e das lutas pelo direito à saúde.

O Serviço Social trabalha nos serviços de saúde desde a origem da profissão, que no Brasil data dos anos 1930, assim os sujeitos da profissão em conjunto com demais trabalhadores da saúde vêm constituindo a materialização dos serviços a essa população. No entanto, desde os anos 1970, no contexto da reabertura política, a profissão pode se repensar e a partir disso construir um projeto profissional que propõe uma ruptura com os pressupostos conservadores que marcaram as origens da profissão. Assim se constituiu o projeto ético-político do Serviço Social, que tem como valores centrais a liberdade e a defesa da justiça social. Portanto, esse projeto está sintonizado com as lutas históricas da classe trabalhadora. Afinal, assistentes sociais são trabalhadores e atendem no seu cotidiano sujeitos da classe trabalhadora.

É no processo de construção do projeto ético-político do Serviço Social brasileiro que assistentes sociais vão empreender uma releitura histórica de sua profissão e refinar sua concepção acerca das políticas públicas, reconhecendo o caráter estratégico destas, ainda que tragam também uma série de contradições. Por isso, ainda que como categoria organizada, o Serviço Social pouco tenha participado das origens do movimento sanitário, será a profissão desde a virada dos anos 1980 e 1990, uma defensora não só do SUS, mas também do projeto de Reforma Sanitária.

Assim, o Serviço Social brasileiro, seja por meio de sua organização política – a exemplo do Conjunto CFESS-CRESS (Conselho Federal e Regionais de Serviço Social) e da ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social) como pela via da produção do conhecimento, disseminado pelos diferentes Departamentos de Serviço Social e seus programas de Pós-graduação, vem adensando a luta e o conhecimento sobre a saúde. Essas duas ações são coletivas e não apenas

de uma corporação, por isso merece destaque a participação do Serviço Social brasileiro na Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, que também reunindo fóruns estaduais e regionais, vem se posicionando contra os descontornos do SUS, defendendo sua proposição original e entendido como um projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

O livro que temos em mãos é composto por sujeitos que no cotidiano do ensino, da pesquisa e da extensão reafirmam a importância de uma Universidade pública, gratuita, laica e socialmente referenciada, que constroem o projeto ético-político do Serviço Social, o projeto da Reforma Sanitária e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

Os artigos reunidos no livro são frutos de pesquisas realizadas com rigor ético, teórico, metodológico e compromisso político. As análises que seus autores desenvolvem desvelam a política de saúde na atualidade, tanto na esfera nacional como também, ao tomarem como campo empírico a região onde a Universidade Estadual da Paraíba está enraizada, nos trazem ilações para a partir do singular, encontrarmos os determinantes da política nacional de saúde. Assim, o livro como um todo trata-se de uma contribuição fundamental para quem quer entender os motivos dos desvirtuamentos do direito à saúde na atualidade como também instrumentalizam para ação, política e acadêmica, de construção e ou adensamento de argumentos na defesa do projeto de Reforma Sanitária Brasileira.

Maurílio Castro de Matos
Professor da Faculdade de Serviço Social da UERJ
Assistente Social no Sistema Único de Saúde em Duque de Caxias/RJ
Presidente do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), gestão
2014-2017.

APRESENTAÇÃO

O livro “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões da política de saúde” é uma coletânea que reúne um conjunto abrangente de resultados de pesquisas e de ensaios sobre os processos de contrarreforma na política de saúde, a função dos intelectuais na defesa da Reforma Sanitária Brasileira na contemporaneidade, na perspectiva da resistência e consenso, sem perder de vista a difícil conjuntura de retrocessos. Trata também do Serviço Social enquanto intelectual coletivo nesse processo, destacando as inflexões advindas desta conjuntura e as formas de resistência. Nesse sentido, o fio condutor articula política de saúde, lutas sociais e Serviço Social.

A referida Coletânea é fruto de resultado de pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) durante o período de novembro de 2014 a novembro de 2017, sob a Coordenação da Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva, líder do Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social (NU-PEPSS) do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Organizada por Alessandra Ximenes da Silva, Mônica Barros da Nóbrega e Thaísa Simplício Carneiro Matias, a Coletânea está estruturada em 03 (três) partes compostas por 19 (dezenove) capítulos, os quais foram encomendados, privilegiando recortes temáticos articulados entre si. Desta maneira, a proposta do presente material está sintetizada no destaque à resistência e estratégias que historicamente vêm sendo elaboradas no conjunto das lutas dos trabalhadores e do Serviço Social.

A primeira parte “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social” é

composta por 04 (quatro) capítulos. O primeiro intitulado “A Contrarreforma na Política de Saúde e a Função dos Intelectuais Coletivos”, de autoria de Alessandra Ximenes da Silva, trata sobre o avanço do processo de contrarreforma na política de saúde como resposta à crise capitalista, no atual contexto brasileiro. Ressalta a função dos intelectuais coletivos na sociedade capitalista contemporânea que se define pela conservação ou a construção de projetos hegemônicos de classe. Portanto, os intelectuais coletivos têm a função de organizar a cultura, difundir um novo modo de pensar, buscando uma reforma política, social, moral e intelectual. Em vez de se constituírem em um grupo autônomo e independente, é uma criação das classes sociais fundamentais para dar homogeneidade e consciência ao seu projeto de sociedade, nas dimensões econômica, social e política.

No segundo capítulo, “Neoliberalismos e Contrarreformas das Políticas Sociais”, as autoras Sheyla Suely de Souza Silva, Larissa Martins de Almeida e Sayonara Santos Andrade resgatam a trajetória das contrarreformas das políticas sociais, após a Constituição Federal de 1988, situando-as nos marcos das atuais transformações societárias (crise, mundialização, financeirização e reestruturação produtiva) e das fases do neoliberalismo que acompanharam os diferentes governos nacionais, neste período. Assim, a análise destaca os desdobramentos do “neoliberalismo ortodoxo” do Governo FHC; do “social-liberalismo” do período “neodesenvolvimentista” dos Governos Lula e Dilma e do retorno acelerado ao neoliberalismo ortodoxo, orquestrado pelo (des) Governo Temer, sobre os rumos da Seguridade Social e dos direitos sociais no Brasil e, por fim, evidencia que este retorno brusco à ortodoxia neoliberal busca, essencialmente, atingir os objetivos frustrados desde a década de 1990 até a primeira metade da última década, no sentido de aniquilar as conquistas do trabalho alcançadas em 1988 e de favorecer a apropriação do fundo público e a reapropriação exclusiva do Estado pelo capital.

No terceiro, “Ditadura das finanças, Apropriação do Fundo Público e Contrarreformas das Políticas Sociais”, as autoras Jordeana Davi, Mayéwe Elyênia Alves dos Santos e Rayssa Kessia Eugênia Rodrigues dão sequência aos estudos que vêm realizando junto à temática da política social, abordando a relação entre o ajuste fiscal e as contrarreformas.

Indicam que a política social vem sendo pautada pela política econômica, sofrendo todas as implicações das medidas adotadas pelos governos neoliberais e sociais liberais, quando submetem os direitos sociais às exigências do capitalismo, sobretudo na sua atual fase destrutiva, expressa na sua face financeira. Desse modo, abordam a relação entre a financeirização do capital, a apropriação do fundo público e as implicações para a seguridade social.

O quarto e último capítulo desta primeira parte, “Nas Trincheiras da Contrarreforma do Estado Contemporâneo Brasileiro: inflexões, desafios e possibilidades para o Serviço Social”, de autoria de Mônica Barros da Nóbrega e Thaísa Simplício Carneiro Matias, trata de uma análise da contrarreforma do Estado brasileiro e as inflexões, desafios e possibilidades postas para o Serviço Social. Tema de precípua relevância para a profissão, pois traz para o debate na agenda profissional a necessidade de se debruçar permanentemente sobre o movimento da realidade e suas implicações para o Serviço Social.

A segunda parte é composta por 09 (nove) capítulos que versam sobre as expressões da “Contrarreforma da Política de Saúde e o Serviço Social”. A autora Raquel Cavalcante Soares discorre no capítulo “Tendências da Contrarreforma na Política de Saúde e o Serviço Social: privatização e superprecarização” sobre a contrarreforma na política de saúde e suas particularidades no contexto atual do governo Temer, buscando identificar e analisar suas mediações com as necessidades sociais do capitalismo contemporâneo. Ademais, discute as expressões dessas tendências gerais da contrarreforma da saúde, a partir do adensamento da privatização e do que denomina “superprecarização do SUS”, sobre as práticas do assistente social, a partir de resultados de pesquisa realizada em Recife/PE.

A autora Aione Maria da Costa Sousa, no capítulo intitulado “Reconfigurações do Público e do Privado na Saúde”, situa as atuais relações público/privado na saúde e as consequências no desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca o contexto de contrarreforma do Estado no Brasil a partir dos anos 1990 e as consequências para a reconfiguração das relações público-privado no setor de saúde. Além disso, ressalta as perspectivas de resistência que têm se apresentado contra a privatização da saúde em curso e em defesa do SUS.

Maria Inês Souza Bravo, Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi e Juliana Souza Bravo de Menezes destacam, no capítulo “As Lutas pela Saúde nos Anos 2000: a participação da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde”, o papel da sociedade civil na defesa da saúde, enfatizando a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS) como nova forma de resistência e novo espaço de participação popular, tendo como referencial os pressupostos preconizados no Projeto de Reforma Sanitária Brasileira dos anos 1980. Abordam alguns marcos conceituais com relação aos movimentos sociais em saúde, retomando o debate dos anos 1970 e 1980. Nos anos 1990, em meio à política de ajuste, ressaltam que entidades substituíram suas lutas coletivas por lutas corporativas. Em relação aos anos 2000, identificam o ressurgimento de diversos movimentos sociais com a mercantilização das políticas sociais, possibilitando o surgimento de novos mecanismos de luta, entre elas a FNCPS e o seu potencial político.

No capítulo “A Contrarreforma do Sistema Único de Saúde, a Residência Multiprofissional em Saúde e a Participação do Serviço Social”, de autoria de Tânia Regina Krüger e Andreia Oliveira, são abordados três temas imbricados: a contrarreforma do SUS, a Residência Multiprofissional em Saúde e a participação do Serviço Social na Residência. Apontam a desconstitucionalização do SUS, através da contrarreforma, que vem avançando consideravelmente desde 2016, num contexto de desmonte e privatização de empresas e dos serviços públicos estatais. Em particular, esse desmonte atinge a seguridade social e o SUS, vitimados por um processo que parece caracterizar um desmonte do regramento constitucional da garantia dos direitos de cidadania no estágio ainda incipiente de construção do Estado de Bem Estar no Brasil. Enfim, caracterizam a conjuntura regressiva do SUS e suas implicações/imbricações diretas nos Programas de Residência e no Serviço Social vinculado à saúde.

Ana Cristina de Souza Vieira, Evandro Alves Barbosa Filho e Solange Rocha, no capítulo denominado de “Contrarreforma e a Política de Enfrentamento ao HIV”, fundamentados numa leitura teórico-crítica da realidade expõem uma análise das medidas que desafiam a atenção integral para pessoas vivendo com HIV, apontando a negação do direito à saúde como uma das implicações do recrudescimento da ideologia

neoliberal realizada pelo Governo Michel Temer e pela coalizão de partidos que o apoiam.

No capítulo “Contrarreforma na Atenção Primária à Saúde: a Estratégia Saúde da Família em foco”, as autoras Alexandra Bonifácio Xavier, Kathleen Elane Leal Vasconcelos e Sandra Amélia Sampaio Silveira, abordam a contrarreforma da saúde e suas repercussões no campo da Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira, particularmente na Estratégia Saúde da Família (ESF), adotada pelo Ministério da Saúde (MS) como prioritária para a expansão e consolidação deste nível de atenção. O debate em torno da APS adquire relevo internacional a partir do final da década de 1970, difundido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e por organismos multilaterais. Essa agenda é adotada no Brasil, com algumas particularidades, tendo como maior expoente a ESF, principal propositura para sua operacionalização no país. A partir das orientações do Banco Mundial (BM), a contrarreforma do Estado leva adiante uma APS em sua concepção mais restrita, concebida como pacotes básicos de serviços de saúde voltados à população mais pobre.

“A Contrarreforma na Saúde e sua Expressão na Saúde Mental: a instrumentalização do direito na saúde mental”, capítulo de autoria de Tereza Cristina Ribeiro da Costa, versa sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que emergem como o principal serviço substitutivo da rede de saúde mental no Brasil e o seu significado diante de um contexto de avanço das estratégias burguesas, alavancadas pelo governo de Michel Temer.

Alexandra Bonifácio Xavier com o capítulo “A Política Nacional de Promoção da Saúde como Instrumento de Consenso em Torno do Novo Projeto Neoliberal” discorre sobre o contexto de emergência e revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), os interesses das agências internacionais e dos governos neodesenvolvimentistas referentes a essa política. Ressalta a PNPS e sua funcionalidade como estratégia de consenso em torno de um novo projeto de hegemonia neoliberal.

No capítulo “A Particularidade do Trabalho do Assistente Social na Saúde no Contexto de Contrarreforma”, as autoras Maria Aparecida Nunes dos Santos e Moema Amélia Serpa, tecem reflexões sobre a particularidade do Serviço Social na política de saúde em tempos de

contrarreforma, evidenciando alguns dos principais desafios impostos aos assistentes sociais inseridos na referida política. A qual se constitui historicamente como espaço de atuação profissional que incorpora grandes parcelas de assistentes sociais, sobretudo, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 e da formulação do SUS ancorado na defesa da saúde como direito social universal. Neste sentido, as reflexões assumem como eixo de análise a inserção do Serviço Social no campo das políticas sociais e a compreensão da profissão sobre as determinações da ordem capitalista no tempo presente.

Na terceira e última parte “Contrarreforma, Intelectual e Serviço Social: as inflexões da política de saúde no município de Campina Grande/Paraíba” são apresentados os resultados da pesquisa acima referida. Alessandra Ximenes da Silva, Maria Joseli de Souza Silva e Thaísa Simplício Carneiro Matias, no capítulo intitulado “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: resistência ou consenso ao processo da Reforma Sanitária Brasileira em Campina Grande/Paraíba” analisam o processo de contrarreforma na política de saúde, as tendências dos intelectuais coletivos e do Serviço Social, que disputam o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira (RSB). O estudo está fundamentado numa leitura teórico-crítica da realidade, revelando que na contemporaneidade, o processo de RSB se desenvolve entre distintos projetos que estão em disputa. Um projeto de RSB flexionado e outro que defende as bandeiras de lutas construídas pelo movimento sanitário na década de 1980, que resguarda uma saúde pública, universal e estatal. Nesse contexto e vinculado a FNCPS foi criado o Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande/PB com o objetivo de resistir ao processo de privatização em curso no município.

“As Influências do Banco Mundial no Processo de Contrarreforma na Política de Saúde Brasileira e as Formas de Resistência do Serviço Social”, de autoria de Girlan Guedes dos Santos, Jaidete de Oliveira Correia e Márcia Lima Melo, traz uma discussão sobre o processo de contrarreforma do Estado brasileiro e às inflexões sobre a política de saúde, com ênfase no município de Campina Grande/PB. Nesta trilha argumentativa, discute a Lei de Gestão Pactuada e a adesão do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Maria Geremias da Silva e Maria Clara Ezequiel Bezerra, no capítulo “O Processo de Implantação dos Modelos Privatizantes de Gestão: a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares”, analisam os impactos do ajuste estrutural do Estado, materializado no avanço de estratégias de contrarreforma na política de saúde. Destacam os modelos privatizantes de gestão no contexto do processo de contrarreforma do Estado, tomando a EBSERH como uma dessas modalidades e as implicações do processo de sua implementação no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), como expressão de uma das formas de privatização da saúde, através da terceirização da gestão.

O capítulo “Contrarreforma na Política de Saúde: as implicações das organizações sociais da saúde na categoria médica da Paraíba”, de autoria de Gerciane da Rocha Souza Andrade, apresenta uma análise do processo de privatização da saúde através dos “novos” modelos de gestão e as suas implicações na categoria médica no Estado da Paraíba, levando em consideração as condições de trabalho, expressadas nas notificações produzidas pelo Sindicato dos Médicos da Paraíba (SIMED-PB), pertinentes às Organizações Sociais.

“A Contrarreforma na Política de Saúde: um estudo sobre os intelectuais coletivos do Serviço Social na particularidade do município de Campina Grande”, de autoria de Maria Josélí de Souza Silva, analisa as tendências dos intelectuais coletivos do Serviço Social no processo de contrarreforma na política de saúde no município de Campina Grande/PB; bem como identifica e analisa as proposições desses intelectuais coletivos no processo de contrarreforma na política de saúde no referido município, apreendendo as contribuições de tais intelectuais na perspectiva do consenso ou da resistência.

Mayara Duarte Silva e Girlan Guedes dos Santos, no capítulo “O Processo de Contrarreforma na Política de Saúde: uma análise das expressões no município de Campina Grande” discutem como o processo de Contrarreforma do Estado brasileiro apresenta inúmeros rebatimentos na política de saúde, com ênfase para o município de Campina Grande/PB. Nesta trilha argumentativa, discutem a Lei de Gestão Pactuada e a adesão do HUAC à EBSERH, como expressão do processo de contrarreforma no referido município, com o objetivo de contribuir com as discussões acerca do processo de contrarreforma do Estado

brasileiro e as implicações para a política de saúde.

As contribuições reunidas na presente coletânea trilham um caminho de análise que vislumbra o fortalecimento das reflexões, resistências e estratégias que vêm sendo construídas em defesa de um Projeto de Reforma Sanitária Brasileira com os princípios da década de 1980, na contemporaneidade, no conjunto das lutas dos trabalhadores. Nesse âmbito se inserem os intelectuais coletivos que defendem e disputam projetos societários antagônicos ao projeto predominante neoliberal, buscando o fortalecimento de uma nova hegemonia. Dentre os supracitados intelectuais se insere o Serviço Social, particularmente as suas entidades representativas. Portanto, vale destacar que esses intelectuais coletivos vêm imprimindo uma direção, no sentido de contribuir para a construção da nova hegemonia.

Campina Grande, Dezembro de 2017.

Alessandra Ximenes da Silva

Mônica Barros da Nóbrega

Tháisa Simplicio Carneiro Matias.

SUMÁRIO

PRIMEIRA PARTE

CONTRARREFORMA, INTELLECTUAIS E SERVIÇO SOCIAL, 21

A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE E A FUNÇÃO DOS INTELLECTUAIS COLETIVOS, 23

Alessandra Ximenes da Silva

NEOLIBERALISMOS E CONTRARREFORMAS DAS POLÍTICAS SOCIAIS, 53

Sheyla Suely de Souza Silva

Larissa Martins de Almeida

Sayonara Santos Andrade

DITADURA DAS FINANÇAS, APROPRIAÇÃO DO FUNDO PÚBLICO E CONTRARREFORMAS DAS POLÍTICAS SOCIAIS, 75

Jordeana Davi

Mayéwe Elyênia Alves dos Santos

Rayssa Kessia Eugênia Rodrigues

NAS TRINCHEIRAS DA CONTRARREFORMA DO ESTADO CONTEMPORÂNEO BRASILEIRO: INFLEXÕES, DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA O SERVIÇO SOCIAL, 97

Thaísa Simplicio Carneiro Matias

Mônica Barros da Nóbrega

SEGUNDA PARTE
CONTRARREFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE E O
SERVIÇO SOCIAL, 117
TENDÊNCIAS DA CONTRARREFORMA NA POLÍTICA
DE SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL: PRIVATIZAÇÃO E
SUPERPRECARIZAÇÃO, 119

Raquel Cavalcante Soares

RECONFIGURAÇÕES DO PÚBLICO E DO PRIVADO NA
SAÚDE, 137

Aione Maria da Costa Sousa

AS LUTAS PELA SAÚDE NOS ANOS 2000: A PARTICIPAÇÃO
DA FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA
SAÚDE, 157

Maria Inês Souza Bravo

Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi

Juliana Souza Bravo de Menezes

A CONTRARREFORMA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE,
A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E A
PARTICIPAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL, 179

Andreia de Oliveira

Tânia Regina Krüger

CONTRARREFORMA E A POLÍTICA DE
ENFRENTAMENTO AO HIV, 207

Ana Cristina de Souza Vieira

Evandro Alves Barbosa

Solange Rocha

CONTRARREFORMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FOCO, 229

Kathleen Elane Leal Vasconcelos

Sandra Amélia Sampaio Silveira

Alexandra Bonifácio Xavier

**A CONTRARREFORMA NA SAÚDE E SUA EXPRESSÃO NA
SAÚDE MENTAL: A INSTRUMENTALIZAÇÃO DO DIREITO
NA SAÚDE MENTAL, 249**

Tereza Cristina Ribeiro da Costa

**A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
COMO INSTRUMENTO DE CONSENSO EM TORNO DO
NOVO PROJETO NEOLIBERAL, 267**

Alexandra Bonifácio Xavier

**A PARTICULARIDADE DO TRABALHO DO
ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE NO CONTEXTO DE
CONTRARREFORMA, 289**

Maria Aparecida Nunes dos Santos

Moema Amélia Serpa

TERCEIRA PARTE

**CONTRARREFORMA, INTELECTUAIS E SERVIÇO SOCIAL:
AS INFLEXÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO
DE CAMPINA GRANDE/PB, 307**

**CONTRARREFORMA, INTELECTUAIS E SERVIÇO
SOCIAL: RESISTÊNCIA OU CONSENSO AO PROCESSO
DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA EM CAMPINA
GRANDE/PARAÍBA, 309**

Alessandra Ximenes da Silva

Maria Joseli de Souza Silva

Thaísa Simplicio Carneiro Matias

**AS INFLUÊNCIAS DO BANCO MUNDIAL NO PROCESSO
DE CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE
BRASILEIRA E AS FORMAS DE RESISTÊNCIA DO
SERVIÇO SOCIAL, 335**

Girlan Guedes dos Santos

Jaidete de Oliveira Correia

Márcia Lima Melo

**O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS MODELOS
PRIVATIZANTES DE GESTÃO: A EMPRESA BRASILEIRA
DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 355**

Maria Geremias da Silva

Maria Clara Ezequiel Bezerra

**CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE: AS
IMPLICAÇÕES DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE
NA CATEGORIA MÉDICA DA PARAÍBA, 375**

Gerciane da Rocha Souza Andrade

**A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE OS INTELECTUAIS COLETIVOS
DO SERVIÇO SOCIAL NA PARTICULARIDADE DO
MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE, 395**

Maria Joseli de Souza Silva

**O PROCESSO DE CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE
SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS EXPRESSÕES NO MUNICÍPIO
DE CAMPINA GRANDE, 415**

Mayara Duarte Silva

Girlan Guedes dos Santos

AUTORES E AUTORAS, 435

PRIMEIRA PARTE
CONTRARREFORMA, INTELLECTUAIS
E SERVIÇO SOCIAL

A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE E A FUNÇÃO DOS INTELECTUAIS COLETIVOS

Alessandra Ximenes da Silva

INTRODUÇÃO

O processo de contrarreforma nas políticas sociais no contexto brasileiro incorpora as diretrizes dos organismos internacionais e as especificidades da formação social, econômica e política. Esse processo tem início na década de 1990 e continuidade nos anos 2000 e, apesar das diferentes conjunturas, os elementos constitutivos estão umbilicalmente articulados.

Como resposta à crise capitalista, na década de 1990, principalmente no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), há um conjunto de proposições de cariz neoliberal, que passam a questionar o tamanho e atribuições do Estado. Essas proposições trazem implicações para as políticas sociais que perpassaram essa década, os governos do Partido dos Trabalhadores (PT - Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff) e do ilegítimo Michel Temer, colocando em andamento um conjunto de ações regressivas nas políticas sociais, incluída a saúde.

Todavia, nesse processo existem os intelectuais que tanto disseminam e elaboram proposições na perspectiva de colaborar com o grande capital financeiro internacional, quanto no sentido se fortalecerem projetos que implicariam na construção de uma nova hegemonia. Esses intelectuais atuam nos aparelhos privados de hegemonia que para

Gramsci serve para criar um novo terreno ideológico, afirmar uma reforma filosófica e uma nova concepção de mundo. Portanto, o aparelho hegemônico e a ideologia estão explicitamente ligados.

Neves (2010) chama atenção para a adesão dos intelectuais de prestígio na esquerda e também entre os liberais, a teses que tendem a fortalecer o projeto de Terceira Via. Esse processo vem sendo denominado de “nova pedagogia da hegemonia”, que tende a difundir ideias e práticas adequadas aos interesses privados do grande capital nacional e internacional. Esses intelectuais coletivos têm disputado o projeto de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) na contemporaneidade.

Desse modo, o artigo analisa no processo de contrarreforma na política de saúde brasileira, a função dos principais intelectuais coletivos, que tem disseminado ideologias, concepções e formulado proposições no setor, entre os quais se destacam o Banco Mundial (BM) e o Instituto Coalisão Saúde (ICOS), como intelectuais que representam interesses do capital privado no setor saúde; a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), que resistem ao processo de contrarreforma, embora esses intelectuais apresentem diferentes proposições e ações, que tendem de acordo com os estudos de Silva (2013) a uma disputa entre o projeto de RSB flexionado e o projeto de RSB da década de 1980, no atual contexto brasileiro.

Destarte, a análise dessas proposições estarão direcionadas neste artigo inicialmente sobre a crise capitalista e o processo de contrarreforma nas políticas sociais; a função dos intelectuais coletivos; e os intelectuais coletivos e seus projetos para a política de saúde brasileira, a partir da Teoria Social Crítica.

A CRISE CAPITALISTA E A CONTRARREFORMA NAS POLÍTICAS SOCIAIS

Os processos de contrarreformas nas políticas sociais no Brasil vêm ocorrendo desde a década de 1990, em nome da propalada crise capitalista. A partir de diferentes conjunturas: no neoliberalismo (Fernando Collor e FHC), no social-liberalismo como variante do neoliberalismo

(Lula da Silva e Dilma Rousseff) e no recrudescimento do neoliberalismo (Michel Temer).

Mandel (1990), ao se referir à crise estrutural do capital, situa as recessões generalizadas de 1974/1975 e 1980/82. Essa análise é realizada a partir de uma leitura histórica do modo de produção capitalista e as suas implicações, explicitados através do reaparecimento do desemprego massivo, a ofensiva universal do capital contra a classe operária, a miséria que se amplia no Terceiro Mundo, as ameaças crescentes que pesam sobre as liberdades democráticas e sobre a paz, em razão da própria deterioração da situação econômica do capital. Para Mandel (1990, p.08), “o regime capitalista é um regime condenado. Ele ameaça cada vez mais destruir a substância da civilização material e da cultura humana”. Além disto, afirma que historicamente o capitalismo fracassou, de modo que seus limites estão evidenciados nos crescentes níveis de miséria e iniquidade social.

Mészáros (2002) também afirma que todos os limites do capital foram ativados e aponta que a manutenção da estabilidade de um sistema erigido sobre toda uma série de antagonismos estruturais explosivos é algo absolutamente impensável sem a superposição de camadas artificiais, cuja função essencial é a perpetuação da ordem dominante e o retardamento do “momento da verdade”. Para o autor, a ativação dos limites absolutos do capital, enquanto sistema de reprodução surgiu no horizonte histórico e não se poderá evitar o enfrentamento da questão de como superar os pressupostos estruturais destrutivos do “modo estabelecido de controle metabólico”. Neste sentido, o autor assevera:

[...] quanto mais mudam as próprias circunstâncias históricas, apontando na direção de uma mudança necessária das contraditórias e cada vez mais devastadoras premissas estruturais irracionais do sistema do capital, mais categoricamente os imperativos de funcionamento devem ser reforçados e mais estreitas devem ser as margens dos ajustes aceitáveis. É por isso que, nas últimas décadas, a máxima de que não há alternativa aos ditames materiais prevalecentes se tornou o axioma indiscutível do sistema do capital, mais categoricamente os imperativos de funcionamento devem ser reforçados e mais estreitas devem ser

as margens dos ajustes aceitáveis (MÉSZÁROS, 2002, p.217).

As estratégias de exploração evoluíram, mas são os trabalhadores e a sociedade em geral que terminam por pagar as contas das crises do capital. Para evitar quedas ainda maiores nas taxas de lucros, toda a sociedade é convocada para solidarizar-se com o capital, desse modo:

Os trabalhadores são demitidos e os que permanecem têm seus direitos aviltados, com reduções de salários ou aumento na intensidade e precarização das condições gerais de trabalho. Os recursos públicos, anteriormente destinados aos investimentos sociais são desviados para tentar suavizar os efeitos das quedas das taxas de lucro das grandes corporações (FOLADORI; MELAZZI; KILPP, 2016, p.09).

Há um consenso que a economia mundial está em um processo de crise econômica profunda desde fins de 2007. No entanto, há diferentes opiniões acerca do tamanho da crise e suas implicações, mas pode-se afirmar que ao se referir as economias dependentes, como no caso brasileiro, são várias as implicações desse processo que colocam em xeque os direitos dos trabalhadores, o tamanho do Estado e as políticas sociais.

No Brasil, a partir da década de 1990, principalmente no governo de FHC, há um avanço do ideário neoliberal no país. Consequentemente, o debate acerca do tamanho do Estado passa a ser elemento central do debate. Uma das primeiras iniciativas do governo foi a criação do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), cujo titular Luiz Carlos Bresser Pereira, instituiu o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE), analisando a crise brasileira como “uma crise do Estado” que se desviou de suas funções básicas devido ao modelo de desenvolvimento dos governos anteriores.

Ressalta que a reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador

desse desenvolvimento (BRASIL, 1995). Entende-se por aparelho do Estado a administração pública em sentido amplo, ou seja, a estrutura organizacional do Estado, em seus três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e três níveis (União, Estados-membros e Municípios).

O PDRE é apresentado com um conjunto de proposições para criar condições para a reconstrução da administração pública em bases modernas e racionais. É introduzido o conceito de administração gerencial, baseada em conceitos de administração e eficiência voltada para o controle de resultados. Para tanto, seria necessário reorganizar as estruturas da administração pública, com ênfase na qualidade e na produtividade do serviço público. Dentre as principais proposições se defendia a flexibilização da estabilidade do funcionalismo, o ajuste fiscal e as reformas econômicas voltadas para o mercado.

Se remeter às proposições do PDRE é fundamental a fim de compreender o que ocorre na realidade brasileira, a partir da década de 1990 e nos anos 2000. No governo FHC como parte do Programa Nacional de Publicização, aderindo as Parcerias Público-Privadas (PPP), foram criadas as Organizações Sociais (OS), através da Lei Nº 9.637/98 para a gestão de políticas sociais, incluída a de saúde. Essa iniciativa trouxe consequências nefastas para a gestão de políticas sociais nos setores de saúde, educação e ciência e tecnologia. Nos anos 2000, com o advir do governo do PT, esse processo de criação e ampliação das PPP, tem continuidade, através de OS, da Organização da Sociedade Civil de Interesse Privado (OSCIPS), da Fundação Estatal de Direito Privado (FEDEP) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Consequentemente, na saúde, há um avanço dos denominados “novos modelos de gestão”, através principalmente de OS e da EBSERH. No governo Dilma Rousseff foram criadas a EBSERH, através da Lei Nº 12.550/11, introduzindo a lógica gerencial e a existência de diferentes vínculos dos trabalhadores do Hospital Universitário (HU), o que tem propiciado contradições para os que são de Regime Jurídico Único e os que são contratados sob regime da nova legislação trabalhista; e a Lei Nº 13.097/2015 que abre o capital estrangeiro para a saúde¹.

1 Essa lei afronta à Constituição Federal (CF), que, no § 3º do seu artigo 199, assegura “É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei”. A Lei Nº 8.080/90

A partir de 2016, o processo de contrarreforma na política de saúde se agrava com a tomada de assalto da presidência da república por Michel Temer. Várias iniciativas são tomadas no sentido da regressividade, entre as quais se destacam: 1) a aprovação da Emenda Constitucional Nº 95/2016 conhecida por PEC do Teto dos Gastos Públicos, que institui o chamado Novo Regime Fiscal e congela os investimentos em áreas como saúde e educação por 20 (vinte) anos, inviabilizando o SUS; 2) mudanças na forma de financiamento do SUS, através da portaria Nº 3.992/2017, que extingue 06 (seis) blocos de financiamento (atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, gestão do SUS e investimento) para as transferências fundo a fundo dos recursos federais do SUS para estados e municípios. No lugar dos 06 (seis) blocos, foram criadas duas categorias de repasse: custeio e capital, possibilitando aos gestores públicos uma flexibilização para alocar os recursos no contexto da restrição orçamentária e financeira. Essa medida não garante os instrumentos adequados de monitoramento, inclusive de avaliação do Plano Nacional de Saúde. O Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2017, p.01) avalia “o que acontecerá é que a União, estados e municípios tenderão a realocar recursos do já frágil financiamento da atenção básica para a área em que o poder econômico e de pressão política está firme e fortemente representada – a média e a alta complexidade”; 3) na política de saúde mental, também são apresentadas mudanças significativas que se contrapõem à Reforma Psiquiátrica (RP), que vem sendo construída no Brasil, desde a década de 1980. Atualmente está em discussão pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT), um conjunto de medidas que apontam graves retrocessos neste setor. Desse modo, está em debate: a) criação de uma rede de ambulatório de saúde mental – Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental (Ament), b) o incentivo ao aumento dos hospitais psiquiátricos, mediante alteração da lógica de financiamento da política de saúde mental, e c) inclusão das comunidades terapêuticas como serviços de saúde. Essas ações apontam para graves retrocessos do que foi construído através da

previa, como exceções a essa interdição, as doações de organismos internacionais e o financiamento de serviços de saúde, sem finalidade lucrativa, destinados aos empregados de empresas estrangeiras instaladas no país.

Lei Nº 10.216/2001², uma vez que introduz um serviço intermediário entre o CAPS e a atenção básica, quebrando a lógica da organização e estruturação dos serviços de saúde mental. Também propõe a ampliação dos serviços psiquiátricos e retorna a um passado, que ao longo do tempo se tenta superar. A inclusão das Comunidades Terapêuticas no rol de serviços de saúde mental altera a lógica da Reforma Psiquiátrica (RP) e desresponsabiliza o Estado laico na prestação de serviços, passando para grupos religiosos os cuidados em saúde mental; 4) na Política de Atenção Básica, através da Portaria Nº 2436/17, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do SUS. A sua aprovação é considerada um retrocesso por flexibilizar critérios e regras, uma vez que permite a possibilidade de diminuição da quantidade e especialidades de profissionais que vão atender a população e o fim da ideia de acompanhamento contínuo das famílias, marca da Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF continua sendo a estratégia prioritária, mas as mudanças permitem o reconhecimento de outras formas de organização nos territórios. Há mudanças também na forma de financiamento, que poderão ser realizados para equipes de atenção básica menores ou fora do antigo padrão. Essa revisão revoga a prioridade do modelo assistencial da ESF, rompe com a centralidade na organização do SUS, ameaça a presença do agente comunitário de saúde como integrante dos profissionais de atenção básica e introduz o conceito de cesta básica de serviços em consonância com as recomendações do BM; e 5) a criação dos Planos Populares ou Acessíveis de Saúde, o MS editou a Portaria Nº 1.482/2016 para estudos da proposta encaminhando, a Agência Nacional de Saúde (ANS) para fins de formação de grupo de estudo sobre a questão e também a Câmara dos Deputados formou uma Comissão Especial dos Planos de Saúde, que pretende colocar em votação a nova lei em 2018. Essa proposta é apresentada com imensas restrições de cobertura, pretende acabar com o ressarcimento ao SUS pelos planos de saúde e permite reajustes para idosos. Para ABRASCO (2017, p.01) “o cerne da proposta é a tentativa de formalizar a segmentação assistencial e de legalizar os tais planos populares. Isso

2 A Lei Nº 10.216 de 6 de abril de 2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica instituiu um novo modelo de tratamento aos transtornos mentais no Brasil.

representa um grande risco à saúde dos usuários dos planos e de todo o povo brasileiro, pois repercutirá negativamente no SUS”.

Esse processo de contrarreforma se baseia em orientações de organismos multilaterais, como BM, Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Mundial do Comércio (OMC). Esses organismos, ao longo do tempo, recomendam a ampliação do setor privado no SUS e a diminuição do gasto público estatal com a saúde. Há uma proposta formulada pela Fundação Rockefeller e defendida pela OMS da Cobertura Universal da Saúde (CUS), apresentando um conceito restrito de universalidade e de equidade e pressupõe o funcionamento de um sistema onde predomina o mecanismo de compra e vendidos serviços de saúde (OMS, 2014). Destarte, essa proposta defende: a intenção de aumentar a participação do setor privado, particularmente de seguros no sistema público e a introdução da cesta básica de serviços de saúde, uma vez que, o público deve ser para os mais pobres e mercado para os demais. Com o governo Michel Temer ³o processo de contrarreforma avança de forma significativa e direciona para uma das ameaças mais graves de restrição do atendimento do SUS ou até mesmo a sua extinção por desidratação.

A FUNÇÃO DOS INTELLECTUAIS COLETIVOS NA CONTRARREFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE

Para o entendimento da categoria *intelectuais*, principalmente sobre a sua função na sociedade capitalista, Gramsci (2000) parte da indagação se os intelectuais devem ser considerados como grupo social

- 3 No documento “Uma Ponte para o Futuro” elaborado pela Fundação Ulysses Guimarães do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), divulgado em 29 de outubro de 2015, expõe as premissas da contrarreforma para as políticas sociais. A partir de 2016, o governo Michel Temer, passa a implantar as orientações contidas no referido documento como uma necessidade para preservar a economia brasileira. Desse modo, apresenta que “a questão central é que o Estado deve ser funcional, qualquer que seja o seu tamanho. Para ser funcional ele deve distribuir os incentivos corretos para a iniciativa privada e administrar de modo racional e equilibrado os conflitos distributivos que proliferam no interior de qualquer sociedade” (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015, p.4).

autônomo ou se, ao contrário, cada grupo social tem a sua própria categoria de intelectuais. Observa que todo grupo social,

Nascendo no terreno originário de uma função essencial no mundo da produção econômica, cria para si, ao mesmo tempo, organicamente, uma ou mais camadas de intelectuais que lhe dão homogeneidade e consciência da própria função, não apenas no campo econômico, mas também no social e político (GRAMSCI, 2000, p.15).

Um aspecto destacado por Gramsci quanto a função dos intelectuais, é a necessidade de saber observar as funções organizativas e conectivas dos intelectuais, ou seja, as funções que eles desenvolvem, segundo formas cada vez peculiares e historicamente determinadas, nos processos de produção da hegemonia. A relação entre intelectuais e produção não é imediata, mas é mediada por dois tipos de organização social: 1) a sociedade civil, através do conjunto de organizações privadas da sociedade; e 2) o Estado. O marxista sardo assevera que o intelectual orgânico não é simplesmente o intelectual do consenso, mas toma corpo e adquire significado em uma peculiar função conectivo-organizativa.

Nas sociedades ocidentais, os intelectuais profissionais formulam e disseminam capilarmente as ideologias e práticas das classes fundamentais. Diferentemente do senso comum, que destaca a dimensão de vanguarda dos intelectuais. Gramsci ressalta a importância político-ideológica da difusão de verdades já conhecidas na criação e consolidação de hegemonias.

Os intelectuais estão organizados nos aparelhos privados de hegemonia, articulando a relação Estado/sociedade. Na sociedade civil, se encontram os clubes, as associações, os jornais, as igrejas, os partidos políticos, sindicatos, escolas e entidades dos mais diversos fins. Gramsci (2000) procura identificar de que maneira tais entidades associativas se tornam “partidos”, formas de expressão de interesses sociais, através de determinada consciência, determinado patamar organizativo e determinadas relações de força. Essas associações são capazes de aglutinar setores sociais, inclusive outras entidades associativas, atuando,

portanto, permanentemente de maneira política. Ao corroborar com essas reflexões Fontes assevera:

Algumas entidades associativas podem e devem ser analisadas enquanto “partidos”, isto é, apesar de não oficialmente eleitorais, organizam vontades e preparam para os momentos das opções representativas, assumindo algumas delas o papel de nervo articulador (quartel-general) de determinados segmentos ou frações de classe [...]. Mais do que mostrar que as entidades associativas nada têm de apolíticas, Gramsci permite compreender o alcance da sua atuação. Um dos nervos centrais de sua análise assinala como a expansão do capitalismo correspondeu também à ampliação do Estado. Isso pode ser compreendido duplamente, como expansão da democracia e, portanto, como conquista das classes trabalhadoras, mas também como disseminação de trincheiras de defesa do capitalismo, estreitamente relacionadas com o Estado, em diversas dimensões da vida social. E é essa relação de forças que interessa compreender em cada conjuntura (FONTES, 2017, p.211).

Através dos aparelhos privados de hegemonia há a disseminação de políticas estatais e também disputa pelo fundo público e tornam-se meios potenciais para disseminar as práticas e valores para educar o consenso ou se contrapor a ele. Este debate remete à função dos intelectuais brasileiros, Neves (2010) ressalta que devido a herança colonial da formação social brasileira, à herança elitista de seus intelectuais, ao caráter inconcluso de nosso processo de ocidentalização, há no país, uma tendência de importação da produção intelectual das formações capitalistas centrais. Desse modo, os intelectuais tendem a reforçar em âmbito local, a hegemonia burguesa mundial.

Esses aspectos são reforçados na contemporaneidade pela perspectiva da pós-modernidade, sendo esta uma ofensiva ideológica e cultural do capitalismo contemporâneo. Para a maior parte das concepções pós-modernas, a realidade é um todo fragmentado, marcado pela efemeridade e pela indeterminação, o que impossibilita explicar a totalidade, ou seja, o real não é possível de ser explicado e entendido em

sua globalidade, podendo apenas as suas partes ser descritas de forma isolada e fragmentada.

OS INTELLECTUAIS COLETIVOS E SEUS PROJETOS PARA A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Dentre os intelectuais coletivos se destaca o BM criado em 1945, junto com o Fundo Monetário Internacional (FMI). Inicialmente com o objetivo de financiar a reconstrução dos países devastados pela Segunda Guerra Mundial e posteriormente, financiando empréstimos, para os países de economias dependentes. Esses financiamentos ocorrem em diferentes áreas, inclusive a denominada pelo BM “desenvolvimento humano”, abrangendo os setores de educação e saúde. Através de análise financeira e econômica de cada país, o BM desenvolve uma estratégia exclusiva, apontando as prioridades e as metas para a redução da pobreza. Desse modo, o BM tem orientado e atuado através de recomendações e empréstimos em várias políticas sociais no Brasil, em destaque, a política de saúde.

O BM desde o processo inicial da RSB, na década de 1980, tem uma visão crítica sobre as principais proposições construídas e, consequentemente, as suas análises acerca do SUS são críticas. Desde a década de 1990 há uma ofensiva para redirecionar o SUS brasileiro, de modo que as principais análises do BM problematizam o papel do Estado e as suas competências. Ao longo do tempo esse intelectual tem a função de fragilizar o SUS ao apontar proposições e ações que deveriam ser priorizadas pelo Estado brasileiro na perspectiva de redução do sistema.

Para Wagner e Rizzotto (2016) o fato de o Brasil ter garantido constitucionalmente assistência integral à saúde para todos como responsabilidade do Estado recebeu, já no início do processo de implementação do SUS, fortes críticas do BM. Para os autores, “a questão central nunca foi saber se o Brasil poderia ou não arcar com os custos do sistema, mas pela oposição de raiz entre o pensamento liberal e a implementação de sistemas de saúde públicos universais” (WAGNER; RIZZOTTO, 2016, p.265).

No Brasil, na década de 1990, a intervenção do BM no setor de saúde se deu de forma sistemática e concomitante à adesão do governo

federal ao ideário neoliberal, baseado nas diretrizes do Consenso de Washington (1989). Nos anos 2000, o BM dá continuidade às “recomendações” para reformar o nosso sistema de saúde, orientadas pelos pressupostos pró-mercado (RIZZOTTO, 2012). Neste sentido, o BM defende a revisão da premissa constitucional que atribui um papel de complementaridade ao setor privado no âmbito do sistema e sugere que o Brasil realize reformas que favoreçam maior participação do setor privado na oferta de serviços de saúde.

O BM passa a difundir ideologias de que o setor público deve ser responsável pelas tarefas de regulamentação, promoção e educação em saúde, além do financiamento. No entanto, o que diz respeito à prestação de serviços deve ser feita por toda e qualquer entidade capaz de realizá-los mais eficientemente, uma vez que o setor privado é mais criativo, mais eficiente e oferece serviços de melhor qualidade, além de ser “comprovadamente superior aos serviços” (BANCO MUNDIAL, 2007).

Para tanto, entre os documentos formulados pelo BM sobre a saúde brasileira, dois se destacam. O primeiro, em 2007, intitulado “Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro – fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão de recursos”, e o segundo em 2013, denominado “20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde”.

Para Wagner e Rizzotto (2016) os principais interesses do Banco gira em torno da gestão do Estado, do financiamento e da relação com o mercado. O documento de 2007 apresenta como objetivos pesquisar e descrever como se alocam recursos públicos; avaliar como os recursos transferidos para os estados e municípios são utilizados; coletar evidências de atrasos e defasagens na execução orçamentária; e “oferecer um conjunto de recomendações para políticas, visando melhorar a eficiência na gestão de recursos e na qualidade da atenção no SUS” (BANCO MUNDIAL, 2007, p.2). Tem como foco a “governança”, um modo de gestão do Estado que advém das teorias da gerência empresarial e do Estado *management*, que emergiu nas últimas décadas do século XX diante das crises dos estados decorrente do fim do keynesianismo.

O BM adota o termo governança ou *accountability* como sendo um mecanismo capaz de “captar a responsabilidade dos atores e as

consequências que serão enfrentadas por eles com base em seu desempenho” (BANCO MUNDIAL, 2007, p.1). Portanto, a instituição prestadora de serviços de saúde, os gerentes e os trabalhadores poderiam ser responsabilizados pelo seu comportamento na gestão, no planejamento, no monitoramento e na administração dos recursos financeiros, “onde um desempenho ruim é sancionado e um bom desempenho é recompensado por promover qualidade e impacto” (BANCO MUNDIAL, 2007, p.1).

No documento de 2013, os objetivos são “fornecer uma avaliação objetiva e neutra do desempenho do sistema e dos desafios futuros” e “apresentar recomendações baseadas no diagnóstico e em experiências de outros países com reformas similares” (BANCO MUNDIAL, 2013, p.21-22).

Entre as formas de atuação do BM está a produção e divulgação de documentos que refletem a visão da instituição sobre os setores de interesse, acompanhados de “recomendações” que, via de regra, visam redirecionar o setor para uma melhor adequação à lógica neoliberal de mercado. Invariavelmente, o interesse do Banco gira em torno da gestão do Estado, do financiamento e da relação com o mercado. As ideologias disseminadas pelo BM da boa governança legitimou a intervenção do BM nas políticas econômicas e sociais dos países tomadores de empréstimo e favoreceu a implementação das reformas neoliberais dos Estados nesse período, com renúncia da redistribuição de renda, privatização de serviços públicos e retorno do culto ao mercado.

O BM publicou em novembro de 2017 um relatório que analisa a eficiência e equidade do gasto público no Brasil intitulado “Um Ajuste Justo – análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil”. O relatório dá sustentação ao conjunto de contrarreformas nas políticas sociais encaminhadas pelo governo de Michel Temer, incluída a da saúde. Destarte, ressalta as concepções de Estado mínimo, focalização e seletividade nas políticas sociais.

No capítulo, saúde, centra sua análise na eficiência e prescreve cortes de despesas em todos os setores de atenção, inclusive em atenção primária. Nega o desfinanciamento crônico do SUS e a extrema privatização da atenção especializada no SUS, seja nos setores de diagnóstico e hospitalar. Não reconhece as heterogeneidades sociodemográficas

nacionais e determinação social dos processos saúde e doença. Além de atribuir ao SUS ineficiências inerentes à elevada participação do setor privado no sistema de saúde brasileiro.

Neste relatório mais uma vez é ressaltada a visão neoliberal do BM, a qual cabe ao Estado assumir a responsabilidade social quando o indivíduo, sua família ou redes comunitárias não conseguem garantir a satisfação de necessidades mínimas no mercado. O Estado deve garantir necessidades básicas para aqueles grupos que não foram aptos ou fracassaram em garantir suas necessidades no mercado.

A partir da contrarreforma do Estado proposta pelo BM as políticas sociais tendem: à *focalização*, em que os gastos sociais são dirigidos aos setores de extrema pobreza; à *descentralização* da gestão da esfera federal para estados e municípios sem a contrapartida de recursos necessários a esse processo, e com a participação na esfera local de organizações não governamentais, filantrópicas, comunitárias e de empresas privadas; à *privatização*, com o deslocamento de prestação de bens e serviços públicos para o setor privado que é regido pelo mercado. Para Correia,

[...] esta contrarreforma que tem acontecido na “contramão” do assegurado legalmente tem deformado as políticas sociais garantidas, rebaixando-as a programas focais, assistenciais e seletivos, dirigidos aos grupos de maior pobreza, esvaziando seu caráter universal. Ao tempo que se tem aberto ao mercado para o fornecimento de serviços coletivos acessíveis de acordo com o poder de compra de cada indivíduo, esvaziando o caráter público desses (CORREIA, 2005, p.06).

Um dos intelectuais coletivos contemporâneo, representando o setor empresarial da saúde é o Instituto Coalisão Saúde (ICOS). Intitula-se uma associação civil e privada, de âmbito nacional e sem fins lucrativos. Tem como objetivo principal “congregar e articular os principais integrantes da cadeia produtiva privada da saúde, com o intuito de promover, de forma propositiva e pluralista, a discussão e a busca de soluções inovadoras para o setor” (ICOS, 2017, p.03), em seu estatuto social afirma:

I – Fortalecer o setor de saúde como modelo produtivo e de desenvolvimento econômico, incentivando a inovação, a pesquisa e o desenvolvimento; II – Contribuir para o aperfeiçoamento do modelo assistencial de saúde, com foco na prevenção de doenças e promoção de saúde, de forma a atender às reais necessidades de saúde da população brasileira; III – Desenvolver estudos e propor soluções que contribuam para a preservação e o crescimento do setor privado de saúde, primando sempre pela aplicação das melhores práticas de governança corporativa e de gestão, bem como pela melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada à população (ICOS, 2017, p.1-2).

Dentre as principais proposições do ICOS são apresentados 08 (oito) pontos, todos com ênfase na gestão pública, mas com a direção empresarial na saúde. Contam como seus associados cerca de 33 (trinta e três) empresas, grupos, instituições privadas de saúde. Esse instituto, na contemporaneidade tem representado um importante aparelho privado de hegemonia, uma vez que, tem interferido nas decisões acerca da política nacional de saúde, inclusive nos aspectos econômicos financeiros.

As principais proposições do ICOS apresentadas no documento “Proposta para o Sistema de Saúde Brasileiro” se referem à ética e conduta empresarial, para tanto, assevera que “é preciso agir para que se fortaleça a cultura da ética, baseada na legalidade, transparência, eficiência e respeito aos cidadãos e às instituições. Incentivar empresas, profissionais de saúde e pacientes para que não adotem práticas antiéticas” (ICOS, 2017, p.9). Portanto, ressalta proposições presentes no PDRE de 1995 ao defender que se deve “cobrar e influenciar para que o governo preste serviços de qualidade, eficientes e sem burocracia, respeitando prazos e processos, para o necessário desenvolvimento do setor de saúde” (IDEM). Esse conjunto de proposições remete a administração gerencial, flexível defendida por Bresser (1995), que possibilitaria maior agilidade administrativa. Outro aspecto destacado é a Inovação e para tanto, propõe “definir políticas públicas claras e efetivas para o setor de saúde, tornando o ambiente de negócios mais seguro, estável e propício

para os investimentos, promovendo o acesso, a competitividade e um ciclo virtuoso de inovação e crescimento econômico” (ICOS, 2017, p.11). Ainda ressalta a fundamental interação entre o público, o privado e as universidades, além de incentivar a inovação científica e tecnológica e o desenvolvimento de produtos. Nessas proposições se defende para a inovação tecnológica a relação simbiótica entre o público, o privado e as universidades.

O principal elemento para a nossa análise é o destaque para a integração público-privada. Para tanto é ressaltado as garantias constitucionais que reconhece a complementariedade do setor privado ao SUS. Correia (2015, p.77) afirma que essa complementariedade é invertida porque o setor público estatal não vem ampliando a sua oferta de serviços, já que essa vem ocorrendo através de forma progressiva.

Dentre os intelectuais coletivos que se destacam na luta pelo um projeto de RSB na contemporaneidade e se contrapõem as proposições do BM e do ICOS, são: o CEBES, a ABRASCO e a FNCPS. No entanto, há diferenças de proposições entre esses intelectuais pautados na possibilidade de ação no atual contexto brasileiro. Silva (2013) afirma que existem mudanças nas orientações das propostas e práticas dos protagonistas do projeto de RSB construído na década de 1980. Esse contexto impõe dificuldades na luta contra o processo de contrarreforma da política de saúde.

O CEBES foi criado em julho de 1976, articulado durante a realização da 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, realizada na Universidade de Brasília (UnB). Surgiu na perspectiva de discutir a questão da democratização e da saúde. Inicialmente, foi constituído por grupos da área de saúde pública provenientes do estado de São Paulo. Posteriormente, foram formados núcleos além de São Paulo, no Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Recife e Salvador. O CEBES passou a se constituir um dos intelectuais coletivos da Reforma Sanitária Brasileira e passa a difundir uma nova cultura, com os princípios da “democratização do setor saúde e Reforma Sanitária que deve ter como marco a unificação dos serviços de saúde, públicos e sem fins lucrativos, com a participação dos usuários estimulada” (ESCOREL, 1998, p.79).

Desde a sua criação em 1976, tem como eixo principal de seu projeto

a luta pela democratização da saúde e da sociedade. Nos mais de 30 anos de atuação, como centro de estudos que aglutinam profissionais e estudantes, assegurou seu espaço como produtor de conhecimentos com uma prática política concreta, seja em nível dos movimentos sociais, das instituições do país e do parlamento brasileiro. Após o período de redemocratização e de implementação das principais bandeiras do movimento pela RSB, discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde e incorporadas na Constituição de 1988 e regulamentada através das Leis Nº 8.080/90 e 8.142/90, o CEBES passa a priorizar durante a década de 1990 o processo de implementação do SUS.

Todavia, no ano de 2007, o CEBES vivenciou o movimento pela sua refundação, que teve início em 2006. Silva (2013) analisa que esse processo ocorreu a partir da necessidade de repensar o lugar do CEBES na conjuntura atual, uma vez que foram levantados questionamentos sobre as possibilidades e perspectivas da sua continuidade. O CEBES analisou que o seu grande desafio era de manter-se como uma organização autônoma, desvinculada do Estado, ao mesmo tempo em que buscava inserir suas bandeiras na arena política, conquistando aliados dentro e fora do Estado. Portanto, defendia “nossa capacidade de inserção de nossas estratégias na arena pública não depende de nossa adesão ao governo, mas de nossa capacidade de fortalecer alianças na sociedade civil que garantam sustentabilidade às propostas que defendemos” (CEBES, 2005, p.398). Apresentou como estratégia ganhar o apoio da população para a defesa do sistema de saúde e se possível que ele funcionasse de “forma humanizada e sem discriminações”, com ações que fossem eficazes e efetivas no acesso à utilização dos serviços.

Desse modo, a defesa cotidiana e permanente de um SUS de qualidade passa a ser um dos elementos estratégico. A bandeira do CEBES passa a ser enfrentar: 1) a desigualdade no acesso; 2) a drenagem de recursos públicos para o setor privado; e 3) melhorar a qualidade do atendimento e de colocar o usuário cidadão como o centro do SUS.

A ABRASCO intelectual coletivo fundamental no projeto e processo da Reforma Sanitária Brasileira foi criada em 27 de setembro de 1979. Desde o seu momento de criação até os dias atuais prioriza três eixos: a formação de recursos humanos em saúde Coletiva, a produção de conhecimentos e a Política Nacional de Saúde. No entanto, ao

fazermos a avaliação da sua trajetória e a depender da conjuntura se identificam momentos em que um dos eixos é privilegiado ou são organicamente articulados. Apresenta em seu estatuto a missão de apoiar indivíduos e instituições ocupados com o ensino de graduação e pós-graduação, a pesquisa, a cooperação e a prestação de serviços em saúde pública/coletiva, objetivando a ampliação da qualificação profissional, o fortalecimento da produção de conhecimento e o aprimoramento da formulação de políticas de saúde, educação, ciência e tecnologia para o enfrentamento dos problemas de saúde da população brasileira. No plano internacional, mantém estreito diálogo com entidades como a Federação Mundial de Associações de Saúde Pública (WFPHA), da qual é associada desde 2002, com a Associação Latino-Americana de Medicina Social e Saúde Coletiva (Alames), entre outras. Na produção intelectual é responsável pela edição de dois destacados periódicos: as revistas *Ciência & Saúde Coletiva*, de publicação mensal, e a *Revista Brasileira de Epidemiologia*, com edições trimestrais (SILVA, 2013).

A ABRASCO no período de 1985-1987 se fortalece como sujeito político coletivo importante no projeto e processo da RSB. Para tal fim foi criada a Comissão de Política de Saúde, que elabora um documento para orientar a ABRASCO nas etapas preparatórias e durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde. A participação da ABRASCO na referida conferência foi significativa no momento da constituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária e nos trabalhos desenvolvidos pela Assembleia Nacional Constituinte. Vale a pena ressaltar que após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a ABRASCO realizou o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (CBSC), no Rio de Janeiro. Nesta ocasião, foi discutida a Política Nacional de Saúde e em sua plenária final foi aprovado o texto com base nas conclusões da conferência. Esse documento deu subsídios para a atuação da ABRASCO com relação à formulação da Constituição Federal de 1988. Desse modo, enquanto intelectual coletivo contribuiu no processo de formulação da política nacional de saúde através da Comissão Nacional da Reforma Sanitária e na Plenária Nacional de Entidades de Saúde.

No período de 1987-1989 dá continuidade aos trabalhos da associação junto à Assembleia Nacional Constituinte e à elaboração da Lei Orgânica da Saúde (LOS), inclusive assessorou, no Congresso Nacional,

a Comissão da Ordem Social e a Subcomissão de Saúde na elaboração do texto constitucional. A aprovação da nova Constituição desloca o foco da atuação política para a formulação e a aprovação da LOS, fundamental para a concretização dos avanços obtidos.

A diretoria que assume a gestão para o período 2009-2012, encaminha grandes mudanças na ABRASCO, implicando, inclusive, em mudanças no seu estatuto social, apontando como justificativa, que a ampliação dos programas de Pós-graduação, a busca crescente por inflexões na saúde coletiva das atividades de graduação, o reconhecimento progressivo de que a complexidade da saúde pública exige maior integração entre os serviços e os centros de produção de conhecimentos e a incorporação de profissionais na rede de serviços, em especial nos Programas de Saúde da Família, são indicativos da tendência de ampliação dos horizontes de atuação da ABRASCO.

Posteriormente, a partir das mudanças realizadas, em seu novo estatuto, a associação passa a ser denominada Associação Brasileira de Saúde Coletiva, foi retirada a pós-graduação da denominação, na perspectiva de abranger também a graduação. Fica constituída por instituições de ensino ou prestação de serviços de saúde que desenvolvam programas docentes em qualquer modalidade de graduação e pós-graduação em saúde coletiva e por indivíduos que exerçam atividades nesta área, contando até o presente momento com 73 instituições associadas, além dos sócios individuais.

A FNCPS foi criada em 2010, com o objetivo de defender o SUS universal, público, estatal, sob a administração direta do Estado, e lutar contra a privatização da saúde e pela RSB formulada nos anos de 1980. Foi criada durante seminário realizado no Rio de Janeiro, intitulado “20 anos de SUS: Lutas Sociais Contra a Privatização e em defesa da Saúde Pública Estatal”. Esse seminário foi organizado pelo Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, pelo Conselho Regional de Serviço Social da 7ª Região, e pelos projetos “Saúde, Democracia e Serviço Social: Lutas Sociais e Gestão Democrática,” “Saúde, Serviço Social e Movimentos Sociais” e “Políticas Públicas de Saúde” – financiados pela UERJ, CNPq e FAPERJ.

A referida Frente nasceu da articulação dos fóruns de saúde dos estados de Alagoas, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e do município de

Londrina. Inicialmente foi denominada de ‘Frente Nacional contra as OS e pela procedência da ADI Nº 1.923/98’. A ADI Nº 1.923/98 questiona a Lei Nº 9.637/98, que cria as Organizações Sociais (OS) e que tramitava no Supremo Tribunal Federal (STF) desde 1998. A importância da votação dessa ADI é a perspectiva de barrar o processo de implementação de OS nas esferas estaduais e municipais. Uma vez obtida, a concessão da ADI era fundamental para “desmontar a coluna vertebral da privatização dos serviços públicos no Brasil” (FRENTE, 2011, s/p.).

Desse modo, a FNCPS foi composta inicialmente, por diversas entidades, fóruns de saúde, movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários. Possui como caminho estratégico “o mesmo do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira nos anos 1980, que se opõe a regulação da saúde pelo mercado e a defesa da saúde pública e estatal” (BRAVO; CORREIA, 2012, p.140).

A FNCPS fez dois dossiês que denunciam o processo de privatização através das OS e da EBSEH. Conta com 20 (vinte) Fóruns Estaduais e 01 (um) no Distrito Federal (DF). Dentre as principais atividades desenvolvidas pela Frente destacam-se: 1) a criação de um abaixo-assinado on-line pela procedência da ADI Nº 1.923/98, contrária à implementação das OS como “novo modelo de gestão” nos serviços públicos de saúde; 2) a elaboração do documento intitulado “Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”; 3) a formulação de uma Agenda para a Saúde; e 4) Elaboração de um Relatório Analítico sobre a EBSEH.

A principal luta é a defesa intransigente do caráter público estatal da saúde, com investimento público na ampliação da rede pública de serviços. Para Bravo e Correia (2012, p. 146), “o Caminho estratégico é conduzir uma ruptura com as bases privadas do setor público de saúde, pressupostos que se opõem à redução da atuação do Estado e à regulação da saúde pelo mercado”. Para a FNCPS barrar esses novos modelos de gestão é um caminho estratégico para evitar a destruição do SUS.

A FNCPS baseada em Berlinguer (1978) defende que ter saúde é necessário modificar as condições de vida, as relações de trabalho, as estruturas civis da cidade e do campo. Para tanto, a FNCPS apresenta uma Agenda para Saúde em Defesa do SUS Público, Estatal, Universal e de Qualidade com as seguintes diretrizes: 1) Determinação social do

processo saúde e doença: saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais; 2) Gestão e financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde; 3) Modelo assistencial que garanta o acesso universal com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade; 4) Política de valorização do trabalhador da saúde; e 5) Efetivação do controle social (FNCPS, 2011, p.9-10).

O CEBES, a ABRASCO e a FNCPS têm disputado a direção do projeto de RSB colocado novamente na agenda com o advir do governo Lula, que inicialmente trouxe expectativas para dar encaminhamentos ao projeto de RSB. Mas, o governo dá continuidade à implantação das PPP na saúde, focaliza a atenção à saúde para determinados segmentos da população e mantém os problemas de financiamento do setor. Esse processo irá expressar grandes contradições para o movimento sanitário, uma vez que, seus principais intelectuais passam a defender o “SUS Possível” (SOARES, 2010) baseado nas possibilidades de ação, sem radicalidade na perspectiva de contestação e superação da ordem burguesa.

Esse processo se agrava quando o Ministro José Temporão (quadro do movimento sanitário), assume o MS em 2007 e passa a defender a criação das FEDEPS para a saúde. Esse foi um momento crucial, uma vez que vários intelectuais passam inclusive através de artigos, livros e debates a defenderem a lógica da gestão privada no SUS. A partir dos estudos de Silva (2013) é analisado que as agendas políticas do CEBES e da ABRASCO passam a ter uma relação umbilical com o governo, expressas nos documentos “A Carta de Brasília” (2005), “Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros” (2005), “O SUS pra Valer: universal, humanizado e de qualidade” (2006), “Boletins da 13ª Conferência Nacional de Saúde” (2007) e “A Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil (2010). A análise desses documentos e suas implicações foram divulgados, na Revista *Katálysis*⁴ por Silva (2014).

Uma iniciativa do movimento sanitário foi a criação do Fórum da RSB (FRSB), em 2005, com o chamamento da necessidade de se colocar a RSB na agenda política. Nesse momento, integram o FRSB: a ABRASCO, o CEBES, a Associação Brasileira de Economia da Saúde

4 SILVA, A.X. A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso. Revista *Katálysis*, Florianópolis, v.17, n.2, p.159-175, jul./dez. 2014.

(ABRES), a Rede Unida e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA). Esses intelectuais, até o presente momento compõem o respectivo Fórum.

Silva (2014, p.162) assevera que a atuação do Fórum durante o governo do PT se direcionou “a construção do consenso e apassivamento do projeto de RSB”, uma vez que, em suas proposições, apontavam para um redirecionamento dos princípios da RSB formulados na década de 1980. Os valores que passam a prevalecer no projeto de RSB flexionado são o enfoque na responsabilidade social, na solidariedade, na equidade e na justiça social, que são embasamentos do social-liberalismo (SILVA, 2016).

No atual contexto brasileiro o FRSB se reuniu duas vezes em 2017, com a preocupação de inserir novos intelectuais coletivos no processo. Desse modo, foi feito um chamamento inicial a FNCPS, que participou das últimas reuniões. Uma das estratégias do FRSB é a realização de um grande seminário em 2018 que possibilite a organização e mobilização:

O encontro deverá ser construído a fim de incluir os usuários do sistema público de saúde no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Ou seja, é necessário usar o espaço – e o período de organização que o antecede – como ferramenta de mobilização popular [...] Além disso, colocou-se como um dos objetivos finais a produção de um documento sólido e expressivo, com propostas e posicionamentos firmes do movimento [...] a construção de ações políticas unitárias em defesa da soberania, da democracia, do emprego e dos direitos sociais no Brasil, pressuposto fundamental para influenciar o debate nas eleições presidenciais em 2018 e para organizar e mobilizar o movimento de massas em defesa do SUS na atual conjuntura histórica (ABRASCO, 2017, p.01).

Há uma preocupação com a elaboração de um documento para as eleições de 2018 a ser debatido com os movimentos sociais e prováveis candidatos. No entanto, a FNCPS tem a preocupação que as ações do FRSB não se reduzam a essa ação, e sim, que o movimento seja de

organização e mobilização pela defesa da saúde estatal, universal, integral e de qualidade.

Dentre os intelectuais coletivos que atuam na construção da política de saúde se destaca a FNCPS que desde a sua criação em 2010 tem como princípio a defesa intransigente do caráter público estatal da saúde, com investimento público na ampliação da rede pública de serviços”. “O caminho estratégico é conduzir uma ruptura com as bases privadas do setor público de saúde, pressupostos que se opõem à redução da atuação do Estado e à regulação da saúde pelo mercado” (BRAVO; CORREIA; 2012, p.146). Nos anos 2010 e 2011, as lutas da FNCPS se concentraram nas OS e a partir de 2012, na EBSEH.

Para Silva (2013; 2014) a FNCPS é defensora do projeto de RSB formulado nos anos 1980, que tem como elemento fundamental a radicalização da democracia, implicando na construção de uma nova racionalidade, de um novo projeto civilizatório. Para tanto, vem construindo ações e projetos na perspectiva de seu fortalecimento para a transformação da hegemonia predominante no processo de RSB. Os intelectuais vinculados à Frente têm um papel preponderante na elaboração e na defesa do projeto de RSB, fundamentais para dar homogeneidade e consciência ao projeto de sociedade nas dimensões econômica, social e política, ou seja, na organização da cultura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise profícua acerca dos intelectuais coletivos que dão direção a política nacional de saúde no Brasil se evidencia a função dos intelectuais no exercício e manutenção dos projetos hegemônicos de classe no capitalismo. Todavia, há processos que tornam possíveis uma atividade intelectual voltada para a construção de um novo projeto de hegemonia de classes subalternas embora com muitas dificuldades, face ao atual contexto brasileiro.

Os intelectuais orgânicos que representam os interesses das classes subalternas têm uma função central nos processos e lutas de formação de uma contra-hegemonia contrária aos interesses do capital e dos seus intelectuais tradicionais e orgânicos. A função do intelectual se define pela conservação ou a construção de projetos hegemônicos de classe.

A esses intelectuais cabe a função de operar nos processos de formação de uma consciência crítica e na organização das lutas e ações políticas.

Tais questões têm rebatimento na formação da hegemonia, quando um conjunto de crenças e valores se enraíza no senso comum. Hegemonia é consenso, e não coerção. Existe hegemonia quando indivíduos e grupos sociais aderem consensualmente a certos valores. Mas, como Gramsci (2000) observa, existe “consenso ativo e consenso passivo”.

No entanto, a realidade revela uma encruzilhada posta como uma tendência predominante para os intelectuais no Brasil, a formação dos novos intelectuais se processa nos estreitos limites do possível e do existente, contribuindo para a disseminação de uma sociabilidade perpassada por uma concepção utilitarista de conhecimento atrelada ao imediato e ao contingente.

Os intelectuais coletivos do BM e do ICOS representam os interesses hegemônicos do capital financeiro internacional e nacional. O CEBES e a ABRASCO resistem ao processo de contrarreforma na política de saúde, mas com muitas contradições, evidenciadas principalmente durante os governos do PT. Na contemporaneidade, esses intelectuais analisam a necessidade de organizar e mobilizar a sociedade civil para a luta pelo direito à saúde, face à conjuntura regressiva e de avanço dos interesses do capital financeiro no governo Michel Temer.

Na luta pela resistência ao processo de contrarreforma na política de saúde, se destaca a FNCPS, que vem construindo ações e projetos na perspectiva de fortalecimento para a transformação da hegemonia predominante. Os intelectuais vinculados a Frente têm um papel preponderante na elaboração e na defesa de projeto de RSB com os princípios da década de 1980, que tem como elemento fundamental a radicalização da democracia, implicando na construção de um novo projeto civilizatório.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Mudança na regra dos planos de saúde vai fazer o país voltar para 1998**. Boletim, nov. 2017.

BANCO MUNDIAL. Brasil **Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro**: fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão de recursos. Documento do Banco Mundial, 2007.

_____. **20 anos da Reforma do Sistema de Saúde do Brasil**: uma avaliação do Sistema Único de Saúde. Documento do Banco Mundial, 2013.

_____. **Um ajuste justo**: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Grupo Banco Mundial, v.I: síntese, nov. 2017.

BERLINGUER, G. **Medicina e política**. São Paulo: Cebes; Hucitec, 1978.

BEHRING, E.R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BRASIL. **Plano diretor da reforma do aparelho do estado**. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, Brasília, 1995.

_____. **PORTARIA GM Nº 1.482, DE 4 DE AGOSTO DE 2016**. Institui Grupo de Trabalho para discutir Proposta de Plano de Saúde Acessível. Brasília, 2016.

_____. **EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências, Brasília, 2016.

_____. **PORTARIA GM Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, 2017.

_____. **PORTARIA GM Nº 3.992, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2017**. Altera a Portaria de Consolidação Nº 6/GM/MS, de 28 de

setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde no Sistema Único de Saúde Brasileiro, Brasília, 2017.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n.109, jan./mar. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Blocos de Financiamento e o Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=1807670562590487&id=462856057071951>. Acesso em: 02 jan. 2018.

CORREIA, M.V. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira**: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. Tese (Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco). Recife, 2005.

_____. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. In: CORREIA, M. V.; SANTOS, V. M. (Orgs.). **Reforma Sanitária e Contrarreforma na Saúde**: interesses do capital em curso. Maceió: EDUFAL, 2015.

DURIGUETTO, M.L. A questão dos intelectuais em Gramsci. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.118, p.265-293, abr./jun. 2014.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

FOLADORI, G.; MELAZZI, G.; KILPP, R. **A economia da sociedade capitalista e suas crises recorrentes**. São Paulo: Outras Expressões, 2016.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. **Carta de Brasília**: documento final do 8º Simpósio sobre Política Nacional de

Saúde. Brasília: Abrasco; Cebes; Abres; Rede Unida; Ampasa, 2005.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE.
Em defesa do SUS: público, estatal, universal e de qualidade. 2011.

FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES. **Uma Ponte para o Futuro.**
Brasília, 2015.

GRAMSCI, A. Os intelectuais, O princípio educativo, Jornalismo. **Cadernos do Cárcere.** Edição e tradução de Carlos Nelson Coutinho. Coedição: Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000, v.2.

INSTITUTO COALISÃO SAÚDE. **Estatuto Social.** Disponível em:
<http://icos3.tempsite.ws/wpcontent/uploads/2016/04/Estatuto_Coalizacao_Saude_30_06_2015.pdf>.

_____. **Proposta para o Sistema de Saúde Brasileiro.** Disponível em: <<http://icos.org.br/wp-content/uploads/2017/04/Relato%C3%A7%C3%A3o%20do%20Sistema%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>> . Acesso em: 28 dez. 2017.

_____. **Coalisão Saúde Brasil:** uma agenda para transformar o sistema de saúde. Disponível em: <http://icos.org.br/propostas-para-saude/apresentacao/>. Acesso em: 28 dez. 2017.

MANDEL, E. **A crise do capital:** os fatos e sua interpretação marxista. São Paulo: Ensaio; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1990.

MATTOS, M. B. **Estado e formas de dominação no Brasil contemporâneo.** Rio de Janeiro: Consequência Editora, 2017.

MÉSZÁROS, I. **Para Além do Capital:** rumo a uma teoria da transição. São Paulo: Boitempo; Editora da UNICAMP, 2002.

NEVES, L. M. W. (Org.). **Direita para o social e esquerda para o capital**: intelectuais da nova pedagogia da hegemonia no Brasil. São Paulo: Xamã, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia para Cobertura Universal da Saúde**. OPAS/OMS. 154ª Sessão do Comitê Executivo. Washington, D.C, EUA, 16 a 20 de junho de 2014.

RIZZOTTO, M. L. F. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90**: as propostas do Banco Mundial e o desmontado SUS. São Paulo: Hucitec, 2012.

_____. CAMPOS, G. W. S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde Brasileiro no Início do Século XXI. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.25, n.2. p.263-276, 2016.

SILVA, A. X. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos**: no processo da Reforma Sanitária Brasileira. Tese (Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco). Recife, 2013.

_____. A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v.17, n.2, p.159-166, jul./dez. 2014.

_____. A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores: a adesão à ideologia social-liberal. In: GOMES, V. L. B.; VIEIRA, A. C. S.; NASCIMENTO, M. A. C. (Orgs). **O Averso dos Direitos**: Amazônia e Nordeste em Questão II. Recife: Editora Universitária da UFPE, p. 374 – 400, 2016.

SIMIONATTO, I. Intelectualidade, política e produção do conhecimento: desafios ao Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, n.117, São Paulo, 2014.

SOARES, R. C. **A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS Hoje**: impactos e demandas ao Serviço Social. Tese (Doutorado em

Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco), 2010.

VOZA, P.; LIGUORI, G. **Dicionário Gramsciano**: 1926 – 1937. Tradução: Ana Maria Chiarini, Diego Silveira Coelho Ferreira, Leandro de Oliveira Galastri e Silvia De Bernadinis. Revisão Técnica: Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: Boitempo, 2017.

NEOLIBERALISMOS E CONTRARREFORMAS DAS POLÍTICAS SOCIAIS

Sheyla Suely de Souza Silva
Larissa Martins de Almeida
Sayonara Santos Andrade

CRISE E BARBÁRIE DO CAPITAL: ALGUNS ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

As crises e a barbárie são inerentes ao sistema capitalista. Os “tempos de barbárie” deste sistema remetem à sua “chamada acumulação primitiva” e se perpetram na relação que se interpõe entre abundância e pauperismo, pois, ao tempo em que este sistema desenvolve e amplia a capacidade de suas forças produtivas e a produção da riqueza, generaliza a pobreza e o pauperismo para as massas trabalhadoras. A extrema exploração do trabalho é outro traço contundente dessa barbárie. E se houve freios à exploração do trabalhador até a sua morte por exaustão e alguma mínima melhoria das condições de vida e de trabalho, isto se deve à luta dos trabalhadores que, ao longo da história, conquistaram direitos trabalhistas e direitos sociais⁵.

As resistências e lutas do trabalho foram capazes de impor limites à exploração do capital e de conquistar direitos, culminando no

5 Como nos diz Netto (2003, p.43), “mantivessem-se os pauperizados na condição cordata de vítimas do destino, revelassem eles a resignação que Comte considerava a grande virtude cívica e a história subsequente haveria sido outra. Lamentavelmente para a ordem burguesa que se consolidava, os pauperizados não se conformaram com a sua situação [...]”.

“Estado de Bem-Estar Social”, entre as décadas de 1940 e 1970, com destaque para a oferta pública de políticas sociais de cunho universal, em algumas economias de capitalismo avançado. No entanto, no “tardo-capitalismo” (NETTO, 2012), assolado por uma crise estrutural sem precedentes⁶, a barbárie do capital assume contornos extremos e, nesse sistema, irreversíveis.

As estratégias que compõem a tentativa de restauração do capital frente a esta crise revelam, definitivamente, o esgotamento de todo e qualquer caráter civilizatório deste sistema e a acumulação do capital passa a se expressar como uma “produção destrutiva” (MÉSZÁROS, 1989). O desperdício, a obsolescência programada, a destruição de forças produtivas (inclusive força de trabalho) e as guerras incorporam a lógica dessa produção destrutiva⁷. Por fim, é preciso destruir, também, qualquer racionalidade política pautada em direitos, especialmente aqueles que se proponham de cunho universal. Assim, esgotada a capacidade anticíclica do período fordista-keynesiano, que sustentou os pilares do “Estado de Bem-Estar Social”, dá-se (a) uma reestruturação produtiva, na perspectiva de expansão internacional do modelo toyotista de flexibilização da produção e da acumulação capitalista; (b) uma

6 Como já ressaltamos, as crises são inerentes à dinâmica cíclica do capital; no entanto, Mészáros (2002) qualifica a crise contemporânea como uma crise estrutural, que se caracteriza por atingir todas as esferas da relação social capitalista (política, econômica, social, cultural etc.) e abranger tanto as economias de capitalismo avançado quanto tardio e, ainda, por apresentar-se como uma crise de longo prazo, sem atingir nem manter os necessários picos de lucro e acumulação, alcançando os limites absolutos do sistema.

7 Para esta ilógica “dar certo”, é preciso destruir, também, a racionalidade humana; precisamos nos comportar, constantemente, de forma “acrítica”, para que a barbárie do capital alimente o seu próprio lucro, enquanto sistematicamente nos desumaniza; é preciso que nós “embarquemos” (natural e bovinamente) na lógica do desperdício e que nos furtemos a qualquer preocupação com os impactos do nosso consumo a médio e longo prazos. Diante dos riscos e danos presentes e iminentes, irracionalmente, temos nos mantido focados nas “imediatidades”, pois, abrir mão de pensar a vida para além das imediatidades compõe essa barbárie contemporânea e também nos desumaniza. O irracionalismo é alicerce da atual sociabilidade do capital!

reatualização das teses liberais, fazendo emergir o “neoliberalismo” e (c) uma reversão dos pressupostos do Estado de Bem-Estar, especialmente no que toca à universalidade de suas políticas sociais.

MUNDIALIZAÇÃO, REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E NEOLIBERALISMO: A REVANCHE DO MERCADO E O OCASO DOS DIREITOS

Como todo modo de produção dominante, o capitalismo detém influência sobre a política, a cultura, as relações sociais e a subjetividade dos indivíduos, adentrando em todos os âmbitos da vida social, numa lógica autoexpansionista, pautada em estratégias que visam assegurar suas taxas de acumulação. Frente à crise contemporânea, o movimento do capital acelera sua mundialização e financeirização, através de um “regime de acumulação predominantemente financeiro⁸” (CHESNAIS, 2015, p.70), que dá condições ao acirramento da concentração de capital e de poder nas mãos de grandes empresas transnacionais e de grandes instituições financeiras⁹, de modo que as finanças extrapolam o

8 É preciso esclarecer que o processo de mundialização do capital e de seu “primo-irmão”, o imperialismo, iniciou sua gênese no início do século XX (LENIN, 1982), com a expansão da centralização e concentração do capital em monopólios, especialmente, do capital bancário/financeiro; mas, vai encontrar terreno efetivamente fértil após a Revolução Técnico Científica, a partir dos anos 70 do século passado, que permitiu a automação e instantaneidade do movimento do capital por todo o globo terrestre. Assim, a predominância financeira demonstra a própria modificação do capitalismo ao longo de sua existência, transformando-se num sistema econômico monopolista comandado por grandes empresas e, principalmente, por bancos e instituições financeiras, significando o “robustecimento ontológico do ‘sujeito’ capital no plano mundial” (ALVES, 1999, p.82).

9 Segundo Alves (1999, p.68), as instituições financeiras que cresceram de maneira qualitativa são as seguintes: (1) os grandes fundos de pensão por capitalização e fundos de aposentadoria anglo-saxões e japoneses; (2) os grandes fundos de aplicação coletiva privados e de gestão de carteiras de títulos (os Fundos Mútuos de Investimento); (3) os grupos de seguros, os enormes bancos multinacionais. As três primeiras tratam-se do “governo dos acionistas”, “instituições financeiras não bancárias que muitas vezes determinam a orientação das decisões de investimento

âmbito econômico e passam a atuar no conjunto das decisões tomadas não apenas pelas empresas capitalistas, mas, também, pelas economias nacionais¹⁰.

Para Alves (1999), são os processos de reestruturação produtiva e a ofensiva neoliberal que substanciam a mundialização do capital. A reestruturação do capital contribuiu para alterar o âmbito da produção no sentido de racionalizar trabalho vivo e, conseqüentemente, gastos sociais e trabalhistas, como, também, o âmbito da reprodução social – na “construção de outra cultura do trabalho e de uma nova racionalidade política e ética”, arquitetada em benefício do lucro do capital (MOTA; AMARAL, 1998, p.29). Os principais elementos dessa reestruturação sociotécnica da produção são a informalização, terceirização e subcontratação; a intensificação da jornada de trabalho e a busca por uma mão de obra pouco qualificada e dessindicalizada (ANTUNES, 2007).

Segundo Alves (1999, p.58), é somente com a “‘revolução conservadora’ das políticas neoliberais, de liberalização, desregulamentação e de privatização”, que o êxito do capital se deu por completo. As modificações provenientes da mundialização, com suas “novas formas de produção, gestão e consumo da força de trabalho” (MOTA; AMARAL, 1998, p.36) e conseqüente geração de uma exponencial superpopulação relativa, substanciaram a política neoliberal de controle e adesão das classes trabalhadoras ao projeto das classes dominantes.

Com a reestruturação produtiva, no âmbito estrito da produção, essa mão-de-obra excedente submete-se a condições de trabalho altamente precárias. Para Silva (2012, p.74), ao instituir “novas relações flexíveis de trabalho”, a ofensiva neoliberal e sua reestruturação produtiva atualizaram, também, formas pretéritas de assalariamento, que

e as formas de exploração dos assalariados”.

- 10 O movimento de mundialização do capital permite aos grandes monopólios internacionais alimentarem-se da liberalização para se apossarem de extensas áreas dos países de economia dependente, nas quais os direitos trabalhistas são maleáveis; os custos da mão de obra são baixos; os impostos são quase sempre negociáveis e, além disso, a frágil legislação protetiva ao meio ambiente é favorável à chamada “acumulação por espoliação”. Harvey (2004) alerta que esta acumulação por espoliação é recorrente na atual mundialização, expressando-se na supressão de formas alternativas de produção e consumo; na privatização de recursos naturais; na utilização de mão-de-obra escrava; na substituição da agricultura familiar pelo agronegócio etc.

derruem a necessária relação entre a *jornada de trabalho* e o *pagamento do trabalho por tempo*, reatualizando formas arcaicas de remuneração por horas avulsas ou por turnos de trabalho inferiores à jornada de trabalho ou, ainda, por peças produzidas, rompendo-se, desta forma, a relação entre trabalho pago, trabalho não pago e reprodução da força de trabalho. Assim, a “trapaça capitalista” (MARX, 2002, p.628-629) consegue extrair do trabalhador o almejado excedente, sem lhe proporcionar o tempo normal de trabalho e a respectiva remuneração necessária à sua manutenção/reprodução.

No âmbito da reprodução ampliada do capital, a ofensiva ideopolítica neoliberal implementou medidas com o objetivo de promover a priorização da estabilidade econômica (ajuste fiscal e controle da inflação) e, para isso, reverteu os processos de nacionalização nos países periféricos; incentivou a liberalização comercial; submeteu recursos naturais à exploração privada; articulou privatizações no campo da Seguridade Social e comandou a desregulamentação de leis trabalhistas e o desmonte de direitos sociais (ALVES, 1999). Conforme Chesnais (2015, p.09), esta ofensiva constituiu uma “reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar”, com a falácia de que a crise seria proveniente da grande intervenção do Estado em políticas sociais. O neoliberalismo tornou-se “a principal força política e cultural do final do século XX” (CASTELO, 2013, p.226), quando se expandiu e se legitimou mundialmente através do Consenso de Washington (1989).

No entanto, o receituário ortodoxo neoliberal acirrou as desigualdades sociais e econômicas e globalizou as situações de pobreza extrema, atingindo, também, os países centrais, desencadeando manifestações grevistas e movimentos de contestação da ordem¹¹ em todo o globo, enquanto apresentava ineficiências nos seus planos de estabilização macroeconômica, o que conduziu o neoliberalismo a uma crise de hegemonia e fez emergir sua nova fase – “social-liberal¹²” – a qual se propôs mais humanitária. Segundo seu próprio discurso, o social-liberalismo

11 Como é exemplo o Fórum Social Mundial, que teve sua primeira edição em 2001, na cidade de Porto Alegre.

12 Esta nova fase política se erige a partir de contribuições teóricas de ideólogos neoliberais, tais como Amartya Sen e Pierre Rosanvallon, dentre outros, as quais influenciam fortemente as prerrogativas políticas do Banco Mundial.

buscou promover justiça social e equidade, focando a intervenção do Estado nas parcelas de populações que se encontrassem em situação de risco e vulnerabilidade social, especialmente através de programas de transferência de renda e medidas que contribuíssem para o “empoderamento e autonomia” dos indivíduos e famílias extremamente pobres.

Avaliamos que os programas neoliberais e sociais-liberais de combate à pobreza apresentam sempre condicionalidades que imputam responsabilidades aos indivíduos, à família e à comunidade, para isentar o Estado de elencar maiores gastos sociais, incentivando o voluntarismo, a solidariedade e a “responsabilidade social” e estabelecendo parcerias com o mercado e com o terceiro setor. Na mesma lógica, tais programas restringem a concepção de pobreza e de desigualdade ao escopo da “pobreza absoluta” e visam garantir que, após ter acesso apenas às mais elementares condições de existência ofertadas pelo Estado, cada indivíduo ou família trilhe seu caminho para fora da situação de “vulnerabilidade social”. Ora, esta noção sugere que o bem estar social pertença exclusivamente ao âmbito do privado e que as pessoas, famílias e comunidades sejam responsáveis pelas causas e soluções das expressões da questão social a que se encontram submetidas (SOARES, 2010).

Enfim, articulado pelo capital, o social-liberalismo visa conciliar o crescimento econômico com a pobreza relativa e a pauperização dos trabalhadores; o assalariamento de uma parcela de trabalhadores com perdas de direitos trabalhistas para a maioria deles e com o crescimento de uma força de trabalho excedente; a acumulação de capital com o acirramento das desigualdades sociais. Logo, a lógica meritocrática implícita ao pensamento social-liberalista escamoteia a lógica desigual que sustenta o modo de produção capitalista e a dura ofensiva impingida atualmente aos direitos sociais. Vejamos a seguir o desenrolar desses processos na realidade brasileira.

CONQUISTAS SOCIAIS E “NEOLIBERALISMOS” NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO DAS CONTRARREFORMAS

Ao nos debruçarmos sobre a particularidade da realidade brasileira, é preciso relatar, rápida e previamente, que a origem colonial e escravista do país rebateu fortemente na sua formação social e econômica e,

assim, a sociedade brasileira é alvo de uma investida constante de “contrarrevolução permanente” (FERNANDES, 1975), expressa na resistência das classes dominantes à consolidação dos pilares democráticos do liberalismo burguês e operacionalizada através de distintas e combinadas práticas que alijam as massas populares dos processos decisórios sobre os rumos da nação e do usufruto dos períodos de crescimento econômico¹³.

Assim, a história da formação social brasileira é marcada por diversos episódios de acirramento ou aniquilamento das lutas das classes populares pela democratização do país, intercalando breves períodos de (parcos) ganhos democráticos e longos períodos de (severos) golpes ditatoriais. Os anos de 1964 a 1985 representaram um desses períodos de ditadura e, na década de 1980, movimentos sociais organizados ensejaram um projeto de redemocratização do país que visou ao acesso da sociedade civil tanto às decisões sobre os rumos políticos da nação, através da ampliação dos canais e instrumentos de participação política, quanto à riqueza socialmente produzida, através da ampliação das políticas sociais públicas e de seus públicos-alvo, numa perspectiva de universalização da proteção social brasileira. Esta luta culminou em diversas conquistas asseguradas na Constituição Federal de 1988 (CF/1988).

Uma das conquistas da CF/88 foi a definição da Seguridade Social brasileira, assentada em três políticas setoriais: Saúde, Previdência

13 As revoluções passivas, expressas nas tomadas de decisões “pelo alto”, sem interferência das massas populares; as modernizações conservadoras, expressas na conciliação entre novas e arcaicas formas de produção, mantendo nos períodos mais desenvolvidos da industrialização os traços e os privilégios senhoriais do modelo agrário-escravista; e as estratégias bonapartistas, expressas na delegação exclusiva - a uma única pessoa ou a um grupo político, sem a interferência das massas - da responsabilidade de governo e decisão sobre os rumos do país constituem as principais práticas desse “boicote” aos esteios da democracia liberal-burguesa no Brasil. A cidadania regulada constitui mais uma forte expressão dessa resistência. Os primeiros conceitos foram capturados da processualidade ontológica da formação social brasileira por estudiosos como Florestan Fernandes, Caio Prado Júnior e Otávio Ianni, dentre outros, os quais podem ser apreendidos em Mazzeo (1988). O conceito de “cidadania regulada” pode ser compreendido a partir da propositura de Santos (1987).

Social e Assistência Social, sendo a primeira um direito universal e não contributivo; a segunda assegurada a partir da contribuição prévia e a terceira assegurada a “todos aqueles que dela necessitarem”, sem exigência legal de contrapartida prévia. Se fossem cumpridas as prerrogativas da CF/1988, em articulação com o modelo securitário da Previdência Social, a universalidade plena da Saúde e o princípio de universalidade que transpassa a Assistência Social inaugurariam no Brasil uma ruptura com a visão estritamente contratualista da proteção social, atrelando esta última, finalmente, ao *status* da cidadania. No entanto, a década de 1990 registrou a assunção da agenda neoliberal no Brasil e os governos pós-Constituição, até os dias atuais, empreendem duras ofensivas contrarreformistas, que comprometem a consolidação das conquistas populares.

AS CONTRARREFORMAS DO PERÍODO NEOLIBERAL ORTODOXO E DO PERÍODO SOCIAL-LIBERAL OU “NEODESENVOLVIMENTISTA”

Para Behring (2003), a falta de vontade política de intervir na iniquidade social; a incapacidade de implementar políticas de retomada do desenvolvimento e do emprego e a perda de soberania nacional foram traços marcantes da ofensiva contrarreformista do Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC)¹⁴, assinalada pelo seu compromisso com o capital internacional e suas agências internacionais de crédito. A privatização foi uma estratégia que mediou a remercantilização dos serviços públicos e o esvaziamento e dissolução da esfera pública que acabara de ser assegurada na reforma expressa na CF/1988¹⁵.

O reforço à heteronomia; o acirramento das desigualdades sociais; a concentração de renda; o desemprego estrutural, com aumento expressivo do setor informal e a redução dos gastos sociais foram os

14 Fernando Henrique Cardoso (FHC) foi o Governo mais emblemático da implementação das contrarreformas do neoliberalismo ortodoxo no Brasil.

15 Para Arruda (1999), através das privatizações, FHC beneficiou o capital especulativo estrangeiro em prejuízo do capital produtivo interno; ainda segundo este autor, em quatro anos de governo, FHC privatizou mais que Margaret Thacher o fez em doze anos.

desdobramentos que marcaram as principais perdas das massas trabalhadoras, frente ao neoliberalismo ortodoxo de FHC. No que toca especificamente à Seguridade Social, as contrarreformas da Previdência Social e da Saúde expressaram o compromisso da ortodoxia neoliberal de FHC com o capital financeiro especulativo, na conquista de novos nichos de lucro e na disputa pelo fundo público, impulsionando os trabalhadores a aderirem aos fundos e planos privados de Previdência e Saúde.

Foi nesta perspectiva que a Emenda Constitucional Nº 20/1998 e a criação do Fundo Social de Emergência (FSE) subtraíram direitos à aposentadoria e recursos da Seguridade Social, para direcionar, primeiro, os trabalhadores à aquisição de fundos privados de previdência e, segundo, um montante de recursos do fundo público diretamente para o pagamento da dívida pública e, portanto, para o capital financeiro especulativo e internacional. No que toca à Política de Assistência Social, o governo FHC se notabilizou pela assistencialização da proteção social brasileira¹⁶, através de um expressivo esvaziamento institucional, técnico e político da Assistência Social – em total desrespeito ao seu estatuto de política pública – e do fortalecimento de práticas assistencialistas alheias ao marco legal da Assistência Social¹⁷.

Nos marcos do que se convencionou como “social-liberalismo”, uma segunda fase do próprio neoliberalismo, conforme já tratamos anteriormente, os governos Lula e Dilma, no contexto de suas estratégias de governo “neodesenvolvimentista” – a despeito de terem sido eleitos na expectativa de uma refutação da agenda neoliberal ortodoxa – mantiveram as prerrogativas mais estruturais da agenda neoliberal

16 A tese da “assistencialização da proteção social” pode ser encontrada, originalmente, em Mota (1995).

17 Esta postura “anti-constitucional” do governo FHC e contra a Política de Assistência Social se expressou, por exemplo, na criação do Programa Comunidade Solidária (MP813/1995) – o qual “afrontava conteúdos jurídico-normativos, conceituais, institucionais e político-ideológicos do recém instituído marco legal da Assistência Social” (SILVA, 2012, p.50) – e na decretação das Medidas Provisórias (MPs) 1.599-42, que ampliou para quatro anos a periodicidade de realização das Conferências Nacionais de Assistência Social, e 880/95, que restringiu o acesso ao Benefício de Prestação Continuada.

ortodoxa e as benesses ao capital internacional (superávit primário; desregulamentação e abertura do mercado; manutenção dos juros mais altos do planeta; atração de Investimentos Estrangeiros Diretos, com altas remessas de juros e dividendos às sedes das empresas estrangeiras; “estrangeirização” do solo nacional etc.) e deram continuidade às contrarreformas da Seguridade Social.

As Emendas Constitucionais Nº 41 e 47, do Governo Lula; a Lei 12.618/2012 e as Medidas Provisórias Nº 664/2014 e 665/2014 do Governo Dilma deram sequência à contrarreforma da Previdência Social, no Brasil, estendendo aos funcionários públicos as restrições de acesso impostas por FHC aos trabalhadores do setor privado; criando o Fundo de Previdência Complementar dos Servidores Públicos Federais e restringindo acessos a diversos benefícios previdenciários. Durante esses governos “neodesenvolvimentistas, os gastos totais com a Saúde mantiveram-se aquém do percentual de 6,5% do Produto Interno Bruto (PIB), propostos pela Organização Mundial da Saúde e, em 2013, os gastos privados das famílias com o consumo final de bens e serviços de saúde (53%) superaram os gastos governamentais (47%), (IBGE, 2013), evidenciando a mercantilização dessa política. Outra medida de contrarreforma da Seguridade Social desses governos foi a conversão do FSE na Desvinculação das Receitas da União (DRU) e sua renovação permanente, permitindo a subtração de 20% dos recursos da Seguridade Social¹⁸.

No que diz respeito à Assistência Social, esses governos se notabilizaram pela assistencialização da proteção social brasileira a partir de um caminho inverso ao de FHC e seus predecessores (pós-CF/1988), pois, investiram fortemente na regulamentação, institucionalização e expansão da Política de Assistência Social e a fizeram transitar de um status de “prima pobre” da Seguridade Social para o de “carro chefe” e elemento central do binômio social-liberal de “*crescimento econômico com justiça social*”, que compôs o “neodesenvolvimentismo” brasileiro, sendo a Assistência Social o elemento mais preponderante da justiça social, sem deixar de contribuir, também, para o crescimento econômico,

18 Para se ter uma ideia, nos três últimos anos do Governo Dilma foram subtraídos os seguintes valores, em bilhões: 2013- R\$ 63,4 bilhões; 2014- R\$ 63,1 bilhões e 2015- R\$ 63,8 bilhões (ANFIP, 2017).

em termos de elevação do PIB¹⁹.

No entanto, diante dos reflexos tardios da crise de 2008 e das disputas entre as frações internas da burguesia no Brasil, o modelo “neodesenvolvimentista” evidencia claramente seus sinais de esgotamento já no final do primeiro mandato de Dilma Rousseff²⁰. Forjava-se assim o ambiente favorável ao golpe contra os direitos dos trabalhadores e seus denúncias foram explicitadas no documento “Uma ponte para o futuro”, seis meses antes do “*impeachment*”.

UMA PONTE PARA O ABISMO E OS DENÚNCIOS DE UM GOLPE CONTRA OS DIREITOS DOS TRABALHADORES E PELA PRIVATIZAÇÃO DO PATRIMÔNIO PÚBLICO

Seis meses antes de instaurar-se através do *impeachment* da Presidenta Dilma, as principais propostas do Governo Michel Temer (PMDB) foram expostas no chamado programa “Uma Ponte para o Futuro”

- 19 Tendo como algumas de suas principais estratégias a centralidade e hipertrofia da Assistência Social e a valorização real do salário mínimo, os governos “neodesenvolvimentistas” conseguiram – durante um breve período de aquecimento da economia mundial – a proeza paradoxal de “servir a dois senhores”: o capital e o trabalho. Neste contexto, a Política de Assistência Social atendeu demandas pontuais do trabalho e, ao mesmo tempo, foi extremamente funcional aos interesses do capital, interferindo positivamente nos índices nacionais da pobreza, sem interferir na dinâmica da desigualdade funcional da renda, além de beneficiar o capital financeiro, sobretudo internacional (SILVA, 2012).
- 20 “A estratégia de exportação de *commodities* confrontou-se com os rebatimentos da crise nas economias nacionais, inclusive centrais e principalmente na China e concretizaram-se os alertas dos economistas quanto aos seus danos para a balança comercial. O endividamento das famílias; o arrefecimento do potencial de vendas do setor automobilístico e o aumento do desemprego confrontaram o potencial da transferência de renda como mobilizadora do consumo. [...] Tanto a própria crise, quanto a sucumbência do governo Dilma às pressões internas do (nefasto) Congresso Nacional – em nome da sua difícil governabilidade – traduziram-se na reversão de outras estratégias ‘neodesenvolvimentistas’ que, mesmo limitadamente, beneficiavam minimamente o trabalho, como a valorização do salário mínimo, a contenção da taxa SELIC e a geração de postos de trabalho” (SILVA, 2016, s/p).

(PMDB/Fundação Ulysses Guimarães/, out.2015), o qual já se revelava como o prenúncio de um golpe que seria (e efetivamente está sendo) orquestrado no Brasil contra, prioritariamente, os direitos dos trabalhadores. Em síntese, apresentando-se como um projeto de crescimento econômico duradouro e sustentável, na verdade, a proposta aborta qualquer possibilidade de um desenvolvimento nacional que incluía as massas trabalhadoras, ao retornar aos princípios neoliberais mais ortodoxos – “ensaiados” no Brasil dos anos 1990 e rejeitados nos pleitos eleitorais de 2002, 2006, 2010 e 2014 – e comprometer-se, por um lado, com o estabelecimento de “[...] um limite para as despesas de custeio inferior ao crescimento do PIB” (p.18), através da eliminação das vinculações e indexações²¹, e, por outro lado, com:

[...] uma política de desenvolvimento centrada na iniciativa privada, por meio de transferência de ativos que se fizerem necessárias, concessões amplas em todas as áreas de logística e infraestrutura [...] e retorno a regime anterior de concessões na área de petróleo, dando-se à Petrobrás o direito de preferência (p.18, grifos nossos).

Segundo o documento, para o Brasil crescer, o Estado teria o papel de equilibrar as contas públicas, através de um “ajuste fiscal permanente”, que dependeria de reformas estruturais e requereria “[...] mudar leis e até mesmo normas constitucionais” (p.6); pois, a Constituição Federal de 1988 e legislações posteriores teriam provocado uma excessiva rigidez nas finanças, dada a criação de despesas primárias obrigatórias,

21 As emendas constitucionais 29/2000 e 86/ 2015 definiram que municípios e estados gastassem, respectivamente, 12% e 15% de suas receitas com ações em Saúde; já a União deveria comprometer 13,2% da Receita Líquida de Impostos com esta política social; não devendo, em nenhuma das esferas, haver redução de investimento de um ano para o outro. No que diz respeito à Educação, o artigo 212 da Constituição Federal e a Lei de Diretrizes e Bases definiam os percentuais de 25% para municípios e estados e de 18% para a União; sendo que nos governos anteriores as três esferas vinham excedendo estes percentuais. Era histórica na Política de Assistência Social, através das discussões de suas conferências nacionais, a luta pela definição de uma vinculação de percentual, também para as suas ações.

uma vez que parte das despesas públicas, como no caso de gastos com Saúde e Educação, já está previamente garantida no orçamento anual, através, por exemplo, das já citadas “vinculações orçamentárias”.

Outros dispositivos que seriam nefastos à recuperação da economia nacional são as indexações de benefícios previdenciários, inclusive aposentadorias, e assistenciais, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), ao valor do salário mínimo, bem como a proibição de redução de gastos sociais na sequência dos anos. Assim, deve ser proposto um novo regime orçamentário, que determine o fim das vinculações e indexações e a implantação de um orçamento de “base zero”, decidido a cada ano, pelo Congresso, em conjunto com o Executivo, (p.9-10)²². Estas foram as prerrogativas do plano macroeconômico e social apresentadas pelas frações dominantes da burguesia brasileira, as quais, através do apoio ostensivo da mídia e de suas representações políticas no Congresso e no Senado, pretendiam retomar a direção exclusiva do Estado brasileiro²³.

Assim, apesar de os governos “neodesenvolvimentistas” não terem constrangido as regalias das classes mais abastadas nem interferido na concentração de renda no país, as burguesias brasileiras optaram por uma ruptura com a “conciliação de classes” operada por aqueles governos e – numa expressa recorrência à velha e histórica “estratégia bonapartista” – através do Congresso Nacional e de um questionável processo de *impeachment*, anularam a decisão das massas populares,

22 Seria, portanto, o fim dos percentuais de gastos obrigatórios para as políticas sociais e dos reajustes automáticos dos benefícios sociais e das aposentadorias, que têm seus aumentos indexados ao valor do salário mínimo. Em suma, tais desmontes resultam num caminho livre para o uso particularista do dinheiro público, à mercê das decisões de um Congresso cujas práticas vêm ratificando seu atrelamento histórico ao capital financeiro, internacional e imperialista, e sua defesa incondicional dos interesses de alguns setores nacionais, especialmente o da agroexportação. Vale destacar que, ainda segundo o documento, o crescimento econômico do país deveria deixar de ser parâmetro para a revisão dos percentuais de gastos das políticas sociais e de seus benefícios.

23 Podemos destacar a atuação da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP) e da Federação Brasileira de Bancos (FEBRABAN).

sustando o resultado de mais de 54 milhões de votos²⁴, para, através de um novo governo (ilegítimo), encaminhar um retorno mais acelerado e eficaz ao neoliberalismo ortodoxo e promover o mais duro golpe aos direitos do trabalho²⁵.

RETORNO ACELERADO AO NEOLIBERALISMO ORTODOXO E ATAQUE FULMINANTE AOS DIREITOS DOS TRABALHADORES

Conforme anunciado seis meses antes do golpe, no atual (des)governo, o ajuste fiscal assume um caráter mais rígido, célere e permanente, através de cortes significativos nos gastos sociais, o que inclui a subtração no orçamento da Seguridade Social, em nome do equilíbrio fiscal das contas da União, e do cumprimento do “superávit primário²⁶”, sob a promessa de uma retomada do crescimento econômico que, até o momento, diga-se de passagem, não se realizou. Uma das primeiras estratégias do Governo Interino para compor o superávit primário e beneficiar o setor privado, foi a aprovação do aumento da DRU, de 20% para 30% e sua extensão aos estados e municípios. Através deste dispositivo, a subtração de recursos do Orçamento da Seguridade So-

24 É interessante observar que, se no âmbito específico da política parlamentar a ultradireita – representando os interesses dessas frações da burguesia brasileira – se utilizou dos recursos do “bonapartismo” e do *impeachment* para fazer frente ao recém-reeleito Governo Dilma, na esfera da mídia, das redes sociais, da cultura de massas, desde a disputa do pleito eleitoral de 2014, esta ultradireita acolheu e estimulou a onda fascizante que assola o Brasil (e o mundo) como aliada de suas estratégias de enfrentamento aos 54 milhões de brasileiros que se atreveram a fazer-lhe frente nas urnas (ou que insistam em fazer-lhe, para além das urnas!).

25 À revelia do fato de que tal projeto já havia sido rejeitado nas urnas, em 2002, 2006, 2010 e 2014.

26 O superávit primário é o resultado positivo entre as receitas e despesas do governo, excetuando gastos com pagamento de juros. O déficit primário ocorre quando esse resultado é negativo. Ambos constituem o “resultado primário”; compreendido pelas agências credoras como uma espécie de “termômetro” da capacidade do país honrar seus compromissos com a dívida. Assim, a formação de um superávit primário visa garantir recursos para o pagamento de juros da dívida pública.

cial (OSS) pulou da casa dos 63 bilhões/ano para a casa dos 99 bilhões/ano (ANFIP, 2017)²⁷.

A Proposta de Emenda à Constituição N° 55 (PEC 55), mais conhecida como “PEC do Fim do Mundo”, foi aprovada em dezembro de 2016, congelando os investimentos em serviços públicos pelo período de vinte anos. No parecer de vários analistas, a exemplo da economista Laura Carvalho, da USP, (apud BATALHA, nov/2016, p.12), a PEC levará a uma estagnação ou queda dos investimentos públicos em infraestrutura e não contribuirá em nada para reverter – podendo até agravar – o atual quadro brasileiro de endividamento público, inflação, recessão, corrupção e ineficiência da gestão pública. Estudos realizados no âmbito do Instituto de Economia Aplicada (IPEA) estimaram que a Política de Saúde deve perder algo em torno de 743 bilhões de reais e a de Assistência Social cerca de 868 bilhões. Já um estudo técnico realizado na própria Câmara dos Deputados indica que a Educação deve perder 58,5 bilhões, apenas nos dez primeiros anos do congelamento (apud BATALHA, nov/2016).

Outros grandes ataques aos direitos dos trabalhadores são a já aprovada “contrarreforma trabalhista” e a nova proposta de “contrarreforma da previdência social”. Utilizando o eufemismo da “modernização” para precarizar ainda mais as relações de trabalho, a “Reforma Trabalhista” foi sancionada na Lei n° 13.467/ 2017, cujas regras passaram a vigorar no dia 11 de novembro de 2017.

O Centro de Estudos Sindicais e de Economia do Trabalho, em conjunto com o Instituto de Economia e com a Universidade de Campinas (CESIT/IE/UNICAMP, 2017) destacam alguns elementos importantes da nova Lei, como a liberação para formas de contratação mais precárias e atípicas, donde se destaca a abertura para o contrato intermitente; a flexibilização da jornada de trabalho, permitindo, por exemplo, a redução de tempo antes computado como hora extra e a redução do intervalo de almoço, bem como o parcelamento das férias anuais em até três períodos; a livre negociação dos salários, permitindo

27 Observe-se que, além do objetivo de transferir recursos públicos para os setores privados, esta subtração visa, também, “forjar” o suposto déficit da Previdência Social e, assim, através de um falso discurso de crise, obter o consentimento ativo das massas para a reversão de direitos sociais.

tanto o rebaixamento de salários já pagos, quanto novas contratações com remunerações por produtividade, gorjetas ou gratificações; mudanças nas negociações coletivas, inclusive (ou principalmente), permitindo a sobreposição do negociado sobre o legislado, fragilizando as lutas e conquistas sindicais e, finalmente, mudanças restritivas tanto do acesso à justiça do trabalho quanto do poder jurisdicional desta instância, sobrepondo-lhe os mecanismos privados de conciliação e quebrando o princípio de gratuidade da mesma.

Retomando o discurso de um suposto déficit previdenciário²⁸, o (des)Governo Temer atualiza a “cultura da crise” (MOTA, 1995) que predominou na década de 1990 e – com uma verdadeira intenção de transferir recursos do fundo público para os setores do capital privado e de abrir novos nichos de lucro para o mercado – propõe a redução de seus custos fiscais e o endurecimento dos critérios de acesso aos seus benefícios, em especial, à aposentadoria. Para obter a aceitação das massas populares, o Governo se utilizou da “artimanha” de propor um texto original duramente ofensivo, que colocou os trabalhadores numa postura estritamente defensiva, e, em maio de 2017, dentro da Comissão Especial da Câmara dos Deputados, aprovou um texto substitutivo que “abranda” alguns de seus conteúdos mais periféricos²⁹, para manter o

28 Há mais de uma década, as análises da Associação Nacional de Auditores Fiscais da Receita Federal (ANFIP) denunciam a falácia do déficit fiscal da Previdência. Na mesma perspectiva, os estudos de Gentil (2006) indicam que há superávit na previdência. Recentemente, a CPI da Previdência, instaurada no próprio Senado, também conclui que a Previdência é superavitária.

29 Esta artimanha permitiu, inclusive, um recurso “ilusionista” no discurso governamental, que ilude os trabalhadores, ao fazer comparações entre os dispositivos do texto substitutivo e do texto original da Proposta de Emenda Constitucional – PEC nº 287, como se o texto substitutivo representasse “ganhos” para o trabalho, perdendo de vista que a comparação efetiva a ser feita é com os atuais direitos vigentes (e não com o texto original da PEC 287/16). Assim, apenas para exemplificar, comumente se identificam nos portais digitais do Governo e na mídia afirmações de que a idade mínima da aposentadoria teria “caído” dos 65 anos (texto original) para os 62 anos (texto substitutivo), no que toca às mulheres; ora, atualmente, pelas regras vigentes, não existe idade mínima rigidamente determinada e, portanto, o mínimo de 62 anos para as mulheres e de 65 anos para os homens

“núcleo duro” da reforma, que é a ampliação da idade e do tempo de contribuição requeridos para obtenção da aposentadoria; a exigência de uma associação desses dois critérios (idade/tempo de contribuição); a vedação ao acúmulo de aposentadorias e pensões e a forte restrição à obtenção do valor integral da aposentadoria, rebaixando o seu valor médio de pagamento.

Na sequência da tramitação e negociação da PEC 187/16³⁰, a mais recente artimanha publicizada por seu relator, deputado Arthur Oliveira Maia (PPS-BA), para “garantir o apoio da base aliada na Câmara dos Deputados”³¹, é diferenciar a pauta de reversão de direitos direcionada aos trabalhadores do setor privado daquela direcionada aos servidores públicos, sendo mais rígida com esses últimos e fragmentando a luta dos dois setores. Neste sentido, o novo texto propõe, por exemplo, que o tempo de contribuição mínimo dos servidores seja dez anos mais extenso, totalizando 25 anos, enquanto os trabalhadores do Regime Geral permaneceriam com a exigência mínima de 15 anos de contribuições, conforme vige atualmente.

Neste caso, aposentando-se com o tempo mínimo de contribuição e com a idade mínima requerida, os trabalhadores do setor privado (com 15 anos de contribuição e 62/65 anos de idade) receberão apenas 60% da média salarial e os servidores públicos (com 25 anos de contribuição e 62/65 anos de idade) receberão apenas 70% da média salarial. Para receber o benefício integral, com base no teto do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), qualquer trabalhador terá que contribuir por 40 anos³².

Aumento e expansão da supressão de recursos da Seguridade Social,

trata-se, efetivamente, de uma restrição de direitos.

30 A PEC 187/16 deverá ser votada em dois turnos na Plenária da Câmara, requerendo o mínimo de 308 votos favoráveis.

31 Entrevista ao relator encontra-se disponível em: <<http://www.correiadoestado.com.br/politica/reforma-da-previdencia-tem-ajustes-para-facilitar-aprovacao/316043/>>. Acesso: 24 nov. 2017.

32 Especula-se que o texto a ser submetido à votação final, em dezembro de 2017, terá subtraído todas as alterações inicialmente propostas para a aposentadoria do pequeno produtor rural e para o BPC, mantendo-se para eles, por enquanto, os critérios atualmente vigentes.

através da DRU e da desoneração fiscal dos grandes capitais; congelamento dos gastos sociais; contrarreformas trabalhista e previdenciária – sem qualquer ritual de consulta ou interferência dos movimentos sociais e da sociedade civil em geral –; eis o duro ataque aos direitos dos trabalhadores promovido pelo golpe parlamentar de 2016 e seu retorno acelerado ao neoliberalismo ortodoxo.

ALGUMAS BREVÍSSIMAS CONSIDERAÇÕES GERAIS

O neoliberalismo ortodoxo ressurgiu no Brasil como um projeto de classe que visa retomar o controle absoluto do direcionamento econômico, político e social do capital sobre a sociedade. Observe-se que, articuladas, a Reforma da Previdência, a Reforma Trabalhista e a “PEC do Fim do Mundo” alcançam seus objetivos de uma genocida retirada de direitos. Dentre outras ofensivas, a reforma trabalhista inviabiliza que os trabalhadores contribuam de forma contínua para a Previdência, pois estimula, ainda mais, a rotatividade e a intermitência, inviabilizando a filiação e o acesso aos benefícios previdenciários, enquanto, por outro lado, o congelamento dos gastos submeterá toda a agenda de direitos à lógica contábil, inviabilizando o acesso aos benefícios assistenciais, conforme já propunha a “ponte para o abismo”.

Enfim, a nosso ver, o programa proposto pelo PMDB – como representante das classes dominantes do país –, desde outubro de 2015, explicitava claramente a pretensão de um retorno mais acelerado, brusco e intensivo às prerrogativas neoliberais ortodoxas, agora capazes de – aproveitando-se da conjuntura de crise econômica e política e do ambiente de instabilidade promovido essencialmente pelo Congresso Nacional e reverberado pela mídia, em conluio com os interesses particularistas do capital imperialista e das elites dominantes, ambos fortemente representados no próprio Congresso – alcançar os objetivos que foram tentados a partir da década de 1990 e frustrados na primeira década dos anos 2000 e início da segunda: (a) aniquilar as conquistas sociais e trabalhistas alcançadas na Constituição Federal de 1988; (b) disponibilizar o fundo público, quase integralmente, para os interesses dos setores privados e (c) reapropriar-se do Estado numa perspectiva patrimonialista, privatista e entreguista, que disponibilize todas as suas

agências, ações e ativos para as (velhas e históricas) negociatas estabelecidas entre as frações internas da burguesia e o capital financeiro internacional. Ao trabalho cabe a árdua e longa tarefa de “reerguer-se das cinzas” e persistir na luta!

REFERÊNCIAS

ALVES, G. **Trabalho e mundialização do capital:** a nova degradação do trabalho na era da globalização. 2. ed. Londrina: Editora Praxis, 1999.

ANFIP. **Análise da Seguridade Social em 2016.** Brasília: ANFIP, 2017. Disponível em: <www.anfip.org.br>. Acesso em: 10 nov. 2017.

ANTUNES, R. Dimensões da precarização estrutural do trabalho. In: DRUCK, G.; THEBAUD-MONY, A. **A perda da razão social do trabalho:** terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo, 2007. p.13-22.

ARRUDA, M. **Dívida e(x)terna:** para o capital tudo; para o social, migalhas. Pretrópolis/RJ: Vozes, 1999.

BATALHA, E. Testemunhas do desmonte. In: **Revista Radis**, n.170. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUS, nov. 2016. p.10-13.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social:** fundamentos e história. Biblioteca Básica de Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2006.

CHESNAIS, F. Mundialização: financeirização do capital. **Revista Outubro.** 2015. Disponível em: <<http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/02/Revista-Outubro-Edic%CC%A7a%CC%830-5-Artigo-02.pdf>>. Acesso em: Out. 2017.

CASTELO, R. **O social-liberalismo**: auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

CESIT/IE/UNICAMP. **Dossiê Reforma Trabalhista** (em construção). Campinas-SP: CESIT/IE/UNICAMP, jun.2017.

FERNANDES, F. **A Revolução burguesa no Brasil**. Ensaio de interpretação sociológica. Biblioteca de Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

GENTIL, D. L. **A política fiscal e a falsa crise da seguridade social brasileira**: análise financeira do período 1990–2005. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

IBGE/ Diretoria de Pesquisas/ Coordenação de Contas Nacionais. **Conta-satélite de Saúde 2010-2013**. IBGE, 2015. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000024513312112015334910973600.pdf>>. Acesso: 18 nov.2017.

LÊNIN, V. **Imperialismo**: fase superior do capitalismo. (trad.: Olinto Beckerman) 2. ed. São Paulo: Global Editora e Distribuidora Ltda., 1982.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. Livro I V. I (trad. Reginaldo Sant'Anna) 20. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

MAZZEO, A. C. **Burguesia e capitalismo no Brasil**. São Paulo: Ática, 1988.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**. Tradução de Paulo Cezar Castanheira e Sérgio Lessa. Campinas; São Paulo: Boitempo, 2002.

MÉSZÁROS, I. Produção destrutiva e Estado capitalista. **Cadernos Ensaio**, v.5. São Paulo: ENSAIO, 1989.

MOTA, A. E; AMARAL, A.S. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social. In: Mota, E. **A nova fábrica de consensos**: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1998.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileiras nos anos 80 – 90. São Paulo: Cortez, 1995.

NETTO, J. P. Capitalismo e barbárie contemporânea. In: **Revista Argumentum**, v.4, n.1. UFES. Jan-jun. 2012, p.202-222.

PMDB/Fundação Ulisses Guimarães. **Uma ponte para o futuro**. (out. 2015) Disponível em: <http://pmdb.org.br/wp-content/uploads/2015/10/RELEASE-TEMER_A4-28.10.15-Online.pdf>. Acesso: 15 abr. 2016.

SANTOS, W. G. dos. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. 2. ed. revisada e atualizada. Série Campus Política. Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Ed. Campus,1987.

SOARES, L. T. R. Neoliberalismo e lutas sociais: perspectivas para as políticas públicas - retrocessos, recorrências e avanços. In: **Revista de Políticas Públicas**. São Luiz - MA, Ago. 2010, p.15-24.

SILVA, S. S. S. **Entre a expansão do capital e a proteção ao trabalho**: contradições da assistência social brasileira no governo neodesenvolvimentista. 2012. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Recife, 2012.

SILVA, S. S. de S. Esgotamento do ciclo neodesenvolvimentista, retorno ao neoliberalismo ortodoxo e desafios à proteção social brasileira. In: **Anais do XV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**. Ribeirão Preto - SP: ABEPSS, 2016.

DITADURA DAS FINANÇAS, APROPRIAÇÃO DO FUNDO PÚBLICO E CONTRARREFORMAS DAS POLÍTICAS SOCIAIS

*Jordeana Davi
Mayéwe Elyênia Alves dos Santos
Rayssa Kessia Eugênia Rodrigues*

INTRODUÇÃO

O presente artigo dá sequência aos estudos que vimos realizando junto à temática da política social, particularmente abordando a relação entre o ajuste fiscal e as contrarreformas. Esta publicação é, também, parte de estudos realizados no Grupo de Estudos, Pesquisa e Assessoria em Políticas Sociais (GEAPS/UEPB), que vem se aproximando desta temática há mais de uma década.

Os resultados dos nossos estudos permitem indicar que a política social vem sendo pautada pela política econômica, sofrendo todas as implicações das medidas adotadas pelos governos neoliberais e sociais liberais, quando submetem os direitos sociais às exigências do capitalismo, sobretudo na sua atual fase destrutiva, expresso na sua face financeira.

Neste artigo, abordaremos as relações intrínsecas entre a financeirização do capital, a apropriação do fundo público e as implicações para a seguridade social. A exigência da financeirização do capital determina

as origens (o peso e as incidências) da carga tributária bem como o seu destino (disputa entre capital e trabalho).

As medidas políticas e econômicas determinam as dificuldades e os obstáculos enfrentados pela seguridade social pública em se afirmar neste contexto. Com isso, comprova-se a tese de Oliveira (1998), quando afirma que o fundo público tem um papel insubstituível na produção e reprodução do capital, sendo a Seguridade Social a principal âncora de sustentação dessa política econômica, tendo seus recursos utilizados e estagnados em nome do ajuste fiscal.

FUNDAMENTOS PARA ENTENDER O CAPITAL PORTADOR DE JUROS E O SISTEMA DA DÍVIDA PÚBLICA

Marx identifica alguns sistemas coordenados, que são considerados propulsores da gênese da acumulação primitiva do capital: o sistema colonial, o das dívidas públicas, o moderno regime tributário, o protecionismo, as guerras comerciais, entre outros. Afirma que no tocante ao sistema da dívida pública, “a única parte da chamada riqueza nacional, que é realmente objeto de posse coletiva dos povos modernos é a dívida pública” (MARX, 2002, p. 867). Ela converte-se numa das alavancas mais poderosas da acumulação primitiva. “Como uma varinha de condão, ela dota o dinheiro de capacidade criadora, transformando-o assim em capital, sem ser necessário que seu dono se exponha aos aborrecimentos e riscos inseparáveis das aplicações industriais e mesmo usuárias” (2002, p.868). Marx ressalta, ainda, a relação intrínseca entre a dívida pública, o sistema internacional de crédito e o moderno sistema tributário. Destaca que a dívida pública se apoia na receita pública, que tem que cobrir os juros e demais gastos anuais, por meio dos impostos arrecadados. Lembra-nos, ainda, que o regime fiscal moderno encontra seu eixo nos impostos que recaem sobre os meios de subsistência mais necessários, encarecendo-os e tornando-os a carga tributária regressiva. Dessa forma, assevera: “a tributação excessiva não é um incidente; é um princípio” (p.870), que expropria a riqueza das massas trabalhadoras.

O montante de empréstimos tomados pelo Estado consubstancia a chamada dívida pública. Essa dívida é tratada por Marx como um

meio utilizado para garantir a acumulação de capitais reforçando a dominação burguesa. No processo produtivo, o capital se apropria da mais-valia, a qual incrementa os lucros e toma proporções gigantescas, chegando-se ao ponto em que é optativo o retorno desse valor para o processo produtivo. Uma das opções do capitalista é o seu entesouramento, o qual – atuando como capital monetário latente - poder ser posteriormente investido na produção ou utilizado como capital portador de juros.

O capital busca outras modalidades de valorização, procurando, ao mesmo tempo, a conservação e a ampliação. O valor é transmutado para a forma de capital que rende juros, conservando e crescendo-se através da incorporação dos novos rendimentos. Sendo assim:

O dono do dinheiro, para valorizar o seu dinheiro como capital, cede-o a terceiro, lança-o na circulação, faz dele a mercadoria capital; capital não só para si, mas também para os outros; é capital para quem o cede e a priori para o cessionário, é valor que possui valor de uso para obter mais-valia, lucro; valor que se conserva no processo e volta, concluído seu papel, para quem o desembolsou primeiro, no caso, o proprietário do dinheiro (MARX, 1991, p.397).

No livro III do *Capital*, que trata do processo global de produção capitalista, Marx aprofunda os seus estudos sobre o capital portados de juros, assinalando para o fetiche que o envolve. Pois, esse capital é usualmente colocado em posição de “autonomia” em relação à produção, como se o dinheiro tivesse a capacidade de reproduzir a si mesmo. Mas, ainda no século XIX, Marx identifica a interligação desse capital com a esfera produtiva, e ressalta que a forma $D - D^{33}$, usualmente utilizada para representar o capital portador de juros:

É o fetiche autômato perfeito – o valor que se valoriza a si mesmo, dinheiro que gera dinheiro, e nessa forma desaparecem todas as marcas da origem. A relação social reduz-se a relação de uma coisa, o dinheiro, consigo mesma. Em

33 D refere-se ao dinheiro inicial e D' dinheiro acrescido de taxa de juros.

vez da verdadeira transformação do dinheiro em capital, o que se mostra aí é uma forma vazia (MARX, 1991, p.451).

Sendo assim, os partícipes dessa relação são o prestamista (indivíduo ou instituição bancária), o prestatário (capitalista produtivo) e o trabalhador, os quais estão numa relação contratual clássica em que o prestamista A cede temporariamente uma quantia de dinheiro ao prestatário B, sob a condição do retorno acrescido da taxa de juros (MARX, 1991). Na forma do capital portador de juros, quando o contratante do empréstimo visa investir o dinheiro na forma de capital, o prestatário B investe o dinheiro, como capital, no processo de produção. Durante o processo produtivo ele extrai dos trabalhadores uma dada quantidade de mais-valia. Sendo assim, a origem do valor nessa forma do capital portador de juros não é devida a existência de uma “autonomia” das finanças, mas sim devido a expropriação do trabalho operada na produção. E assim, a acumulação segue a largos passos, envolvendo um feixe de relações que culminam na ampliação da dominação capitalista e analogamente propicia uma a continuada exploração do trabalho.

Apresentamos a tese central de Marx sobre o funcionamento do sistema de produção capitalista, a gênese das relações com capital portador de juros e a formação da dívida pública. No próximo item, abordaremos as transmutações do capital e a sua hipertrofia na esfera financeira.

SÉCULO XX: A HIPERTROFIAÇÃO DA ESFERA FINANCEIRA NO CAPITALISMO IMPERIALISTA

Marx (2014) indicou as transmutações nascentes no bojo das relações capitalistas. Entre elas, o substrato de sua obra assinala para a possibilidade de investimento capitalista na esfera pudicamente financeira.

No final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, levando em consideração as mudanças ocorridas na fase do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista, outros pensadores, consagrados na tradição Marxista, por meio da teoria social crítica, desenvolveram análises acerca da nova configuração das relações capitalistas. Dentre os pensadores, encontramos em Lênin as contribuições

singulares na análise das relações capitalistas na era da formação dos monopólios, o capitalismo monopolista.

A obra de Lênin “Imperialismo, fase superior do capitalismo”, publicada em 1917, é consagrada por abordar uma celebre discussão quanto ao capital monopolista. Nessa obra, Lênin indica que o fruto medular do capital na fase de prevalência dos monopólios foi a formação de uma oligarquia financeira, por meio da fusão do capital bancário ao industrial. Essa interligação decorre de um processo histórico onde o papel dos bancos e das indústrias foram redesenhados.

O alto grau de concentração e centralização nas mãos dos grandes grupos, que emergem da fusão de capitais e detém um poder que interfere em todas as esferas da vida social, reafirma a posição central adquirida pela oligarquia financeira na era dos monopólios. Com o afloramento da oligarquia financeira assistimos a completa monopolização dos mercados, evidenciada pela elevação da concentração e centralização de capitais. Desta feita:

O capital financeiro concentrado em poucas mãos e gozando do monopólio efetivo, obtém um lucro enorme e que aumenta sem cessar com a constituição de sociedades, emissão de valores, empréstimos do Estado etc., consolidando a dominação da oligarquia financeira e impondo a toda a sociedade um tributo em proveito dos monopólios (LENIN, 2012, p.82).

As investigações de Lênin quanto às bases da oligarquia financeira na era do capital monopolista são cruciais. Mas, é no lastro do século XX, especialmente no pós-segunda guerra mundial, que assistimos a hipertrofiação da esfera financeira. Para captar esse fenômeno, recorreremos a uma bibliografia crítica e atual, como os estudos de François Chesnais, Ernest Mandel, Francisco de Oliveira, David Harvey, entre outros autores que analisam o capital monopolista na fase de hipertrofiação das ações na esfera financeira e suscitam um profícuo debate quanto às novas determinações postas com o esgotamento do regime de acumulação fordista-keynesiano.

Corroborando com as ideias de Lênin, Chesnais (1996) identifica

a tendência ao entrelaçamento do capital produtivo ao financeiro. A tendência da aproximação dessas formas de investimento capitalista já tinha sido tema das análises de Marx, devido ao crescimento, do que na época foi nomeado, do capital portador de juros e da sua conexão com as relações desenvolvidas no âmbito da produção. Os valores que circulam na esfera financeira são originários da exploração do trabalho e são incrementados por meio da contínua expropriação do trabalho, ora pela extração da mais valia na produção, ora por uma apropriação indébita da poupança do trabalho.

Mandel (1982) destaca que na segunda subfase do capitalismo monopolista, contexto da crise estrutural do capital - período no qual o sistema capitalista não consegue manter as taxas de lucro do período anterior em decorrência da superprodução (MANDEL, 1982) desenvolvida nos “anos de ouro” – contexto que ele denomina de primeira subfase -, o capitalismo foi obrigado a tomar uma série de medidas para conseguir continuar em expansão, as quais podem ser expressas a partir de um tripé: financeirização do capital, reestruturação produtiva e neoliberalismo. Como perspectiva orientadora desse processo, temos a ofensiva neoliberal, que se trata de uma “reação teórica e política” (ANDERSON, 2008) contra a intervenção do Estado na área social, de forma que este seja “máximo para o capital” e “mínimo para o social”. Destarte, os arautos da ideologia neoliberal conclamavam a liberdade para o mercado, reivindicando o rompimento de quaisquer convenções que limitassem a livre circulação de capitais.

No âmbito econômico, essas orientações promoveram um processo de liberalização, desregulamentação, e abertura dos mercados, rompendo com as legislações protecionistas, que conforme os apologistas dessa corrente limitavam a liberdade de mercado. O alvo dessas medidas foi a consolidação de um ambiente econômico onde os capitais da esfera financeira dispusessem de liberdade absoluta, num reino da “finança mundializada” (CHESNAIS, 2005a).

Chesnais (2005a) ressalta que foram suprimidas as barreiras que “prendiam” a movimentação do capital e a desestruturação dos sistemas de proteção das economias, em especial nos países do capitalismo dependente. Essa abertura de mercados resultou em uma nova configuração das economias, reafirmando, e até mesmo ampliando,

o desnivelamento entre os países e as condições imperialistas de dependência. As relações heterônomas se acentuaram a tal ponto que os Estados que não estivessem dispostos a “abrir um confronto direto com os ninhos do capital monetário concentrado de seu país é [fo-ram] obrigado [s] a acompanhar, ou até a antecipar-se aos demais” (CHESNAIS, 1996. p.260, grifos nossos).

Essas decisões políticas e econômicas colocaram a esfera financeira como “o posto mais avançado do movimento de mundialização do capital, onde as operações atingem o mais alto grau de mobilidade” (CHESNAIS, 1996, p.239). O ineditismo advindo com a mundialização foi “a ascensão dos investidores institucionais, reunindo principalmente os fundos de pensão, as companhias de seguros e os chamados fundos mútuos de investimentos” (CHESNAIS, 1996, p. 289), os quais centralizam um poder econômico e político no ordenamento capitalista. Com o processo de financeirização da economia capitalista nasce:

Esse “espantoso” mundo das finanças [que] envolve uma variedade igualmente espantosa de atividades entrelaçadas, em que os bancos tomam maciços empréstimos de curto prazo uns dos outros, as companhias de seguro e fundos de pensão reúnem tal quantidade de fundos de investimento que terminam por funcionar como “formadores de mercado” dominantes, enquanto o capital industrial, mercantil e imobiliário se integra de tal maneira às estruturas e operações financeiras que se torna cada vez mais difícil dizer onde começam os interesses comerciais e industriais e terminam os interesses estritamente econômicos (HARVEY, 2012, p. 154, grifos nossos).

O domínio alcançado por essa fração de rentistas, além de simbolizar a força adquirida pelo capital na fase monopolista, coloca novas determinações para a luta de classes. Nesse contexto, acirra-se a disputa em torno do fundo público, pois ele funciona como um elemento “insubstituível” para a reprodução do capital e da força de trabalho. Nas experiências dos “anos dourados” a ampliação da proteção social levou

ao alargamento dos recursos do fundo público (OLIVEIRA, 1998). Se de um lado, no contexto do *welfare state*, havia gastos sociais consideráveis destinados à saúde universal, educação universal e gratuita, à previdência social, ao seguro desemprego, entre outros, por outro lado, a descrição de diversas formas de financiamento para a acumulação do capital é muito mais longa. Inclui desde recursos para ciência e tecnologia, passando pelos diversos subsídios para a produção, sustentando a competitividade das exportações, inclusive com juros subsidiados para setores de ponta. Tais fatos indicam que a formação e o desenvolvimento do sistema capitalista são impensáveis sem a utilização dos recursos públicos.

A hipertrofia das finanças significou a ampliação das tensões em torno do orçamento do fundo público, pois ela possibilitou a emersão de uma verdadeira “disputa” política (desigual), na qual a força de trabalho luta em prol de recursos para a viabilização de seus direitos, principalmente através das políticas sociais, e o capital, com sua hegemonia, consegue canalizar e capturar o fundo público essencialmente para sua reprodução. Em outros termos, ocorre uma disputa incontrolável por recursos públicos, de forma que este “seja pressuposto apenas do capital” (OLIVEIRA, 1998, p.25).

A lógica das finanças aprofunda de maneira perversa a tendência do capital de invadir e mercantilizar as atividades mais corriqueiras da vida humana, estabelecendo novos mecanismos de subordinação do trabalho e da natureza nunca antes vivenciada. (FERREIRA; SCHE-RER, 2005). Nesta lógica, estão incluídos os direitos sociais, que vêm sendo polarizados por um tipo de requisição do capital financeiro, que subordina os direitos sociais à lógica orçamentária, a política social ao ajuste fiscal, como uma das principais medidas adotadas pelo Estado capitalista para o enfrentamento da queda tendencial da taxa de lucro, desencadeada desde meados da década de 1970 até os dias em curso.

Apresentaremos no próximo item o movimento do capital financeiro na particularidade brasileira, evidenciando as suas consequências para a composição e destino do fundo público e as políticas sociais.

CAPITAL FINANCEIRO E SUAS INFLEXÕES SOBRE O FUNDO PÚBLICO E A SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL

A agenda do atendimento aos direitos sociais, em especial aqueles atinentes à Seguridade Social, no Brasil, é pautada, neste contexto, segundo a “ditadura das finanças”, a qual é determinada pela mundialização do capital (CHESNAIS, 2005b). Nesta perspectiva, a concepção sobre a composição do Fundo Público privilegia uma abordagem aparentemente técnica, como: saber gastar, equilíbrio entre receitas e despesas, desconsiderando o caráter de luta de classes no interior da formação e no destino do Fundo Público. A leitura do orçamento público apreendido apenas como uma peça técnica silencia os critérios políticos que norteiam a eleição das prioridades dos gastos estabelecidos pelo bloco do poder. Neste caso, é importante destacar o papel que a dívida pública assume, tornando-se uma “formidável alavanca que permitiu impor as políticas ditas de ajustamento estrutural, comportando a austeridade orçamentária, a liberalização e as massivas privatizações” (CHESNAIS, 2005 a, p.25).

No interior da reorganização do capitalismo contemporâneo e do Estado capitalista, as políticas sociais vêm passando por processos de contrarreformas. Nesta condição, a reestruturação da produção vai impactar nos mecanismos públicos de Seguridade Social, seja pelas críticas aos modelos universais de direitos e garantias sociais, seja pela suposta crise fiscal do Estado ou, ainda, pela ideologia neoliberal, que vai indicar o caminho da superação da crise, via privatização, focalização e seletividade da proteção social.

Surge uma visão hegemônica no cenário nacional e internacional sobre as políticas sociais, determinada pelos organismos internacionais como Banco Mundial (BM), Banco Interamericano para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e Fundo Monetário Internacional (FMI), indicando políticas sociais públicas restritas de combate à pobreza extrema, enquanto que o resto da população encontrará sua proteção nas prateleiras e vitrines do livre mercado.

A Seguridade Social, sob a “ditadura das finanças”, vem passando por um processo de contrarreformas no sentido de privatizar a previdência e saúde e ampliar a política de assistência social, via programas

de transferência de renda, em sincronia com as mudanças no mundo do trabalho e com a refuncionalização do papel do Estado. Esse processo de ajuste fiscal, como uma agenda em função dos interesses do capital financeiro abre nichos de realização dos serviços sociais públicos via mercado, como os fundos privados de previdência e os planos privados de saúde.

Na mesma direção, em proveito do pagamento dos juros e amortização do serviço da dívida pública, o governo possui basicamente três fontes de recursos: emissão de moeda, aumento da carga tributária e diminuição dos gastos públicos. Os três expedientes foram amplamente utilizados no Brasil desde os anos 1980. O arrefecimento da dívida externa ocorre com o crescimento significativo da dívida interna. Esta se caracteriza por ser mais perversa que a externa, uma vez que conta com prazos mais curtos de rolagem dos títulos e taxas de juros mais altas. É por isto que a Carga Tributária Bruta (CTB) (participação dos impostos diretos e indiretos no Produto Interno Bruto (PIB)) vem crescendo desde os anos de 1980. Em 2000, a CTB era de 30,4%. Segundo a Secretaria do Tesouro Nacional (2017) a Carga tributária deve alcançar cerca de 33% do PIB do País ao final do ano. No caso da tributação sobre renda, lucro e ganhos de capital, o Brasil registra um dos menores percentuais entre os países listados pela Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico (OCDE) e Receita Federal.

Aumentos da CTB não necessariamente significam malefícios para a população, se as receitas dos impostos forem devolvidas aos contribuintes na forma de gastos públicos em saúde, educação, entre outros, como também se tivesse um perfil progressivo. Não é o caso do Brasil; a CTB é injusta e regressiva, onerando-se cada vez mais os trabalhadores e consumidores, principalmente os de baixa renda, enquanto se libera o grande capital e os lucros e os dividendos (CARNEIRO, 2005).

Outro instrumento amplamente utilizado pelos governos brasileiros, para garantir o pagamento do serviço da dívida, que tem consequência direta para os gastos sociais, foi a criação da Desvinculação das Receitas da União (DRU). Junto a DRU, podemos destacar outros mecanismos criados pelo governo Fernando Henrique Cardoso e mantidos pelos governos de Lula e Dilma, no período de 1994 aos anos 2000, com o objetivo de favorecer o pagamento de juros. Dentre eles, Brettas

(2012) destaca: juros altos, a definição de metas de superávit primário, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

O contingenciamento dos gastos sociais destinados às políticas sociais deve ser analisado à luz dessas transformações sociais, para compreendermos esta problemática na sua totalidade. É a partir das análises desses determinantes que o acompanhamento da definição e execução orçamentárias vem ganhando especial atenção dos pesquisadores, pois permite compreender sua natureza e magnitude, na percepção de que o financiamento consiste no eixo estruturador das políticas sociais, no qual são definidas as prioridades nos gastos públicos. Sem recursos públicos não tem como garantir os direitos sociais. Tais iniciativas emergiram face ao paradoxo entre a agenda de garantia de direitos previstos na Constituição Federal de 1988, que avança na definição e diversificação de fontes para o financiamento da Seguridade Social, composta pelo lucro, faturamento e as contribuições sobre a folha de salários, e a conjuntura de ajuste fiscal adotada no contexto dos anos pós-1990, pelos governos brasileiros.

Na busca por novos espaços de valorização, o capital financeiro propõe uma reformulação regressiva dos direitos previdenciários, da saúde, da educação, entre outros. No tocante à previdência social, ocorreu durante estas últimas duas décadas uma série de contrarreformas na direção de reduzir o acesso aos benefícios e a aquisição de previdência privada. As Emendas Constitucionais nº 20 e 41, respectivamente, dos anos 1998 e 2003, adotadas pelos governos de Fernando Henrique Cardoso e Luís Inácio da Silva, aumentaram o tempo de trabalho e de contribuição e a idade requerida para a aposentadoria; reduziram os tetos previdenciários; subtraíram os direitos à aposentadoria integral e à isonomia salarial e instituíram a contribuição previdenciária para os já aposentados. A EC nº 20 foi destinada ao Regime Geral da Previdência Social (RGPS) e a Emenda nº 41 foi dirigida aos Regimes dos Servidores Públicos. O governo Dilma Rousseff encaminhou, em 2013, a terceira etapa desta contrarreforma, aprovando o Fundo de Previdência Complementar dos Servidores Públicos Federais (FUNPRESP) e estabelecendo o teto do RGPS para a aposentadoria dos servidores público a partir daquele ano.

Ainda em relação à previdência social destaca-se a PEC nº 287/2016,

que tem o objetivo de concluir as demais contrarreformas realizadas nos governos anteriores, que por alguma resistência, não conseguiram atender a todas as ofensivas do capital financeiro. Esta PEC já passou por várias mudanças, devido as resistências e lutas dos trabalhadores, bem como da própria base aliada do governo. Atualmente, em dezembro de 2017, o novo texto da contrarreforma se fundamenta em quatro pontos fundamentais: quanto a idade mínima, a proposta é de *65 para homens (INSS e servidores públicos) e 62 anos para mulheres. Quanto ao tempo mínimo de contribuição é de 15 anos para segurados do INSS e de 25 anos para servidores públicos, sendo que o novo cálculo do valor da aposentadoria, começa de 60% para 15 anos de contribuição até 100% para 40 anos.*

Contudo, quem se aposentar com 15 anos de trabalho vai receber um benefício parcial, de apenas 60% do valor. O cálculo aumenta o valor da aposentadoria conforme os anos de contribuição, até chegar à aposentadoria integral. O texto cria idades mínimas para a aposentadoria, respeitando uma **regra de transição** que aumenta esta idade em 1 ano a cada 2 anos de contribuição, até chegar a um patamar definitivo em 2042. Os trabalhadores rurais e os beneficiários do Benefício de Prestação Continuada ficaram de fora da nova proposta da reforma. Mantendo-se a regra atual. Tais contrarreformas impulsionam os trabalhadores a aderirem à previdência complementar, que funciona como “novas mercadorias” (GRANEMAM, 2012) a serem adquiridas no mercado, como novo instrumento do capital.

Ainda neste contexto atual, do (des)governo interino de Michel Temer (PMDB), para atender aos interesses do mercado e deixá-los menos “nervosos”, foi aprovada pelo Senado Federal, em dezembro de 2016, a EC nº 95, que entra em vigor em 2018. Essa Emenda limitou as despesas orçamentárias e criou um novo Regime Fiscal, abrangendo as despesas primárias de todos os Poderes da União e dos órgãos com autonomia administrativa e financeira integrantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social. Esses limites correspondem, em cada ano, às despesas realizadas no ano anterior, corrigidas pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) verificado no exercício. Trata-se de um extremado grau de limitação para os próximos governos. Os tetos não admitem exceções e não se alargam se a economia melhorar ou se

a arrecadação aumentar, ainda que a sociedade assim o exija. E, nesse aspecto, ocorre uma inversão total de princípios; ao invés da Constituição estabelecer gastos mínimos em defesa dos direitos sociais, estabelece gastos máximos. Com o novo regime fiscal, não há como manter os direitos sociais existentes, equacionar os gargalos de infraestrutura. Uma grande quantidade de demandas por serviços públicos, obras de infraestrutura e outras ações governamentais serão obrigatoriamente delegadas aos agentes de mercado, que é o objetivo precípuo desta EC. As despesas com saúde e educação, que possuem critérios específicos de proteção, perdem essas garantias e serão reajustadas pela inflação. Ou seja, não haverá mais expansão dos gastos sociais, ainda que haja o inevitável crescimento da população, apenas a sua correção. Podemos citar também, dentro deste “pacote de maldades”, a Lei nº 13.467/2017, que trata da contrarreforma trabalhista, no sentido de reduzir os direitos trabalhistas, a patamares do século XIX.

Na mesma direção, as contrarreformas da saúde beneficiam o capital financeiro. Os dados revelam que o percentual dos gastos da Seguridade Social destinados à saúde sofreram uma redução de 15,6%, em 2000, para 15,1% em 2016. A ANFIP (2016) demonstra que os gastos públicos com saúde (liquidados no Fundo Nacional de Saúde) estão muito aquém das necessidades do Sistema Único de Saúde universal e, alcançando em 2016, apenas 1,73% do PIB. Outra ofensiva do capital à saúde diz respeito a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EB-SERH), para a gestão dos Hospitais universitários, dentro da lógica da privatização da gestão dos serviços de saúde.

Diante de tais medidas, é incontestável a participação do fundo público em todos os âmbitos da acumulação capitalista, cujo exemplo contemporâneo é o “reino do capital fetiche”, que tem na vida pública seu principal meio de alimento, o qual é caracterizado por Iamamoto (2014) de “indústria da dívida”. Um exemplo que ilustra esse processo são os dados (tabela 1) divulgados pelo “Trading Economics”, que mostra a relação entre a dívida bruta do setor público, o PIB e as taxas de juros de alguns países no ano de 2016: o Japão aparece como o país com o maior número percentual de sua dívida em relação ao PIB (250.4%), seguido da Grécia (179.0%) e do Líbano (146.0%).

Tabela 1 - Valor da dívida bruta do setor público em percentual do PIB e a taxa de juros

PAIS	DÍVIDA PÚBLICA % PIB	TAXA DE JUROS
Japão	250.4	-0,100%
Grécia	179.0	4,75%
Líbano	146.0	10%
Itália	132.6	0,0%
Cabo Verde	130,9	5,50%
Portugal	130.4	0,0%
Jamaica	128.4	3,50%
Estados Unidos	106.1	1,25%
Bélgica	105.9	0,0%
Espanha	99.4	0,0%
França	96.0	0,0%
Brasil	69.49	8,25%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do “Trading Economics”.

Disponível em: <<http://pt.tradingeconomics.com/country-list/government-debt-to-gdp>>. Acesso em: 22 out. 2017.

Esses dados demonstram o percentual exorbitante de recursos públicos que são canalizados para o capital financeiro, chegando a ultrapassar o PIB em alguns países. Mas o que realmente chama atenção são as taxas de juros dos países supramencionados: o Japão, embora apresente a maior dívida pública em relação ao PIB, tem taxa de juros negativa (-0,1%); Bélgica, Espanha, França, Portugal e Itália aparecem sem segundo lugar com 0,0%, seguidos dos Estados Unidos com 1,25%; o Brasil – com uma dívida pública de 69,49% em relação do PIB – só perde em termos de altas taxas de juros (8,25%) para o Líbano, que tem 10%.

As altas taxas de juros contribuem de forma determinante para o acréscimo de recursos públicos a serem transferidos para o capital, pois são os juros que mantêm – ao lado de outros condicionantes – o sistema da dívida, a qual deixa claro o papel do Estado – que, através do seu aparato legal, canaliza recursos públicos para a manutenção dos seus compromissos internacionais - e do fundo público nesse contexto, que penaliza a classe trabalhadora através de cargas tributárias regressivas, retém recursos das políticas sociais e faz uma translação do dinheiro público para o capital financeiro, por meio da dívida pública, ao invés de retornar para a população em forma de saúde, educação, cultura,

habitação, entre outros.

Seguindo essa lógica, o Estado brasileiro mantém seus compromissos com o capital no processo de *restauração social-liberalista* da ideologia neoliberal. O social-liberalismo propõe – em nome da retórica da justiça social – uma articulação entre crescimento econômico e *equidade*, tolerando algumas ações em face do pauperismo, “dotando os planos macroeconômicos de condicionamento sociais [...] Busca-se uma terceira, um sincretismo entre o mercado e o Estado capaz de promover o bem-estar social” (CASTELO, 2008, p.2).

Ao assumir o papel central na lógica social-liberalista, o Estado possibilita a garantia de condições de alívio da pobreza extrema, de forma que todos possam participar do mercado, focalizando as ações de proteção social na pobreza extrema, permitindo, assim, um maior aporte de fundo público para o capital.

A tabela 2, a seguir, demonstra os gastos do Programa Bolsa Família – intervenção focalizada na pobreza absoluta – e os gastos com os juros da dívida do setor público. Um balanço das taxas de juros nominais entre os anos de 2005 – 2016, nos mostra que em 2005 os gastos com essa variável orbitaram na casa dos R\$ 157,146 bilhões, enquanto que em 2016 esse valor correspondeu a R\$ 407,000 bilhões, ou seja, o valor de juros triplicou, demonstrando a insaciabilidade da finança. Assim, podemos verificar que os valores direcionados às despesas com o Programa Bolsa Família são ínfimos, quando comparados às despesas com os juros da dívida e quando correlacionados à cobertura do programa para mais de 50 milhões de pessoas. Dados recentes da ANFIP (2017) demonstram que a fatia do fundo público direcionada aos mercados financeiros é magistralmente superior à destinada ao financiamento do Bolsa Família, em 2016, por exemplo, as despesas com o Bolsa Família foram de R\$ 27,492 bilhões, enquanto a parte do orçamento comprometida com o serviço da dívida foi de R\$ 407,000 bilhões.

Tabela 2 - Relação dos Gastos com o Programa Bolsa Família (em bilhões) e os Juros da Dívida do Setor público (em bilhões R\$)

ANO	DESPESAS COM BOLSA FAMÍLIA	JUROS NOMINAIS DA DÍVIDA DO SETOR PÚBLICO
2005	6,769	157,146
2006	7,801	160,027
2007	8,943	159,532
2008	10,605	165,511
2009	11,877	171,011
2010	13,493	195,369
2011	16,767	236,673
2012	20,530	213,863
2013	24,004	248,856
2014	26,162	311,400
2015	26,921	501,800
2016	27,492	407,000

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados da ANFIP (2017).

Como se observa, pretende-se conciliar medidas sociais focalizadas e seletivas - a exemplo do Bolsa Família – às medidas macroeconômicas, como o pagamento ortodoxo dos juros da dívida pública, numa disputa (desigual) por fundo público.

A Seguridade Social brasileira vem sendo a âncora do ajuste fiscal, uma vez que seus recursos, através da DRU, têm sido transformados em recursos fiscais para a formação de *superávit* primário, que financia o pagamento de juros e amortizações da dívida pública. Tomando como referência o período estudado (2005 a 2016) a DRU retirou do Orçamento da Seguridade Social o valor de R\$ 631,665 bilhões, como podemos observar na tabela 3.

Tabela 3 - Receita de contribuições sociais selecionadas e os efeitos da desvinculação promovida pela DRU de 2005 a 2016

Valores correntes em R\$ milhões												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
COFINS	17,9	18,0	20,3	24,0	23,3	28,0	31,9	36,3	39,8	39,1	40,1	61,4
CSLL	5,2	5,4	6,7	8,50	8,7	9,1	11,5	11,4	12,5	12,6	11,9	20,4
PIS/PASEP	4,4	19,0	5,2	6,1	6,2	8,0	8,31	9,54	10,2	10,0	10,6	16,1
Outras contribuições	6,2	6,8	7,7	611	49,9	630	683	753	811	955	1,08	920
REC. desvinculadas pela DRU	33,8	33,8	40,0	39,2	38,7	45,8	52,4	58,0	63,4	63,1	63,7	99,2

Fonte: ANFIP (2017). Elaboração própria.

A tabela 3 revela, ainda, outro dado importante: as origens dos recursos da Seguridade Social desvinculados pela DRU. É notória a posição de classe do Estado, na medida em que a maior parte dos recursos subtraídos pela DRU incide sobre a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), que corresponde aos impostos oriundos de bens e consumos, ou seja, do bolso dos próprios trabalhadores.

Destacamos, ainda, que a DRU foi prorrogada em 2016, até o ano de 2023, ampliando seu percentual de 20% para 30% de todos os impostos e contribuições sociais federais.³⁴ Podemos observar, no ano de 2016, já o impacto dos 30% da DRU sobre as contribuições sociais que formam o orçamento da Seguridade Social, havendo um aumento de 35,7% nos valores desvinculados em relação ao ano de 2015, passando de R\$ 63,7 bilhões para R\$ 99,2 bilhões.

Estas medidas políticas e econômicas determinam as dificuldades e os obstáculos enfrentados pela seguridade social pública em se afirmar neste contexto. Com isso, comprova-se porque Oliveira (1998) afirma que “o fundo público tem um papel importantíssimo na produção e

34 Criando também mecanismo semelhante para estados, Distrito Federal e municípios - a Desvinculação de Receitas dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios (DREM) -, ficando desvinculadas 30% das receitas relativas a impostos, taxas e multas, não aplicados às receitas destinadas à saúde e à educação.

reprodução do capital” e que a Seguridade Social é a principal âncora de sustentação dessa política econômica, tendo seus recursos utilizados e estagnados em nome do ajuste fiscal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vimos, ao longo do artigo, que a relação entre Estado e capital é ontológica, relação essa de complementaridade, na medida em que a função precípua do Estado moderno é garantir e proteger a extração de mais-valia, ou seja, um instrumento de reprodução dos interesses dominantes, de opressão da classe trabalhadora. Para Marx (1994) essa relação ontológica nasce da própria estruturação antagônica do modo de produção capitalista, sendo que o Estado repousa sobre a contradição entre vida pública e privada, sobre a contradição entre os interesses gerais e os interesses particulares.

Dessa forma, o fundo público ocupa um lugar central no processo de financeirização do capital, que influencia ostensivamente no processo de reprodução da classe trabalhadora e tem um papel central e insubstituível no processo de manutenção do modo de produção capitalista e da revitalização de suas taxas de lucro em tempos de crise estrutural, o que implica novas tendências e formações para as políticas sociais, ou seja, a privatização das políticas de saúde e previdência social combinadas com o crescimento do orçamento e do financiamento da Assistência Social, na refuncionalização desta política no combate à pobreza extrema.

A atual configuração do capital determina novas modalidades de reprodução da força de trabalho, ancoradas nos processos de flexibilização, terceirização, trabalho doméstico etc. No tocante as políticas sociais, as medidas adotadas seguem a mercantilização, focalização e privatização. Nesta ótica, a estratégia neoliberal de reprodução da força de trabalho consiste em implementar políticas sociais que consigam integrar os indivíduos, já que, em sua visão, o trabalho assalariado não tem mais essa capacidade. É esta perspectiva que vem determinando as tendências da Seguridade Social brasileira (saúde, previdência e assistência social), que, em oposição à universalização e à integração entre as três políticas da Seguridade Social, passam a ser centralizadas em políticas privatizadas e mercantilizadas, como é o caso da saúde e previdência

e em programas sociais focalizados e seletivos, enquanto estratégia de combate à pobreza.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILLI, P. (orgs). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. 7.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL. **Análise da Seguridade Social em 2016**. Brasília: ANFIP, 2009. Disponível em: http://www.anfip.org.br/publicacoes/20130619071325_Analise-da-Seguridade-Socia,2013,2015e2016-2012_19-06-2013. Acesso em: 29 nov. 2017.

BEHRING, Elaine R. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2008.

BRETTAS, Tatiana. Dívida pública: uma varinha de condão sobre os recursos do fundo público. In: SALVADOR, Evilásio et al. (Orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

CARNEIRO, Maria Lucia Fatorelli. Auditoria da dívida: uma alternativa digna. In: FERREIRA, Carla; SCHERER, André Forti (Orgs.). **O Brasil frente à ditadura do capital financeiro: reflexões e alternativas**. Lajeado: UNIVATES, 2005.

CASTELO, R. O social-liberalismo e a globalização da questão social. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL LA OBRA DE CARLOS MARX Y LOS DESAFIO DEL SIGLO XXI, 4., **Anais...** Havana, Instituto de Filosofia de La Habana, 2008.

CHESNAIS, François. O capital portador de juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos. In: ____ (Org.). **A finança mundializada: raízes sociais e políticas, configuração, consequências**. Tradução de Rosa Maria Marques e Paulo Nakatani. São

Paulo: Boitempo, 2005a.

_____. Doze teses sobre a mundialização do Capital. In: FERREIRA, Carla; SCHERER, André Forti (Orgs.). **O Brasil frente à ditadura do capital financeiro: reflexões e alternativas**. Lajeado: UNIVATES, 2005b.

_____. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

GRANEMANN, Sara. Fundos de pensão e a metamorfose do salário em capital. In: SALVADOR, Evilásio et al. (Orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

IAMAMOTO, M. V. Estado, classes trabalhadoras e política social no Brasil. In: BOSCHETTI, I. et al (orgs). **Política Social no Brasil: tendências contemporâneas**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

LENIN, Vladimir Ilitch. **Imperialismo, estágio superior do capitalismo: ensaio popular**. São Paulo: Expressão Popular.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**, Livro II, capítulo I e 2 e 3. Boitempo, 2014.

_____. **O capital: crítica da economia política**. Livro I, v.2. São Paulo: Civilização Brasileira, 2002.

_____. **O capital: crítica da economia política**. Livro III, v. V, capítulo XXI e XXIV. Rio de Janeiro- RJ: Bertrand Brasil S/A, 1991.

MÉSZÁROS István. **Para além do capital: rumo a uma teoria da**

transição. São Paulo: Boitempo, 2002.

OLIVEIRA, F. de. **Os direitos do antivalor**: a economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis: Vozes, 1998.

SANTOS, M. E. A. dos. **A refuncionalização da política de assistência social brasileira**: uma análise a partir do seu orçamento e financiamento. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual da Paraíba, 2015.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SALVADOR, Evilásio. Financiamento tributário da política social no pós-real. In: SALVADOR, Evilásio et al. (Orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

NAS TRINCHEIRAS DA CONTRARREFORMA DO ESTADO CONTEMPORÂNEO BRASILEIRO: INFLEXÕES, DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA O SERVIÇO SOCIAL

*Thaísa Simplício Carneiro Matias
Mônica Barros da Nóbrega*

INTRODUÇÃO

O debate acerca das transformações societárias desencadeadas nas últimas décadas da crise do capitalismo, particularmente, no seu ciclo financeirizado, o qual está articulado à reestruturação produtiva e ao ideário neoliberal, implicando em complexificações das diversas expressões da chamada “questão social”, em alterações profissionais, dentre outras, está posto para a categoria dos /as assistentes sociais.

Sem negar as conquistas civilizatórias nem o progresso tecnológico advindos do desenvolvimento da ciência e dos modos de vida, observa-se que no século XX e na entrada do século XXI mudanças significativas ocorreram no conjunto da vida social, concomitantes ao empobrecimento dos trabalhadores (MOTA, 2008).

Tal fato decorre das condições de vida e trabalho da maior parte da população que não usufrui da riqueza socialmente produzida, revelando as desigualdades sociais decorrentes do Modo de Produção Capitalista (MPC), cujos impactos ocorrem nas diversas nações, tanto nas consideradas desenvolvidas, quanto naquelas em desenvolvimento, passando, inclusive, a compor a pauta dos organismos internacionais

desde o fim do século XX.

Assim, o objetivo deste ensaio é realizar uma análise da contrarreforma do Estado brasileiro e as inflexões, desafios e possibilidades postas para o Serviço Social. Para tanto, recorreremos a um levantamento bibliográfico, particularmente realizado no campo marxiano.

Em face dessa conjuntura, o tema proposto é de precípua relevância para a profissão, pois traz para o debate na agenda profissional a necessidade de se debruçar permanentemente sobre o movimento da realidade e suas implicações para o Serviço Social, profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho e área de produção de conhecimentos, reconhecida pelas agências de regulação e fomento à pesquisa (MOTA, 2013).

O presente ensaio, portanto, está estruturado nos seguintes itens: após esta introdução, faremos algumas considerações sobre as configurações do capitalismo na contemporaneidade e a contrarreforma do Estado brasileiro; a seguir discutiremos as inflexões, desafios e possibilidades postas para o Serviço Social, com destaque para a formação e para o exercício profissional do assistente social no contexto da crise do capitalismo em curso desde os anos 1970; por fim, apresentaremos as nossas considerações aproximativas.

CONFIGURAÇÕES DO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO E A CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO

Parece consensual que o esgotamento do padrão de produção fordista/keynesiano decorrente da queda da taxa de lucro, o qual promoveu transformações político-institucionais no Estado e incorporou demandas oriundas das lutas das classes trabalhadoras, provocando respostas através de políticas sociais à dinâmica monopolista, configurou uma “onda longa expansiva” de “30 anos gloriosos” do capitalismo.

Confluindo para o estopim da crise de 1974/1975 de superprodução, Behring; Boschetti (2006) apontam para o agravamento do desemprego, a introdução de tecnologias poupadoras de mão-de-obra, a alta dos preços das matérias-primas relevantes, a queda do volume do comércio mundial e um poder de barganha razoável dos trabalhadores empregados, originário do período do pleno emprego do capitalismo central,

constituindo, pois, os elementos da base da programática keynesiana e, do ponto de vista marxiano, na erosão da taxa média de lucros.

Para Mandel (1990), nesse período foi possível observar um alto nível de concentração e centralização de capital, assim como uma nova revolução tecnológica que trouxe para a classe trabalhadora o aumento da exploração da sua força de trabalho, resultando no aumento da mais-valia relativa.

Como resposta ao processo de reanimação das taxas de lucro, no contexto de mundialização do capital (CHESNAIS, 1996) o fundamento *Welfareano* em diversos países e a conjugação mundialização/reestruturação produtiva/neoliberalismo configurou um capitalismo “transnacional”, “pós-fordista”, disseminando a ideia de “crise de paradigmas”³⁵, de “nova pobreza” como também de uma “nova questão social”. Nesta reorientação do MPC, o Estado passou a se desresponsabilizar do suprimento das suas funções clássicas, veiculando a ideia de ser “mínimo” ao provimento das políticas sociais em detrimento do avanço do mercado para tal função. Logo, conforme Netto (2012) desenvolveu-se uma “cultura política” antiestatal, através da desqualificação do Estado.

Segundo Antunes (2007), os traços mais evidentes do referido processo foram, dentre outros, o crescimento exponencial da esfera financeira em detrimento do capital produtivo, maior concentração de capitais em decorrência das fusões entre empresas monopolistas e oligopolistas, crise do Welfare State e sua lógica de funcionamento, resultando numa crise fiscal do Estado e a consequente necessidade de restringir os gastos públicos, transferindo-os para o capital privado e o incremento considerável das privatizações e as desregulamentações e flexibilização do processo produtivo.

Portanto, podemos dizer que o Estado burguês vem mantendo o seu caráter classista, de modo que, sob o ideário neoliberal, sofreu um redimensionamento considerável. Tratou-se, pois, de um enxugamento das suas “funções legitimadoras”, ocasionando a retirada das coberturas sociais públicas e desmonte dos direitos sociais, cuja pedra-de-toque é o privatismo do patrimônio e funções estatais. Logo, o apoio efetivo dos Estados nacionais é caracterizado pela (falsa) ideia de ser externo

35 Acerca do assunto, consultar: Netto (1992).

aos mercados, ou de ser “mínimo” e “fraco” apesar de redirecionar suas clássicas funções³⁶ à esfera mercadológica.

Netto (2017) endossa esta análise ao mostrar que as corporações imperialistas ao erodir as regulações estatais e os direitos sociais, assaltam o patrimônio e os fundos públicos, apresentando a “desregulamentação” como sinônimo de “modernização”, valorizando a sociedade civil liberando-a da tutela do “Estado protetor”.

A síntese desse rol de transformações societárias reafirma o caráter de crise estrutural desse modo de produção destrutivo, nos termos de Mészáros (2011), exaurindo as possibilidades civilizatórias desta ordem. Para o autor adentramos numa fase inédita, uma fase de crise estrutural marcada por um *continuum* depressivo sintetizado por dois fatores: o MPC, por não ter mais limites para sua expansão, acaba por converter-se numa processualidade incontrolável e profundamente destrutiva; e a precarização estrutural e destruição da natureza em escala global, exigindo respostas radicais.

Para o citado autor, o capitalismo expressa com violência o esgotamento de suas potencialidades civilizatórias numa conjuntura de profunda recessão que vêm configurando-se como um tempo histórico regressivo, de forte ofensiva sobre os trabalhadores na procura exacerbada por superlucros e ataques conservadores a toda crítica ao capitalismo.

Esse processo de mundialização da economia, segundo Yamamoto (2008), está ancorado em grupos industriais transnacionais, decorrentes das fusões e aquisições de empresas no contexto de liberalização e desregulamentação econômicas, cada vez mais concentrados e centralizados, os quais detêm o capital industrial e encontram-se no centro da acumulação.

Cabe destacar que esta estruturação da economia mundial não resulta de mera preferência do capital por especulações financeiras em detrimento das aplicações produtivas, mas das potencialidades do MPC se reinventar e intensificar seu ciclo de acumulação. Neste caminho, a financeirização, em seu sentido estrito, não cria por si mesma a riqueza, mas se nutre da riqueza decorrente do investimento na esfera da produção e da mobilização da força de trabalho no seu âmbito. Destarte,

36 Sobre as funções clássicas do Estado, veja: Yamamoto (2008); Behring e Boschetti (2006).

“o fetichismo das finanças só é operante se existe produção de riquezas, ainda que as finanças minem seus alicerces ao absorverem parte substancial do valor produzido” (IAMAMOTO, 2008, p.109).

Nesta mesma linha argumentativa, Ferreira, (2005) adverte que a “ditadura financeira” imprime um caráter autoritário e predador, explicitando os vínculos intrínsecos da crise atual com a financeirização, através da necessidade da guerra imperialista, da tentativa de controlar os recursos naturais do planeta, da perda real de direitos civis e políticos em nível mundial, dentre outros.

Também se observa nesse contexto um redesenho do mapa mundial, criando novos arranjos para coordenar a integração espacial (HARVEY, 2013), cujos principais porta-vozes das classes dominantes passam a serem os organismos multilaterais, com destaque para o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial (BM) e a Organização Mundial do Comércio (OMC). Dessa maneira,

A convergência entre as propostas do BM, do FMI e do Departamento do Tesouro (três organismos domiciliados na cidade de Washington) passou a ser conhecida como Consenso de Washington. Esse conjunto de recomendações e metas instrumentais destinadas a recompor a capacidade de endividamento e pagamento dos Estados (VILAS, 2015, p.71).

De acordo com Iamamoto (2008), o leque de redirecionamento para o capitalismo mundializado e financeirizado pode ser sintetizado com as seguintes implicações para a esfera da produção, quais sejam: deslocamento espacial de capitais; produção de novos espaços de exploração capitalista; intensificação da mais-valia; incorporação de novas tecnologias³⁷; ecletismo das formas de organização do trabalho; revigoração de formas arcaicas do trabalho (doméstico, artesanal, familiar); flexibilização, através da subcontratação de pequenas empresas e/ou do trabalho em tempo parcial; intensificação da competição internacional e inter-regional no mercado, nas relações de trabalho e nos padrões de

37 No que diz respeito às implicações da “revolução tecnológica” para o mundo do trabalho, recorrer a Netto (1996).

consumo. Enfim, conforme Antunes (2007), Netto (1996), Antunes e Alves (2004), a classe trabalhadora alterou sua forma de ser, se complexificou, mas não perdeu seu caráter ontologicamente estruturante.

Para Antunes (2007), os impactos do atual contexto para a classe trabalhadora podem ser expressos na desregulamentação substancial dos direitos do trabalho, os quais são eliminados cotidianamente em quase todas as partes do globo onde há produção industrial e de serviços; aumento da fragmentação no interior da classe trabalhadora; precarização e terceirização da força humana que trabalha; destruição e apassivamento da organização dos trabalhadores, nos partidos e no sindicalismo de classe (este sendo convertido num sindicalismo dócil, de parceria, ou mesmo de empresa).

É digno de nota que essas transformações econômicas são impen-sáveis se não levarmos em consideração que as alterações no mundo da produção têm implicações para a esfera da reprodução social, ou seja, estas mudanças em curso envolvem a totalidade social.

Netto (2017) esclarece que as transformações no nível social não se reduziram às mudanças na estrutura de classes, apesar delas se relacionarem e nelas repercutirem. Ocorreram significativas modificações no perfil demográfico das populações, a expansão urbana, o crescimento das atividades de serviços, a difusão da educação formal, os novos circuitos de comunicação social, rebatendo na estrutura da família e bastante relacionadas às transformações de natureza cultural, convulsionando os padrões de socialidade. Logo, implicou numa anacronização dos padrões de análise da realidade social, ganhando destaque uma suposta “crise de paradigmas”, propagandeada pelo avanço do pensamento pós-moderno, o qual

[...] propõe, por meio da desconstrução, a refuncionalização dos arcabouços teóricos fundamentados na intuição, próximos das conexões imediatas entre a teoria e a prática. Para este pensamento, a apreensão das determinações e das mediações da estrutura sócio-histórica é descartável. A irracionalidade desse modo de perceber a realidade busca justificar a caótica condição de reprodução social na sociedade capitalista. [...] Nessas condições, as relações da sociedade capitalista são apreendidas em sua fenomenalidade,

em sua imediatez e tem um fim em si mesmas. [...] Os homens são tragados pela genericidade em-si do ser social e obrigados a aceitar as suas posições sociais e relações recíprocas, como se tudo fosse absolutamente natural e imutável (COELHO, 2013, p.141).

Deste modo, “o pensamento dominante no capitalismo contemporâneo (a ideologia neoliberal e seu subproduto, a ideologia pós-moderna), exerce a função social de justificação das transformações operadas na vida social pela ofensiva do capital” (BARROCO, 2011, p.206). Consiste em uma estratégia extremamente funcional à lógica cultural tardo-capitalista, ao dissolver as antigas identidades sociais (classistas) que, não por acaso, implicou na construção de “novas identidades” culturais.

Decorrente das dinâmicas econômicas e socioculturais, a sociedade civil e o Estado modificaram, tanto em suas esferas como em suas relações. Uma das características da cultura política contemporânea hegemônica, é a redefinição de termos e expressões que trazem consigo uma carga histórica precisa, como o caso da palavra “reforma”, que, ao longo do século XX, indicou alguma ampliação de direitos. No léxico político da era neoliberal a palavra foi redefinida, sendo utilizada para expressar o recorte ou a supressão de direitos (NETTO, 2017). Agora, portanto, não estamos mais vivenciando uma revolução passiva, nos termos gramscianos, mas sim um contexto de contrarreformas que não anula a presença do novo, no entanto, expressa a preponderância da conservação ou mesmo da restauração.

A partir das últimas décadas do século XX, as frações da classe dominante ao necessitarem exercitar-se como classe dirigente, implementaram seu projeto classista através de uma direção restauradora, reinventando iniciativas conservadoras sob o comando das ideias liberais, assegurando, assim, a sua hegemonia (MOTA, 2010).

Como implicações desses fenômenos, torna-se inegável o reconhecimento das conquistas do projeto burguês: no âmbito político, as medidas de “ajuste”, ou contrarreformas implicaram em mecanismos eleitorais dotados de legitimidade formal. Do ponto de vista ídeo-cultural, com o respaldo da onda pós-moderna, ocorreram avanços de um

conservadorismo mais ofensivo no embate com a proposta socialista revolucionária. Já no campo econômico, a lucratividade das grandes corporações foi retomada.

Não podemos ignorar, segundo Barroco (2011), que o cenário histórico tem revelado uma crise de hegemonia das esquerdas e dos projetos socialistas de modo geral. É nesse lapso temporal que o conservadorismo tem encontrado espaço para se reatualizar, ancorando-se em mitos, motivando atitudes autoritárias, discriminatórias e irracionais, comportamentos e ideias valorizadoras da hierarquia, das normas institucionalizadas, da moral tradicional, da ordem e da autoridade, enfim.

Pela primeira vez na história do modo de produção capitalista as reformas, no sentido de conjunto de mudanças para ampliar direitos, assumiram o status de contrarreformas, destinadas à supressão ou redução de direitos e garantias sociais, como ressaltaram Netto; Braz (2006).

A palavra reforma sempre esteve organicamente ligada às lutas dos subalternos para transformar a sociedade e, por consequência, assumiu na linguagem política uma conotação progressista. Contudo, no liberalismo ou “época da servidão financeira”, o que antes significava ampliação dos direitos, proteção social etc., agora quer dizer cortes, supressão desses direitos e desse controle. Não há espaço para o aprofundamento dos direitos sociais, mas de sua eliminação, de negação das reformas já conquistadas pelas classes subalternas na vigência da “revolução passiva”³⁸, levada a cabo no Welfare State (COUTINHO, 2010).

O Estado passou a desempenhar um papel central neste projeto, impulsionando o processo de contrarreformas, privilegiando os espaços para a produção de superlucros. Inovou suas práticas ideológicas e produtivas, patrocinando uma série de transformações nos padrões de acumulação e reprodução em vigência (MOTA, 2010). Para a classe trabalhadora, o referido panorama trouxe como saldo o crescimento da

38 Diferente de uma revolução popular, “jacobina”, realizada a partir de baixo, rompendo radicalmente com a velha ordem política e social, uma revolução passiva significa a presença da “restauração” e o da “renovação”. “Restauração” que implica em uma reação conservadora à possibilidade de uma transformação efetiva e radical proveniente de baixo. “Renovação” que implica no atendimento “pelo alto” de algumas demandas populares, através de concessão das classes dominantes (COUTINHO, 2010).

pauperização relativa para a maioria da população mundial.

Diante do exposto, Netto (2017) destaca dois aspectos imbricados nas transformações societárias desencadeadas nas últimas quatro décadas, quais sejam: nenhuma dessas transformações modificou a essência exploradora da relação capital/trabalho; e a ordem do capital aniquilou as potencialidades progressistas, constituindo-se na atual conjuntura em vetor de travagem e reversão de todas as conquistas civilizatórias, desencadeando um caminho a passos galopantes para a barbárie tardo-capitalista.

Este caleidoscópio de aspectos que caracterizam as transformações societárias em curso opera-se no país mediado por sua inserção subalterna no sistema capitalista global e pelas particularidades da sua formação econômico-social. “Consequentemente, é falacioso transpor diretamente os processos ocorrentes nas áreas cênicas do sistema para as nossas latitudes tropicais” (NETTO, 1996, p.103).

No Brasil, considerando suas particularidades, ou seja, sociedade de raízes culturais conservadoras e autoritárias (CHAUI, 2000), a estratégia neoliberal foi implementada nos anos 1990, no governo Collor (1990-1992), tendo a sua consolidação no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC-1995-2002), com intensas contrarreformas, ocasionando implicações deletérias para a classe trabalhadora, a exemplo da privatização e mercantilização dos direitos sociais garantidos na Constituição Federal de 1988.

Ao incorporar a política neoliberal o Brasil aderiu ao preconizado pelo Consenso de Washington, diminuído consideravelmente o investimento de ações estatais nas políticas sociais, promovendo contrarreformas na saúde, na educação, na previdência social, principalmente, promovendo a desresponsabilização do Estado do provimento direto sobre as demandas sociais, remetendo a responsabilidade para o mercado. Assim, surge o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRE), o qual reúne diversas medidas que o Estado deveria adotar justificadas pela necessidade de reduzir as dívidas interna e externa e enfrentar a instabilidade econômica e política vivenciada pelo Brasil, que entravavam o desenvolvimento econômico. O referido Plano impôs, logo, o desmonte dos direitos sociais (BEHRING, 2008).

Assim, instaurou-se um padrão de enfrentamento das expressões da

“questão social”, marcado pela focalização do atendimento nos extremamente pobres. As investidas do capital se efetivaram, sobretudo, na expansão de programas compensatórios e assistencialistas.

Nos governos de Lula (2003-2010), foram privilegiadas as formulações neoliberais na sua variante social-liberal, fundamentada num ideário “neodesenvolvimentista”, como uma alternativa de política de desenvolvimento que objetivava a promoção do crescimento econômico com justiça social, tendo continuidade no governo Dilma (2011-2016), finalizado com o *impeachment*.

Portanto, nos governos petistas o Estado eliminou a noção de direito das políticas sociais e potencializou a focalização e a mercantilização com a efetivação de políticas sociais e programas de caráter redistributivo e compensatório (CASTELO, 2013). Do ponto de vista da política macroeconômica formulada nos governos de FHC e estruturada em conformidade com o FMI, os citados governos mantiveram intacto o tripé: realizar o superávit primário a fim de controlar a expansão da dívida pública; cumprir as metas de inflação (mantendo juros elevados) e garantir um regime de câmbio flutuante (MARQUES; ANDRADE, 2016).

Com a posse de o presidente ilegítimo Michel Temer verifica-se o avanço do neoliberalismo ortodoxo, expresso com especial atenção nos documentos formulados pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) “Ponte para o futuro” (2016) e “Travessia Social” (2017), os quais explicitam as estratégias de ataque aos direitos dos trabalhadores sob a justificativa de tirar o país da crise econômica em que se encontra. Para Fontes,

As contrarreformas iniciadas anteriormente se aprofundaram no (des)governo de Michel Temer, apesar de sua gritante ilegitimidade. Elas se instauraram como dupla garantia: intocabilidade da grande propriedade, por mais lesiva que seja à humanidade e à população (como latifúndios, patentes, papéis da dívida) e extorsão de direitos, rebaixando o valor da força de trabalho e assujeitando-a a piores condições de existência (FONTES, 2017, p.422).

Portanto, o saldo dessas transformações significou, dentre outras, na contrarreforma do Estado brasileiro, com o reforço do que Demier (2017) denominou de democracia blindada³⁹, em prejuízos para os trabalhadores e o agudizamento das diversas expressões da chamada “questão social”, objeto de trabalho dos/as assistentes sociais, profissionais que não estão imunes ao movimento da realidade, o que abordaremos a seguir.

O SERVIÇO SOCIAL EM MEIO À CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO: UM DEBATE NECESSÁRIO

Conforme discutido anteriormente, os impactos da atual crise do capital vêm afetando todos os setores da vida social, dentre eles, as profissões. Assim, se faz necessário apreender as mediações que conectam as profissões particulares a essas transformações.

Tal esforço intelectual decorre do entendimento de que as profissões não podem ser tomadas como meros resultados dos processos sociais macroscópicos, mas devem, também, ser tomadas como *corpus* teóricos e práticos que, condensando projetos sócias, articulam respostas aos mesmos processos sociais (NETTO, 1996).

É um dado de realidade que o Serviço Social brasileiro nas últimas décadas consolidou um direcionamento teórico-metodológico e ético-político fincado hegemonicamente na tradição marxista, o qual nutriu a cultura e o ideário da profissão, com significativos avanços para a formação e para o exercício profissional, bem como para a organização política da categoria profissional.

Foi nessa trajetória histórica que ocorreu a construção do projeto

39 Trata-se da particularidade da destituição da presidenta Dilma Rousseff, que “diferente da maior parte dos golpes de Estado perpetrados ao longo da história contemporânea em nosso continente, o golpe brasileiro de 2016 se deu por meio do próprio regime democrático liberal. [...] Nesse sentido, diferentemente das democracias liberais de outrora, que, na maioria das vezes, foram destruídas quando das derrubadas de governos democráticos que se encontravam à sua frente, a democracia brasileira atual demonstrou dispor de mecanismos internos que lhe permitem eliminar um governo incômodo sem ter que conjuntamente eliminar a si mesmo” (DEMIER, 2017, p.15-16).

profissional denominado de Projeto Ético-Político (PEP) do Serviço Social, cujos princípios, arcabouço teórico-metodológico e ético-político estão fundamentados na teoria social crítica, tendo como horizonte uma nova ordem social para além do capitalismo.

Logo, na perspectiva de rompimento com o conservadorismo persistente desde a emergência do Serviço Social, o humanismo, a radicalidade democrática e a internacionalização das lutas sociais fundamentam, medeia e articula (sob condições históricas precisas) as relação entre realidade e a profissão (MOTA; AMARAL, 2014).

No contexto das mudanças societárias, anteriormente abordadas, ocorreu significativa ampliação nas demandas profissionais nos diversos espaços sócio-ocupacionais, foram alteradas as condições de trabalho, bem como trouxeram desafios para a organização política da categoria profissional.

Nesse sentido, a profissão vem sendo desafiada a redefinir suas estratégias no âmbito da formação profissional, no exercício, na produção de conhecimento, bem como nos processos mais amplos das lutas sociais.

O aspecto mais marcante da ofensiva conservadora, própria desse contexto, no Serviço Social incide sobre o argumento de “insuficiência” do marxismo na atualidade. Como consequência, o PEP também estaria “utópico”, em meio às transformações societárias em curso, ao passo que o ideário pós-moderno estaria sendo a chave para as “soluções” dentro da ordem, do “possível”. Contudo, Santos (2007) adverte para o fato de que,

O que particulariza o recurso à simplificação do marxismo submetido à crítica pós-moderna no Serviço Social são os caracteres próprios da nossa apropriação de ambos os referenciais no interior dos históricos conservadorismo e sincretismo profissionais. Os desdobramentos disso são as críticas à totalidade como totalitarismo, à ortodoxia como dogmatismo, à universalidade como estruturalismo (e consequente negação do sujeito) (SANTOS, 2007, p.86).

Assim, conforme Souza (2014), embora se constate a hegemonia do pensamento crítico-dialético como direção na profissão, também

se observa na produção de conhecimento da área influências teóricas de matizes diferenciadas, a exemplo das consideradas pós-modernas, a partir da reivindicação do pluralismo. Fato este que se constitui em um problema contemporâneo do Serviço Social brasileiro.

O avanço do ideário pós-moderno reitera o movimento funcional à manutenção da ordem burguesa, sob o qual a discussão da “questão social” e suas expressões ganham nova dimensão e, portanto, ineficiente resposta para o seu enfrentamento.

O avanço do supracitado ideário na profissão tem implicações na discussão sobre um possível “fim do trabalho”, como também na formação e prática profissionais dos/as assistentes sociais, reafirmando o conservadorismo burguês que traz à tona o messianismo, o tecnicismo, a dicotomia entre teoria e prática⁴⁰, o imediatismo e à abordagem no âmbito micro (SANTOS, 2007).

Portanto, não se pode omitir que esta conjuntura vem repercutindo na formação profissional do assistente social, com o sucateamento da universidade pública, as precárias condições de trabalho dos docentes, a desenfreada expansão dos cursos em instituições privadas e a distância, o que indica segundo Boschetti (2015), o avanço ou a reatualização do conservadorismo neste campo.

No que diz respeito ao exercício profissional, podemos destacar o aprofundamento das expressões da “questão social”, a sobrecarga de trabalho, formas precárias de contrato de trabalho, poucos recursos humanos e materiais, a não garantia da formação permanente, os baixos salários etc.

Guerra (2010) ressalta que existe uma precarização do e no exercício profissional dos/as assistentes sociais, como trabalhador assalariado. Em decorrência da reestruturação capitalista, estes vivenciam a precarização de seu trabalho. Para a supracitada autora, a programática neoliberal atinge duplamente o/a assistente social, pois trabalha de forma precarizada, em uma política também precarizada. Fato que se expressa nas formas de contratação, nas condições de trabalho, nas jornadas ampliadas de trabalho, dentre outras. Para Guerra,

40 A respeito desta falsa dicotomia entre a teoria e a prática, o leitor poderá recorrer ao profícuo estudo de Santos (2013).

A precarização do exercício profissional se expressa por meio de suas diferentes dimensões: desregulamentação do trabalho, mudanças na legislação trabalhista, subcontratação, diferentes formas de contrato e vínculos que se tornam cada vez mais precários e instáveis, terceirização, emprego temporário, informalidade, jornadas de trabalho e salários flexíveis, multifuncionalidade ou polivalência, desespecialização, precariedade nos espaços laborais e dos salários, frágil organização profissional, organização em cooperativa de trabalho e outras formas de assalariamento disfarçado entre outros (GUERRA, 2010, p.719).

Nessa mesma trilha argumentativa, Raichelis e Sant’Ana (2017) adverte que as inflexões da atual crise ocorrem não somente pelo perempimento de classe dos/as assistentes sociais, como trabalhadores/as assalariados/as, mas também porque na divisão sociotécnica do trabalho o Serviço Social é uma das profissões que se insere majoritariamente nas políticas públicas onde estão acontecendo os desmontes e a destruição dos direitos do trabalho e da proteção social. Para as autoras, este processo incide também no cotidiano do trabalho profissional, considerando os segmentos sociais que buscam os programas, serviços e benefícios da seguridade social, e que experienciam o agravamento das expressões da “questão social” nas condições de vida, no trabalho e no desemprego, cada vez mais precarizados e destituídos de direitos.

Raichelis (2013), nos chama a atenção que os/as assistentes sociais, bem como o conjunto dos trabalhadores e trabalhadoras, são atingidos pela insegurança do emprego, precárias e flexíveis formas de contratação, contratos terceirizados, diminuição ou ausência de benefícios e direitos trabalhistas, baixos salários, pressão pelo cumprimento de metas e resultados imediatos, ausência de horizontes profissionais de mais longo prazo etc. Conforme a autora, por outro lado, os assistentes sociais, enquanto profissionais qualificados, dispõem de relativa autonomia em seu espaço de trabalho para implementar o projeto que direciona a profissão, o que supõe que sejam capazes de realizar um trabalho social complexo e coletivo, que tenham competência para propor, negociar com os seus empregadores, defenderem propostas que

ampliem direitos das classes subalternas, seu campo de trabalho, suas atribuições e prerrogativas profissionais, seus próprios direitos como trabalhadores assalariados.

Diante do exposto, vemos o quanto é importante a crítica orientada por um pensamento de bases racionais e por valores universais, ainda que hoje isso signifique estar na contra corrente. Concordamos com Barroco (2009, p.215) quando afirma que “entre a sociedade do presente e a sociedade do futuro existe uma ponte que não se sustenta em ideias, mas na práxis social dos homens”. Deste modo e a partir dos pressupostos e compromisso profissional e social, não nos cabe ficar assistindo à barbárie de modo indiferente aos processos societários.

Entendemos que essa é uma questão ética e política da maior importância e que o posicionamento e as respostas profissionais em meio a esta ofensiva conservadora também reforçam a cultura profissional de reafirmação do PEP, através de diversas iniciativas coletivas, dentre as quais destacamos o reforço ao arcabouço jurídico vigente (Código de Ética, Lei 8.662/93, Diretrizes Curriculares de 1996, Resoluções do CFESS); Política Nacional de Estágio da ABEPSS (2010); a Lei 12.317/2010, que dispõe sobre a duração de trabalho para assistentes sociais (“Lei das 30h”); o Projeto ABEPSS Itinerante; Curso Ética em Movimento (CFESS/CRESS); ampliação e fortalecimento dos cursos de pós-graduação *strito sensu*; assessoria aos movimentos sociais etc. (MOTA, 2013); o PL 5.278/2009, que dispõe sobre o piso salarial dos(as) assistentes sociais; o PL 3.688/2000 (conhecido como PL Educação), que dispõe sobre a obrigatoriedade de assistentes sociais e psicólogos na rede básica de ensino; Inserção de assistentes sociais e entidades representativas em diversas lutas setoriais e/ou por segmento, sem perder a perspectiva societária e totalizante da realidade social; Produção científica em meios impressos e digitais; Promoção de eventos da categoria com grande número de assistentes sociais participantes; Reforço aos Grupos de Trabalho (GT) nos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS); Elaboração dos Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais (na assistência social, na saúde, na educação, no sócio-jurídico), dentre outros.

Enfim, as observações aqui postas tiveram por finalidade chamar a atenção para um cenário propício, como ressalta Barroco (2011), à objetivação de ideias e práticas “neoconservadoras” e individualistas, mas

que convivem com formas de oposição e de resistência. Para a autora, considerando que o cenário atual pode ser facilitador da reatualização de projetos conservadores na profissão, mas não podemos desconsiderar a trajetória de lutas da profissão, inserida no universo de resistências da sociedade brasileira, que permite tal enfrentamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em tempos de aprofundamento das desigualdades sociais e de crise capitalista que trazem significativas inflexões, desafios e possibilidades para o Serviço Social brasileiro, sem a pretensão de sermos conclusivas, reafirmamos a atualidade e a necessidade de fortalecimento do PEP.

Logo, neste contexto que objetiva impedir ou dificultar a apropriação das conquistas humanas pelos indivíduos, transformando suas motivações éticas em formas de alienação, reafirmar que os valores não se perdem na história também nos infere à análise de que a ética não tem o poder de subverter esse processo, em suas bases estruturais (BARROCO, 2009).

É preciso, portanto, redescobrir *quem somos* sob o ângulo dos fundamentos estruturais deste modo de produção que se mantém presentes; *onde estamos* no sentido de adensarmos formas classistas claras e maduras teoricamente, tão caras hoje para decidirmos *para onde queremos seguir* em meio a esses dois caminhos que são postos na atualidade e que são antagônicos: o socialismo ou a barbárie.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2007.

_____. ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação e Sociedade**, n.87, v. 25. Campinas/SP, 2004. p.335-351.

BARROCO, Maria Lucia Silva. Barbárie e neoconservadorismo: os desafios do projeto ético-político. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**,

n.106. São Paulo: Cortez, 2011. p.205 -218.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2.ed. São Paulo: Cortez: 2008.

_____. BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006. (Coleção Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 2).

BOSCHETTI, Ivanete. Expressões do conservadorismo na formação profissional. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n.124. São Paulo: Cortez, 2015. p.637-651.

CASTELO, Rodrigo. **O social-liberalismo**: auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

CHAUÍ, Marilena. **Brasil**: mito fundador e sociedade autoritária. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

COELHO, Marilene. **Imediaticidade na prática profissional do assistente social**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

COUTINHO, Carlos Nelson. A hegemonia da pequena política. In: OLIVEIRA, Francisco de; BRAGA, Ruy; RIZEK, Cibele (Orgs.). **Hegemonia às avessas**: economia, política e cultura na era da servidão financeira. São Paulo: Boitempo, 2010. p.29 - 43.

DEMIER, Felipe. **Depois do golpe**: a dialética da democracia blindada no Brasil. Rio de Janeiro: Mauad X, 2017.

FERREIRA, Carla. Introdução. In: FERREIRA, Carla; SCHERER, André Forti (orgs). **O Brasil frente à ditadura do capital financeiro**: reflexões e alternativas. Laeado: UNIVATES, 2005.

FONTES, Virgínia. Capitalismo, crises e conjuntura. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n.130. São Paulo: Cortez, 2017. p. 409 - 425.

GUERRA, Yolanda. A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações de ensino público, privado e a distância. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n.104, São Paulo: Cortez, 2010. p.715-736.

HARVEY, David. **Os limites do capital**. São Paulo: Boitempo, 2013.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Capital fetiche, questão social e Serviço Social (cap. 2). **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2008. p. 105-208.

MARQUES, Rosa Maria; ANDRADE, Patrick Rodrigues. Doze anos de governo PT: o preço da não escolha. In: DOWBOR, Ladislau; MOSANER, Marcelo (coord.) **A crise brasileira: coletânea de contribuições de professores da PUC/SP**. São Paulo: Editora Contracorrente, 2016. p.73-92.

MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital**. 2. ed. rev. e ampliada. São Paulo: Boitempo, 2011.

MOTA, Ana Elizabete. Serviço Social brasileiro: profissão e área do conhecimento. In: **Revista Katálysis**, Florianópolis, p.17-38, jun. 2013. ISSN 1982-0259. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/S1414-49802013000300003/24856>>. Acesso em: 18 dez. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802013000300003>.

_____. Redução da pobreza e aumento da desigualdade: um desafio teórico-político ao Serviço Social brasileiro. In: ____ (Org.). **As ideologias da contra-reforma e o Serviço Social**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010, p.13-34.

_____. Questão Social e Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete. **O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, política e sociedade**. São Paulo: Cortez, 2008. p. 21-57.

_____; AMARAL, Ângela. Serviço Social brasileiro: cenários e perspectivas nos anos 2000. In: MOTA, Ana Elizabete; AMARAL,

Ângela. **Serviço Social brasileiro nos anos 2000**: cenários, pelejas e desafios. Recife: Editora UFPE, 2014. p.23-44.

MANDEL, Ernest. **A crise do capital**: os fatos e sua interpretação marxista. São Paulo/Campinas: Ensaio/Unicamp, 1990.

NETTO, José Paulo. Crise do capital e consequências societárias. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n.III. São Paulo: Cortez, 2012, p. 413-429.

_____. Uma face contemporânea da barbárie. In: BBRAZ, Marcelo (Org.). **José Paulo Netto**. Ensaios de um marxista sem repouso. São Paulo: Cortez, 2017. p.56- 88.

_____; BRAZ, Marcelo. **Economia política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 1).

_____. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n.50. São Paulo: Cortez Editora, 1996. p. 87-132.

_____. A Controvérsia Paradigmática nas Ciências Sociais. In: **Cadernos ABESS - A produção do conhecimento e o Serviço Social**, n.5. São Paulo: Cortez, 1992. p.7- 16.

RAICHELIS, Raquel; SANT'ANA, Raquel Santos. Editorial. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n.130. São Paulo: Cortez, 2017. p. 399- 407.

_____. Proteção social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n.116. São Paulo: Cortez, 2013. p. 609- 635.

SANTOS, Josiane Soares. **Neoconservadorismo pós-moderno e Serviço Social brasileiro**. São Paulo: Cortez, 2007. (Coleção Questões da Nossa Época, v. 132).

SOUZA, Jamerson Murillo Anunciação de. Três notas sobre o

sincretismo no Serviço Social. Serviço Social e Sociedade. In: **Revista Serviço Social**, n.119, São Paulo: Cortez, 2014. p.531- 558.

VILAS, Carlos M. O Banco Mundial e a reforma do Estado na América Latina: fundamentos teóricos e prescrições políticas. In: PEREIRA, João Márcio Mendes; PRONKO, Marcela (orgs). **A demolição de direitos**: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2015. p.65-68.

SEGUNDA PARTE
CONTRARREFORMA DA POLÍTICA
DE SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL

TENDÊNCIAS DA CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL: PRIVATIZAÇÃO E SUPERPRECARIZAÇÃO

Raquel Cavalcante Soares

INTRODUÇÃO

Diversos estudos tem como objeto de investigação a contrarreforma neoliberal do Estado brasileiro, particularmente sobre seus efeitos nas políticas sociais e suas mediações com as necessidades do capitalismo contemporâneo. Autores como Behring, Mota, Boschetti, Netto, têm se dedicado ao desvelamento das suas tendências gerais, iniciando sua gênese no governo Collor, pela sistemática do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) com a Reforma Administrativa do Estado, passando pelos governos Lula da Silva e Dilma Roussef, com o debate sobre o neodesenvolvimentismo e o Estado Assistencial nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT).

Ao longo de nossa trajetória acadêmica temos dedicado esforços no sentido de analisar as particularidades da contrarreforma do Estado na política de saúde brasileira e suas mediações com o Serviço Social na saúde.

Neste artigo⁴¹ pretendemos adensar o debate da contrarreforma na

41 Este artigo aglutina alguns elementos de palestra realizada pela autora no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), em 2016, com resultados de pesquisa concluída em 2017. A palestra original, sem os dados e discussões atualizadas da pesquisa, foi publicada pela Revista do Sindicato dos Assistentes Sociais do Estado

política de saúde e suas particularidades no contexto atual do governo Temer, buscando identificar e analisar suas mediações com as necessidades sociais do capitalismo contemporâneo. Ademais, pretendemos também discutir as expressões dessas tendências gerais da contrarreforma da saúde, a partir do adensamento da privatização e do que vimos denominando de “superprecarização do SUS”, sobre as práticas do assistente social, a partir de resultados de pesquisa realizada em Recife-PE.

A RACIONALIDADE DA CONTRARREFORMA E SUAS PARTICULARIDADES ATUAIS

A contrarreforma do Estado, segundo Behring (2003), se caracteriza pelo caráter regressivo sobre os direitos e conquistas sociais da classe trabalhadora. É um processo que se coloca em confronto às amplas reformas sociais ocorridas, aqui no Brasil, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que finalmente instituiu a universalidade do direito à seguridade social. Importa ressaltar, sobretudo, a natureza econômica da contrarreforma dada as suas mediações com as necessidades do capitalismo contemporâneo de investimento no espaço da reprodução social, no setor dos serviços sociais.

Durante o governo de FHC, a contrarreforma iniciou-se de forma mais sistemática, com a implementação da Reforma Administrativa do Estado, em que, fundamentalmente, no que se refere à política de saúde: institui-se que a saúde não é área de ação exclusiva do Estado e, como tal, pode ter seus serviços geridos por organizações sociais; a partir da Norma Operacional Básica (NOB) 1996, concebe-se que o gestor municipal não é mais responsável em executar os serviços de saúde, mas em geri-los – abrindo-se espaço para contratação de serviços privados e organizações sociais (SOARES, 2010). Contudo, ainda assim, a contrarreforma na saúde ocorre de forma não anunciada, de maneira que os diversos gestores do Ministério da Saúde durante o governo FHC apresentavam-se como defensores do Sistema Único de Saúde (SUS) e de seus princípios (RIZZOTTO, 2000).

Os projetos em disputa no âmbito da política de saúde configuravam-se, segundo Bravo (2007), como o Projeto de Reforma Sanitária

de Alagoas (SASEAL), ano 17, N^o 15, set/2016.

e o Projeto Saúde Privatista; este último conquistando hegemonia a partir de meados da década de 1990.

Com a ascensão dos governos do PT, identificamos algumas mudanças no âmbito das políticas sociais e nas relações com os movimentos sociais, conferindo um patamar qualitativamente superior no que se refere à contrarreforma da política de saúde. Dentre essas alterações, destacamos sucintamente:

- A configuração de um novo projeto em disputa no espaço da política de saúde a partir do intenso transformismo de lideranças do movimento sanitário: o projeto que denominamos “SUS Possível” (SOARES, 2010). Tal projeto permitiu agregar os elementos do projeto de reforma sanitária, refuncionalizando-os e retirando-lhes a radicalidade, de forma a defender estratégias de privatização da saúde como sendo modernização da reforma sanitária ou atualização dela - como foi o caso das proposições das fundações estatais de direito privado e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Essas novas modalidades de gestão até hoje são apresentadas por seus defensores não como estratégias privatizantes, mas como estratégias modernizadoras, eficientes e eficazes da gestão em saúde.
- A saúde passou a integrar o projeto neodesenvolvimentista dos governos do PT, ao ser inserida nas proposições do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Assim, para além ou aquém de se constituir direito público, a política de saúde tornou-se espaço estratégico para o crescimento econômico do país. Neste sentido, aqui se vincula a política de saúde aos interesses de expansão do capital da saúde. (Idem).

Em 2014, o neodesenvolvimentismo começou a apresentar sinais de crise e os setores econômicos vinculados ao grande capital nacional e internacional, que davam sustentação política ao governo do PT, pressionaram por um intenso ajuste fiscal com a finalidade de aumentar sua apropriação sobre o fundo público brasileiro e garantir maior margem à expansão capitalista. Esse processo, em associação às investigações por corrupção no governo e em seus aliados, culminou numa crise política e econômica sem precedentes, que desencadeou um golpe institucional, configurado no *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, em abril de

2016. Assumiu o poder seu vice-presidente, Michel Temer, instituindo um governo integrado por indiciados por corrupção, num verdadeiro pacto político em torno do ajuste fiscal (BRAGA, 2016).

Todavia, a partir de 2015, ainda na vigência do governo Dilma Rousseff, observamos indícios que apontavam para uma possível explicitação maior da proposta de ofensiva contra o SUS. De fato, na gestão da então presidenta houve a aprovação da alteração constitucional que autorizou a entrada do capital estrangeiro na saúde. Além disso, foi noticiado pela mídia que Dilma Rousseff vinha se reunindo com representantes de grandes planos de saúde privados, discutindo a possibilidade de viabilização de planos populares de saúde. Entretanto, a resposta rápida e o repúdio de diversas entidades do movimento sanitário - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) - inclusive algumas que se colocavam no campo político de apoio ao governo, possibilitaram certo recuo, naquele momento, no que se refere à proposição dos planos populares.

No entanto, após todo o processo de *impeachment* de Dilma Rousseff⁴², que se configurou como um golpe institucional, midiático - parlamentar - empresarial⁴³, as evidências em relação a um processo explícito de contrarreforma na saúde retornam de maneira irrefutável. No programa do *Partido do Movimento Democrático Brasileiro* (PMDB) para as políticas sociais, *Travessia Social*, se expressa à necessidade da focalização das políticas públicas nos 5% mais pobres da população. O presidente Michel Temer, ao assumir o governo, intensificou a ofensiva contra os direitos e conquistas sociais do conjunto da classe trabalhadora, configurados sinteticamente em:

- Proposição e aprovação da *Proposta de Emenda Constitucional* (PEC) 241/55, em 2016, atualmente denominada de Emenda Constitucional 95, que instituiu um teto para os gastos primários durante 20 anos. Esse teto tem repercussões drásticas sobre as políticas sociais brasileiras, particularmente sobre a política de saúde, com projeções do *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*

42 Processo de impeachment iniciado em 2 de dezembro de 2015 e concluído em 31 de agosto de 2016.

43 Sobre o golpe institucional, ver JINKINGS; DORIA; CLETO (2016).

(IPEA) (2016) que apontam para perdas de mais de 600 bilhões no orçamento da saúde;

- Proposição da reforma da previdência social que foi encaminhada ao Congresso Nacional altera substancialmente as regras atuais com 25 anos de tempo mínimo de contribuição, somados à idade mínima de 62 anos para mulheres e 65 anos para homens, além de outras questões que incidem sobre a vida de idosos, pessoas com deficiência, categorias profissionais diversas etc;
- O Ministro da Saúde, Ricardo Barros, que assumiu na gestão Temer, não tem vínculo algum com a área de saúde, a não ser o fato de um dos financiadores de sua campanha ser proprietário de plano de saúde. Desde o início de sua gestão no ministério, afirmou a necessidade de “rever o tamanho do SUS” e que ele não era o “ministro do SUS”. Criou um grupo de trabalho para instituição dos planos populares de saúde e encaminhou para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS) se pronunciar. Ademais, sem encaminhar para as instâncias de controle social, promoveu uma revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que, em termos concretos, retira a centralidade da Estratégia Saúde da Família, entre outras medidas que desconstruem a política;
- Além disso, em todas as áreas de atuação do Estado brasileiro o atual governo vem promovendo uma profunda privatização e entrega do patrimônio nacional aos interesses do grande capital internacional e nacional.

Enquanto nos governos do PT, uma das importantes estratégias de legitimação do processo de contrarreforma na saúde era a defesa do *SUS* possível, no campo das escolhas possíveis e do mal menor; no atual projeto de contrarreforma do governo Temer, se explicita a impossibilidade de execução do projeto de reforma sanitária e do *SUS* – processa-se uma contrarreforma explícita da política de saúde. Isso, só é possível, dado o aviltamento da cultura da crise em proporções exponenciais àquelas que Mota (1995) discutiu no livro *Cultura da Crise e seguridade social no Brasil*, durante o governo FHC.

O atual Ministro da Saúde, Ricardo Barros, vem engendrando uma nova fase de contrarreforma na saúde, explicitando a ofensiva contra o *SUS*, defendendo abertamente a focalização da política de saúde, em

conformidade com os programas do PMDB, *Ponte para o Futuro e Travessia Social*, em consonância com a ofensiva também arbitrada pela política econômica que abre por completo o fundo público brasileiro para apropriação do capital internacional e nacional. Tais documentos informam, claramente, a necessidade de a política social brasileira ter como foco prioritário os 5% mais pobres da população: a miséria da política.

Dentre as principais medidas encaminhadas pela atual gestão que trazem grandes impactos para a política de saúde e a reforma sanitária brasileira, desestruturando os alicerces do projeto de reforma sanitária, podemos aqui elencar: o aprofundamento do subfinanciamento do sistema pela aprovação do teto de gastos para 20 anos, o que promoverá invariavelmente – se não for alterado – uma desestruturação completa do princípio da universalidade do SUS e sua superprecarização a níveis jamais vistos; o aprofundamento da privatização, seja pela promoção dos planos populares de saúde seja pela flexibilização da PNAB; e um alijamento jamais visto da participação social desde a instituição do SUS, em 1988, com a completa desvinculação e desinteresse em atender às demandas populares em saúde e do movimento sanitário.

Nesse contexto de ascensão do que Demier (2016) denomina de onda conservadora, o espaço da saúde torna-se terreno fértil para a sociabilidade de uma cultura que legitima essa racionalidade de completa desestruturação do SUS e de sua minimização.

O LUGAR DO SERVIÇO SOCIAL E SEUS PRINCIPAIS DESAFIOS EM TEMPOS DE BARBÁRIE NA SAÚDE

No cotidiano das práticas em saúde, o que já era relativamente comum se tornou regra: o profissional de saúde, particularmente o assistente social, tem sido requisitado frequentemente para colaborar no estímulo à adesão do usuário ao conjunto de mudanças impetrado nesse atual estágio da contrarreforma. Afinal, toda a violação ou restrição do direito à saúde é justificada em nome da crise do Estado brasileiro e da necessidade do ajuste. Exemplos como: selecionar e restringir o acesso a direitos e serviços de saúde; solicitar do usuário ou seus familiares que contribuam comprando medicamentos, pagando procedimentos antes incluídos nos serviços do SUS; assistentes sociais sendo convocados

para selecionar qual o acompanhante do usuário internado que irá receber alimentação etc. Esses são alguns dos exemplos de situações que já vêm se tornando mais comuns no âmbito das práticas em saúde pelo Serviço Social, precisamente a partir de 2015, com o primeiro grande corte orçamentário da política⁴⁴, ainda no governo Dilma.

É preciso, sobretudo, que desvelemos essas requisições institucionais eivadas da cultura da crise e da necessidade da colaboração de todos, que ultrapassemos a superficialidade da aparência para identificar que necessidades sociais determinam essas demandas, conforme as palavras de Mota e Amaral (1998).

Outro importante impacto desse processo tem sido a forte influência de uma cultura neoconservadora, ou como já referenciamos em Demier (2016), da onda conservadora nos diversos espaços sociais, inclusive na saúde. Contraditoriamente, a política de saúde foi o campo onde mais avançamos em termos de conquistas legais e políticas, com o movimento sanitário e o próprio projeto de reforma sanitária. No entanto, sem dúvida também que os serviços de saúde, dada a sua trajetória de hegemonia do controle médico e do pensamento conservador, se presta facilmente para práticas pragmáticas, que reificam a responsabilização dos sujeitos. Assim, a ascensão cada vez maior do conservadorismo na saúde tende a requisitar que os assistentes sociais atuem cada vez mais sobre a doença e os indivíduos, precisamente sobre as mudanças comportamentais. Desta feita, nada mais caro ao conservadorismo ainda persistente no Serviço Social. Não é por acaso que grande parte das proposições que representam o conservadorismo na profissão é oriunda de práticas no campo da saúde, como o Serviço Social clínico ou o Serviço Social terapêutico.

Nos governos do PT identificávamos uma ampliação restrita do SUS; ampliação essa que no âmbito do Serviço Social traduzia-se por um contínuo processo de contratação de assistentes sociais, mesmo que não correspondesse às necessidades reais do sistema, persistindo também um contínuo déficit de profissionais se comparados à demanda necessária.

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

44 Segundo Fattorelli (2015), o primeiro corte orçamentário na política de saúde em 2015 foi da ordem de 42%. Posteriormente, ainda houve outro corte de 2,179 bilhões para a saúde e educação.

(CNES), em agosto de 2005, havia 18.142 vínculos de assistentes sociais em serviços de saúde. Em julho de 2016, esse número saltou para 34.465 – um crescimento da ordem de 90% num período de 11 anos. Por outro lado, houve categorias profissionais que ampliaram mais ainda o número de vínculos, como foi o caso da Psicologia: em agosto de 2005, eram 22.587 vínculos de psicólogos – número bastante próximo ao nosso no mesmo período. No entanto, em julho de 2016, o CNES indica 54.228 vínculos de psicólogos, num crescimento de 140% (BRASIL, 2016).

Nesse caso, a ampliação do Serviço Social ocorre reproduzindo as contradições de expansão do sistema cuja estrutura de serviços não vem efetivando a universalidade do acesso. A ampliação restrita, ao mesmo tempo e contraditoriamente, aumenta o número de serviços, de profissionais e procedimentos sem dar conta da complexidade das necessidades sociais da população usuária – seja em termos qualitativos ou quantitativos – afirmando e negando direitos. A racionalidade a que essa expansão está integrada permite o atendimento parcial das requisições e reivindicações do movimento sanitário e dos trabalhadores, subordinando suas principais configurações aos interesses privados (SOARES, 2010).

Nesse sentido, possibilita que o crescimento de vínculos de assistentes sociais na saúde pública ocorra também de forma restrita. Porém, mais do que isso, revela uma crescente demanda por esses profissionais relacionada às contradições e conflitos da estruturação do SUS, mas que também extrapola a política de saúde (SOARES, 2010), como analisaremos mais adiante.

Concordamos com Netto quando afirmou, ainda no período da contrarreforma do governo FHC, que a demanda objetiva ao Serviço Social

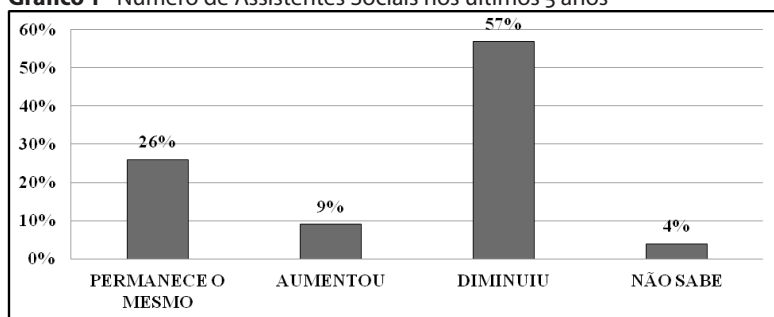
[...] não tende a se contrair. A dinâmica das relações capitalistas no marco nacional (periférico e heteronômico), as implicações da brutal concentração da propriedade e da renda, [...] os profundos impactos de uma urbanização veloz e inteiramente descontrolada, a ruptura acelerada de mecanismos de cobertura e proteção macro e microsociais em larga escala – tudo isso concorre para constituir um quadro societário que

objetivamente garante espaços aos assistentes sociais [...] (NETTO, 1996, p.115).

No entanto, com as proposições do ajuste fiscal em curso e da atual fase da contrarreforma no governo Temer, há indícios de que a ampliação de contratação pode ocorrer de forma mais restrita, com um crescimento ainda mais limitado e, o mais grave: persistindo tais tendências, esse crescimento limitado de contratações de assistentes sociais na saúde possivelmente se dará mais entre estabelecimentos privados.

Segundo dados das entrevistas⁴⁵ realizadas com assistentes sociais de organizações sociais da saúde e hospitais universitários, em Pernambuco, a maior parte dos profissionais (57%) afirmaram que a quantidade de assistentes sociais tem diminuído na equipe das unidades de saúde em que trabalham, nos últimos 5 anos, conforme podemos observar no gráfico 1.

Gráfico 1 - Número de Assistentes Sociais nos últimos 5 anos



Fonte: Pesquisa de campo. Projeto: A contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social: expressões e tendências em Pernambuco. 2013-2017.

A expansão da contratação de assistentes sociais nos estabelecimentos privados já é uma realidade, que tende a se agravar.

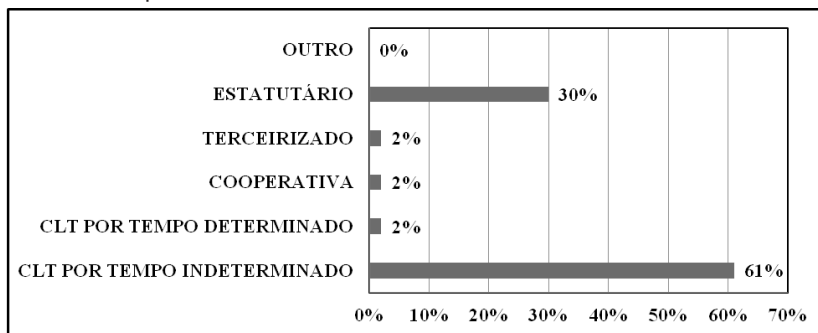
45 Foram ao todo 50 (cinquenta) entrevistas realizadas, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. As entrevistas foram semiestruturadas e tiveram o objetivo de identificar tendências presentes no cotidiano do trabalho dos assistentes sociais no contexto da contrarreforma. Dado o escopo da pesquisa, vamos elencar e discutir os dados que classificamos como mais relevantes entre os resultados.

Segundo o CNES, em agosto de 2005, eram 4.370 vínculos de assistente social em instituições de natureza privada ou empresas mistas, em julho de 2016, esse número chegou a 6.625, representando um crescimento da ordem de 50% (BRASIL, 2016).

Essa realidade também se expressa nos dados das entrevistas, dando conta da precarização dos vínculos e das formas de contratação: 54% dos profissionais entrevistados informaram que foram contratados por seleção e apenas 35% por concurso público. É importante ressaltar que todos esses assistentes sociais atuam na rede SUS. Assim, pode-se afirmar, mesmo que tendencialmente, que as práticas em saúde vêm sendo executadas cada vez mais por profissionais sem estabilidade e com obstáculos maiores a sua relativa autonomia profissional.

Dentre os assistentes sociais entrevistados, apenas 30% trabalham segundo o Regime Jurídico Único (estatutário), como expresso no Gráfico 2, a seguir. A maioria trabalha contratado segundo a *Consolidação das Leis do Trabalho* (CLT), sem estabilidade profissional. É importante ressaltar que essa tendência se faz presente não só nas organizações sociais, mas também nos hospitais universitários públicos, tendo em vista a adesão à EBSERH, pelo Hospital das Clínicas da UFPE, e pelo nível de precarização dos vínculos trabalhistas dos demais hospitais universitários.

Gráfico 2 - Tipo de Contrato



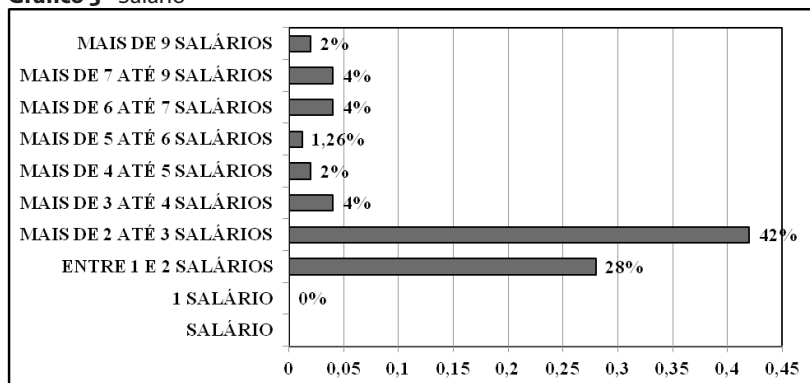
Fonte: pesquisa de campo do Projeto: A contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social: expressões e tendências em Pernambuco. 2013-2017.

Outro dado que expressa o nível de precarização dos trabalhos desses

assistentes sociais refere-se aos seus rendimentos salariais. É expressivo o fato de 70% dos entrevistados afirmarem que recebem entre 1 (um) até 3 (três) salários mínimos, sendo que 28% informam receber de 1 (um) a 2 (dois) salários mínimos, conforme o Gráfico 3. Tais rendimentos terminam configurando uma lógica de acumulação de vínculos profissionais na saúde, intensificando ainda mais a superexploração profissional e tendencialmente possibilitando mais limites às práticas em saúde conforme as proposições da reforma sanitária⁴⁶.

A precarização e privatização da gestão pública estão cada vez mais associadas ao aumento da participação das entidades privadas na gestão e execução de serviços da rede SUS e fora dela. Nesse sentido, as limitações impostas pela precariedade dos vínculos nas instituições privadas incidem diretamente sobre a relativa autonomia dos profissionais de saúde, que terão mais obstáculos para ultrapassar a racionalidade hegemônica em suas práticas.

Gráfico 3 - Salário



Fonte: Pesquisa de campo do Projeto: A contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social: expressões e tendências em Pernambuco. 2013-2017.

Relacionada a essa questão, a precarização e superexploração do trabalho estão vinculadas diretamente ao desenvolvimento de práticas na

46 Conforme as proposições do Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde quando se referiu aos recursos humanos no SUS e da necessidade de ser um profissional com carreira única e dedicação exclusiva, além de bem remunerado (BRASIL, 1986).

saúde dissociadas do projeto de reforma sanitária, restritas a uma concepção assistencial e emergencial dessas ações.

Expressão disso tem sido a refilantropização dos serviços de saúde sob a imagem do novo gerencialismo e modernização da gestão pública via contratação de organizações sociais. Grande parte dessas organizações eram serviços de saúde filantrópicos, impactando nas práticas sociais. As antigas instituições filantrópicas hoje revestidas de modernização da gestão pública sob a forma de organizações sociais, por exemplo, são expressões da articulação dialética entre a tecnificação e assistencialização da política. Mais que isso, constituem-se espaços que tendem a estimular as práticas colaboracionistas e voluntárias. Ademais, a lógica do direito público pode ser substituída seja pela prática de benemerência seja pelo gerencialismo que prima pela relação custo x benefício.

A assistencialização das práticas em saúde do assistente social persiste como uma tendência importante. Assim com relação à natureza das demandas profissionais:

- 61% dos assistentes sociais entrevistados responderam que a natureza predominante de suas demandas e requisições é emergencial e assistencial;
- 21% afirmaram a predominância de demandas de educação, formação, informação e comunicação em saúde;
- 11% afirmaram ser as demandas de planejamento, gestão e assessoria;
- apenas 2% informaram a predominância de demandas de mobilização, participação e controle social.

A precarização do trabalho associada à privatização da gestão de serviços em saúde tem rebatimentos importantes na organização sindical desses trabalhadores fragmentados em diversas entidades, com sindicatos pouco representativos.

A maioria dos profissionais entrevistados afirma a tendência de atendimento de demandas reprimidas no âmbito da política de saúde, 88%. As demandas reprimidas são aquelas que o sistema não é capaz de atender fundamentalmente por restrição do acesso. Ademais, 88% relataram aumento das demandas nos serviços de saúde em que atuam e 78% afirmaram que o quantitativo de atendimentos do Serviço Social vem aumentando também.

Com a estrutura dos serviços de saúde comprometida pela tamanha precarização e subfinanciamento dos ajustes sucessivos, e dado o agravamento da questão social, os serviços de saúde vêm recebendo um aumento substancial de demanda. Segundo Dalva Costa (2006), é das contradições do SUS que emergem demandas que determinam a atuação do assistente social. Neste sentido, as demandas e suas complexidades tendem a aumentar para o assistente social da saúde, com recursos cada vez mais precários. Em especial, deve-se ter atenção para as proposições institucionais que estimulam o colaboracionismo, a adesão, as práticas de passivização etc.

Nessa perspectiva da burocratização das atividades, importa ressaltar que 47% dos assistentes sociais entrevistados informaram que é exigido do Serviço Social o cumprimento de metas de produtividade e atendimento.

É esse o lugar que a racionalidade da contrarreforma na política de saúde reservou para o Serviço Social, em especial neste momento de ajuste e ofensiva contra a reforma sanitária.

Assim, identificamos um profundo antagonismo entre a direção sociopolítica das requisições e demandas profissionais da contrarreforma na saúde em seu estágio atual e os parâmetros de atuação do assistente social na saúde e nosso projeto ético-político profissional. O momento presente é de agravamento geral das nossas condições de trabalho e dos desafios que se colocam para a profissão. No entanto, parafraseando Netto, “o Brasil não é para amadores” e a história não está encerrada.

Ratificamos aqui a pertinente tese que Mota (2016) afirmou na comemoração dos 80 do Serviço Social brasileiro: a de que o Serviço Social brasileiro só chegou ao atual patamar de produção intelectual crítica e mobilização e articulação política porque, antes de tudo, se insurgiu contra o lugar que a burguesia lhe conferiu.

Se nos anos 70 e 80, conforme a tese de Bravo (1996), os assistentes sociais não participaram coletivamente⁴⁷ do movimento de reforma sanitária devido, entre outros fatores, ao processo de reconceitualização da profissão; hoje, nossa categoria profissional está presente nos mais diversos espaços de mobilização e luta em defesa do direito à saúde,

47 O que não significa dizer que não houve participações individuais de assistentes sociais nesse movimento.

inclusive com lideranças nacionais e locais que cumprem papel fundamental na articulação do movimento sanitário da saúde, como é o exemplo da FNCPS.

Ademais, a despeito de toda a ofensiva do capital sobre as conquistas em torno do direito à saúde e do projeto de reforma sanitária, a saúde é espaço de contradição e também, segundo a racionalidade do projeto sanitário, espaço de mobilização, articulação e práticas pedagógicas.

Urge a necessidade de potencializarmos a função pedagógica da prática social do assistente social, conforme Abreu (2011) já o afirmou, conferindo a essa função a direção emancipatória, articulando com as práticas de mobilização social. É preciso mais do que participar dos movimentos de resistência à ofensiva em curso, é necessário estimular também a participação de nossos usuários nessa resistência e nessa luta.

É preciso, também, exercitar a relativa autonomia profissional, mesmo em espaços tendencialmente mais limitados, como as organizações sociais da saúde, EBSERH e fundações. Só a articulação e organização dos assistentes sociais dentro e fora do espaço sócio-ocupacional do serviço de saúde podem tensionar esses limites à relativa autonomia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atual fase da contrarreforma tende a recrudescer as tendências de precarização, subfinanciamento e privatização da saúde pública a níveis jamais vistos, objetivando a desestruturação completa do SUS e do direito público universal à saúde. As necessidades do capitalismo contemporâneo, particularizadas no Estado brasileiro, expressam-se, principalmente, numa apropriação exponencial do fundo público e dos espaços públicos, dentre eles os serviços de saúde e as práticas em saúde.

Evidencia-se um processo intenso de superprecarização do trabalho para os assistentes sociais, seja no que se refere à precarização dos vínculos, dos salários e das condições em geral de trabalho, seja pelo corte drástico de recursos nas diversas políticas sociais.

Ademais, as demandas da racionalidade da contrarreforma no âmbito da política de saúde requisitam um profissional cada vez mais restrito ao perfil técnico-assistencial, que reproduza e legitime as estratégias dessa mesma racionalidade e da cultura conservadora a ela racionada.

Faz-se necessário, em tempos cada vez mais contraditórios e complexos, uma apropriação rigorosa dos fundamentos teórico-metodológicos da teoria social crítica para o desvelamento da realidade, alicerçados nos princípios ético-políticos do projeto profissional hegemônico do Serviço Social, a fim de realizar as escolhas estratégicas mais coerentes com nossa cultura profissional.

Certamente que tais estratégias devem incluir tanto as articulações internas aos serviços e equipes multiprofissionais de saúde, mas também não prescinde da necessária articulação com os movimentos sociais que lutam em defesa da reforma sanitária e dos interesses da classe trabalhadora.

REFERÊNCIAS

ABREU, Marina Maciel. **Serviço Social e a organização da cultura:** perfis pedagógicos da prática profissional. São Paulo: Cortez, 2002.

BEHRING, Elaine. **Brasil em contrarreforma.** São Paulo: Cortez, 2003.

BRAGA, Rui. O fim do Lulismo. In: JINKINGS; DORIA; CLETO (orgs). **Por que gritamos golpe?** São Paulo: Boitempo, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1986.

BRASIL. IPEA. VIEIRA & BENEVIDES (orgs). Nota Técnica 2016, Setembro, Número 28 -

Disoc. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil.** Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=28589>. Acesso em: 05 dez. 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço social e reforma sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. Serviço social e saúde: desafios atuais. In: **Revista Temporalis**, n.13. São Luís: UFMA / ABEPSS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/profocbr.def>>. Acesso em: 04 set. 2016.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: MOTA et al (orgs.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

DEMIER, Felipe. Introdução. O barulho dos inocentes: a revolta dos homens de bem. In: DEMIER, F.; HOELEVER, R. (orgs) **A onda conservadora: ensaios sobre os atuais tempos sombrios no Brasil**. Rio de Janeiro: Mauad, 2016.

FATTORELLI, Lúcia. **O ajuste fiscal alimenta o corrupto sistema da dívida**. Disponível em: <<https://marxismo21.org/wp-content/uploads/2015/10/Maria-Lucia-Fattorelli.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2017.

JINKINGS; DORIA; CLETO (orgs). **Por que gritamos golpe?** São Paulo: Boitempo, 2016.

MOTA, Ana Elizabete. Serviço Social brasileiro: insurgência intelectual e legado político. In: SILVA, M. L. de O. **Serviço Social no Brasil: história de resistências e de ruptura com o conservadorismo**. São Paulo: Cortez, 2016. p.165-182.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. AMARAL, Ângela. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete (org) **A nova fábrica de consensos**. São Paulo: Cortez, 1998. p 23-44.

NETTO, José Paulo. Transformações societárias e serviço social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n.50, 1996. p 87-132.

RIZZOTTO, Ma. Lúcia F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde nos anos 90**. Tese (Doutorado). Campinas, UNICAMP, 2000. (mimeo).

SOARES, Raquel C. Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social nos anos 2000. In: MOTA, Ana E. (org.) **As Ideologias da contrarreforma e o Serviço Social**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010. p.337-382.

RECONFIGURAÇÕES DO PÚBLICO E DO PRIVADO NA SAÚDE

Aione Maria da Costa Sousa

INTRODUÇÃO

O mercado privado tem ocupado um espaço significativo no sistema de saúde brasileiro, tendo se expandido ao longo das três últimas décadas. Ao mesmo tempo em que se sustenta na comercialização de planos de saúde individuais e coletivos a mais de 30% da população do país, permanece negociando com o Estado a prestação de serviços médicos e hospitalares, de insumos, medicamentos e aprofunda novas configurações nas relações com o setor público.

É fundamental ressaltar que o sistema de saúde no Brasil é misto, como na maioria dos países, o que significa que há uma participação do setor privado na esfera pública, tanto no âmbito da prestação de serviços, como no acesso a financiamento. Pois a reforma sanitária ocorrida no final dos anos de 1980 garantiu o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, mas preservou o setor privado na condição de complementar.

A realidade é que o setor privado vem ao longo da história vendendo serviços ao Estado, detendo o controle da prestação de serviços, principalmente de média e alta complexidade, bem como dos serviços de apoio e diagnóstico, de insumos e medicamentos. Além disso, tem se beneficiado com subsídios públicos e isenção fiscal.

A Reforma Gerencial do Estado na década de 1990, ou contrarreforma, como alguns autores têm denominado, sob a orientação dos organismos financeiros internacionais, voltados ao processo de reestruturação do capital impondo ajustes macroeconômicos aos países, seguiu a cartilha do Banco Mundial.

Assim, foram criadas instituições reguladoras como a Agência Nacional de Saúde (ANS) como uma estratégia de tornar o mercado de saúde mais competitivo e eficiente na esfera econômica nacional. Sua criação prevista na Lei nº 9.656/98 envolveu interesses políticos, administrativos e econômicos em face ao projeto de Reforma do Estado.

Esta contrarreforma instituiu novas modalidades de privatização que tem se materializado através de mecanismos de terceirização, que se constitui em uma forma de transferência de recursos para empresas e organizações executarem serviços auxiliares à atividade principal de uma determinada instituição. Trata-se de uma estratégia de acumulação do capital, que tem como consequência a redução de direitos e precarização do trabalho.

O objetivo do presente artigo é situar as atuais relações público/privado na saúde e as consequências no desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido o artigo está dividido em duas partes, a primeira apresenta o contexto de contrarreforma do Estado ocorrido no Brasil a partir dos anos 1990 e as consequências para a reconfiguração das relações público-privado no setor de saúde. A segunda expõe as perspectivas de resistência que têm se apresentado contra a privatização da saúde e em defesa do SUS.

CONTRARREFORMA DO ESTADO E RECONFIGURAÇÕES DAS RELAÇÕES PÚBLICO-PRIVADO NA SAÚDE

A crise mundial do capital, que se instaurou na segunda metade da década de 1970, provocou transformações nas formas de organização da produção e das relações de trabalho e impôs alterações nos padrões de conformação política, ideológica, social e cultural. Uma série de exigências foi prescrita pelos organismos financeiros internacionais visando a recuperação do capitalismo, dentre as quais a reconfiguração do Estado, minimizando suas funções na área social.

Essas medidas de recomposição do capital foram mediadas por mecanismos de ajustes estruturais de fundamentação neoliberal, que recaíram sobre os países menos desenvolvidos, particularmente os latino-americanos, os quais foram submetidos a ajustes estruturais, com medidas de liberalização do mercado; de redução do fundo orçamentário destinado às políticas públicas, de privatização e de manutenção de *superávit* para pagamento da dívida pública (SOUSA, 2013).

No Brasil a Reforma Política Econômica e Gerencial do Estado, instituída no governo FHC, implantou uma proposta de adequação dos parâmetros da administração empresarial ao setor público, privilegiando a expansão do setor privado, lucrativo no país. O Estado foi apontado como patrimonialista, clientelista, ineficiente e passível de corrupção, além da incapacidade de manutenção da governabilidade e de solucionar a crise fiscal. Este modelo de Estado considerado arcaico deveria ser renovado e substituído por uma estrutura “moderna” fundada na eficácia, eficiência, flexibilidade, competitividade e no controle e racionalização dos recursos, garantindo a liberdade do mercado.

A contrarreforma do Plano Bresser ainda tornou a saúde um serviço de gestão e de execução não exclusiva do Estado, fortalecendo as parcerias público-privadas, as terceirizações, a ampliação de cooperativas médicas, referendando a compra e venda de serviços e procedimentos de saúde.

A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), instituída com esta contrarreforma estimula a privatização na medida em que limita o gasto com pessoal, definido por um teto, de margem prudencial (limite) e incentiva a saída estratégica por intermédio da terceirização.

Neste contexto surgem modalidades de gestão da saúde terceirizada atendendo ao projeto do capital financeiro, rentista, as políticas sociais vêm sendo destinadas ao mercado, desmontando as conquistas e direitos sociais. O Estado passa a se eximir da obrigação com a execução direta das políticas sociais. O setor público de saúde é emblemático na execução dessa sequência de transferência de responsabilidades e dos recursos públicos para entidades privadas sejam: Organizações Sociais (OS), Cooperativas, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), reconfigurando as

formas de gestão e prestação dos serviços de saúde num seguimento de desmonte do SUS.

A reconfiguração nas formas de gestão se efetiva com a criação das OS e das OSCIP através do Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRE), no qual a saúde passa a compor a lista de atividades não exclusivas do Estado. As OS e as OSCIP foram regulamentadas pelas leis nº 9.637/98 e 9.790/99, respectivamente. Sendo colocadas como estratégias de garantir “um novo modelo de administração pública” no qual Estado e Sociedade estabelecem uma relação de aliança na execução de ações de caráter público.

Neste sentido, as atividades desenvolvidas pelo SUS podem ser geridas por organizações públicas não estatais, entidades de direito privado, seja através de contrato de gestão ou termo de parceria. Com isto passam a ter direito à dotação orçamentária do Estado para a efetivação dos serviços que lhe forem destinados. Essas entidades gozam de autonomia financeira e administrativa.

Desse modo, observa-se que as OS e as OSCIP se constituem estratégias de privatização na gestão e execução das políticas públicas, uma vez que a função de prestação de serviços de uma entidade pública passa a ser objeto do direito privado e podem ser Organizações Não-Governamentais (ONG), associações ou instituições filantrópicas, orientadas para o atendimento do interesse público, logo, a lógica é de que as políticas públicas não são de monopólio do Estado. Neste sentido, se uma atividade prestada num regime jurídico público é repassada para outro de regime que é de direito privado, o fato é que a entidade pública está sendo substituída por outra que é privada (DI PIETRO, 2009).

Segundo Andreazzi e Bravo (2014, p.509) há uma diferença entre a contratação de OS e as tradicionais formas de contratos realizados com o setor privado na saúde, já que o investimento de capital sempre foi de responsabilidade do setor contratado. No caso das OS, o Estado tem assumido o investimento e o custeio, contrariando a lei nº 8.080/1990 em relação à complementariedade dos serviços privados no SUS. Na concepção das autoras esse mecanismo pode criar possibilidades de extração de renda por grupos econômicos que são construídas por dentro do Estado, articuladas com grupos de poder e compreendem que:

Os serviços de saúde como área de expansão do capital exemplificam a tendência já identificada por Marx de penetração de relações capitalistas de produção em todas as esferas da produção material, em que anteriormente existiam relações artesanais ou nas quais a caridade ou o Estado imperavam. Na conjuntura de crise, tais serviços podem se tornar campo de existência de contratendências à crise geral do capitalismo, quando se recomenda a privatização do Estado para que eles se tornem objeto de valorização (ANDREAZZI; BRAVO, 2014, p.510).

Como a saúde trata-se de uma mercadoria extremamente rentável, a disputa pelo seu controle tem se ampliado a cada dia, tanto no interior do Estado pelo controle dos serviços públicos de saúde e acesso aos recursos financeiros, como na concorrência entre os planos de saúde, grandes redes empresariais se ampliam adentrando o interior do país. E o desmonte do SUS ocorre na esteira desse contexto de disputa pelo controle privado da saúde.

É neste sentido que as agências financeiras internacionais demandaram o ajuste fiscal no qual ao Estado competiu transferir para o setor privado, empresas estatais, além da execução da reforma gerencial. Processo que ocorreu no decênio de 1990, durante o governo do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), e que seguiu nos governos seguintes com o Partido dos Trabalhadores (PT) que manteve as taxas de crescimento da economia por meio de transferências do fundo público para o setor privado (ANDREAZZI; BRAVO, 2014, p.512). As Fundações Estatais de Direito Privado e a EBSEH, foram engendradas no decurso dos governos Lula-Dilma.

Ao longo do período de 2003 a 2010, que compreende o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, as mudanças efetivadas foram contrárias aos anseios dos trabalhadores, com reformas e incentivos que privilegiaram a relação público/privado, particularmente na área da saúde. Proposições regressivas como as de criação de FEDP e EBSEH.

O debate acerca das FEDP ganhou relevância em 2005, quando uma equipe de profissionais da Secretaria de Gestão (SEGES) do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), apresentou um projeto que tinha o argumento de propor ajustamentos no arcabouço legal

pra se afinar aos “novos paradigmas da gestão pública” e possibilitar maior agilidade e efetividade no atendimento às demandas do SUS.

O Projeto de Lei Complementar foi encaminhado ao Congresso Nacional em 2007 (PLP 92/2007) propondo a regulamentação do inciso XIX do artigo nº 37 da Constituição Federal, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público, estabelecendo este poderia instituir fundação estatal, sem fins lucrativos, em áreas de atuação específicas. Este projeto foi encaminhado sem a devida anuência do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que, posteriormente, realizou uma discussão em reunião ordinária em junho do mesmo ano, e, após análise se posicionou contrário ao seu conteúdo.

O documento proposto pelo MPOG, em conformidade com o Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, define a fundação como pessoa jurídica regida pelo direito privado. O conceito de Fundação, no referido documento, é identificado a partir das origens, vinculada à ideia de filantropia e solidariedade. São instituições que geralmente apresentam fins de utilidade pública, que possuem mecanismos de captação de fundos para financiamento de ações e serviços públicos. Muitas estão vinculadas a empresas privadas, desvencilham-se do pagamento de impostos e possuem um papel estratégico no decurso de privatização e uma relação com a utilização do fundo público.

Na saúde, historicamente uma grande fatia do fundo público tem sido concedida a fundações. São recursos públicos utilizados por um setor privado “não lucrativo” na prestação de serviços. Na concepção dos defensores dessa modalidade de gestão, a finalidade seria a de flexibilizar a “coisa pública” o que, na nossa concepção, significa privatizar.

Alguns intelectuais que participaram do movimento de Reforma Sanitária nos anos de 1980 renderam-se à ideia do projeto e construíram argumentos em sua defesa. Um exemplo é o que afirma que se a fundação é estatal não pode ser considerada privada se seus objetivos são públicos, financiada com recursos públicos e executando ações públicas (CARVALHO, 2007, p.32).

Outro exemplo é dos que afirmam que as fundações públicas poderão vir a ser o fio da meada para a retomada da *Reforma do Estado SUS*, expressão utilizada para se referir ao projeto de construção do sistema público e universal de saúde criado nos anos de 1980 e que

sofreu efeitos da reforma neoliberal durante os anos de 1990. Argumenta que a Reforma do Estado trouxe consequências negativas para as políticas públicas, como: a focalização, a segmentação, introdução de uma lógica produtivista e redução do financiamento da saúde. E que um complexo fundado na autonomia gerencial, contrato de metas é fundamental para o avanço do SUS. Neste, perpassa o controle do financiamento, gestão dos recursos, inovação da gestão, como também a gestão de recursos materiais e humanos mediante os devidos trâmites legais (SANTOS, 2006).

Paim e Teixeira (2007) seguem nessa mesma linha, quando, analisando a problemática da institucionalidade do SUS, destacam os “nós críticos” para a retomada do projeto de Reforma Sanitária, considerando que a reforma gerencialista, nos anos 1990, desresponsabilizou o Estado com os direitos conquistados, quando criou várias formas de terceirização como: as OS, as OSCIP, as Cooperativas e outras, além de precarizar o trabalho em saúde. Neste sentido, sustentam a necessidade de reforçar os propósitos e princípios do SUS, com a construção de uma nova institucionalidade.

Por outro lado, autores que se afirmaram contrários ao projeto da FEDP, argumentaram que este é o projeto de Estado do grande Capital, orientado pelo Banco Mundial no sentido de racionalizar os gastos públicos do SUS, cuja intenção era mudar o arcabouço legal para compatibilizá-lo com modelos de gestão afinados aos interesses do capital (GRANEMANN, 2011).

A contrarreforma estatal que permitiu a iniciativa privada transformar quase todas as dimensões da vida social em negócios, ao definir de modo rebaixado o que são atividades exclusivas do Estado – ação que permitiu a entrega das estatais ao mercado pela via das privatizações – tem no Projeto de Fundação Estatal um estágio aprofundado da transformação do Estado mínimo para o trabalho em máximo para o capital (GRANEMANN, 2011, p.51).

Trata-se de um projeto privatizante das políticas sociais, e que, ao conceder ao governo as ideias de agilidade e efetividade no atendimento,

afeta diretamente os direitos sociais garantidos constitucionalmente. Portanto, a intenção não se diferencia daquela utilizada na contrarreforma do Estado dos anos de 1990.

Ao subverter a forma institucional do Estado o mito da Fundação Estatal absorve a “ossatura” material dos interesses do mercado, por que ideologicamente afirma a indiferenciação entre o público e o privado e ao enfatizar a gestão e hipertrofiar o lugar da técnica sobre a política faz a política do capital. O gerencialismo reivindicado amputa e despolitiza as relações de classe presentes nas políticas sociais (GRANEMANN, 2011, p. 51).

Esse fetiche oculta a essência dos processos gerados pelas relações estabelecidas entre o Estado e o Capital, legitimando a ordem capitalista, utilizando a forma Fundação Estatal, que tem como conteúdo a privatização dos serviços sociais, das políticas sociais, dos direitos dos trabalhadores (GRANEMANN, 2011, p.52).

Outra autora que reforça este posicionamento é Correia (2007, p.18) que afirma que, com a crise do capital e a reestruturação produtiva, a ação do Estado foi sendo reduzida num processo de recomposição da dinâmica de produção capitalista na perspectiva de recuperação das taxas de lucros. Nesse sentido, as orientações dos organismos financeiros internacionais, Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI), aos países em desenvolvimento, como o Brasil, tem se constituído de mecanismos focalizantes, no qual o Estado só intervém em situações de maior vulnerabilidade social, focalizando suas ações na extrema pobreza, destinando ao mercado tudo que considera lucrativo. Neste sentido, a contrarreforma do Estado vem deformando as políticas sociais, transformando em políticas focais, esvaziando o caráter universal e público dos serviços sociais, destinando ao setor privado a gestão da questão social.

Observa-se a crescente tendência da utilização do fundo público para o financiamento da acumulação do capital em detrimento do financiamento da reprodução do trabalho. O que está

em curso é o repasse dos custos de reprodução do capital para o conjunto da sociedade e para o próprio trabalhador, transformando-o em *cidadão-consumidor* (CORREIA, 2007, p.18).

Na concepção desta autora, a saúde é uma área de grande interesse do capital, pois nela se concentram as grandes indústrias farmacêuticas, de equipamentos, de insumos e grupos de seguradoras, planos de saúde e de prestação de serviços privados. O Banco Mundial tem definido as diretrizes para a saúde no Brasil e estas estão pautadas na quebra da universalidade, na ampliação da prestação dos serviços pelo mercado e na gestão privada das instituições públicas de saúde (CORREIA, 2007, p.19).

O eixo da proposta das Fundações Estatais é o contrato de gestão. Nesta perspectiva, as instâncias centrais de gestão do SUS “coordenarão as fundações”. O Estado deixa de ser o executor direto dos serviços de saúde e passa a ser o coordenador desses serviços prestados pelas fundações, mediante repasse de recursos públicos. A privatização acontece exatamente nesse repasse de recursos públicos para setores não exclusivos do Estado. O projeto de Fundações Estatais está alinhado às orientações do Banco Mundial para a política de saúde brasileira, compondo, assim, o quadro das contra-reformas do Estado brasileiro que favorece o projeto do grande capital (CORREIA, 2007, p. 29).

Outro dispositivo desencadeado, em particular, para a gestão dos hospitais universitários instituiu a EBSERH através da Lei nº 12.550/2011, aprovada no final do governo Lula e executada na primeira gestão de Dilma Rousseff.

Ressalta a Lei 12.550/2011 que a EBSERH é uma empresa pública de direito privado e tem como finalidade a prestação de serviços médicos, hospitalares, ambulatorial, apoio diagnóstico e terapêutico de forma gratuita e que o art. 207 da Constituição Federal, que se refere à autonomia universitária deve ser respeitado. Dentre as competências da empresa estão: a administração dos hospitais e execução de serviços

médico-hospitalares e de apoio ao ensino, pesquisa e extensão e formação de pessoas no campo da saúde pública. Para a prestação de tais serviços é necessário a formalização de contrato definindo metas de desempenho, indicadores, prazos de execução e sistemática de acompanhamento e avaliação.

A criação da EBSEH se constituiu em mais uma forma de aprofundamento do mecanismo de privatização dos serviços iniciados com a Reforma do Estado desde os anos de 1990, com a criação das OS e OSCIP. Trata-se da continuidade de implementação da lógica gerencial e de mercantilização dos serviços de saúde. Nesse contexto, se instituiu uma reconfiguração das universidades federais que passam a inserir no seu interior, através de contrato, uma empresa pública de direito privado, que tem como finalidade a gestão e o controle dos hospitais-escola, que são patrimônio das universidades federais.

Esse procedimento de entrega dos hospitais universitários (HU) a uma gestão privada já vinha sendo planejado pelos organismos econômicos internacionais, Organização Mundial de Saúde (OMS) juntamente com o Banco Mundial e o FMI. E não está desvinculado da contrarreforma do Estado que vem ocorrendo no Brasil desde a década de 1990. Sua gênese está na estrutura de acumulação do capital, particularmente o financeiro e da redução dos custos do Estado com as políticas sociais.

Em março de 2010 ocorreu em Brasília um evento que reuniu o Ministério do Planejamento, da Saúde e da Educação, os gestores dos 46 hospitais universitários além do Banco Mundial e representantes da Espanha, de Portugal e dos Estados Unidos, expondo seus modelos locais. No Brasil foram considerados exemplares as experiências de São Paulo baseadas em organizações sociais e do Hospital das Clínicas de Porto Alegre que é uma empresa pública de direito privado. Nas palavras do diretor de Hospitais Universitários e Residências em Saúde da Secretaria de Educação Superior do MEC, José Rubens Rebelatto “este encontro nos indicará caminhos para o processo de reestruturação que está em curso”, referindo-se ao REHUF – Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários

Federais. No mesmo evento anunciou-se o empréstimo 756 milhões para financiamento desde programa, recursos oriundos do Banco Mundial (CISLAGHI, 2011, p.56).

As diretrizes do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (PNRHUF) definiram a necessidade de se estabelecerem novos mecanismos de financiamento compartilhados progressivamente entre os Ministérios da Educação e da Saúde, melhoria nos processos de gestão, adequação da estrutura física, recuperação e modernização do quadro tecnológico, reestruturação do quadro de recursos humanos e aprimoramento e incorporação de novas tecnologias,

A urgência da medida foi justificada pela necessidade de resolver o impasse dos terceirizados dos hospitais universitários federais visto que o TCU declarou ilegal a situação de 26 mil contratados precarizados e deu um prazo até 31 de dezembro de 2010 para que o governo resolvesse a situação (Acórdão 1520/2006). Só que essa determinação do TCU ocorreu em 2006. O governo teve quatro anos para fazer concursos públicos repondo o quadro de servidores e não o fez. Confirma-se, então, a intenção do governo de retirar a gestão dos hospitais universitários das mãos das universidades por meio de um modelo de gestão de direitos privado (CISLAGHI, 2011, p.60).

Segundo Pilotto (2012), os HU até os anos de 1980 tinham como missão serem hospitais-escola. Com a Reforma Sanitária, estes passam a integrar a rede SUS passando a ter como missão ensino e assistência, sendo hospitais de referência no atendimento secundário e terciário. O financiamento desses hospitais deveria ser executado pelos Ministérios da Educação, Saúde e Ciência e Tecnologia. Entretanto, várias dificuldades foram sendo colocadas ao longo do decênio de 1990 em relação ao financiamento, desde o congelamento da tabela de procedimentos do SUS, à falta de concurso público para contratação de pessoal, gerando e ampliando formas precarizadas e terceirizadas de contrato, dentre outras situações que foram reduzindo a capacidade e qualidade desses hospitais.

Neste sentido, durante a década de 1990 os problemas foram se avolumando provocando uma crise nestes hospitais, resultante de alguns fatores como: congelamento dos valores da tabela SUS em 1996; falta de concurso público para contratação de pessoal; processos de terceirização; redução do financiamento federal; endividamento dos HU, em função da falta de financiamento e outras consequências, como redução de leitos e serviços, sucateamento, terceirização, quarteirização, dentre outros (PILLOTO, 2012).

A EBSEH se coloca como alternativa para solucionar os problemas gerados ao longo dos anos pelo descaso, subfinanciamento, sucateamento e terceirização dos HU, situação que se repete sempre que os interesses econômicos recaem sobre alguma instituição estatal, ou seja, sucateiam, desmontam e argumentam que se tornou um peso para o Estado, que há uma crise, que precisa de modernização, nova forma de gestão e nessas circunstâncias ocorre a entrega do patrimônio público ao setor privado.

Assim, desconstrói a universidade pública, reduzindo sua autonomia e atinge de imediato a relação: ensino, pesquisa e extensão, na medida em que recorre a uma racionalização administrativa modernizada, na qual a lógica é produtivista e flexibilizadora, de otimização dos recursos, inovação tecnológica e aumento da produção.

Segundo Granemann (2012), os HU se constituem um patrimônio público que possui um grande potencial tecnológico, dispendo de equipamentos de alto nível; acúmulo de conhecimento, com pesquisa de ponta e capacidade operativa. Neste sentido, são produtores e disseminadores de conhecimento, com capacidade de produção e de inovação tecnológica, com atendimentos voltados à média e alta complexidade, portanto, de enorme interesse ao setor privado.

A luta em defesa dos HU têm se constituído como um dos principais eixos da agenda de defesa de um sistema de saúde público, estatal e universal conduzido pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS). Em um relatório analítico que expõe as irregularidades e prejuízos provocados por este modelo de gestão, a FNCPS mostra que em 2012, dos 47 HU vinculados às universidades federais, 23 haviam assinado contrato com a empresa e 24 não haviam aderido a este modelo de gestão privada. Dentre as irregularidades encontradas

pontua que:

[...] 1) irregularidades, prejuízos financeiros e insuficientes serviços de saúde aos usuários; 2) indícios de desperdícios no uso do dinheiro público nas capacitações de gestores da Empresa; 3) irregularidades nos “concursos” realizados pela EBSEH; 4) insatisfação dos empregados contratados pela EBSEH explicitada através da deflagração de greves; 5) Desrespeito à autonomia universitária e aos órgãos colegiados de deliberação nos processos de adesão à EBSEH; 6) judicialização de demandas contra a EBSEH. (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2014, p.2-3).

As contradições que perpassam a criação e manutenção da EBSEH como empresa pública de direito privado desvenda a intenção de exploração dos HU como atividade econômica de caráter lucrativo, ou seja, de privatização dos hospitais-escolas e da sua desvinculação com as universidades, descaracterizando a sua função precípua que é de ser uma instituição de ensino para funcionar apenas como um prestador de serviços. Após a vinculação de um HU a EBSEH esta passa a tomar todas as decisões sobre a gestão e atividades, podendo reduzir leitos e serviços para adequar às regras do mercado, neste sentido, quebra a autonomia universitária e os gestores dessas instituições não conseguem interferir em seu cenário de desmonte, de redução e de mudanças dos seus fins, como hospital de ensino.

Diante deste quadro consideramos que algumas formas de resistências têm sido criadas, em mecanismos de rebeldia coletiva.

PERSPECTIVAS DE RESISTÊNCIAS À PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE E AO DESMONTE DO SUS

O SUS foi o ideário da reforma sanitária que tomou como proposta um sistema de saúde, fundamentalmente estatal e de superação da dicotomia assistência médica individual e ações coletivas de saúde, baseado em princípios como a integralidade, a participação social, e, particularmente, a universalidade.

A transição democrática, ocorrida nos anos 1980, no Brasil, preservou um arcabouço político ideológico e cultural que transitou da ditadura para o Estado democrático de direito, mantendo a predominância do patrimonialismo e do clientelismo vigentes, nos diferentes períodos históricos brasileiros. E foi esse perfil político ideológico que manteve, na Constituição Federal de 1988, uma dualidade, público *versus* privado, sendo este último considerado complementar.

A abertura legal, na Constituição, da livre iniciativa privada na execução das ações e serviços de saúde, bem como da garantia concreta de contratos e convênios do setor privado com o SUS, além das dificuldades enfrentadas pelo setor público no contexto de universalização da saúde, assegurou o crescimento ampliado da privatização. Manteve-se, portanto, a concorrência de projetos contraditórios, que se aprofundou com a política econômica dos governos neoliberais.

O desmonte do SUS teve início, portanto, na sua própria inauguração no decênio de 1990 com as medidas de ajustes estruturais conduzidas pelos sucessivos governos, que não se comprometeram com a manutenção do sistema de caráter público e universal. A conjuntura de ajuste neoliberal concretizou uma abertura econômica ao projeto do grande capital, sendo viabilizado com o desmonte das conquistas e direitos sociais, com a entrega da gestão das políticas sociais ao mercado.

A reconfiguração do SUS pela via da privatização tem tratado a saúde como mercadoria de interesse dos grandes e pequenos grupos empresariais. Neste sentido, os pequenos grupos se atrelam aos serviços públicos estatais seja através de credenciamentos, contratos de gestão, terceirização ou outras formas de adesão e, de forma parasitária, vão realizando a sangria do fundo público. E os grandes grupos atuam como fornecedores de equipamentos e serviços de alta tecnologia de maior complexidade, enfim, os mais caros do mercado de saúde.

O governo de Dilma Rousseff assinalou como prioridade o fortalecimento e aprofundamento do SUS. Entretanto, o que ocorreu foi a ampliação da terceirização e novos projetos de privatização como a criação da EBSEH. Entre os anos de 2009 a 2015 entrou em debate a alteração da Lei nº 8.080/90 com o Projeto de Lei do Senado, o PLS 259/2009, a participação de empresa e de capital estrangeiro na assistência à saúde e, posteriormente, a aprovação na Câmara da Medida

Provisória nº 656/2014 que dentre várias propostas estava à abertura de investimento do capital estrangeiro na saúde. Esta foi convertida na Lei nº 13.097, que, no artigo 142 autoriza a participação direta ou indireta de empresas de capital estrangeiro na assistência à saúde.

A ofensiva privatizante se agravou no segundo mandato de Dilma Rousseff com uma grande disputa de grupos conservadores e reacionários pelo controle do poder. A grave crise econômica e política impediu a continuidade do governo, resultando em um golpe, com a aprovação do *impeachment*. O grupo ultrarreacionário que permaneceu no poder, através da figura de Michel Temer, tratou de conduzir alianças no sentido de aprovar um ajuste estrutural ainda mais perverso que os anteriores, determinando o desmonte dos direitos sociais, em particular a saúde com a aprovação de PEC 241/2016, Câmara dos Deputados e encaminhada ao Senado, como PEC 55/2016, tendo sido aprovada, congelando os investimentos sociais durante o período de 20 anos e sancionada como Emenda Constitucional nº 95/2016. Isso significa a falência geral do serviço público e a ostensiva abertura ao capital na exploração dos serviços lucrativos no país como é o caso da saúde.

Esse cenário de desmonte não ocorre sem resistências, há um debate e um processo de produção intelectual que constrói os argumentos em defesa do SUS, que denuncia o interesse de grupos do capital financeiro e produtivo na apropriação e mercantilização da saúde.

Por resistência entendemos toda forma de mobilização social que coloque em questionamento mecanismos de poder que impõe uma força contrária às necessidades e anseios de uma população. Toda mobilização que questiona uma ordem estabelecida que impeça o controle da sociedade de forma livre e contínua. É pela resistência que se constroem projetos revolucionários e emancipatórios.

Consideramos que a força de mobilização social que vem conduzindo essa resistência no contexto de mercantilização da saúde é a que vem sendo protagonizada pela FNCPS, desde 2010, na luta em defesa do SUS público e 100% estatal. Esta tem agregado diversas entidades sindicais e de outros movimentos sociais, partidos políticos, conselhos e associações profissionais, se afirmando como uma frente de esquerda e anticapitalista. Trata-se, portanto, de um grande movimento nacional contra a privatização da saúde no Brasil, estando atualmente com

fóruns em 20 estados da federação, no Distrito Federal e 17 núcleos municipais.

Segundo Bravo (2011, p.185), o que contribuiu para a formação da Frente Nacional foi a articulação dos Fóruns de Saúde do Rio de Janeiro, Paraná, Alagoas, São Paulo e Londrina, em maio de 2010. A expansão das OS nestes estados levaram os fóruns a constituírem uma frente pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 1.923/98, contra a Lei nº 9.637/98, que passou a realizar atividades junto ao Supremo Tribunal Federal (STF), participando de audiências com os ministros, construindo argumentos para a aprovação da referida ADI.

A Frente Nacional também organizou um abaixo-assinado e uma carta direcionados aos ministros do STF, além de um documento intitulado: “Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil: Relatório Analítico de Prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário por parte das Organizações Sociais (OSs)”, denunciando ilegalidades como: fraudes por dispensa de licitação na compra de material, falta de fiscalização do desvio de recursos, superfaturamentos, falta de transparência na utilização do dinheiro público, descumprimento da prestação dos serviços contratados, dentre outras.

Com a criação da EBSERH, a FNCPS se inseriu em uma luta em defesa dos HU e da autonomia das universidades federais. De acordo com um manifesto publicado pela Frente Nacional em 2012, a implantação da EBSERH: desconsidera o caráter público dos HU; desrespeita a autonomia universitária; compromete a liberdade de pesquisa e causa prejuízo aos servidores e a população com a flexibilização das relações de trabalho ao colocar em risco a dilapidação de um patrimônio público como o hospital-escola. No *Relatório Analítico das irregularidades e dos prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH* são denunciados vários problemas gerados nos HU a partir da gestão da EBSERH.

Entre 2010 a 2017, a FNCPS já promoveu 07 seminários nacionais trazendo para o debate questões fundamentais sobre a realidade do sistema de saúde não só no Brasil, mas o cenário de crise mundial do capital, os desmontes dos direitos sociais e seus rebatimentos na realidade do nosso país. Debates estes que contribuem para a construção da

agenda nacional de luta do conjunto dos trabalhadores, particularmente contra a privatização da saúde. Também tem produzido materiais de divulgação das ações, assim como relatórios sobre as irregularidades das gestões privadas, como já foi citado aqui, além de brochuras, Cadernos de Saúde com artigos que fundamentam as reflexões sobre o contexto econômico e político atual e as consequências para o conjunto dos trabalhadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política econômica e o conservadorismo neoliberal conduzida nos anos de 1990 foram desfavoráveis à institucionalização do SUS. A política de ajuste estrutural com a desregulamentação econômica, privatização de empresas estatais e desmonte dos direitos trabalhistas e sociais impediu a afirmação do ideário reformista e contribuiu com o crescimento da assistência suplementar e do complexo médico industrial e hospitalar privado.

A agenda de contrarreforma do Estado dos anos de 1990 reconfigurou as relações público-privadas permitindo a entrada de novos modelos de gestão no sistema público de saúde com a participação de OS e OSCIP no SUS, através de contratos de gestão e termos de parceria. As mudanças ocorridas no decorrer do século XXI, com a entrada de um representante dos trabalhadores na presidência da república não se promoveram novos fatos em relação ao SUS, pois houve um aprofundamento na relação público privado com a proposta de FEDP e a criação da EBSEH.

A privatização da saúde neste contexto como pilares de sustentabilidade: o sucateamento do sistema público com o desfinanciamento que fragiliza o setor público estatal garante demanda para a exploração pelo setor privado; o gasto efetuado por grupos de trabalhadores que “têm condições de pagar” que garantem o lucro de grandes grupos privados no país: as operadoras de planos, seguros de saúde e os complexos médico-hospitalares com os quais esses grupos se aliam; e a relação do Estado com as empresas privadas, com isenções fiscais e compra de serviços e entrega de instituições e recursos públicos, estatais para serem geridos pelo setor privado.

Em tempos de crise mundial do capital o Estado subordina-se ao mercado concedendo incentivo à privatização e os encargos da dívida pública recaem sobre a classe trabalhadora, a resistência consiste na luta do enfrentamento e não da subordinação, por isso devemos transformar nossos anseios em rebeldia, em transgressão da ordem privatizante. Esse é o contexto de criação da FNCPS, frente de luta e resistência: O SUS é nosso!

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky; BRAVO, Maria Inês Souza. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trab. educ. saúde** [online]. 2014, v.12, n.3, p.499-518. ISSN 1981-7746. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00019>>. Acesso em: 15 nov.2017.

BRAVO. Maria Inês. Frente Nacional Contra a Privatização da saúde e sua luta em defesa da saúde pública e estatal. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.105, p.185-193, jan./mar. 2011.

CARVALHO, Gilson. Entre a desinformação e a má-fé. **Radis**, n.61, set. 2007. p.32.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Hospitais Universitários Federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs). **Cadernos de Saúde: Saúde na atualidade: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: ADUFRJ, set. 2011.

CORREIA, Maria Valéria. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. **Revista Temporalis**. São Luis: ABEPSS, Ano VII, n.13, jan. /jun. 2007.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na administração pública**: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria

público-privada e outras formas. 7.ed.; Editora Atlas: São Paulo, 2009.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, **Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil**: Relatório Analítico de Prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário por parte das Organizações Sociais (OSs), 2010.

_____. **Relatório Analítico das irregularidades e dos prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH**, 2014.

PAIM. Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmem Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12 (Sup.), Teses da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.

GRANEMANN, Sara. Entrevista Sara Granemann da ESS/UFRJ sobre EBSERH. Vídeo. APES, Seção Sindical do ANDES – SN. 29/11/2012. Disponível em: <<http://adufes.org.br/site/comunicacao/multimedia/sara-granemann-essufjf-fala-sobre-ebserh>>, Acesso em: 22 jan. 2013.

_____. Fundações Estatais: projeto de Estado do capital. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs). **Cadernos de Saúde**: Saúde na atualidade: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: ADUFRJ, set. 2011.

PILOTTO, Bernardo. **Os hospitais universitários e sua crise** 31/03/2012. Disponível em: <<http://enefar.files.wordpress.com/2008/06/os-hospitais-universitarios-e-sua-crise.pdf>> Acesso em: 15 maio 2012.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. A reforma do Estado “SUS” e a proposta de Fundações Públicas Estatais. **Saúde em Debate**, v.30, n.72, Rio de Janeiro, 2006. p.120-128.

SOUSA, Aione M.C. **O público e o privado no sistema de saúde em Mossoró**: as contradições para a efetivação da universalidade. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

AS LUTAS PELA SAÚDE NOS ANOS 2000: A PARTICIPAÇÃO DA FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE

Maria Inês Souza Bravo
Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi
Juliana Souza Bravo de Menezes

APRESENTAÇÃO

Este artigo⁴⁸ visa oferecer subsídios para o fortalecimento dos movimentos sociais e da participação popular na saúde através de novos mecanismos de controle democrático não institucionalizados, que estão sendo criados a partir de meados dos anos 2000. Objetiva-se destacar o papel da sociedade civil⁴⁹ na defesa da saúde, enfatizando a Frente

48 Este artigo é uma versão revista e ampliada do texto de Bravo e Menezes (2014) p.75-81.

49 A concepção adotada de sociedade civil é na perspectiva gramsciana, sendo considerada como o espaço onde se organizam os interesses em confronto, sendo o lugar onde se tornam conscientes os conflitos e contradições. É na sociedade civil que se encontram os “aparelhos privados de hegemonia” que são os partidos de massa, os sindicatos, as diferentes associações, os movimentos sociais, ou seja, tudo que resulta de uma crescente socialização da política. A sociedade civil gramsciana nada tem a ver com o que hoje se chama de “terceiro setor”, pretensamente situado para além do Estado e do mercado. Esta nova concepção de sociedade civil que tem sido muito difundida é restrita, despolitizada e tem equívocos teóricos.

Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS) como nova forma de resistência na saúde e novo espaço de participação popular, tendo como referencial os pressupostos preconizados no projeto de Reforma Sanitária brasileira dos anos 1980.

Vai-se abordar, primeiramente, alguns marcos conceituais com relação aos movimentos sociais em saúde, retomando o debate dos anos setenta e oitenta. Nos anos 1990, com a política de ajuste, diversas entidades substituíram suas lutas coletivas por lutas corporativas. Nos anos 2000, identifica-se o ressurgimento de diversos movimentos sociais. A mercantilização das políticas sociais faz com que surjam novos mecanismos de luta, entre elas a FNCPS, que será ressaltada no item a seguir.

No final, levantam-se algumas reflexões sobre o potencial político da FNCPS na atual conjuntura.

O DEBATE TEÓRICO SOBRE MOVIMENTOS SOCIAIS E SAÚDE

O tema dos movimentos sociais em saúde não é novo na área de Saúde Coletiva, assim como nas Ciências Sociais. Entendem-se aqui por movimentos sociais diversas lutas sociais engendradas no terreno histórico das lutas sociais (BRAZ, 2012). Assim como esse autor, se busca compreender como essas lutas se apresentam em diversas conjunturas sob diferentes formas, e como instituições tradicionais vão reagindo e engendrando formas distintas de organizações das classes sociais para lidar com desafios políticos e ideológicos.

A literatura acadêmica da área reconhece que, em diferentes períodos históricos, determinados tipos de movimento adquirem maior visibilidade, seja em termos de sua importância ou de sua emergência no cenário das lutas pela saúde e pelas políticas públicas, de uma maneira geral.

Nos anos 1970 e 1980 do século XX, no Brasil, a literatura sociológica deu ênfase à emergência dos chamados movimentos sociais urbanos, tal como Ribeiro apontou em 1989. Isso contrastava com trabalhos ainda escassos no tema da saúde. Esta autora atribuiu destaque ao papel que a esfera da reprodução social ganhou no conjunto das contradições e conflitos da sociedade capitalista em adição a uma abordagem

mais tradicional centrada apenas nos conflitos no campo da produção, ou seja, na relação entre o capital e o trabalho. Havia muita heterogeneidade nesses movimentos: desde movimentos de bairros, mulheres, comunidade de base da Igreja Católica, movimentos negros até movimentos ecológicos, ao lado de movimentos rurais inovadores, como os sem-terra ou os movimentos de atingidos por barragens. A autora atribuiu ainda, um grande papel à urbanização acelerada por que passa o Brasil e vários países da América Latina, levando ao aumento crescente das exigências do consumo coletivo, decorrentes do próprio desenvolvimento capitalista, e à incapacidade do sistema para resolvê-las satisfatoriamente. Assim, os temas da igualdade, da cidadania e da participação passaram a constituir uma agenda de intervenção desses movimentos em face de um Estado de cunho autoritário.

Os anos 1990 primaram pela discussão do controle social sobre o Estado, onde os movimentos sociais entraram como sujeitos políticos na interface do Estado com a sociedade. Neste ano, vai-se formalizar o chamado controle social do Sistema Único de Saúde (SUS), que é regulamentado pela Lei federal 8.142/1990. Com a abertura desses espaços de participação social institucionalizada, se intensificou a formação de movimentos de portadores de patologias, tais como hanseníase, AIDS, renais crônicos, dentre outros.

Inegavelmente, os Conselhos de Saúde se tornaram um eixo privilegiado de reflexão acadêmica nesse período, o que não ocorreu com as lutas autônomas pela saúde (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002; PRESOTTO; WESTHAL, 2005; COTTA, MARTINS; BATISTA, 2011).

Três linhas de análise desses Conselhos podem se identificadas (BRAVO; SOUZA, 2002): a primeira concebe os conselhos como espaço consensual, onde os diferentes interesses sociais convergem para o interesse de todos. Essa concepção, pautada em interpretações de Habermas e nos neo-habermasianos, não leva em consideração a correlação de forças e tem adeptos inseridos nas diversas instâncias do poder político.

Existe também a visualização dos conselhos apenas como espaços de cooptação da sociedade civil por parte do poder público. Essa concepção também não percebe as contradições que podem emergir nesse

espaço a partir dos interesses divergentes. É influenciada pela visão estruturalista do marxismo, cujo principal representante é Althusser.

Uma terceira linha, mais crítica, de referencial gramsciano, retoma as análises dos conflitos sociais no campo da saúde e assinala o controle social não como espaço de consenso ou de controle à moda durkheimiana, da sociedade sobre os indivíduos, mas como espaços de conflito onde possa ocorrer a “construção de resistências às tendências do uso do fundo público para o financiamento da reprodução do capital em detrimento do financiamento da reprodução do trabalho” (BRAVO; CORREIA, 2012, p.126). Nesta perspectiva, a participação popular não está limitada aos espaços institucionais, significando a construção de hegemonia das classes dominadas na disputa por outro projeto de sociedade.

Se Bravo e Correia (2012) destacam a unidade de contrários existentes nos Conselhos institucionalizados de políticas públicas, onde coexistem elementos de coerção, consenso e de possibilidades de imposição de vontades majoritárias, há que entender o polo dominante da contradição. Ou seja, como o tipo de capitalismo que aqui se instalou consegue lidar com o controle de grandes massas pertencentes a diferentes classes e frações de classes sociais dominadas, num contexto de manutenção de grandes desigualdades sociais.

Um elemento chave para entender esse desafio é o conceito de corporativização. No Brasil, tal leitura foi apresentada por autores de corte weberiano como Labra e Figueiredo (2002, p.538). De acordo com estes autores:

A idéia de uma sociedade organizada em “corpos orgânico”, funcionais ao Estado, foi preocupação não só de pensadores como Hegel e Durkheim, mas também da Igreja Católica que, desde a Encíclica Rerum Novarum, passou a prescrever a incorporação dos ‘corpos intermediários’ da sociedade às instâncias de governo, como uma forma de controlar o conflito social. Sob essa inspiração, o fascismo, surgido após a Primeira Guerra Mundial, implantou o corporativismo estatal, vigente em países como Itália, Espanha e Portugal, bem como no Brasil, durante o período ditatorial chamado Estado Novo (1937-1945).

Por outra parte, na Europa central, a longa tradição das guildas e corporações de ofício levaram, no século XX, à formação de arranjos institucionais de decisão integrados por representantes das organizações do capital, do trabalho e do governo, instaurando-se um formato de formulação de políticas que Schmitter (1974) denominou “neocorporativo”. Com esse autor, surgiu uma nova corrente de teorizações nas ciências políticas e sociais que, em oposição à tradição pluralista norte-americana, colocou em pauta o tema da governabilidade positiva que resultaria da incorporação dos interesses organizados em associações formalmente reconhecidas pelo Estado às esferas de decisão de políticas públicas, que, dessa forma, seriam o produto de negociações e consensos entre os atores. Embora a literatura acadêmica, sobretudo dos países dominantes, ressalte o neocorporativismo como avanço dos métodos tradicionais das democracias parlamentares, os autores reconhecem a formalidade desse entendimento no Brasil, sociedade atravessada por aspectos de dominação oligárquica herdados do passado colonial onde, mais do que participação social, o que se impõe é o controle do Estado sobre os cidadãos.

A partir dos anos 2000, ressaltam-se algumas experiências organizativas no campo sindical e no campo dos movimentos sociais, onde é possível afirmar que a conjuntura atual não é marcada apenas pelo refluxo. Aponta-se que “há movimentos, organizações e partidos orientados por um projeto classista que resistiram e resistem ao processo de cooptação, capitulação, passividade e conformismo” (DURIGUETTO, 2009, p.62).

Nesta direção, destacam-se como exemplo no campo sindical, os setores que romperam com a Central Única dos Trabalhadores (CUT) e que fundaram a Central Sindical e Popular (CSP- Conlutas) e a Inter-sindical (Instrumento de Luta e Organização da Classe Trabalhadora⁵⁰).

No campo dos movimentos sociais, Duriguetto (2009) enfatiza a presença de movimentos que vêm ativando a luta de classes nos marcos das contemporâneas condições de dominação e exploração, tais como os movimentos que compõem a Via Campesina - o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), o Movimento de Mulheres Camponesas

50 Um panorama da discussão sobre as centrais sindicais e a luta por saúde na atualidade pode ser encontrado em Bravo et al (2011).

(MMC), o Movimento dos Atingidos por Barragem (MAB) - e o Movimento dos Trabalhadores Sem Teto (MTST). Com relação às organizações partidárias, ainda com limitações de impulsionar lutas de classe, tem-se o Partido do Socialismo e da Liberdade (PSOL), o Partido Socialista dos Trabalhadores Unificado (PSTU), o Partido Comunista Brasileiro (PCB⁵¹) e a Consulta Popular⁵². Tais exemplos não estabelecem nenhuma limitação a muitos outros sujeitos sociais e políticos que sem a visibilidade nacional que os citados, têm mantido e aprofundado lutas contra o capital, numa perspectiva classista e independente.

É importante destacar que desde os primeiros meses do primeiro governo Dilma ficou visível a insatisfação de diversos grupos sociais ligados aos setores subalternos. Várias manifestações ocorreram pelo país, cabendo destacar (COSTA, 2011):

- A dos estudantes e trabalhadores em protesto contra a elevação da passagem dos ônibus em várias cidades do Brasil;
- Fóruns Populares em todo país debatem a situação da saúde e da educação pública, organizando mobilizações contra o processo de privatização;
- Trabalhadores da construção civil reagem às condições de superexploração impostas pelas empreiteiras – empresas multinacionais – como a Odebrecht, Camargo Correa, Queiroz Galvão, Mendes Junior e outras – nas obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) que é um dos maiores programas de transferência de verbas públicas para as mãos do grande capital.

Em 2012, ocorreu a greve nacional dos professores universitários, com adesão de mais de 50 (cinquenta) universidades e instituições de ensino.

O ano de 2013, mais especificamente o seu mês de junho, foi marcado pelas manifestações de massa e mobilizações do povo por mudanças estruturais, evidenciando um profundo descontentamento da

51 Uma análise dos partidos na realidade brasileira de hoje, ver Mattos (2009).

52 A Consulta Popular a partir de 2007 foi caracterizada como movimento social, tornando-se partido político sem, contudo, institucionalizar-se. A tática política, portanto, não é a via eleitoral. A Consulta centra sua atuação política na articulação de lutas unitárias com os movimentos sociais e sindicais das classes subalternas (DURIGUETTO, 2009).

população brasileira com as suas condições de vida⁵³. Segundo Iasi (2013, s/p.),

As manifestações se iniciaram por protestos contra o aumento das passagens e se desdobraram para uma multifacetada pauta que tem por centro a demanda por educação, saúde, contra os gastos com a Copa e seus efeitos perversos, como as remoções, e contra uma forma de política que mostra seus limites com representantes que não representam eleitos por muitos e defendendo os interesses de poucos (IASI, 2013).

As intensas mobilizações populares que se iniciaram em junho de 2013 tornaram visível outras formas de protestos e movimentos sociais que lutam pela saúde e seus determinantes sociais. Que características eles apresentaram para que possamos, ou não, avaliar que um novo período se abriu na relação entre Estado e sociedade no Brasil?

O ano de 2013, para alguns autores, representou uma grande reviravolta no país, com imensas mobilizações de ruas, como se viram em anos anteriores na Grécia, Turquia e Egito, para citar alguns exemplos. Surgem novos movimentos, como os de ocupações de espaços e edifícios públicos e em defesa de causas, todos não institucionalizados (GOHN, 2011). Têm, ainda, sido atribuídas às novas tecnologias de informação um papel na articulação e mobilização das manifestações no Brasil e outros contextos, embora seja polêmico seu papel de organização do movimento contestatório (SERRA JR.; ROCHA, 2013).

Apesar da contemporaneidade do fenômeno, podem-se encontrar algumas análises. Romão (2013), em São Paulo, aponta quatro fatores para a mobilização ocorrida: i) a existência de um movimento organizado que impulsionou as primeiras manifestações com uma demanda objetiva – o Movimento Passe Livre (MPL), ou seja, fora das organizações classistas tradicionais, como os sindicatos e movimentos urbanos da conjuntura de 1970-1980, como as associações de moradores; ii) a repressão policial; iii) a concomitância de um evento esportivo de âmbito mundial, a Copa do Mundo de 2014; e iv) o contexto de descontentamento generalizado com o sistema político.

53 Não é objetivo de o artigo aprofundar essa questão, mas apenas pontuá-la.

Há que se pensar se esses movimentos não se formaram para ganhar expressão nas lutas sociais e ossatura para a disputa das organizações de representação de classe tradicionais, como os sindicatos e entidades estudantis.

Como fica a pauta da saúde nessa nova conjuntura? Nas grandes manifestações de 2013, a precariedade do sistema de saúde frequentemente se apresentava em grande estilo. Em junho, houve, no Rio de Janeiro, a famosa passeata do milhão, mobilizada em resposta a repressão policial que vinha ocorrendo, em manifestações anteriores, contra o aumento do preço das passagens dos ônibus. Nessa passeata, chamou a atenção uma enorme quantidade de cartazes em que a população escrevia suas reivindicações. O tema da saúde, sob variadas formas, inclusive a “Padrão FIFA”, foi frequente nesses cartazes. Tal disposição fluida e dispersa da população ainda não se desdobrou em mobilizações específicas pela saúde com dimensões proporcionais.

Uma das consequências dessas mobilizações é que o enfrentamento da repressão se torna uma característica marcante que os aproxima das mobilizações de 1968. Tal enfrentamento tem tido um efeito demonstração, observando-se sua multiplicação em inúmeros espaços suburbanos e periféricos. Assim têm sido as mobilizações contra a violência policial, a falta de luz, a péssima qualidade dos transportes. Na saúde, isso também ocorre na revolta de mães contra mortes de recém-natos em uma maternidade pública, movimento esse que tem utilizado a internet através de uma página específica do tipo “grupo fechado” no Facebook para apoio à organização de uma ação jurídica contra o Estado.

A seguir, serão explicitados alguns movimentos de saúde que tiveram maior ressonância no Rio de Janeiro, havendo também, uma reanimação de movimentos anteriores, como o Movimento em Defesa do Hospital do Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (IASERJ/SUS). Este movimento, junto com a Frente Independente Popular, criada em agosto de 2013 no bojo dos protestos, e o Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, além das entidades de funcionários do IASERJ, promoveu um ato em frente ao local da demolição, mostrando estar em sintonia com essa nova disposição da população.

O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, que integra com outros 20 (vinte) Fóruns/Frentes Estaduais a FNCPS, é um movimento

suprapartidário, anticapitalista que congrega indivíduos e organizações, tendo como centro a defesa do direito constitucional à saúde e do sistema público, estatal e gratuito, que existe desde 2005, sendo anterior à Frente Nacional, que será analisada no próximo item.

O movimento Ocupa Câmara no Rio de Janeiro surgiu em função do combate ao oligopólio dos transportes de ônibus na cidade. Realizou a ocupação da Câmara Municipal que promovia uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre o tema com a presença exclusiva de representantes das empresas concessionárias. Promoveu, ainda, no segundo semestre de 2013, uma série de debates para animar os ativistas lá acampados. Houve uma palestra sobre a mercantilização da saúde no meio da praça pública que conseguiu mobilizar uma boa quantidade de pessoas, inclusive passantes, tendo ajudado a democratizar a discussão do desmonte da rede pública.

O Movimento Chega de Descaso surgiu a partir de casos de mortes causadas pelos efeitos perversos da mercantilização da saúde e tem tido destacada atuação em diversas frentes de luta pelo direito à saúde.

Que características emergentes podem ser identificadas nesses movimentos sociais contemporâneos, especialmente os surgidos após 2013? Uma primeira foi a crise de representatividade dos diversos movimentos tradicionais, como a maioria das centrais sindicais e partidos políticos identificados como atrelados ao Estado. A segunda foi a grande participação de uma juventude não organizada nas entidades estudantis tradicionais. Uma terceira foi a disposição de não aceitar de forma resignada a violência policial. Os oligopólios de comunicação passam a ser fortemente rejeitados pela postura manipuladora da informação de criminalizar os movimentos. Por final, pode ser notada, de forma não homogênea e num segmento mais organizado, a rejeição aos preceitos da sociedade capitalista e a perspectiva de ruptura desse Estado.

Surge ainda, desde o início, um movimento de socorro de saúde para as manifestações, composto também de jovens, muitos deles estudantes da saúde. Eles acompanhavam e davam apoio a feridos, única fonte de atendimento, já que, em inúmeros casos, a polícia não respeitava tréguas para atendimento médico necessário nem o Estado disponibilizava ambulâncias próximas aos locais das manifestações, o que geralmente ocorre em circunstâncias que envolvem grande quantidade

de pessoas. Houve situações onde os próprios manifestantes e os grupos de socorristas atendiam à população atingida por gases lançados pela polícia. Este movimento deu origem a Brigadas de Saúde que atua nas manifestações no Rio de Janeiro e em outros estados da federação.

Como interpretar esse novo momento de crescimento de um movimento social desatrelado do Estado e dos seus aparelhos oficiais. Certa distância histórica pode ser necessária para o entendimento de um quadro mais integral. Entretanto, certas hipóteses são pertinentes.

No Brasil, identifica-se perda progressiva de capacidade dos Partidos com programa oficialmente democrático-populares de elaborarem políticas sociais universais e específicas para frações da classe operária e subproletariado urbano e rural empobrecido através da corporativização das massas. Identifica-se também a domesticação e cooptação de muitas organizações antes contestadoras da ordem, com projetos de coalizão de classes.

Especificamente, na luta pela implantação do direito universal à saúde, os sindicatos de categorias mais fortes economicamente centraram sua atividade na conquista de benefícios privados como planos de saúde e de previdência privada. Sua defesa dos direitos constitucionais ficou cada vez mais formal. Segundo Boito Jr. (2003), uma das principais vertentes do sindicalismo de grandes indústrias, o do ABC paulista, desde a década de 1970 apresenta uma concepção economicista e corporativa da ação sindical que tem impedido seu protagonismo na defesa de políticas públicas universais.

Em recentes destruições de unidades públicas de saúde, como a do IASERJ, em 2012, não se viu a participação dessas entidades, apenas de sindicatos de funcionários públicos do setor saúde, diretamente afetados.

Um novo movimento social está em gestação? Aqueles que estudam as interfaces entre saúde e sociedade devem se debruçar sobre isso, pois nesses movimentos, seja na sua real novidade, seja na contestação ao engessamento das formas anteriores, pode se encontrar a chave para a solução do dilema que nos encontramos desde 1988: um sistema de saúde democrático que assegura formalmente a saúde como um direito social e, portanto, um direito humano fundamental, que descumpra a lei na sua prática cotidiana.

Ressalta-se que algumas manifestações continuaram a partir de 2014, questionando os gastos públicos com a Copa do Mundo e com as Olimpíadas em 2016, que abordaram a não garantia de direitos sociais, a violência policial e a repressão com relação às manifestações. Cabe destacar também as atividades, eventos e passeatas realizadas no mês de abril de 2014 contra os 50 anos do golpe civil militar de 1964.

Em 2016, ocorreram manifestações contra a corrupção de um lado, e pelo *impeachment* da presidente Dilma, lideradas por movimentos que se evidenciaram naquele momento com a proposta de *impeachment*, o “Vem para a Rua”, o Movimento Brasil Livre (MBL), entre outros, que tiveram o apoio da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP), de grupos conservadores da sociedade e da mídia. Houve também, posteriormente, manifestações contra a proposta de *impeachment* da presidente Dilma que envolveu uma parcela dos movimentos de resistência. Não é objeto deste texto, entretanto, analisar estes movimentos e sim os que tiveram como objeto a saúde e se fortaleceram em meados dos anos 2000, principalmente a FNCPS, considerada como uma novidade no movimento da saúde, que será abordada no item a seguir.

A FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE

A FNCPS criada em 2010⁵⁴, retoma como fonte unificadora de lutas

54 Inicialmente, foi denominada de “Frente Nacional Contra as OSs e pela procedência da ADI 1.923/98”, como resultado de uma articulação dos Fóruns de Saúde dos estados de Alagoas, Paraná, Rio de Janeiro, São Paulo e do município de Londrina em torno da procedência da referida Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), contrária à Lei 9.637/98 que cria as Organizações Sociais (OS), que tramitava no Supremo Tribunal Federal (STF) para julgamento, desde 1998. A priorização desta luta pela Frente foi devido à possibilidade da votação desta ADI, no STF, acontecer em 2010, conforme veiculado na imprensa. A decisão de sua inconstitucionalidade pelo STF poria fim às OS nos Estados e Municípios em que elas já estariam implantadas. Posteriormente, foi elaborado um documento intitulado “Contra Fatos não há Argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”, o qual demonstra com fatos ocorridos nos Estados e Municípios brasileiros que já

a mesma motivação que deu sustentação às lutas travadas pelo Movimento Sanitário nos anos 1980: o combate à privatização da saúde. Tanto quanto este Movimento, a Frente também se opõe à tendência da prestação de assistência à saúde como fonte de lucro e tem como tática a formação de uma frente de esquerda anticapitalista.

A Frente Nacional atualmente é composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários e tem por objetivo defender o SUS público, estatal, gratuito e para todos, e lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos 1980.

Essa Frente tem realizado diversas atividades, como audiências com os ministros do STF; realização de Atos Estaduais de comemoração ao Dia Mundial da Saúde (7 de abril); diversos atos e debates contra a privatização da saúde; elaboração de documentos sobre a situação de saúde nas diversas conjunturas (governos do PT e do ilegítimo Temer); participação nas Conferências de Saúde Nacionais, Estaduais e Municipais através dos Fóruns/Frentes Estaduais com documentos analíticos e propositivos; articulação com o Fórum dos Trabalhadores da Saúde que estão no Conselho Nacional de Saúde (FENTAS) e diversas outras atividades que serão explicitadas no decorrer deste item.

Já realizou 7 (sete) Seminários em diversos estados a saber: o 1º Seminário Nacional, em novembro de 2010, no Rio de Janeiro, que congregou 400 (quatrocentos) participantes de todo o país e criou a FNCPS; o 2º ocorreu, em São Paulo, em 2011; o 3º, em Maceió/Alagoas, em 2012 e o 4º Seminário ocorreu em Santa Catarina, em junho de 2013. O 5º Seminário aconteceu no segundo semestre de 2014, no Rio de Janeiro, e foi um Seminário Internacional que teve a participação de 880 (oitocentos e oitenta) pessoas. O 6º ocorreu em Goiânia/Goiás, em 2016 e o 7º em Maceió/Alagoas, em 2017. Estes últimos tiveram a participação aproximadamente de 300 (trezentas) pessoas.

A Frente tem tido algumas conquistas como: a constituição de

implantaram as OS como modelo de gestão de serviços públicos, os prejuízos trazidos por essas à sociedade, aos trabalhadores e ao erário público, confirmando que não existem argumentos capazes de sustentar a defesa jurídica ou econômica das mesmas. Esse documento e outros formulados estão disponíveis em www.contra-privatizacao.com.br.

Fóruns/Frentes de Saúde em 20 (vinte) estados brasileiros e no Distrito Federal: Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe e Tocantins.

Conseguiu também mobilizar diversas forças sociais, tais como: sindicatos de funcionários públicos; algumas centrais sindicais (CSP-Conlutas; Intersindical); movimento sindical (Unidade Classista) professores universitários de diversas universidades (UERJ, UFRJ, UNIRIO, UFF, USP, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, CESTE/ENSP/FIOCRUZ, UFAL, UEL, UnB, UFBA, UFRN, entre outras), entidades estudantis da área de saúde (Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Farmácia, Nutrição); União da Juventude Comunista (UJC); Coletivo Nacional de Residentes; entidades nacionais (AMPASA, ABEPSS, CFESS, ANDES, FASUBRA, ASFOC, FENTAS, FENASPS); movimentos sociais (MST e MTST), além de algumas frentes: Frente de Drogas e Direitos Humanos e Frente Independente Popular. Tem-se também a participação de alguns movimentos feministas: Rede Feminista da Saúde e Coletivo Ana Montenegro.

Com relação aos partidos políticos, tem-se a participação dos setoriais de saúde e direções do PSOL, PSTU e PCB. Observa-se também a inserção de alguns militantes do PT, do Partido Comunista do Brasil (PC do B), do Consulta Popular e do Partido Democrático Trabalhista (PDT). Atualmente temos também as Executivas da Nova Organização Socialista (NOS) e do Movimento por uma Alternativa Independente e Socialista (MAIS).

Ressalta-se a sensibilização para criar núcleos, frações ou setoriais de saúde em alguns partidos políticos (PSOL, PSTU, PCB) e em algumas centrais como a CSP-Conlutas. Cabe destacar a realização de seminários, debates e manifestações contra a implantação e implementação das OS e da Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares (EBSERH) em diversos estados e municípios brasileiros, bem como nas Universidades Públicas.

A Frente Nacional tem utilizado algumas estratégias de luta: *no*

*campo jurídico*⁵⁵, no âmbito do parlamento⁵⁶, no conjunto da sociedade⁵⁷,

-
- 55 No *campo jurídico* cabe destacar: ações civis públicas; Ação Direta de Inconstitucionalidade contra as leis municipais e estaduais e contra as suas implementações, articulações com os Ministérios Públicos Estaduais e Federal, Tribunal de Contas do Estado (TCE) e Tribunal de Contas da União (TCU); continuidade ao acompanhamento à votação da ADI 1.923/98 (pela inconstitucionalidade da Lei 9.637/98 que cria as OS); articulação para elaboração da ADI 4.895/2013 contra a EBSEH, ajuizada pelo Procurador-Geral da República.
- 56 No *âmbito do parlamento*, articulando e pressionando os parlamentares a fim de impedir o processo de privatização da saúde, por meio de manifestações nas Câmaras Municipais e Assembleias Legislativas nas sessões de votação dos Projetos que privatizam a saúde, denunciando publicamente os que têm votado contra o SUS e pela privatização; além de participação em Audiências Públicas nas Câmaras de Vereadores, Assembleias Legislativas e Congresso Nacional (Câmara e Senado).
- 57 No *conjunto da sociedade*, realizando debates sobre a privatização da saúde com os trabalhadores da saúde e usuários do SUS. Ressalta-se como eventos importantes que a Frente participou: a Cúpula dos Povos realizada no Rio de Janeiro, 2012; os Fóruns Sociais Temáticos, em Porto Alegre em 2012 e 2013 e os Congressos do MST e do Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES). Também esteve presente nos debates relacionados aos eventos esportivos realizados na cidade do Rio de Janeiro, como a Copa do Mundo (2014) e as Olimpíadas (2016). No plebiscito contra a EBSEH também foi significativa a participação dos Fóruns de Saúde e da Frente Nacional. Outra atividade importante que tem sido ressaltada pela Frente é o Trabalho de base nos territórios desdobrando em Encontros Populares de Saúde ou outras ações.

*nas ruas*⁵⁸, *nos espaços de controle social*⁵⁹, *no âmbito da formação*⁶⁰, *nos meios de comunicação*⁶¹.

A FNCPS elaborou uma agenda para a saúde, apontando algumas questões que dificultam a implantação do SUS público, Estatal, universal e de qualidade e destacando algumas propostas para a garantia do direito à saúde, em cinco eixos estruturantes: Determinação Social do processo saúde e doença - saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais; Gestão e Financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde; Modelo Assistencial que garanta o acesso universal com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica com retaguarda na

58 Nas *ruas*, com caminhadas, atos e manifestações. A Frente tem participado das Marchas dos Servidores Públicos; dos Atos do Dia Mundial da Saúde, da Luta Antimanicomial, Dia Internacional de Luta das Mulheres, Dia do Trabalhador, Grito dos Excluídos, Jornadas de Junho e Julho de 2013. Os Fóruns e a Frente estiveram presentes nas manifestações que ocorreram a partir de junho de 2013 e divulgou duas notas a saber: “*Ir para as ruas e se manifestar faz bem à saúde*” e “*Saúde que defendemos*”. Nesta última nota, a Frente problematiza as propostas apresentadas pela presidente Dilma com relação à Saúde que não enfrentam a determinação social do processo saúde-doença, rebaixa a pauta da saúde à lógica incrementalista e assistencial, e reitera o modelo médico-centrado e a privatização.

59 Nos *espaços de controle social* através da pressão sobre os mecanismos institucionais – Conselhos e Conferências – para se posicionarem contra os “novos” modelos de gestão. A participação da Frente Nacional e dos Fóruns de Saúde foi fundamental nas 14^a e 15^a Conferências Nacional de Saúde, realizadas em 2011 e 2015, bem como na Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, ocorrida em 2017. A Frente também mobilizou seus militantes para participarem na Conferência Nacional de Vigilância a Saúde que será realizada em fevereiro/março de 2018.

60 No *âmbito da formação* com realização de cursos de atualização, debates, incentivo a pesquisas e trabalhos de extensão em torno da saúde pública. Vários projetos universitários integram os diversos Fóruns de Saúde com a preocupação de socializar o conhecimento, bem como as investigações realizadas.

61 Nos *meios de comunicação* através da produção de material para divulgação nas entidades, partidos, sindicatos além da grande imprensa, bem como a utilização de blogs, facebook. Há também preocupação de elaborar textos científicos a serem apresentados em congressos da área de saúde coletiva e afins, além de publicação em coletâneas e revistas científicas.

média e alta complexidade; Política de Valorização do Trabalhador da Saúde e Efetivação do Controle Social.

Sobre o primeiro eixo, a Frente aponta para a necessidade de resgatar o conceito de determinação social do processo saúde e doença tal como no Movimento de Reforma Sanitária. E isto significa inserir a saúde no contexto mais amplo das lutas para supressão das desigualdades sociais, lutas antineoliberais e anticapitalistas com prospecção socialista, sem perder de vistas as mediações desse processo no cotidiano das práticas da saúde, ou seja, articular as lutas pela saúde às lutas por outra sociedade.

Com relação à gestão e financiamento ressalta a tendência em curso do fundo público ser colocado a serviço do financiamento do setor privado, seja através da compra de serviços privados pela rede pública, por meio de convênios, em detrimento da alocação de recursos públicos na ampliação dos serviços públicos, seja através do repasse da gestão, patrimônio, bens, serviços, servidores e recursos públicos para entidades privadas com os denominados “novos modelos de gestão” (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundações Estatais de Direito Privado e EBSEH. Tendência que está coerente com as recomendações dos organismos financeiros internacionais, dentro do programa de ajuste estrutural, de fortalecimento do setor privado na oferta de serviços de saúde. A Frente compreende que os problemas existentes no campo da gestão do SUS não se resolvem através de “novos” modelos de gestão, mas assegurando as condições materiais necessárias para a efetivação do modelo de gestão preconizado pelo SUS. Isto implica na necessidade de mais recursos para ampliação dos serviços públicos com gestão pública estatal e controle social efetivo.

Defende-se o modelo assistencial previsto no SUS constitucional que valoriza a prevenção e a promoção da saúde, a universalidade, a integralidade e a intersetorialidade das ações, na perspectiva de romper com o modelo, centrado na doença e subordinado aos interesses lucrativos da indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos, descolado das necessidades da população que ainda é hegemônico.

Destaca-se também que o processo de precarização dos serviços de saúde acontece em similitude com o processo de precarização do

trabalho em saúde, tendo um forte rebatimento na qualidade dos serviços prestados à população usuária do SUS, visto que os serviços de saúde não se realizam sem o trabalho humano em todas suas dimensões. A Frente reivindica condições dignas de trabalho e uma política de valorização do trabalhador da saúde.

E, por fim, no último eixo da agenda da Frente Nacional, sinaliza-se como desafio tornar os espaços institucionais de controle social de disputa para a efetivação do direito universal à saúde e para a defesa da saúde pública estatal. E aponta a experiência dos Fóruns de Saúde e da FNCPS como espaços não institucionais de controle democrático importantes para fortalecer a participação social e o SUS.

No item a seguir vão-se apresentar algumas reflexões com relação ao potencial político da FNCPS.

ALGUMAS REFLEXÕES

A Frente Nacional tendo como referência o projeto da Reforma Sanitária que concebe a saúde como direito de todos e dever do Estado, vem se posicionando contra a privatização e em defesa da saúde pública estatal e universal, procurando articular as lutas no campo da saúde a um novo projeto societário. Concorda-se com Arouca (1989, s/ p.), ao afirmar que:

Discutir a Reforma Sanitária nos seus aspectos conceituais, ideológicos, políticos e institucionais é, atualmente, tarefa fundamental de todos aqueles que (...) estão comprometidos com a democratização das estruturas políticas e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Esta tarefa mais que fundamental, torna-se imprescindível para nós que buscamos, nas lutas pela Reforma Sanitária, construir as bases do socialismo democrático que almejamos para o Brasil (AROUCA, 1989).

A defesa e luta pela saúde pública estatal – que além de possível, mostra-se necessária – como demanda real das classes subalternas e como instrumento estratégico com vistas à criação de outra ordem

societária, sem dominação econômica, social e política.

A FNCPS e os Fóruns de Saúde são espaços importantes na luta por direitos sociais e se colocam como desafio na atualidade, na construção de uma frente anticapitalista.

Esses espaços tomam como referência inicial a luta por saúde. Para Escorel (1989), a saúde é considerada um componente fundamental da democracia e da cidadania, tanto por ser determinada por um conjunto de direitos como por ser elemento potencialmente revolucionário e de consenso. A autora, recuperando Arouca (1982), ressalta como potencial revolucionário, o fato da saúde constituir um campo privilegiado da luta de classes. A saúde igualmente constitui-se um campo propiciador de consenso, espaço de um direito que pode unir um conjunto de forças para empreender lutas para a sua conquista. Segundo Escorel (1989), a saúde é um elemento potencial de consenso, mas a forma de distribuição desse direito consensual é que é o motivo de dissenso.

A luta pela Reforma Sanitária se insere no quadro mais geral da luta de classes no país e vincula-se a um projeto societário que orienta um novo poder, um novo Estado, visando à construção de uma sociedade sem dominação e exploração de qualquer natureza. Dessa forma, admite-se a Reforma Sanitária como um projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo (PAIM, 2008).

A Frente Nacional e os Fóruns tendo como referência a Reforma Sanitária compartilham dessa concepção. E tais espaços, comparando com o movimento sanitário, são inovadores por articular, organizações políticas tradicionais, como os partidos políticos, centrais sindicais e sindicatos, com os movimentos sociais e a academia.

Ressalta-se que, na atual conjuntura de crise estrutural do capitalismo, de barbarização da vida social, com mudanças regressivas em todas as dimensões da vida social, o desafio que está colocado é ampliar a luta coletiva, fortalecendo as lutas sociais e a organização das classes subalternas, na defesa da emancipação política, tendo como horizonte a emancipação humana, e um novo projeto societário anticapitalista.

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, M. F. S.; ANDREAZZI, M.; BAPTISTA, L. S.; PIMENTA, E. S. Copagamentos no Sistema Público Brasileiro: anomalia ou tendência? In: **Revista Serviço Social e Sociedade** n.105. São Paulo: Cortez, 2011. p.89-109.

AROUCA, S. Contra-capa. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

AUGUSTO, L. G. S. **Saúde do trabalhador e Sustentabilidade do desenvolvimento humano local**. Ensaios em Pernambuco. Recife: Ed. UFPE, 2009.

BOITO JÚNIOR, A. A hegemonia neoliberal no governo Lula. **Crítica marxista**, n.17. Rio de Janeiro: Revan, 2003. P.10-36.

BRAVO, M. I. S.; SOUZA, R. O. S. Conselhos de saúde e serviço social: luta política e trabalho profissional. In: **Ser Social**. Brasília: UnB, 2002.

_____. et al. As centrais sindicais e a luta por saúde: algumas reflexões. In: FORTI, Valéria; GUERRA, Yolanda. (Org.). **Trabalho e direitos**: conquistas e retrocessos em debate. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011. p.125-141 (Coletânea Nova de Serviço Social).

_____. MENEZES, J. S. B. As lutas pela saúde e os desafios da frente nacional contra a privatização da saúde na atualidade. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs). **A Saúde nos governos dos partidos dos trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro: UERJ; Rede Sirius, 2014. p.75-81.

_____. CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, n.109. São Paulo: Cortez, 2012. p.126-150.

BRAZ, M. Mudanças no perfil da luta de classes e modismos conceituais: o tormento de Sísifo das Ciências Sociais. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J.S.B. (Org.) **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012. p.III-145.

COSTA, R. **Primeiros meses do governo Dilma confirmam: um governo a serviço do capital**. 09 abr. 2011. Disponível em: <http://www.pcb.org.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=2551:primeiros-meses-do-governo-dilma-confirmam-um-governo-a-servico-do-capital&catid=101:criminalizacao>. Acesso em: 05 nov. 2017.

COTTA, R. M. M; MARTINS P. C.; BATISTA, R. S. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physis**, v.21, n.3. Rio de Janeiro: UERJ, 2011. p.1121-1137.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. **A temática dos movimentos sociais e sua incorporação no serviço social**. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

_____. Ofensiva capitalista, despolitização e politização dos conflitos sociais de classe. In: **Temporalis - Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**, n.16. Brasília: ABEPSS, 2009. p.45-66.

ESCOREL, S. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, S. F. (orgs.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez Editora: Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

FREIRE, L. Assessoria e consultoria a gestores e trabalhadores como trabalho do assistente social. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. **Assessoria, consultoria e serviço social**. Rio de Janeiro: 7 Letras; FAPERJ, 2006. p.170-187.

GOHN, M. G. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**, v.16, n.47. Rio de Janeiro: ANPEd, 2011. p. 333-361.

IASI, M. L. **Não ao pacto**: avançar para um programa anticapitalista e o poder popular. 29 de junho de 2013. Disponível em: <<http://espacoacademico.wordpress.com/2013/06/29/nao-ao-pacto-avancar-para-um-programa-anticapitalista-e-o-poder-popular/>> Acesso em: 11 nov. 2017.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.3. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002. p.537-547.

MATOS, M. C. Assessoria, consultoria, auditoria, supervisão técnica. In: CFESS/ABEPSS (Orgs.). **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: ABEPSS, 2009. p.513-529.

MATTOS, M. B. **Reorganizando em meio ao refluxo**. Ensaios de intervenção sobre a classe trabalhadora no Brasil atual. Rio de Janeiro: Vício de Leitura, 2009.

PAIM, J. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuições para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PRESOTO, L. H; WESTHAL, M. F. A participação social na atuação dos conselhos municipais de Bertioga – SP. **Saúde e Sociedade**, v.14, n.1. São Paulo: USP, 2005. p.68-77.

RIBEIRO, L. Os movimentos sociais e sua relação com a questão da saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v.5, n.3. Rio de Janeiro July/Sept. 1989. p.264-275.

ROMÃO, W. M. As Manifestações de Junho e os desafios à participação institucional. **Boletim de Análise Político-Institucional**, n.4. Brasília: IPEA, 2013. p.11-18.

SAMAJA, J. **A reprodução social e a saúde**. Elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida. Salvador: Ed ISC-UFBA/Casa da Saúde, 2000.

SERRA JUNIOR, G. C.; ROCHA, L. M. L. N. A Internet e os novos processos de articulação dos movimentos sociais. In: **Rev. Katálysis**, v.16, n.2. Santa Catarina: UFSC, 2013. p.205-213.

SIMÕES BARBOSA, R. H.; GIFFIN, K. Juventude, saúde e cidadania: uma pesquisa-ação com jovens da Maré. **Cadernos Saúde Coletiva**, v.13, n.3. Rio de Janeiro: UFRJ, 2005. p.649-672.

SCHMITTER, P. C. Still the century of corporatism? **The Review of politics**, v.36, n.1, p.85-131, 1974.

VIOLA, E. E. J.; LEIS, H. (Org.). **Meio ambiente, desenvolvimento e cidadania**: desafios para as ciências sociais. São Paulo: Cortez, 1995.

WENDHAUSEN, A; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v.18, n.6. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002. p.1621-1628.

A CONTRARREFORMA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E A PARTICIPAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

*Andreia de Oliveira
Tânia Regina Krüger*

INTRODUÇÃO

O presente texto tem como objetivo tratar de três temas imbricados: a contrarreforma do Sistema Único de Saúde (SUS), a Residência Multiprofissional em Saúde e a participação do Serviço Social na Residência. Dois desses três temas, em nosso entender, não podem ser tratados separadamente, as residências em saúde e a participação do Serviço Social nelas, sem considerar a tensa trajetória de institucionalização e desconstitucionalização do SUS. Este segundo aspecto da desconstitucionalização do SUS, aqui também chamado de contrarreforma, está avançando de maneira considerável desde 2016, num contexto de desmonte e privatização de empresas e dos serviços públicos estatais, tão caros a sociedade brasileira. Em particular, esse desmonte atinge a seguridade social e o SUS, vitimados por um processo que parece caracterizar um desmonte do regramento constitucional da garantia dos direitos de cidadania no estágio ainda incipiente de construção do Estado de Bem Estar no Brasil.

Este quadro macro conjuntural tem implicações diretas na formação de trabalhadores para o SUS, particularmente nos Programas de

Residência e com reflexos, não menos significativos, nas áreas profissionais, aqui se tratando do Serviço Social. E assim o texto se construiu procurando caracterizar a conjuntura regressiva do SUS, pois o consideramos um projeto de saúde nacional do ponto de vista democrático-popular, e suas implicações/imbricações diretas nos Programas de Residência e no Serviço Social vinculado à saúde.

O texto a seguir é de natureza descritiva e exploratória, foi desenvolvido por meio de um estudo de revisão bibliográfica e documental.

Os três temas centrais do texto: a Contrarreforma do SUS, a Residência Multiprofissional em Saúde e a participação do Serviço Social nas Residências, são apresentados nessa sequência em itens próprios, considerando as determinações e implicações histórico-conjunturais entre eles.

PERSPECTIVAS TEÓRICO-POLÍTICAS DO ARCABOUÇO NORMATIVO-INSTITUCIONAL DO SUS, FRENTE À CONJUNTURA REGRESSIVA

Conforme consta no Artigo 196 da Constituição Federal do Brasil de 1988, a saúde como direito de todos e dever do Estado é garantida constitucionalmente, por meio de duas vertentes: mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos; e por intermédio do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

Os pressupostos relativos à saúde, contemplados na Constituição Federal de 1988, artigos 196-200, resultaram da conquista de pressão popular e do Movimento Sanitário brasileiro⁶², sendo regulamentados pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/1990 e 8142/1990⁶³, por meio da

62 Em meados da década de 1970, durante um período em que surgiam novos sujeitos coletivos na luta contra a ditadura brasileira, originou-se e se difundiu um pensamento crítico em saúde no país, o qual veio a constituir o Movimento Sanitário Brasileiro (SCOREL, 2012).

63 “O processo de implementação do SUS no início dos anos de 1990 encontrou vários desafios. Os vetos aos artigos que diziam respeito ao financiamento e à participação da comunidade no texto da Lei 8.080 ilustram bem os parâmetros do

qual foi estabelecida a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), como parte integrante e indissociável da Seguridade Social brasileira (BRASIL, 1990; BRASIL, 1990a).

Nas Leis Orgânicas da Saúde foi reafirmada a concepção ampliada de saúde e um novo modelo de atenção dela decorrente, sustentado na compreensão de que os fatores determinantes e condicionantes dos “níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (BRASIL, 1990, art.3º). Com base na expressão jurídico-política da lei, a interpretação da saúde passou a ter uma conceituação ampliada, pois seu entendimento ultrapassou o modelo biomédico curativo, hegemônico na sociedade e na saúde, e se vinculou a uma perspectiva de determinação social da saúde⁶⁴, sustentada nas “categorias trabalho e reprodução social da vida” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p.226), e também no entendimento de que o enfrentamento permanente das desigualdades entre classes sociais é determinante para assegurar o direito à saúde.

Desse modo, uma política de saúde universal, estatal e de qualidade, com base em uma concepção de saúde ampliada, requer uma política econômica compatível com essas prerrogativas. No entanto, na política econômica capitalista e, no contexto da crise contemporânea, contingenciadas com a adoção de políticas austeras, as respostas às necessidades e demandas por saúde fortalecem o modelo médico hegemônico⁶⁵, condizente com a lógica mercadológica do sistema e se apresentam descoladas

governo Collor. A partir da regulamentação do SUS (Lei 8.080 e 8.142/1990) a conjuntura instalada propiciou o refluxo nas principais entidades que constituíram o Movimento Sanitário nas décadas anteriores” (KRÜGER, 2014, p.219).

64 Sobre a concepção de Determinação Social da Saúde, sugere-se as leituras: NOGUEIRA, Roberto Passos (Org.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. BREILH, Jaime. *Epidemiologia crítica: ciência, emancipadora e interculturalidade*. Editora FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2006. 317p.

65 Modelo médico hegemônico apresenta os seguintes traços principais: o individualismo; a saúde-doença como mercadoria; a ênfase no biologismo, na medicina curativa e na medicalização; a a-historicidade da prática médica; e a participação passiva. Integrando o modelo médico hegemônico, encontram-se o modelo assistencial privatista e o modelo de atenção gerenciada (PAIM, 2008).

da determinação social do processo saúde-doença (OLIVEIRA, 2015).

A partir da década de 1990, na esteira da promulgação da Lei Orgânica da Saúde e das conquistas jurídico-legais, foi sendo redefinido o papel do Estado brasileiro, em um processo influenciado pelas políticas do ajuste neoliberal, já em consolidação nos países centrais, como pensamento político e econômico adotado no enfrentamento da crise social, crise esta decorrente das transformações da sociedade capitalista contemporânea.

As ideias neoliberais passaram a ser assumidas, então, como a “grande saída”, cujo objetivo essencial se referia à liberalização dos mercados nacional e internacional, acompanhada da redução substancial do tamanho do Estado e da privatização das empresas estatais e dos serviços públicos (ANDERSON, 1995).

As orientações contidas no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (1995) expressavam o novo perfil estatal adotado pelo governo brasileiro. A justificativa alegada consistia na necessidade de diminuir a função do Estado para com as políticas sociais, frente à crise fiscal, além da necessidade de superação de um estilo burocrático de administração pública, a ser substituído pelo modelo gerencial, com base em quatro pressupostos: redução de tamanho e de funções do Estado, pela via da privatização, terceirização e publicização; redução do grau de interferência estatal, repassando a função reguladora em favor de mecanismos de controle via mercado; aumento da governança e retorno da governabilidade, com o aperfeiçoamento da democracia representativa (PEREIRA, 1997).

Para Behring (2008, p.281), esse processo se constitui como uma “contrarreforma do Estado”, ou seja, tratava-se de reformas neoliberais desenvolvidas a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso, caracterizadas por um “conjunto de mudanças estruturais regressivas sobre os trabalhadores e a massa da população brasileira, que foram também antinacionais e antidemocráticas”. Com o discurso da busca pela estabilização financeira, de forma a amortecer os impactos da crise e proporcionar a retomada do crescimento econômico, as medidas implementadas apresentaram, segundo a autora, consequências destrutivas e regressivas, cuja expressão se materializou na restrição de direitos sociais, na flexibilização do mundo do trabalho, na apropriação

do fundo público para a reprodução do capital e em uma série de privatizações do setor público.

Em projetos de governos neoliberais, a política social e a política de saúde são concebidas como territórios de manutenção de legitimidade, de clientelismo e de controle populacional corporativo. No entanto, o grande projeto do modelo neoliberal se reporta à construção das políticas sociais e de saúde em outra esfera: no campo do mercado e da geração de lucros para o capital (LAURELL, 2017).

Nessa direção, sem desconsiderar os avanços obtidos no sistema de saúde brasileiro, desde sua regulamentação, em 1990, é imperioso reconhecer a existência de obrigações legais não cumpridas. Sob a orientação neoliberal, nenhum governo adotou a implantação do SUS como projeto prioritário, mesmo tendo assumido, em suas campanhas eleitorais, a defesa do sistema universal de saúde. Se nos governos de Fernando Collor, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso, na década de 1990, as disputas se configuravam entre a proposta da Reforma Sanitária e o modelo de saúde privatista, vinculado ao mercado (BRAVO, 2006), nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, segundo Krüger:

Os compromissos democrático-populares em relação aos direitos sociais e as ações governamentais se revelaram tensionadas concomitantemente, por três perspectivas: a) proposta liberal do Estado mínimo, o paradigma privatista; b) defesa dos direitos reconhecidos pelos intelectuais tradicionais de peso na academia e no PT, mas implementados de forma flexibilizada, com parcerias e inovações na gestão; e c) defesa da universalização da saúde como direito fundamentado nos princípios da Reforma Sanitária (KRÜGER, 2014, p.222).

Em outros termos, com base nas reflexões de Miranda (2017), nos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) o dilema se colocava entre, de um lado, uma Reforma Sanitária reformista abrangente, com as pretensões ampliadas para além do setor saúde; e de outro lado, na direção de uma alternativa conjuntamente mais factível de

uma reforma incremental, com ênfase em modelagem tecnoassistencial e gerencial, segmentada por prestadores privados e públicos (de direito público e, cada vez mais, de direito privado). Nas gestões de Lula (2003-2010) e Dilma (2011-2018, segundo mandato interrompido em 2016, assumindo a presidência Michel Temer)⁶⁶, a trajetória do SUS, percorrida por administrações precedentes, tampouco foi alterada de modo expressivo: houve continuidade do subfinanciamento crônico do sistema oficial, diagnosticado em inúmeros estudos acadêmicos e apontado em denúncias de movimentos sociais e organizações de saúde; e ocorreu a transferência de medidas de gestão do âmbito do direito público para a esfera de organizações do direito privado (MIRANDA, 2017, p. 398-399).

No contexto da crise do capitalismo contemporâneo, o Estado vem adotando políticas de austeridade fiscal, com redução dos direitos sociais e implementação substitutiva de mecanismos de mercantilização, no âmbito das políticas sociais. Desde 2016 vêm sendo constatadas várias medidas de enfraquecimento do financiamento da seguridade social, em geral, e da saúde, de modo mais intensificado, no governo de Michel Temer, de contornos ultraliberais, de forma a acirrar o fortalecimento do setor privado em detrimento dos pressupostos constitucionais do SUS, além de oportunizar o aparecimento do populismo de direita, com suas agendas conservadoras. Para estes segmentos Souto Maior, afirma que a:

Constituição Federal é um mero detalhe que não deve ser levado em consideração quando se tratar de atender aos interesses do setor econômico. E como nessa lógica deixa de ser necessário discutir os termos da Constituição, basta

66 “Dia 31 de agosto de 2016 ocorreu o julgamento do *impeachment* de Dilma Rousseff no Senado, presidido pelo juiz Ricardo Lewandowski. Os últimos dias foram deprimentes. Assistimos pela televisão a um golpe jurídico parlamentar, acoplado a uma farsa gigantesca. Na primeira vez, em 1964, o drama. Na repetição, a farsa. Essa farsa escancarada repisa e falsifica a história. Infelizmente, tem e terá efeitos dramáticos. Não houve julgamento, apesar de encherem a boca com essa palavra pomposa”. FONTES, Virginia. O golpe e a farsa. 3 set. 2016. Junho Blog. In: <http://blogjunho.com.br/o-golpe-e-a-farsa/>.

dizer, então, que quem faz menção à existência da Constituição é “ideológico”, fazendo supor que quem despreza a Constituição é “moderno” ou “antenado” com os “novos tempos”, quando se trata, em verdade, de uma atitude transgressora e ditatorial (SOUTO MAIOR, 2017, p.01).

No caso da saúde, a aplicação da política de austeridade adquire contornos dramáticos, sob o risco de esfacelamento do SUS, com uma “atuação subordinada e subalterna, como recurso complementar ao mercado, aos mercados de doenças e às corporações autoritárias” (MIRANDA, 2017, p. 399).

Destacam-se medidas mais recentes de congelamento do gasto governamental em saúde e desvinculação das despesas, em um movimento já assinalado no governo Dilma Rousseff e acelerado a partir do governo de Michel Temer, em 2016, com a aprovação da Emenda Constitucional (EC 95)⁶⁷, o chamado “Novo Regime Fiscal”, medida de limite do crescimento das despesas primárias à taxa de inflação, durante um período de vinte anos. Para Vieira e Benevides (2016), com a EC 95, os recursos que deixarão de ser obrigatoriamente aplicados em saúde, no decorrer do período de vinte anos, serão superiores a R\$ 400 bilhões, ao considerar o cenário de crescimento da economia de 2% ao ano⁶⁸.

Para além do problema histórico do subfinanciamento, ocorrem modificações do movimento do capital na saúde, expresso em modelagens com base na perspectiva da Cobertura Universal da Saúde, corroendo os pilares de um sistema público e universal de saúde. Para exemplificar, pode ser citada a proposta, em tramitação do atual governo, de

67 As possíveis implicações do Novo Regime Fiscal para o financiamento do SUS e para a garantia do direito à saúde, contidas na proposta inicial que deu origem à Proposta de Emenda à Constituição Nº 241/2016 (PEC 241), foram analisados em artigo (VIEIRA; BENEVIDES, 2016) e em nota técnica do IPEA, publicada em 21/09/2016. (VIEIRA; BENEVIDES, 2016a).

68 Ver outros desdobramentos da EC 95: FUNCIA. F. R. Nota introdutória sobre a nova portaria da CIT que trata das transferências SUS fundo a fundo. Em 30/01/2017. In. <http://cebes.org.br/2017/01/nota-introdutoria-sobre-a-nova-portaria-da-cit-que-trata-das-transferencias-sus-fundo-a-fundo/> Acesso em 09/10/2017.

criação dos Planos de Saúde Acessíveis (planos privados “populares”); e a medida de liberação do capital estrangeiro na saúde, por meio da Medida Provisória 656/2014 e posterior Lei 13.097/2015, aprovada no Congresso Nacional e não vetada pela Presidência da República à época, Presidenta Dilma. No primeiro caso, dos Planos de Saúde Acessíveis, pretende-se instituir o plano barato/acessível, por meio de revogação da Lei 9.656/1998 em discussão junto à Comissão Especial sobre Planos de Saúde da Câmara dos Deputados, sob relatoria de Rogério Marinho (PSDB-RN).

Conforme expresso em informe conjunto da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC), publicado em 29 de setembro de 2017⁶⁹, o governo federal de 2017 pretende estabelecer um novo marco legal para o mercado de planos e seguros de saúde, no sentido de atender aos interesses particulares e demandas exclusivas das empresas de planos de saúde, com base nas seguintes propostas: segmentação de coberturas assistenciais mediante a criação de plano barato (acessível ou popular), com redução da lista dos procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde estipulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Com rol reduzido de procedimentos, além de representar riscos à saúde e à vida das pessoas, os novos planos impõem problemas éticos e de responsabilidade profissional aos médicos, como também tendem a sobrecarregar os níveis secundários, terciários e quaternários dos SUS, os quais, historicamente, já vêm apresentando problemas de acesso e oferta de serviços. As três entidades supracitadas também alertam quanto às intenções relativas à alteração da regra que proíbe, atualmente, as operadoras de reajustar a mensalidade de planos de saúde de pessoas com mais de 60 anos de idade (idosos). Caso essa intenção se reproduza em uma nova regra, as operadoras poderão aplicar reajuste

69 Informe conjunto da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC), sobre Possíveis Alterações na Lei dos Planos de Saúde, publicado em 29 de setembro de 2017. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/informe-abrasco-cebes-e-idec-sobre-possiveis-alteracoes-na-lei-dos-planos-de-saude/31004/>>. Acesso em: 03 out. 2017.

das mensalidades após o usuário do plano completar 60 anos, impossibilitando a permanência dos indivíduos idosos nos planos de saúde, em período em que as pessoas mais necessitam de atenção à saúde. Dentre outros aspectos, o governo no poder também pretende reduzir o valor que as operadoras devem restituir ao SUS, na forma de lei, sempre que clientes de planos de saúde são atendidos na rede pública, além de redução do valor e gradação das multas aplicadas pela ANS contra planos de saúde, no caso de ilegalidade das operadoras.

A proposta de novo marco legal para o mercado de planos e seguros de saúde vem sendo veiculada concomitantemente à aprovação da Portaria Nº 2.436 do Ministério da Saúde, publicada em 21 de setembro de 2017, por meio da qual foi estabelecida a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS (BRASIL, 2017). As análises e posicionamentos de entidades científicas⁷⁰, de organizações do controle social e de movimentos sociais em saúde⁷¹ sinalizam que a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁷², instituída em

70 Posicionamento oficial da ABRASCO, CEBES e Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) contra a Reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída originalmente pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/contrareformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>>. Acesso em: 04 out. 2017.

71 Recomendação Nº 035 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) da Plenária CNS de 09 de agosto de 2011, em termos da não deliberação da revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), enquanto estiver em desenvolvimento o amplo processo de debate sobre a PNAB, em curso no país, publicada em 11 de agosto de 2017. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2017/Reco035.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2017.

- Reflexões da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde frente à proposta de revisão da Política Nacional de Atenção Básica, instituída originalmente pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, agosto de 2017, pp.1-3. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B3SR-QLvitEAVd3FJMjZLbodGRVE/edit>>. Acesso em: 04 out. 2017.

72 Após consulta pública com mais de 6.000 reformulações com vistas ao aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pelo Ministério

sua versão original pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, opõe-se à possibilidade de reordenação da PNAB do ponto de vista da efetivação dos princípios do SUS, rompendo, portanto, com uma perspectiva integradora e abrangente⁷³ da Atenção Primária à Saúde (APS).

No tocante à Lei Nº 13.097/2015, a qual estabelece a permissão de exploração do capital estrangeiro nos serviços de saúde, tais como hospitais filantrópicos e clínicas (BRASIL, 2015), duas implicações se destacam: trata-se de alteração da Lei Orgânica do SUS (Lei 8.080/1990), a qual, originalmente, proíbe os investimentos estrangeiros no setor (BRASIL, 1990); além disso, essa nova lei também fere a Constituição Federal de 1988 em seu artigo Nº 199, no qual consta a limitação de propriedade por pessoa física ou jurídica estrangeira (BRASIL, 1988, art.199). Na análise de Mendes e Funcia (2016, p.159), “essa Lei veio para dificultar ainda mais a possibilidade de ampliarmos a conquista do direito à saúde pela sociedade brasileira e assegurar a insaciabilidade do capital portador de juros na forma de apropriação do fundo público”.

A tendência, portanto, caminha em direção à expansão do mercado de planos de saúde e de fragilização e o progressivo empobrecimento

da Saúde por meio da Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a minuta de aprovação da publicação original da PNAB foi pactuada em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta por gestores de saúde do governo federal, gestores dos estados e municípios, realizada em 31 de agosto de 2017. Informação disponível em: <<http://www.conasems.org.br/cit-politica-nacional-de-atencao-basica-pnab-e-aprovada/>>. Acesso em 04 out. 2017.

- 73 Há diferentes concepções, abordagens e práticas que, incorporadas ao sistema de saúde, reforçam ou se contrapõem a uma perspectiva ampliada/abrangente de Atenção Primária à Saúde (APS). Destacam-se três interpretações, a partir de Giovanella e Mendonça (2012); Mendes (1996); e OPAS (2007): uma primeira a define a Atenção Primária à Saúde como estratégia de reordenamento do setor da saúde e modelo assistencial; uma segunda compreende a APS como responsável pela organização e operacionalização da porta de entrada do sistema; e, por último, como programa focalizado e seletivo, destinado a populações e regiões pobres, com serviços restritos, baixa densidade tecnológica e baixos custos (OLIVEIRA, 2015, p.116).

e/ou extinção dos fundamentos⁷⁴ do SUS, devido ao contexto de favorecimento de setores do mercado, prejudicados pela crise, com iniciativas, tais como: o plano de saúde acessível; o enxugamento dos gastos sociais; o ajuste fiscal; e a continuidade do processo de supressão de direitos sociais.

O direito à saúde, contemplado por meio da defesa do SUS e da Reforma Sanitária, pressupõe lutas conjuntas em defesa da Seguridade Social e dos direitos sociais e trabalhistas, em uma pauta comum que permita o acúmulo de forças para resistir à ofensiva do capital. São fundamentais a unidade e a articulação das entidades do Movimento da Reforma Sanitária, dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, dos Fóruns de Saúde, além da articulação com outros setores da sociedade brasileira, para além da saúde, em torno da construção de uma política unitária e de bandeiras de lutas em defesa dos direitos sociais, trabalhistas e previdenciários, de modo a alterar a correlação de forças presentes na atual conjuntura.

MARCO LEGAL-NORMATIVO E INSTITUCIONAL DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

No Brasil, as primeiras Residências Multiprofissionais em Saúde surgiram na década de 1970, no mesmo período do reconhecimento legal e da instituição da Residência Médica como modalidade de ensino de pós-graduação, com o Decreto Nº 80.281 de setembro de 1977. Foram instituídos, em 1976, o Programa de Residência em Saúde Comunitária da Unidade Sanitária São José do Murialdo, em Porto Alegre/RS, da Secretaria de Estado da Saúde; e o Programa de Residência em Medicina Integral da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, no Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro/RJ (RODRIGUES, 2007; CFESS, 2017).

74 Entendemos por fundamentos do SUS: saúde como direito universal, conceito ampliado de saúde, seus objetivos, competências e princípios (arts 5º ao 7º da lei 8.080/1990), determinação social da saúde e gestão pública estatal com base no direito público.

Estes Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, assim como outros⁷⁵ que emergiram a partir da década de 1990 no Distrito Federal, Ceará e Bahia, por exemplo, não tinham financiamento regular, nas universidades não eram reconhecidos como pós-graduação, os egressos eram titulados na modalidade de curso *lato sensu* de 360 horas e os docentes por vezes recebiam carga horária como extensão para atuar nas Residências. Portanto, registra-se aqui, que as Residências nasceram em meio à militância e lutas do Movimento da Reforma Sanitária e do processo de implementação o SUS nos anos de 1990, como uma atividade teórico-prática para formar trabalhadores com perfil para o sistema de saúde, que se construiu como um projeto de saúde pública para o Brasil.

O debate em torno da criação de Residências Multiprofissionais em Saúde, com envolvimento de diferentes áreas profissionais, encontrou respaldo nos pressupostos norteadores do Movimento da Reforma Sanitária, resultando, dentre outras conquistas legais, da prerrogativa constitucional de competência, ao SUS, em relação à ordenação da formação de recursos humanos em saúde (BRASIL, 1988, Art.200).

A Lei Orgânica da Saúde define, dentre as atribuições do SUS, a participação na formulação da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (BRASIL, 1990). Desta forma, o Ministério da Saúde, articulado com o Ministério da Educação, desde a segunda metade da década de 1990, vem organizando políticas indutoras para o processo de formação dos profissionais de saúde com vistas ao fortalecimento do SUS. Essas respostas ministeriais são resultantes de reivindicações apresentadas pelas instâncias de operacionalização dos serviços e pelos espaços de formação dos trabalhadores da saúde, sobretudo no caso das universidades públicas.

No contexto de uma perspectiva de fortalecimento do SUS, via atenção básica e Estratégia de Saúde da Família, os gestores da saúde se depararam com a falta de profissionais formados e qualificados com tal perfil. Com demandas oriundas dos espaços de gestão, o Ministério da Saúde começou a financiar alguns projetos, no final da década de 1990,

75 Com destaque para a criação, em 1999, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família em Sobral/CE numa parceria com a Universidade Estadual do Vale do Acaraú (LIMA et al, 2009).

de formação de profissionais para atuação na Saúde da Família.

A ênfase nas políticas de educação em saúde vem se ampliando desde 2003, quando o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), com o objetivo de formular políticas norteadoras da formação e qualificação dos quadros profissionais da saúde, em questões relacionadas ao trabalho e educação na saúde, em todo o território nacional.

Originalmente, a SGTES tinha o papel de motivar e propor mudanças na formação técnica de graduação e pós-graduação, como também formular propostas de educação permanente dos trabalhadores da saúde, a partir das necessidades de saúde da população e do fortalecimento do SUS. Deste modo, a política ministerial de incentivar e financiar a formação de profissionais para trabalhar no SUS e, em especial, para atuar na Estratégia da Saúde da Família, propiciou que, a partir dos anos 2000, o Ministério da Saúde iniciasse o financiamento de Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família.

A regulamentação da Residência Multiprofissional em Saúde ocorreu nesse contexto, impulsionada por alguns fatores decisivos: a realização, em 2002, de 19 Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, com financiamento do Ministério da Saúde; a criação da SGTES; e o advento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, expressa então na Portaria Nº 198/2004, substituída pela Portaria GM/MS Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007).

Com a promulgação da Lei Nº 11.129, de 30 de junho de 2005, foram regulamentadas as Residências Multiprofissionais e/ou Integradas em Saúde⁷⁶. Por meio dessa mesma Lei foi criada a Residência em Área Profissional da Saúde e foi instituída, ainda, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)⁷⁷ (BRASIL, 2005).

76 Sobre o Histórico das Normatizações da Residência Multiprofissional em Saúde sugere-se a leitura do documento do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS): Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para reflexão. Brasília, CFESS, 2017.

77 “Em novembro de 2005 por meio da portaria interministerial nº 2.118, é instituída parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde e,

Pode-se identificar, ao final da primeira década dos anos 2000, a incorporação de políticas de educação em saúde no SUS, com base no princípio da integração entre educação e trabalho em saúde, o qual preconiza mudanças na formação e nas práticas profissionais. Esta política leva em consideração o papel estratégico da educação em saúde para a consolidação do SUS.

Trabalhar a partir das referências do conceito ampliado de saúde, requerido para efetivar os pressupostos do SUS, demanda profissionais com domínio de tecnologias indutoras da qualificação individual e coletiva. Portanto, a formação exige novos enfoques teóricos e abordagens tecnológicas no campo da saúde, tornando imprescindível o comprometimento do ensino com o modelo assistencial definido nas Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.142/90 (BRASIL, 1990; BRASIL, 1990a).

Desde sua criação, em 2003, a SGTES financiou várias modalidades de formação multidisciplinar em serviço, incentivando a integração entre serviço e ensino: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde); Universidade Aberta do SUS (UNASUS); Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde); Residências Multiprofissionais e por área de saúde; e revisão curricular dos cursos.

Entretanto, o processo de constituição das normativas legais e operacionais da Residência Multiprofissional em Saúde como também da formação em saúde, ocorreu em meio a debates e disputas em torno de uma dupla vertente: de um lado, o projeto de formação em consonância com os princípios e diretrizes do SUS; e, por outro lado, o projeto do modelo médico hegemônico, compatível com a lógica mercadológica da saúde e da privatização do sistema. Dessa forma, impunha-se a necessidade de efetivar espaços coletivos voltados à democratização dos processos decisórios relacionados às Residências em Saúde, considerando a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e o envolvimento de diferentes segmentos: os órgãos governamentais, as instituições formadoras, as Associações de Ensino das áreas profissionais da saúde articuladas por meio do Fórum Nacional de Educação

por meio da Portaria Nº 2.117 é instituída, no âmbito dos dois ministérios, a Residência Multiprofissional em Saúde, constituindo, portanto, o marco legislativo dos programas multiprofissionais” (CFESS, 2017, p. 23).

das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS), o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS), a Comissão Intersectorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHT) do Conselho Nacional de Saúde, o Fórum Nacional de Residentes, dentre outros.

Inúmeros desafios e tensões se apresentam na qualificação da formação nas Residências, frente à corrosão dos pilares da sergurança social brasileira, ao esfacelamento do SUS e da educação pública e aos recorrentes ataques à classe trabalhadora.

Como modalidade de ensino-serviço, há um campo de tensão e dualidade entre trabalho e formação, secundarizando o ensino, especialmente com as medidas expansionistas da Residência Multiprofissional, por meio de abertura de programas não vinculados a instituições de ensino, mas apenas de serviço sob certificação de SUS-escola ou locais que abriguem Residência Médica. Tal tendência induz à descaracterização dos pressupostos político-pedagógicos estruturantes da formação em Residência, situação agravada pelas condições de trabalho do profissional da rede, o qual é levado a assumir diferentes papéis, ou seja, como preceptor e tutor do ensino teórico e prático ao mesmo tempo. Por outro lado, ora o residente é visto como trabalhador (numa lógica de substituição do trabalhador pelo residente), ora o residente é estagiário, ora o residente (quando já Residente 2 – R2) é o próprio preceptor do Residente 1 (R1), seguindo a proposta da residência médica. Nesse sentido, a Residência Multiprofissional reproduz a proposta pedagógica da Residência Médica, seja em relação à incorporação da excessiva carga horária de 60 horas semanais; seja ainda em relação à formação calcada no modelo biomédico, no modelo clínico centrado em patologias, com ênfase em programas hospitalares, especializados, em detrimento da atenção básica em saúde.

Somadas a esses desafios, observam-se enormes fragilidades na formação técnica e política constitutivas dos Projetos Pedagógicos das Residências, pois, vinculados à perspectiva clínica, especializada e curativa, tais projetos pedagógicos impulsionam uma formação voltada para as necessidades do mercado, apesar de possuírem retórica da perspectiva do SUS e da Reforma Sanitária. A carga horária destinada à parte teórica destes cursos é insuficiente, o enfoque da formação ministrada

não garante a integralidade da atenção, e tampouco a defesa dos princípios da Reforma Sanitária, além do distanciamento nas Residências com os debates conjunturais da saúde, com os espaços de participação e controle social, com os movimentos, fóruns e frentes em defesa da saúde pública.

A precarização da educação, do trabalho docente e do trabalho dos profissionais de saúde se expresa nos programas de residência em várias dimensões, principalmente com relação à carga horária destinada para atuação. No caso do docente, muitos programas foram criados sem a participação dos diferentes departamentos/cursos e sem previsão de carga horária do corpo docente, criando um impasse diante da sobrecarga de trabalho deste. Aos preceptores (profissionais de saúde) com uma situação de trabalho já precarizada, a Residência é inserida como uma atividade adicional sob sua responsabilidade, sem definição de carga horária para o processo formativo do residente, e sem definição, tampouco, para o processo de educação continuada do próprio preceptor. Além das dificuldades de implementar uma formação qualificada das Residências em consonância com os princípios do SUS, a precarização das condições de trabalho de profissionais e docentes encontra tensões frente aos “novos” modelos de gestão do SUS, a exemplo das Organizações Sociais (OSs), da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e das Fundações Estatais de Direitos Privados, pois estes projetos aprofundam a privatização dos serviços públicos, a precarização da gestão e das condições de trabalho.

Considerando o conjunto de desafios e tensões presentes, entende-se que a defesa e qualificação das Residências em Saúde perpassa não apenas pela garantia de uma formação permanente e continuada para os trabalhadores em saúde, mas também pela defesa da formação em saúde comprometida com os princípios e diretrizes do SUS, da Reforma Sanitária e com a defesa e aprofundamento da democracia.

A PARTICIPAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NOS CURSOS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE

Historicamente a saúde foi o maior empregador de assistentes sociais, situação que se alterou com o Sistema Único de Assistência Social

(SUAS) na primeira década dos anos 2000. Entre 1940-1990, a atuação no campo do Serviço Social na saúde se deu, majoritariamente, por meio de abordagem individual, sustentando-se nos referenciais da psiquiatria, psicologia e funcionalismo. Enquanto categoria, o Serviço Social não se apresentava com polêmicas internas significativas, até meados da década de 1960. A partir dessa época, alguns segmentos profissionais começaram a questionar a posição conservadora do campo profissional, configurando assim o início do processo de reconceituação. O período de renovação profissional do serviço social no Brasil, em meio à ditadura militar, desenvolveu-se em três direções: rumo à perspectiva modernizadora, no sentido da reatualização do conservadorismo e com a intenção de ruptura⁷⁸. Foge ao escopo deste estudo a explicitação de cada uma destas vertentes. No entanto ressalta-se que o Serviço Social na área da saúde, no período de renovação, esteve voltado predominantemente para a estratégia de modernização conservadora, com vinculação destacada ao complexo previdenciário de assistência médica e atividade direcionada à saúde individual, e não à saúde coletiva (BRAVO, 1996).

Com este tipo de prática profissional, as lutas do Movimento Sanitário, assim como o processo organizativo e o aprofundamento teórico do Serviço Social (processo de reconceituação), não tiveram repercussões significativas entre os assistentes sociais da área da saúde. Como no Movimento Sanitário, reconhece-se também, no Serviço Social, avanços no aspecto legal, institucional, acadêmico e político. Porém estes inegáveis avanços do Serviço Social e do movimento de lutas pela saúde pública não foram tão expressivos, no segmento da categoria atuante na área da saúde. Esta parte da categoria não refletiu teórica, prática e politicamente, e nem a relação com os avanços da profissão e do Movimento Sanitário, até o início da década de 1990, aproximadamente (BRAVO, 1996).

Apesar da falta de condições de estabelecer uma mensuração quantitativa, torna-se vivível, de forma empírica, a alteração desse quadro, desde a década de 1990. Provavelmente essa modificação teria sido potencializada pela implementação dos direitos sociais, reconhecidos em 1988 e consignados na nova Constituição Federal do país, particularmente

78 Ver caracterização mais detalhada de cada destas três perspectivas em NETTO, J. P. Ditadura e serviço social. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

pela implementação do SUS e pelo debate do projeto ético-político do Serviço Social, na década de 1990 e na primeira década dos anos 2000. Verifica-se desde então uma crescente participação dos assistentes sociais da saúde nas discussões da saúde coletiva. As pesquisas e publicações desta última década adensaram este debate sobre o Serviço Social na saúde, sobretudo no âmbito do SUS⁷⁹ e se configuram referência nacional no debate da profissão e do SUS. Em 2010, o documento lançado pelo CFESS, construído a partir de um debate nacional, *Os Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde*⁸⁰, vem explicitar as conexões entre o projeto ético-político da categoria e as bases da Reforma Sanitária e do SUS e sugerir eixos para a prática do assistente social na saúde.

As linhas de pesquisa das pós-graduações em Serviço Social que tratam da temática das políticas sociais estão contribuindo para adensar este debate do campo de saúde, tanto no âmbito da política de saúde, propriamente (a tensão entre o projeto da Reforma Sanitária, o projeto privatista e o projeto transformista), como apontando novos espaços de atuação técnica e política (promoção de saúde, judicialização, ouvidorias, planejamento e conselhos de saúde) e indicando possibilidades de requalificação das ações a partir das demandas tradicionais da saúde (atenção básica, plantões de hospitais, ações em equipes multiprofissionais). Outro indicador deste adensamento do debate e da atuação profissional neste espaço sócio-ocupacional tem sido a participação do Serviço Social nos programas de indução do Ministério da Saúde, com o intuito de formar profissionais com perfil para atuar no SUS. Inserem-se neste conjunto as residências nas modalidades uniprofissional e multiprofissional em área da saúde e os programas Pró-Saúde e o PET Saúde⁸¹.

79 Estão se tornando referências para o debate nacional as produções de Maria Inês Bravo, Ana Maria de Vasconcelos, Maurílio Matos, Maria Valéria Correia, Regina Célia Miotto, Vera Maria Nogueira, Dalva Horário, Jussara Mendes, Raquel Cavalcanti Soares, dentre outros.

80 Os Parâmetros indicam que a atuação do assistente social na saúde pode acontecer em quatro grandes eixos, articulados entre si: Atendimento direto ao usuário; Mobilização, Participação e Controle Social; Investigação, Planejamento e Gestão; e Assessoria, Qualificação e Formação Profissional.

81 Os programas Pró-Saúde e o PET Saúde foram significativamente financiados e

Ao focalizar a participação do Serviço Social nos cursos de Residência em Saúde, destacam-se os elementos que justificam e sustentam técnica, social e politicamente a inserção deste campo no SUS. Inicialmente a descentralização e municipalização das políticas sociais e do SUS ampliaram o mercado de trabalho do Serviço Social, assim como de outras profissões da área da saúde. Os princípios e as competências do SUS (artigos 6º e 7º da Lei 8.080/1990), o conceito ampliado de saúde com o reconhecimento da determinação social do processo saúde e doença, que no espaço do executivo e da gestão se materializam em vários programas, estão demandando, com frequência o trabalho do Assistente Social, não como área exclusiva/privativa. Ao mesmo tempo, é por meio do reconhecimento das determinações sociais do processo saúde e doença e das necessidades de saúde que o assistente social tem construído novos espaços de atuação, sobretudo nas áreas de promoção da saúde, vigilância em saúde e nos espaços de coordenação, gestão e planejamento. Os referenciais clínicos que pautaram o atendimento tradicional, em parte cedem lugar aos referenciais das ciências sociais, de forma a subsidiar a construção de perspectivas de trabalho que visem atender às demandas coletivas e seguir o projeto de saúde pública que o SUS representa para o Brasil (KRÜGER, 2010).

Os fundamentos do SUS (saúde como direito universal, princípios, competências, conceito ampliado de saúde, determinação social da saúde) abrem inúmeras possibilidades de trabalho, multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais, e estes estão contando com a atuação de assistentes sociais para além da execução, muitas vezes na coordenação, na gestão e no planejamento. Os espaços de debate político, como os Conselhos e Conferências de Saúde, os processos de planejamento participativo e as capacitações de conselheiros ou trabalhadores da saúde, representam novos focos de atuação dos profissionais. Ao mesmo tempo estes espaços, como os de promoção da saúde apontados acima, podem ser ampliados e qualificados pelo trabalho dos assistentes sociais (Idem).

Nos trabalhos interdisciplinares na área da saúde, o assistente social vem ocupando espaços significativos, na mesma medida em que

tiveram expressiva participação dos cursos de graduação em Serviço Social entre os anos de 2007 a 2014. O reordenamento político-conjuntural de contrarreformas parece ter o aniquilado sem maiores avaliações ou justificativas.

grandes desafios vêm se colocando nestas relações e dinâmicas de trabalho. As experiências interdisciplinares têm colocado, no âmbito do trabalho em saúde, temas que historicamente foram negligenciados pelas práticas biomédicas, curativas e individuais: violência, dependência química; questões de gênero e etnia; poluição do meio ambiente, saneamento; movimentos sociais na área da saúde mental, de direitos reprodutivos, de portadores de patologias; controle social e organização comunitária. Para tratar destes temas que fogem às tradicionais demandas e relações de trabalho médico-centradas, o assistente social, por sua formação, tem o potencial para se tornar um articulador deste debate, conseguindo indicar reflexões e formas de atendimento segundo uma perspectiva de totalidade. Ou seja, avaliamos que o assistente social a partir dos conteúdos de sua formação tem condições técnicas e políticas para pautar reflexões no grupo de profissionais e nos espaços de planejamento e gestão, em direção ao reconhecimento das necessidades em saúde e das determinações sociais do processo saúde e doença.

Entendendo as Residências em Saúde como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, conforme já exposto, sua relevância técnica, social e política está em formar profissionais com perfil para atuar no SUS. No entanto, em fins da segunda década dos anos 2000, tal formação vem sofrendo com as determinações do contexto de precarização da política de saúde e educação, em uma conjuntura mais ampla de precarização das políticas sociais e do trabalho profissional. Diante desse cenário, destaca-se a necessidade de sustentar que a formação e a inserção do Serviço Social na saúde não fique circunscrita a uma política governamental, sujeita a modificações sazonais ou alterações políticas e programáticas. As ações profissionais dos assistentes sociais podem ter maior centralidade e sustentação, na medida em que se pautarem pelos fundamentos do SUS e do Projeto Ético-Político da profissão. Isto implica em que estes profissionais estejam munidos de todo o aparato teórico-metodológico da profissão, aliado aos conceitos fundamentais da área da saúde. Para uma atuação pautada na totalidade, é imprescindível que a ação profissional esteja sustentada no conhecimento da realidade e dos sujeitos para as quais são destinadas as ações profissionais, desdobrando-se em definição de objetivos da ação (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

O conjunto de contrarreformas, e aqui não nos referimos apenas as que brutalmente estão sendo impostas ao país e aos brasileiros e brasileiras desde 2016, mas desde as inúmeras resistências, descontinuidades, transformismos e desfinanciamentos que o SUS sofre desde a sua regulamentação. Do mesmo modo que tem impactado no SUS enquanto política de saúde impactam também na formação dos profissionais, na gestão e na execução direta dos serviços. Para o Serviço Social, nos programas de Residência em Saúde, observa-se uma grande tendência a pautar a formação (disciplinas e atividades de tutoria, preceptoria) em temas de ênfase no cotidiano, com pouca referência aos temas do financiamento, modelo de atenção, à política de recursos humanos e aos modelos de gestão. Neste contexto adquirem uma expressividade relevante temas como a humanização, o cuidado/cuidador/auto-cuidado, a representação, a escuta qualificada, o vínculo, o acolhimento, a organização do Procedimento Operacional Padrão (POP) e dados epidemiológicos, apresentados sem muita interlocução com a política de saúde e com a determinação social da saúde (MORAES, 2017). Considera-se que estes temas localizados respondem a demandas sociais e de saúde legítimas, dotadas de legitimidade. No entanto, o processo técnico do exercício profissional e da formação dos residentes não pode desconhecer a relação dessa qualificação com as questões fundamentais do SUS e nem se submeter à flexibilização dos seus referenciais e questionamentos difusos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto de contrarreforma do SUS, a partir das diferentes expressões apresentadas no texto, supomos que tenderá a fortalecer o financiamento do modelo baseado na média e alta complexidades, que gera demanda por recursos adicionais e de forma organizada e oligopolista pelos hospitais privados e filantrópicos contratados pelos diferentes entes da federação. Esta tendência é corrosiva para os fundamentos democrático-populares do SUS, para a organização da universidade do acesso a partir da atenção primária, para os serviços de vigilância em saúde, para os colegiados deliberativos da política e, sobretudo, acarretando implicações diretas nos processos de formação das Residências e

no exercício profissional do Serviço Social.

Em função desse contexto regressivo, buscou-se defender para o assistente social, neste estudo, a formação na residência e o exercício de sua atividade profissional, de forma competente e crítica, em que a ação profissional seja resultante de investigações que focalizem a questão social e suas particularidades, no momento conjuntural, e suas derivações para a área da saúde coletiva, de modo que a capacidade de enfrentamento seja mais eficaz, por meio de formulações teórico-políticas aliadas à utilização de instrumental técnico-operativo para responder às demandas colocadas. Entende-se que a vinculação teórica e política dos fundamentos do SUS ao Projeto Ético Político do Serviço Social não se processa de modo linear e tampouco automático, também nos cursos de Residência. Por isso, o processo sócio-histórico de institucionalização do SUS e suas tensões nesses quase 30 anos de implantação devem ser conteúdo obrigatório nos programas de residência, com vistas a fortalecer seus fundamentos na perspectiva de um projeto de saúde nacional de base democrático-popular.

Particularmente para o Serviço Social a formação na Residência há possibilidade do Serviço Social ir se afirmando e qualificando ainda mais como área de conhecimento e trabalho na área da saúde, por seu histórico de inserção em termos de mercado de trabalho. A conjuntura de contrarreformas impele a todos a não negar o espaço tradicional de intervenção nas necessidades sociais imediatas, as demandas socio-assistenciais e emergenciais, mas a buscar condições técnicas e políticas de atuar nos processos de planejamento, gestão e participação popular, de modo a dar respostas às necessidades do SUS e à vida dos sujeitos coletivos – considerando a saúde como um bem público, com direção e organização não mercadorizada.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Orgs.) **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p.9-23.

BEHRING, E. R. **Brasil em contrarreforma**: desestruturação do

Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **O financiamento da saúde**. Brasília: CONASS, 2011a. Atualização junho 2015-b. 22 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v.2). Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/Lo8_Gestao-Admin-e-Financeira-no-SUS_jun2015.pdf>. Acesso em: 07 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 05 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017, Seção 1, p. 68-76. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>>. Acesso em: 04 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso em: 09 out. 2017.

_____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Diário Oficial da União, 5 de outubro de 1988, Seção 1, Página 1 (Publicação Original). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 12 set. 2017.

_____. Presidência da República. Lei N° 8.080, 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.** Brasília: Diário Oficial da União, 20 set. 1990, Seção 1, Página 18055 (Publicação Original). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 12 set. 2017.

_____. Presidência da República. Lei N° 8.142, de 28 de dezembro de 1990a. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Brasília: Diário Oficial da União, Seção 1, 31 de dezembro de 1990, Página 25694 (Publicação Original). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 12 set. 2017.

_____. Presidência da República. Lei n° 11.129, de 30 de junho de 2005. **Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional de Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as Leis n° 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, 1 jul. 2005, Seção 1, Página 1 (Publicação Original). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/11129.htm>. Acesso em: 06 out. 2017.

_____. Presidência da República. **Lei n° 13.097**, de 19 de janeiro de 2015. [Ementa diversificada]. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de janeiro de 2015, Seção 1, Página 1 (Publicação Original). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/13097.htm>. Acesso em: 05 out. 2017.

BRAVO, M.I. **Serviço social e reforma sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 1996.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p.88-110.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica: ciência, emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Residência em saúde e serviço social: subsídios para reflexão**. Brasília: CFESS, 2017.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 385-434.

KRÜGER, T. R. Serviço social e saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social & Saúde**, UNICAMP Campinas, v. IX, n.10, dez. 2010, p.123-45.

KRÜGER, T. R. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. **Katálysis**, Florianópolis, v.17, n.2, p.218-226, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Adm/Downloads/36150-120325-1-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 28 set. 2017.

LAURELL, A. C. La política social y de salud en América Latina: un campo de lucha política. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, supl.2, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So102-311X2017001400301&lng=pt&nrm=iso&ctlng=es>. Acesso em: 18 set. 2017.

LIMA, F. A. et al. A trajetória do serviço social na residência multiprofissional em saúde da família de Sobral-CE. In. **SANARE**, Sobral, v.8, n.2, p.26-35, jul./dez.2009.

SOUTO MAIOR, Jorge. Desinformação e soberba do Estadão. In **Esquerda online**. Disponível em: <http://www.jorgesoutomaior.com/blog/desinformacao-e-soberba-do-estadao>. Acesso em: 07 out. 2017.

MENDES, Á.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil, 2016, p.139-168. Disponível em: <http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/livro_sistemas_de_saude_no_brasil.pdf>. Acesso em: 05 out. 2017.

MIOTO, R. C. T; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde: desafios intelectuais e operativos. **SER Social**, Brasília, v.II, n.25, p.221-243, jul./dez. 2009. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/374/227>. Acesso em: 09 set. 2017.

MIRANDA, A. S. A Reforma Sanitária encurralada? Apontamentos contextuais. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n.113, p.385-400, abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200385&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2017.

MORAES, B. V. **As tendências teórico-políticas do serviço social em relação ao SUS nos cursos de residência multiprofissional**. Trabalho de Conclusão do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Florianópolis: UFSC, 2017.

NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

OLIVEIRA, A. Expressões e tendências da participação em saúde na atenção primária à saúde. **SER Social**, Brasília, v.17, n.36, 2015, p.104-123. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/15353/11949>. Acesso em: 03 out. 2017.

OLIVEIRA, Andreia. Brazil's Health System. In: Korea Institute for

Health and Social Affairs – KIHASA. **Social Protection System in Selected Countries**. Sejong City, Korea: KIHASA, 2017. [No prelo].

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PEREIRA, L. C. B. A Reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismo de controle. **Cadernos MARE da Reforma do Estado**, v. 1. Brasília, 1997.

RODRIGUES, R. D. Programa de residência em medicina de família e comunidade da UERJ: uma perspectiva histórica. **Rev Bras Med Fam e Com**, Rio de Janeiro, v.3, n.11, out. /dez. 2007. p.149-56. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/viewFile/333/220>>. Acesso em: 08 out. 2017.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, UnB, Brasília, v.10, n.3, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/21860/pdf>>. Acesso em: 03 out. 2017.

_____. Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. **Nota Técnica nº 28**. Brasília: Ipea, 2016a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. World Health Statistics 2015. Part II – Global Health Indicators. Chapter 7 – Health expenditure, Table 7, p.125-36. Available at: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2015_Part2.pdf?ua=1>. Acessado em: 07 out. 2017.

CONTRARREFORMA E A POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO AO HIV

Ana Cristina de Souza Vieira

Evandro Alves Barbosa

Solange Rocha

INTRODUÇÃO

Parte-se da compreensão de que o Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua inscrição na Constituição Federal de 1988 e sua implementação nas últimas três décadas, sofre limitações decorrentes do insuficiente/inadequado financiamento e dos interesses privatistas presentes na sociedade brasileira, disputando o fundo público, inventando caminhos para retirar recursos dos serviços públicos e levá-los para as organizações privadas, atacando frontalmente o projeto do SUS como direito de todos e dever do Estado.

A partir dos anos 1990, sob a denominação de parcerias público-privadas fomentadas pelo Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRE), lançado em 1995, a saúde no Brasil vem sofrendo processos de privatização da gestão e da provisão dos serviços (BARBOSA FILHO, 2013). Após o impeachment da Presidenta Dilma Rousseff, o governo de Michel Temer vem aprofundando a destruição do SUS, impondo limites ao gasto público com as políticas sociais e de seguridade social, propondo cortes orçamentários e ampliando o acesso do setor privado ao fundo público, inclusive com a autorização para criação de Planos

de Saúde Acessíveis. O SUS é golpeado por restrições e limitações do financiamento, como aponta Áquilas Mendes (ESCOLA, 2017). Este artigo, fundamentado numa leitura teórico-crítica da realidade, expõe uma análise das medidas que desafiam a atenção integral para pessoas vivendo com HIV, expondo a negação do direito à saúde, aqui entendida como uma das implicações do recrudescimento da ideologia neoliberal realizada pelo Governo Michel Temer e pela coalizão de partidos que o apoiam.

Para este estudo privilegiou-se análise bibliográfica e documental. Utilizaram-se como fontes: proposições de organismos internacionais sobre saúde – especialmente sobre HIV, legislação, normatização e dados sobre a epidemia de HIV e a política de saúde para HIV no Brasil, e bibliografia crítica sobre o tema.

A NEGAÇÃO DO SUS, A PARTIR DE SUA CRIAÇÃO: EXPRESSÕES DA CONTRARREFORMA

Nosso tempo é de crise intensa e estrutural do capital – em busca de novos espaços para acumulação. A saúde se coloca como um desses espaços. Internacionalmente predomina na área de saúde, sob a orientação neoliberal, a mercantilização da saúde com a focalização da atuação governamental na atenção primária, destinada aos mais pobres. Como aponta Harvey (2007), em crise o capital investe frontalmente na acumulação por meio da espoliação dos direitos de cidadania.

A orientação internacional sobre saúde, partilhada por organismos internacionais como Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Fundação Rockefeller – é de promover a Cobertura Universal de Saúde, em inglês, Universal Health Coverage (OMS, 2010). Em 2005, todos os Estados Membros da OMS comprometeram-se a alcançar essa meta. Tal estratégia abre espaço para o avanço de interesses privados de acumulação capitalista na saúde.

Mas o que é Cobertura Universal de Saúde (CUS)? Certamente não é acesso universal, com garantia de integralidade, gratuidade e muito menos como um direito social não contributivo de cidadania. Segundo Antunes e Mathias (2014, p.1), para a OMS cobertura universal é “a

garantia de que todas as pessoas obtenham serviços de saúde de boa qualidade quando assim necessitarem, sem que sofram danos financeiros em seu pagamento”.

A Associação Latino-Americana de Medicina Social (ALAMES), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), assim como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) posicionaram-se contrários à Cobertura Universal de Saúde, pois a cobertura universal é ligada ao seguro social, abrindo a porta para que recursos públicos sejam destinados ao mercado privado de seguros e planos de saúde. Não se fala em direito nem cidadania. Fica a cargo do Estado apenas a responsabilidade pela saúde dos mais vulneráveis, o que fortalece a iniquidade dentro das sociedades. É válido ressaltar que este modelo se assemelha ao sistema médico-previdenciário vigente até o final da década de 1980, que no Brasil só deixou de ser dominante com a Constituição Cidadã e a criação do SUS.

Essa discussão revela a crescente pressão de interesses privados no sistema público de saúde, decorrente do fato de este setor representar, atualmente, uma fronteira de acumulação para o capital, que atravessa uma das suas maiores crises. Também “é uma forma de desconstruir o papel do Estado, a forma política burguesa, enquanto promotor do desenvolvimento econômico e social. Ou seja, há uma lógica de Estado mínimo subjacente e, portanto, a cobertura universal é, sim, uma proposta neoliberal”. (OCKÉ-REIS. In: ANTUNES; MATHIAS, 2014, p.6-7).

Nesse cenário internacional, com seguradoras de saúde de capital externo ávidas pelo mercado latino-americano, que chances tem o SUS brasileiro de sobreviver? Talvez menos chances do que teve de nascer, de ser aprovado em 1988 na Constituição, de ter promulgadas as Leis Orgânicas da Saúde – 8.080 e 8.142, em 1990. Naquele momento, o Movimento de Reforma Sanitária reunia diferentes segmentos em luta pelo direito universal à saúde, numa conjuntura de forte mobilização social pela democratização. A grande maioria do povo brasileiro repudiava a ditadura civil-militar iniciada em 1964 e queria direitos sociais que significassem o resgate da dívida social aprofundada pelas duas décadas de autocracia burguesa ditatorial (NETTO, 2009).

A conjuntura em 2017 é outra, os sujeitos são outros. No poder,

os que perderam com o fim da ditadura, outros que a enfrentaram, mas hoje são parceiros e novos sujeitos corporativos como as igrejas evangélicas, o agronegócio, dentre outros. Os trabalhadores estão sendo destituídos de direitos trabalhistas, humanos, sociais. Estão fragmentados, estupefatos, impregnados por ideias transmitidas pela mídia, pela cultura da crise, como nos diz Mota (2008), na perspectiva de criar consenso entre classe dominante e trabalhadores sobre a necessidade e possibilidade de vencer a crise, com sacrifícios – do povo – e fim da corrupção.

De acordo com Soares, no Brasil,

A necessidade de expansão do capital nos serviços de saúde é um dos determinantes fundamentais no processo de contrarreforma na política de saúde, iniciado de forma mais sistemática no Governo Fernando Henrique Cardoso. [] Com a ascensão do governo Lula, os anseios de implementação do projeto de reforma sanitária foram frustrados pela continuidade da política econômica conservadora, com orçamento público sendo drenado predominantemente para pagamento de juros da dívida pública. A política de saúde, além de sofrer os impactos financeiros desse processo, tem um adensamento qualitativo e quantitativo do processo de contrarreforma: intensifica-se o transformismo de antigas lideranças do projeto de reforma sanitária que passam a formular estratégias, propostas e fundamentações no campo acadêmico e político, tentam legitimar a privatização e a mercantilização da saúde (SOARES, 2014, p.17).

A avaliação dos governos de Luís Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff sempre aponta para o pouco que fizeram diante das demandas dos trabalhadores. O impeachment mostrou que a correlação de forças nos bastidores foi intensa, durante todo o tempo de seus mandatos. Quando não se avançou na desregulamentação de direitos como era desejo da classe dominante, a Presidenta foi tirada do cargo, sofreu um golpe. Não havia provas de corrupção e, apesar de estar abrindo espaços para os interesses do capital financeiro e destruindo direitos,

foi tirada do poder, pois as concessões do projeto político que representava o PT no início do governo Lula não eram suficientes para partidos como o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), Democratas (DEM), que queriam muito mais – os trabalhadores calados, escravos modernos da classe dominante. O impeachment foi, portanto, um golpe legislativo, uma decisão política da classe dominante, que está presente em diferentes decisões tomadas pelo Executivo, Legislativo e Judiciário pós-impeachment.

O atual contexto brasileiro expõe que o setor privado de saúde não perdeu a guerra contra a saúde pública. Com a criação do SUS, perdeu apenas uma batalha, frente aos avanços sociais obtidos na Constituição de 1988. Essa disputa do setor privado contra o SUS se revela, desde os anos 90, no debate para a implementação do SUS com o financiamento insuficiente, com os governos tomando decisões que fragilizam os serviços públicos de saúde.

Santos (2015) sistematiza as várias investidas que expressam as disputas de interesses dentro de diferentes governos – Fernando Collor, Fernando Henrique Cardoso, Luís Inácio Lula da Silva, Dilma Rousseff – especialmente relacionadas ao financiamento. Aponta o privilégio do pagamento de juros da dívida pública, defendido pelos Ministérios da Fazenda, Planejamento e Casa Civil dos governos que deveriam implementar o SUS, como fator primordial de prejuízo ao financiamento da saúde pública. O autor indica diversos golpes contra o financiamento da saúde perpetrados ao longo dos anos: o descumprimento da alocação de 30% de recursos da seguridade social para o SUS; o uso de recursos da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) para outros dispêndios da União; a Desvinculação de Receitas da União (DRU), que retira 20% das receitas da seguridade; a criação de Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que permite a gestão privada de unidades públicas de saúde; A Lei de Responsabilidade Fiscal, de 2000, que limita a possibilidade de contratação de pessoal; a Emenda Constitucional 29 de 2000, que não definiu percentual do Produto Interno Bruto (PIB) a ser usado no SUS; isenções fiscais para hospitais privados, para pessoas

físicas que têm planos de saúde.

Mendes (ESCOLA, 2017) afirma que, desde a criação do SUS, se constata em relação ao financiamento da saúde que,

A dificuldade para a ampliação do gasto em saúde pública centra-se na esfera da política macroeconômica desenvolvida pelos últimos governos (Fernando Henrique, Lula e Dilma). Um dos objetivos dessa política é realizar anualmente substantivo superávit primário (receitas menos despesas, das três esferas de governo), a fim de manter sob controle o nível de endividamento do país, em detrimento do desenvolvimento dos direitos sociais dos brasileiros. É a partir dessa política que o governo tem 46% de seu orçamento comprometido com o pagamento da dívida pública. Isso precisa ser denunciado, e a inversão dessa prioridade em favor das áreas sociais, especialmente as referentes aos direitos sociais, como a saúde, defendida (Entrevista de Aquilas Mendes a ESCOLA, 2017).

O atual Governo de Michel Temer vem tomando decisões que fragilizam ainda mais o SUS, deixando clara a perspectiva de sua desconstrução, consolidando a contrarreforma em curso na política de saúde. A nomeação de Ricardo Barros, engenheiro, ex-prefeito de Maringá, Paraná, para Ministro de Saúde, evidencia a implementação das propostas do PMDB, seu partido, para a saúde. O documento *Uma Ponte para o Futuro* (PMDB, 2015) indica que o país vive uma crise fiscal grave, as despesas públicas primárias têm crescido acima do crescimento do PIB, em parte pelos novos encargos que a Constituição de 1988 criou para o Estado, na saúde, educação e assistência social. Indica a necessidade de acabar com as vinculações constitucionais de gastos com saúde e educação, e também a necessidade de abertura para a iniciativa privada, através de parcerias público-privadas.

Neste sentido, uma das primeiras medidas do Ministro da Saúde foi publicar a Portaria 1.482, de 4 de agosto de 2016, criando um grupo de trabalho composto por representantes do Ministério, da Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS) e da Confederação Nacional de Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde

Suplementar e Capitalização, para discutir e elaborar o Projeto de Plano de Saúde Acessível. Sua implantação abre espaço para a ampliação da mercantilização da saúde, para a lucratividade de setores privados, entre as pessoas que usam o SUS, que somam em torno de 75% da população brasileira (aproximadamente 150 milhões de pessoas).

As propostas incluem regras mais flexíveis para aumento de mensalidades, restringem o acesso a procedimentos mais caros e ampliam o prazo para que operadores providenciem o atendimento a seus consumidores, exigem uma segunda opinião médica para que o usuário tenha acesso a procedimentos de alta complexidade. Além da maior dificuldade para o acesso, as regras restringem a lista de terapias e métodos de diagnóstico a que o usuário tem direito e, em alguns planos, prevê que o usuário arque com, pelo menos, 50% do valor do procedimento, seja ele terapia ou exame de diagnóstico. Em 14 de setembro, a ANS aprovou a criação dos planos acessíveis, acatando as mudanças propostas.

Uma das medidas mais importantes propostas pelo Governo Temer, voltadas à redução do financiamento de despesas primárias do Estado, foi a aprovação da Emenda Constitucional 95, que define as regras para uso de recursos públicos em políticas sociais – por 20 anos, o gasto com saúde do ano subsequente, será igual ao gasto no ano corrente, acrescido apenas da inflação pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Mesmo que o país tenha crescimento do PIB, a política de saúde apenas terá o aumento da inflação. Um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) – Nota Técnica N.º. 28, de setembro de 2016 – mostra os efeitos deletérios dessa proposta. Haverá perdas significativas na área de saúde, com a desestruturação que será aprofundada no SUS, pois: “o gasto com saúde per capita do Brasil é um dos mais baixos entre países que possuem sistema universal de saúde e mesmo quando comparado ao de países vizinhos nos quais o direito à saúde não é um dever do Estado” (VIEIRA, BENEVIDES, 2016, p.17). Os autores Vieira e Benevides projetam diferentes cenários de crescimento da economia, considerando que quanto maior esse crescimento, menos recursos a área de saúde terá. As conclusões dos autores são preocupantes:

O congelamento do gasto público com saúde em valores equivalentes ao limite mínimo de 2016 parte de um patamar muito baixo. Com a mudança da regra de aplicação de recursos pela União da EC 29 em 2015 para a EC 86 em 2016, e com a queda da arrecadação, a previsão é de perda importante de recursos. [] O congelamento do gasto federal com saúde provocará grandes dificuldades para o financiamento do SUS, pois estados e municípios não conseguirão absorver o impacto da perda de recursos. [] A proposta de um avanço fiscal focado exclusivamente nas despesas primárias, por vinte anos, afeta particularmente as políticas sociais e desconsidera o efeito de tal medida para o desenvolvimento econômico e social do país no médio e longo prazos (VIEIRA, BENEVIDES, 2016, p.18, 21).

Para Noronha; Noronha e Costa (2017, p.17), a emenda constitucional do teto de gastos desconstrói qualquer tipo de investimento público que aponte para a construção de um verdadeiro sistema de segurança social, com educação e saúde públicas gratuitas e universais. Os autores consideram que,

Se o investimento público ocorre em qualquer direção na qual o capital possa competir com o Estado, ele não será bem-vindo, ou, na melhor das hipóteses, será aceito de forma precária. Um sistema público de saúde eficiente e funcional elimina, por exemplo, o mercado de planos de saúde, o mesmo se aplica à educação pública em contraponto ao ensino privado ou à existência de empresas estatais (NORONHA; NORONHA, COSTA, 2017, p.16).

O Governo Temer, expressando os interesses do PMDB, PSDB, Partido Socialista Brasileiro (PSB), DEM e outros partidos que votaram pelo impeachment da Presidenta eleita, vão na direção do aprofundamento da mercantilização na área de saúde, pagando o setor privado para prestar serviços, gerenciar unidades de saúde a custos mais altos, privatizando a saúde de diferentes e novas formas.

A redução de recursos para a área de saúde, com a Emenda

Constitucional 95, será objeto de lutas dos trabalhadores, mas também de diferentes frações do capital, que se apropriam do fundo público na área de saúde – empresas farmacêuticas, indústrias hospitalares, serviços de diagnóstico de média e alta complexidade. A exemplo do movimento de luta contra o HIV que desde a década de 90 exige quebra de patentes, serviços complexos e integrais para as pessoas com HIV e Aids. De acordo com Scheffer (2014) uma pesquisa da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) com 300 médicos que assistiam pacientes com o vírus HIV no Estado de São Paulo revelou que 64% desses profissionais de saúde tiveram alguma relação com empresas farmacêuticas, expondo a complexa relação entre público e privado.

Os princípios do SUS estão sendo negados, talvez sejam derrotados – pela consolidação de uma cultura que aponta a negação dos serviços públicos, considerados os maiores vilões, pois, supostamente, nada que é público é bom, instaurando um discurso estatofóbico. A mídia se encarrega de mostrar a cada dia as filas no SUS, a pessoa que morreu à espera de atendimento médico, ajudando à construção e legitimação desse discurso. Entretanto, temos muitos exemplos de um SUS bem-sucedido, funcionários dedicados, capacitados, serviços de excelência, que sofrem com falta de recursos, limites de contratação de pessoal e outros problemas, mas que não aparecem na mídia. Como reagirão os cidadãos e cidadãs, 75% da população que usa o SUS para responder a suas necessidades em saúde?

O que fazer? Uma possibilidade é o fortalecimento do ideário do Movimento de Reforma Sanitária, com os trabalhadores na rua, nos conselhos de saúde – também negados e fragilizados – para enfrentar essa investida internacional e nacional sobre o direito à saúde, conquistado tão arduamente. É exemplar o vibrante movimentos de luta contra o HIV que teve enormes conquistas para a universalidade do acesso aos antirretrovirais. Muitos nasceram depois de 1988, não lembram como era, não sabem o que foi pensado para o SUS. A participação social é elemento chave nesse processo de retomada das lutas. É importante também, é fundamental, conhecer em profundidade as propostas governamentais e sua implementação, quem são os diferentes grupos de interesse, o que defendem, para poder encontrar formas de enfrentamento.

O setor privado de saúde vem arregimentando forças, se articulando, construindo propostas e levando-as aos parlamentares, aos membros do governo, publicizadas no *Livro Branco Brasil Saúde 2015. A sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro (2015)*. Suas propostas têm sido valorizadas pelo atual governo, e até pela sociedade, que desconhece os ataques que o SUS recebe, o sucateamento e o financiamento sabotado da saúde.

Há muito a enfrentar. De acordo com Mathias (2017), desde meados do ano passado, um “movimento” dos setores privados da saúde transformou-se no Instituto Coalizão Saúde (ICOS), disposto a influenciar os políticos, a mídia, a sociedade, a seu favor. O ICOS inclui a Fundação Faculdade de Medicina de São Paulo, e reúne representantes da cadeia produtiva da saúde: empresas como Johnson & Johnson, Qualicorp e Unimed Brasil figuram ao lado de entidades como a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE), Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (INTERFARMA), Confederação Nacional de Saúde (CNS), Confederação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB) e a Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP). Suas bandeiras estão organizadas num documento – o caderno *Proposta para o sistema de saúde brasileiro* (INSTITUTO, 2016) – e podem ser resumidas numa ideia: “O setor privado é parceiro do SUS”. Para o ICOS, o SUS deve seguir as regras do setor privado, com amplo acesso ao fundo público. O setor privado defende seus interesses com unhas e dentes, e conta com seus parceiros, como o atual governo.

CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE PARA HIV

O reconhecimento da contrarreforma do Estado brasileiro, nos leva ao questionamento de suas repercussões na política de saúde para HIV. O enfrentamento da epidemia no Brasil, país considerado referência internacional, tem se constituído como uma área de excelência, ampliando suas ações ao longo das mais de três décadas, mas pode estar em risco de reduzir seu escopo, diante dos cortes orçamentários, do contingenciamento de recursos públicos.

O último Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2016, p.8) publicado

com dados obtidos até a 26ª semana epidemiológica de 2016 (junho) mostra que, de 1980 a junho de 2016:

Foram notificados no país 842.710 casos de aids. O Brasil tem registrado, anualmente, uma média de 41,1 mil casos de aids nos últimos cinco anos. Além disso, observam-se importantes diferenças nas proporções dos dados segundo sua origem em relação às regiões do país. A distribuição proporcional dos casos de aids, identificados de 1980 até junho de 2016, mostra uma concentração nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo cada qual a 53,0% e 20,1% do total de casos; as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte correspondem a 15,1%, 6,0% e 5,9% do total dos casos, respectivamente. A região Sudeste apresenta tendência importante de queda nos últimos dez anos; em 2006, a taxa de detecção foi de 23,5, passando para 18,0 casos/100 mil hab. em 2015, o que corresponde a uma queda de 23,4%. As regiões Norte e Nordeste apresentam uma tendência linear de crescimento da taxa de detecção; em 2006 a taxa registrada foi de 14,9 (Norte) e 11,2 (Nordeste) casos/100 mil hab., enquanto no último ano a taxa foi de 24,0 (Norte) e 15,3 (Nordeste), representando um aumento de 61,4% (Norte) e 37,2% (Nordeste). A região Sul apresentou uma leve tendência de queda de 7,4%, passando de 30,1 casos/100 mil hab. em 2006 para 27,9 em 2015 (BRASIL, 2016, p.8).

A epidemia de Aids que, a princípio, atingiu principalmente homens que fazem sexo com homens, foi tomando um caráter heterossexual, crescendo entre mulheres até 2002, chegando a 15 casos em homens para 10 casos em mulheres, no período de 2003 a 2008. A partir de 2009, a razão de sexo no país sofreu uma inflexão, passando a ser de “21 casos de aids em homens para cada 10 em mulheres em 2015” (BRASIL, 2016, p.10). Entretanto, há importantes diferenças regionais: no Norte e Nordeste a razão de sexo repete a nacional, no Sudeste e Centro-Oeste há 23,5 casos em homens para cada 10 casos em mulheres, com maior presença de aids em homens, e no Sul há uma forte presença da aids entre mulheres – 17 homens para cada 10 mulheres (BRASIL,

2016).

Em termos de faixa etária, a aids se concentra entre pessoas entre 25 e 39 anos – 53,0% dos homens nessa faixa, e 49,4% dos casos entre mulheres (BRASIL, 2016, p.12). Apesar da epidemia de Aids ser considerada estabilizada no país,

Entre os homens, nos últimos dez anos, observa-se um aumento da taxa de detecção, principalmente entre aqueles com 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 60 anos e mais. Destaca-se o aumento em jovens de 15 a 24 anos, sendo que de 2006 para 2015 a taxa entre aqueles com 15 a 19 anos mais que triplicou (de 2,4 para 6,9 casos/100 mil hab.) e, entre os de 20 a 24, dobrou (de 15,9 para 33,1 casos/100 mil hab.) (BRASIL, 2016, p.12).

Entre as pessoas até 13 anos, 93,3% foram infectados através de transmissão vertical, ou seja, de mãe para filho. Acima dessa idade, a transmissão ocorre principalmente pela via sexual (95,3% em homens e 97,1% em mulheres).

A distribuição proporcional dos casos de Aids segundo raça/cor da pele e sexo, no período de 2006 a 2015, indica que há predominância entre pessoas brancas (43,1%), pardas (45,6%) e pretas (11,9%). “Tem-se observado um aumento na proporção de casos entre indivíduos auto-declarados pardos e uma queda na proporção de casos em brancos. A aids se concentra entre pessoas com baixo nível de escolaridade: entre pessoas com escolaridade da 5ª à 8ª séries, estão 29,8% dos casos de 2015, enquanto ocorreram 12,8% de casos entre homens com curso superior completo e 4,1% entre mulheres nessa condição (BRASIL, 2016).

A morte por Aids e doenças correlacionadas ainda vem crescendo no Nordeste e no Norte, apesar dos antirretrovirais. Em 2015 ocorreram 12.298 óbitos, sendo 42,8% no Sudeste, que concentra a maioria das pessoas com aids, 21,1% no Nordeste e 9,5% no Norte (BRASIL, 2016).

Diante desse quadro, uma epidemia estabilizada, mas com diferenças regionais significativas, e com crescimento entre os jovens, que ações são desenvolvidas na área de saúde para pessoas vivendo com Aids? De acordo com Villarinho et al, (2013), “o Ministério da Saúde instituiu os

projetos de Serviço de Assistência Especializada (SAE), o Hospital-Dia (HD) e a Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT)”, com os dois primeiros equipamentos sob responsabilidade das coordenações estaduais ou municipais. Em março de 1996 existiam apenas 33 SAEs no Brasil. “Em 2009, o Brasil alcançou um total de 644 serviços implantados nos municípios.” Entre as atividades desenvolvidas encontram-se:

Cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; atendimento em infectologia, ginecologia, pediátrico e odontológico; controle e distribuição de antirretrovirais; orientações farmacêuticas; realização de exames de monitoramento; distribuição de insumos de prevenção, assim como atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle das DST e AIDS (VILLARINHO, 2013, p.275).

O site do Ministério da Saúde/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV e das Hepatites Virais (BRASIL, MS/DIAHV) indica a existência no país, de 443 CTAs e 654 SAEs (2016). O Ministério da Saúde criou incentivos financeiros para municípios de maior porte e que possam atender populações de áreas vizinhas, na perspectiva de estimular o funcionamento de CTAs e SAEs, mas os próprios municípios devem garantir recursos para seu funcionamento.

Os Hospitais-Dia (HD) para pessoas vivendo com HIV foram implantados de acordo com “parâmetros de estrutura física, resolutividade diagnóstica e capacidade operacional dos Serviços”. Até 2013 havia cadastradas na CN-DST/AIDS, 77 unidades de HD (VILLARINHO et al, 2013, p.275).

Villarinho et al (2013) apontam a criação de Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (UDM), que fazem a gestão e dispensação de medicamentos antirretrovirais, acompanhando pacientes de forma individual ou coletiva, através de farmacêutico. Em 2013 havia 668 UDM cadastradas, junto a SAEs, Centros de Saúde, Ambulatórios, Hospital Dia, Farmácias Básicas Municipais, entre outros. Conta-se também com uma Rede Nacional de Laboratórios para contagem de linfócitos T (CD4+/CD8+) e carga viral do HIV, à época

do estudo, com 104 laboratórios cadastrados.

Na perspectiva das autoras, apesar dos muitos serviços criados, o cuidado com as pessoas com HIV tem grandes desafios a superar, para garantir o direito à saúde com qualidade e integralidade, pois “a estruturação de uma rede assistencial em HIV contemplando majoritariamente ações de média e alta complexidade não tem sido suficiente para garantir a integralidade da atenção à saúde. [...] Um dos desafios é “a expansão das ações de assistência ambulatorial para a rede básica de saúde” (VILLARINHO et al, 2013, p.276).

Nos últimos anos, as diretrizes para tratamento de pessoas com HIV sofreram internacionalmente uma mudança, especialmente relacionada aos antirretrovirais: se anteriormente o uso era indicado somente a partir da Aids, com infecções relacionadas, quando o organismo já sentia a fragilização da imunidade, atualmente o uso desses medicamentos é indicado a partir da identificação da infecção pelo HIV, logo após exposição de risco, ou mesmo deve ocorrer o uso de medicação antecedendo situações de risco, especialmente para populações-chave: homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, travestis, usuários de drogas injetáveis.

No HEPAIDS 2017, 11º Congresso de HIV e 4º Congresso de Hepatites Virais, realizado de 26 a 29 de setembro, em Curitiba/ PR, o Ministro da Saúde Ricardo Barros, informou que “todas as pessoas que vivem com HIV e Aids no Brasil terão acesso ao Dolutegravir, medicamento mais moderno e eficaz” (COELHO, 2017). Segundo matéria publicada no site do MS, “atualmente, o Dolutegravir é usado por 100 mil pessoas, mas com a expansão do tratamento no SUS, mais de 300 mil pessoas vivendo com HIV e aids, terão acesso ao medicamento até o final de 2018” (Idem). A ampliação do uso desse medicamento, de acordo com a fala do Ministro, não implicará em aumento orçamentário para o MS para a aquisição de antirretrovirais, que tem previsão de gastos de R\$1,1 bilhão para a compra desses medicamentos.

Outra mudança a ser introduzida no enfrentamento do HIV é o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV. Apesar de ser uma política medicamentosa que favorece a indústria farmacêutica e enfraquece as estratégias de mudanças de comportamento frente à responsabilidade

com o uso da camisinha, o PrEP é uma diretriz que visa frear a epidemia. Objetiva reduzir o risco da infecção pelo HIV antes da exposição, por meio da utilização de antirretrovirais em pessoas não infectadas e que mantêm relações de risco com maior frequência: homens que fazem sexo com homens, gays, travestis, transexuais, profissionais do sexo e casais soro diferentes. Deve-se registrar que a PrEP não elimina o uso de preservativos, pois esta profilaxia não previne outras infecções sexualmente transmissíveis.

Na América Latina, o Brasil será pioneiro nessa oferta e a PrEP será implementada de forma gradual, a partir do mês de dezembro de 2017, mas apenas em 23 cidades, três das quais na região Nordeste: Salvador, Fortaleza e Recife.

Em relação aos custos do tratamento de HIV, buscou-se na literatura e em documentos do MS, dados sobre os custos do enfrentamento do HIV. Nunes (1997) estimava para o ano de 1997, um gasto aproximado de um bilhão de dólares para a prestação dos cuidados integrais aos pacientes portadores de aids.

Em 2017, 25 anos após o estudo de Médice e Beltrão, e 20 anos após o trabalho de Nunes (1997), temos um quantitativo significativamente maior de pessoas vivendo com HIV e protocolos clínicos apoiados em estudos internacionais, que apontam para o uso de antirretrovirais desde o início da infecção – temos mais pessoas com Aids vivendo por mais tempo. Ao longo dos anos foi alcançada uma redução da mortalidade por Aids em razão dos antirretrovirais, mas estes têm alto custo, cobrados pelas empresas farmacêuticas que os produzem, através dos direitos de propriedade, o que se tornou regra após a assinatura do Acordo TRIPS, em 1994, pela Organização Mundial do Comércio (OMC), esse ainda é um espaço de lutas, nem sempre enfrentadas pelos governos.

Ações de prevenção, de informação para a população em geral e as populações-chave – homens que fazem sexo com homens, travestis, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis – têm ficado em segundo plano, assim como o monitoramento das ações, na avaliação da sociedade civil organizada. De acordo com Parker (2015), diretor da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), a redução de gastos públicos gerada pela proposta neoliberal retira recursos para ações de

prevenção, para o monitoramento das ações, e focaliza os gastos no uso de respostas biomédicas à Aids. Traduzindo: a proposta governamental considera prioritário testar e tratar imediatamente as pessoas infectadas para que diminuam a morbidade e a mortalidade e para que seja reduzida a transmissão do HIV. Entretanto, as respostas biomédicas dependem muito de decisões políticas, econômicas, sociais e culturais para serem implementadas.

Desde 1997, Nunes, em seu livro, aponta:

É fundamental que os esforços de toda a sociedade, não apenas dos gestores de saúde pública do país, sejam direcionados, não para se gastar menos com a epidemia de AIDS, mas, sim, para reduzir o número de casos e, dessa forma, influenciar definitivamente para minimizar os custos sociais que a AIDS representa para o Sistema Único de Saúde e para a sociedade (NUNES, 1997, p.25).

Carvalho et al., (2011) desenvolveram um estudo exploratório, em que apresentam o custo médio do tratamento ambulatorial dos portadores do HIV num Hospital-Dia localizado em Natal/RN no ano de 2009. Este estudo mostra que o maior percentual de gastos na unidade de saúde estudada, no período delimitado, referiu-se aos antirretrovirais – 52,41%. A segunda maior despesa foi com gastos gerais, 24,06%, envolvendo custos de pessoal e instalações laboratoriais e das unidades que atuam em parceria com o hospital-dia, apontando tendência diferente de estudos realizados na década de 90. As consultas (especialistas e enfermagem) responderam por 9,46%. A análise revelou também a evolução do percentual da despesa total gasto com medicamentos, evidenciando o descompasso do crescimento entre gasto com saúde e com medicamentos.

De acordo com Vieira (2009, p.678), o aumento significativo (222%) do investimento financeiro total do Ministério da Saúde com medicamentos, no período de 2002 a 2007, corrobora a situação de aumento dos gastos em medicamentos no mundo, especialmente na última década. O aumento dos custos com medicamentos entre 2002 e 2007 expõe uma maior participação nesse gasto dos antirretrovirais

e de medicamentos de dispensação excepcional, muitos dos quais são protegidos por patentes (VIEIRA, 2009, p.674).

Granjeiro, Teixeira, Bastos e Teixeira (2006, p.60) apontam, em estudo de 2006, que as despesas com antirretrovirais aumentaram 66% em 2005, interrompendo a tendência de redução observada no período 2000-2004. “Os principais fatores associados a esse aumento foram o enfraquecimento da indústria nacional de genéricos e os resultados insatisfatórios dos processos de negociação com empresas farmacêuticas” (p.60), indicando a influência do Acordo TRIPS para favorecimento da indústria farmacêutica, em detrimento das necessidades em saúde. Os autores afirmavam, à época, que,

A sustentabilidade da política de acesso aos medicamentos será garantida apenas se o país crescer a uma taxa anual de 6% ao longo dos próximos três anos, cenário que se mostra pouco provável. Ou então, se houver redirecionamento de parcelas do orçamento destinado a outras ações em saúde e de controle da Aids; e/ou, ainda, se houver vontade política no sentido de promover o fortalecimento da indústria nacional de genéricos com o propósito de lograr reduções nos preços dos medicamentos (GRANJEIRO et al, 2006, p.68).

Para os autores, são necessárias estratégias para reduzir os gastos com os antirretrovirais, tais como a negociação com empresas farmacêuticas, a consolidação de indústria nacional apta a desenvolver drogas genéricas e a determinação governamental para utilizar prerrogativas da Lei de Propriedade Intelectual, quando necessário (GRANJEIRO; TEIXEIRA; BASTOS; TEIXEIRA, 2006).

Se considerarmos que esses estudos de custos com antirretrovirais são anteriores à diretriz adotada pelo governo brasileiro, amparada em orientação do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV (UNAIDS), de ministrar antirretrovirais a partir da detecção da infecção por HIV, antes mesmo da Aids se manifestar, veremos que essa decisão implica na ampliação de gastos com antirretrovirais. Diante do cenário de corte de recursos para a área de saúde, se são necessários

mais recursos para esses medicamentos, outros setores de gastos terão os recursos drenados para a compra desses produtos, ou ocorrerá solução de continuidade.

Cabe uma reflexão – os cortes de gastos sociais, a Emenda Constitucional 95 que limita o orçamento das políticas sociais pelos próximos 20 anos, a Lei de Responsabilidade Fiscal, interessam a alguns segmentos da classe dominante, especificamente àqueles que apostam no mercado financeiro. Mas esses cortes não são do interesse da indústria farmacêutica, nem de segmentos que atuam nas áreas ambulatorial e hospitalar, que empenham seus recursos na atenção às pessoas com HIV e que-rem retorno de seus investimentos.

Aponta-se, portanto, para uma luta de titãs entre diversas frações do capital, em torno do fundo público, ainda que os financistas tenham algumas vantagens a seu favor, principalmente com as medidas aprovadas no governo Michel Temer. Por outro lado, o mercado de planos de saúde anseia por seu crescimento junto a todos os segmentos das classes trabalhadoras, e conta com o apoio do Ministro da Saúde Ricardo Barros, que teve forte aporte financeiro de setores dos planos de saúde para sua campanha para deputado federal.

A aprovação de planos acessíveis de saúde neste governo, alguns apenas com consultas e exames básicos, sem internação e sem exames complexos, caminha nessa direção, mas estes não são suficientes para as pessoas vivendo com HIV, que são suscetíveis a variadas infecções que exigem internação e cuidados mais complexos. Se tiverem planos acessíveis de saúde, precisarão do SUS para suas necessidades de saúde, e se este estiver sucateado, com insuficiência de pessoal, serviços, exames, profissionais de saúde, vão sofrer e isso vai impactar os indicadores de morbidade e mortalidade, prejudicando as pessoas vivendo com HIV e a imagem do país como importante ator diante da epidemia de Aids.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sintetizando as reflexões apresentadas, considera-se que vivemos um momento de avanço de práticas políticas ortodoxamente neoliberais, de cortes de políticas sociais, limitação dos gastos para as próximas décadas, ao tempo em que a epidemia de Aids ainda mostra tendências

de crescimento entre homens jovens que fazem sexo com homens e entre mulheres nas duas regiões mais pobres do país. O enfrentamento da Aids, na perspectiva internacional atual, aponta o privilegiamento de respostas biomédicas, através da administração de antirretrovirais, medicamentos de alto custo, produzido por empresas farmacêuticas que detêm as patentes, impedindo a reprodução desses medicamentos, exigindo negociações e lutas com as indústrias, para conseguir redução dos custos.

O atual governo brasileiro vem desenvolvendo críticas ao SUS, indicando a impossibilidade de o governo arcar com sua implementação, apontando para parcerias público-privadas, para o crescimento de planos privados de saúde, reduzindo cada vez mais os recursos para a área de saúde, sucateando serviços, reduzindo e precarizando os trabalhadores da saúde.

O enfrentamento da Aids exige recursos financeiros, humanos, infraestrutura, que depende de uma vontade política do governo, que não existe. Os brasileiros, 75% dos quais dependem do SUS para suas necessidades em saúde, precisam estar alertas e se unir em torno do direito à saúde, negado e vilipendiado pelo fortalecimento do projeto privatista para a saúde.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, A.; MATHIAS, M. Cobertura Universal de Saúde: a nova aposta do capital. **Brasil de Fato**, 2014. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/node/30769/>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

ASSOCIAÇÃO Nacional de Hospitais Privados – ANAHP. **Livro Branco – Brasil Saúde** 2015. A sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro. Brasília: ANAHP, 2015. Disponível em: <<http://anahp.com.br/publicacoes-anahp/livros/livro-branco-brasil-saude-2015-caderno-de-propostas>>. Acesso em: 14 fev. 2016.

BARBOSA FILHO, E. A. **Coalizão de forças, discursos e conflitos: uma análise do gerencialismo na gestão do consórcio público intermunicipal de saúde do Sertão do Araripe pernambucano (CISAPE)**.

2013. 186 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

BRASIL, Ministério da saúde. **Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV)**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br>>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. **Serviços de saúde**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/aceso_a_informacao/servicos-de-saude?field_endereco_tipo_tid=379> HYPERLINK “http://www.aids.gov.br/pt-br/aceso_a_informacao/servicos-de-saude?field_endereco_tipo_tid=379&province=%20All&field_%20end_servicos_disponiveis_tid=All”. Acesso em: 13 out. 2017.

CARVALHO, D. R.; SILVA, C. A. T.; OLIVEIRA, R. M. A. et al. Custos no tratamento ambulatorial da HIV: um estudo de caso no Hospital-Dia de Natal/RN. **Anais XVIII Congresso Brasileiro de Custos**. Rio de Janeiro - RJ, Brasil, 07 a 09 nov. 2011.

COELHO, N. **Ministério da Saúde amplia oferta do tratamento para aids com medicamento inovador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/ministerio-da-saude-amplia-oferta-do-tratamento-para-aids-com-medicamento-inovador>>. Acesso em: 02 out. 2017.

ESCOLA Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ. **Entrevista de Áquilas Mendes**. 17 fev. 2017. Disponível em: <<http://www.epsvjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/o-grande-problema-e-a-falta-de-dinheiro-para-o-sus-e-nao-a-forma-de-repasse>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

GRANGEIRO, A.; TEIXEIRA, L.; BASTOS, F. I.; TEIXEIRA, P. Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos anti-retrovirais no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, 2006; v. 40 (Supl), p.60-69.

HARVEY, D. **O neoliberalismo**: história e implicações. São Paulo:

Loyola, 2008.

INSTITUTO Coalizão Saúde (ICOS). **Proposta para o sistema de saúde brasileiro**. ICOS, 2016.

LAGO, R. F.; COSTA, N. R. Dilemas da política de distribuição de medicamentos antirretrovirais no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, supl.3. Rio de Janeiro, Nov. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a28.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2016.

MATHIAS, M. Uma segunda alma para o Sus? **Revista POLI: saúde, educação e trabalho - jornalismo público para o fortalecimento da Educação Profissional em Saúde**, Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Ano IX, n.48, nov./dez. 2016. Disponível em: <[file:///C:/Users/Ana%20Cristina_/Downloads/poli%20oda%20pec%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Ana%20Cristina_/Downloads/poli%20oda%20pec%20(2).pdf)>. Acesso em: 21 fev. 2017.

MENDES, A. C. R. **Evolução dos gastos com medicamentos: crescimento que preocupa**. Disponível em: <http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/mesa_07_-_fabiola_gastos_medicamentos.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social**. São Paulo: Cortez, 2008.

NETTO, J. P. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós 64**. São Paulo: Cortez, 2009.

NORONHA, J. C.; NORONHA, G. S.; COSTA, A. M. A revolta contra os pobres: saúde é para poucos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.41, n.112, p.13-19, Jan./Mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial da Saúde**. Financiamento dos Sistemas de Saúde. O caminho para a cobertura universal. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2017.

PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde/ Programa Estadual IST/Aids/HV. **Boletim DST/AIDS**. Recife: dez. 2016.

SANTOS, N. R. SUS fora do rumo: busca de luzes: acima do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.106, p.582-600, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00582.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

SCHEFFER, Mario Cesar. Interaction between pharmaceutical companies and physicians who prescribe antiretroviral drugs for treating AIDS. **São Paulo Med. J.**, São Paulo, v.132, n.1, p. 55-60, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802014000100055&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2014.1321609>.

VIEIRA, F. S. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v 43, n.4, p.674-81, ago. 2009.

_____;BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para efetivação do direito à saúde no Brasil**. Nota Técnica IPEA N° 28. Brasília: IPEA, set. 2016.

VILLARINHO, M. V.; PADILHA, M. I.; BERARDINELLI, L. M. M. et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.66, n.2, mar./abr. 2013.

CONTRARREFORMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FOCO

*Kathleen Elane Leal Vasconcelos
Sandra Amélia Sampaio Silveira
Alexandra Bonifácio Xavier*

INTRODUÇÃO

O objetivo deste artigo é empreender uma análise, ainda que embrionária, acerca da contrarreforma da saúde e suas repercussões no campo da Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira, particularmente na Estratégia Saúde da Família (ESF), adotada pelo Ministério da Saúde (MS) como prioritária para a expansão e consolidação deste nível de atenção e, pretensamente, ordenadora do sistema de saúde.

A proposta da APS expressa questionamentos ao modelo biomédico e requisita mudanças na organização dos serviços de saúde, mas também é palco de tensões conceituais e ídeo-políticas. O debate em torno da APS adquire relevo internacional a partir do final da década de 1970, difundido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e por organismos multilaterais. Essa agenda é adotada no Brasil, com algumas particularidades, tendo como maior expoente a ESF, principal propositura para sua operacionalização no país.

A partir de 1990, a busca de uma saúde pública, universal, igualitária e democrática, inscrita na Constituição Federal de 1988 e decorrente

das lutas do Movimento de Reforma Sanitária vem sofrendo as ameaças neoliberais, de modo que, sob os auspícios do Banco Mundial (BM), a contrarreforma do Estado leva a cabo uma APS em sua concepção mais restrita, concebida como pacotes básicos de serviços de saúde voltados à população mais pobre.

Diante do exposto, o artigo está organizado da seguinte forma: o primeiro item analisa os rebatimentos da contrarreforma do Estado na política de saúde, notadamente na APS; o segundo tópico discute algumas especificidades da contrarreforma da saúde no Brasil, com destaque ao processo de dilapidação do SUS constitucional; o terceiro item enfatiza a ESF no contexto contemporâneo de contrarreforma na APS; por último, traçamos algumas considerações finais.

CONTRARREFORMA DO ESTADO E IMPLICAÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE

O processo de contrarreforma dos Estados é parte das estratégias de enfrentamento à crise do capitalismo, evidenciada com mais força a partir dos anos 1970. Em tal contexto, o universalismo do Estado de Bem-Estar Social é frontalmente golpeado e substituído pelos interesses do capital financeiro (VASCONCELOS, 2013). As medidas de proteção social são comprimidas em nome da ampliação do superávit primário e da crescente elevação da taxa de juros, que alimenta o sistema bancário e instituições financeiras. Assim, o ideário neoliberal ganha força - sob a égide de vários organismos internacionais - especialmente nos anos 1980 e 1990, nos países periféricos, mas também vem sendo o referencial de variadas contrarreformas atualmente em curso em diversos países centrais ou periféricos (Idem).

Na busca pela redução do Estado no campo dos direitos sociais, o fenômeno denominado por Mandel (1985 apud SOARES, 2010) de supercapitalização ganha espaço, implicando na utilização dos serviços sociais como *locus* de mercantilização e lucratividade, sob a lógica da racionalidade privada.

Nesse processo, a saúde se destaca, visto que diferentes necessidades de reprodução ampliada do capital incidem ou se realizam através desse setor (TEIXEIRA, 1989 apud VASCONCELOS, 2013). A oferta de

seguros privados de saúde, da gestão privada de fundos públicos, bem como a incorporação plena da ciência ao capital no complexo médico-hospitalar-farmacêutico (LAUREL, 2014 apud RIZZOTO; CAMPOS, 2016), engendram altos níveis de lucratividade, em suas íntimas relações com o capital financeiro internacional (SOARES, 2010).

Daí porque os interesses do citado complexo (conformado pelas grandes corporações privadas) têm influenciado significativamente na configuração das políticas de saúde (ANTUNES; MATHIAS, 2016). Tais interesses são canalizados e defendidos por alguns organismos internacionais, a exemplo do BM, principal executor e difusor dos ajustes estruturais, que desde os anos 1970 vem adquirindo um papel relevante na indução da chamada contrarreforma do Estado nos países periféricos.

Vale destacar que a influência do BM e da OMS se faz presente nas propostas em torno da APS⁸², ganhando repercussão mais expressiva na agenda internacional das políticas de saúde a partir da realização de importantes eventos, tais como a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, mais conhecida como Conferência de Alma-Ata, que traz os determinantes sociais do processo saúde-doença para o palco das discussões sanitárias e, através do questionamento ao modelo biomédico, conforme mencionamos, caracteriza a saúde como direito humano fundamental (OMS, 1978).

Apesar das variadas formas operacionais e concepções⁸³ destacam-se como principais atributos da APS: a acessibilidade, o primeiro contato, a responsabilidade, a continuidade, a coordenação (integração) e a in-

82 A trajetória de discussões e de experiências de APS é longa e polêmica, remetendo ao início do século XX, de modo que não iremos nos deter a este resgate das bases teórico-conceituais, já suficientemente contempladas nas contribuições de Aquino et al. (2014), Giovanella e Mendonça (2008), dentre outros.

83 Segundo Giovanella e Mendonça (2008, p.576) é possível identificar “três linhas principais de interpretação de APS: 1) programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços; 2) um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; 3) de forma abrangente, uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde”.

tegralidade (AQUINO et al., 2014; STARFIELD, 2002).

Em contraposição às ideias defendidas na Declaração de Alma-Ata, em 1979 foi realizada a Conferência de Bellagio, na qual emergem críticas à Declaração de Alma-Ata, considerando suas proposições amplas e inviáveis. Assim, é proposta uma “APS seletiva”, voltada a um pacote básico de medidas através de políticas públicas focalizadas.

Conforme Vasconcelos e Schmaller (2011), as tensões entre a concepção de APS ampliada (prevista em Alma-Ata) e restrita (apregoadas pelos organismos internacionais em Bellagio) atravessam as décadas de 1980 e 1990. Contudo, é a segunda que se torna hegemônica, especialmente através de programas de extensão de cobertura em países periféricos, a pretexto do enfrentamento da crise capitalista vivenciada a partir da década de 1970 (MARTINIANO; SAMPAIO; SILVEIRA, 2014).

A partir da década de 2000, constata-se uma guinada nas discussões sobre a APS por parte dos organismos internacionais, visto que agências como o BM passam a atualizar seu discurso para o campo sanitário, num aparente “reversionismo” do discurso neoliberal (VASCONCELOS, 2013). Destarte, frente ao agravamento do quadro de crise econômica, as organizações multilaterais admitem que o neoliberalismo “[...] não vinha oferecendo respostas políticas adequadas para garantir a administração dos conflitos e a boa governança dos mercados internacionalizados, principalmente, dos chamados mercados emergentes” (MARANHÃO, 2012, p.78).

A necessidade de uma nova agenda mundial passa a ser apregoadas, pautada no social-liberalismo, ideário burguês que tem como alicerce a combinação entre crescimento econômico e justiça social, combate à pobreza e solidariedade (MOTA, 2012; CASTELO, 2013). Sob tal ideário, as políticas sociais devem estar voltadas para os “perdedores da globalização” (LATHAM, 2007, p.62), buscando a revitalização da universalidade do bem-estar social, conforme o citado autor, “baseado em um sistema de provisão mista – a seguridade social subsidiada por contribuições privadas, juntamente com uma rede de segurança de benefícios mínimos com subsídio público”.

Com base em tais pressupostos surge a ideia de um “Novo Universalismo” ou “Universalismo Básico” (UB) para as políticas sociais. Tal proposta parte de críticas ao “paradigma” focalizador das políticas

sociais neoliberais⁸⁴ (FILGUEIRA et al., 2016) e visa a superação da polarização do universalismo x focalismo em tais políticas (VASCONCELOS, 2013).

O UB, mesmo que busque,

(...) promover un conjunto de servicios de cobertura universal que cumplan con estándares de calidad para todos, se propone para un conjunto limitado de prestaciones básicas, que incluye las prestaciones esenciales de derecho universal, que variará de acuerdo con las posibilidades y definiciones propias de cada país (FILGUEIRA et al., 2016, p.21).

Assim, em nome do “manejo eficiente e transparente dos recursos públicos” e do uso de mecanismos que supostamente permitiriam resolver as tensões entre demandas sociais e restrições fiscais, esse conjunto - limitado - de serviços básicos, a serem oferecidas em cada país, variará de acordo com a realidade local (FILGUEIRA et. al., 2016) e deverá ter ampliação progressiva, levando em consideração os limites fiscais.

No campo da saúde, a UB se expressa na Cobertura Universal de Saúde (CUS), abraçada pela OMS, baseada no pressuposto de que os países periféricos não conseguem oferecer efetivamente coberturas universais (BAHIA et al., 2016). Para os defensores da CUS, os sistemas de saúde devem se basear na demanda e em contratos de pré-pagamento - em contraposição a sistemas centrados na oferta e nas redes públicas-, assumindo alternativas distintas: “para os países ricos prescreve-se o modelo universal clássico, seja via serviço nacional de saúde, seja via seguro social, e para os demais países restaria a proposta de cobertura universal” (BAHIA et al., 2016, p.2).

Segundo a OMS (2013 apud OCKÉ-REIS, 2016, p.20) a proposta de implantação da CUS parte da “noção genérica de que todas as

84 Não obstante a aparência progressista e as críticas às características das políticas sociais em cenário de ajuste fiscal, Minteguiaga (2009) denuncia que a própria terminologia do UB expressa contradições: a proposta afirma buscar a construção da cidadania, através da garantia de direito, porém requisita a seleção do que é “essencial”, recaindo justamente na focalização que tenta negar.

peças deveriam ter acesso aos serviços de saúde de que necessitam sem ônus financeiros, visando à redução da pobreza e ao cumprimento dos objetivos de desenvolvimento estabelecidos internacionalmente”. A OMS acrescenta (OMS, 2010 apud OCKÉ-REIS, 2016), a partir de 2010, que o foco na **Atenção Primária** e na redução dos custos e dos desembolsos diretos das famílias, com ênfase na oferta de serviços essenciais. No entanto, não há preocupação com a resolutividade de problemas de saúde para além desses serviços restritos.

A CUS vem ganhando adeptos e obtendo largo espaço na agenda da saúde global (ANTUNES; MATHIAS, 2016). Apesar de agregar conceitos tradicionalmente do campo progressista, como é o caso da equidade e da universalidade, acaba por alterá-los semanticamente e reduzi-los ao campo do possível liberal (CAMPOS; RIZZOTO, 2016), havendo a transformação semiótica do direito universal para a CUS, “(...) associado à ‘proteção do risco financeiro’ e à busca de mecanismos alternativos de financiamento setorial” (NORONHA, 2013, p.848).

Em consonância com a proposta da CUS, a concepção restrita de APS é disseminada como o remédio mais eficiente para os sistemas de saúde dos países periféricos, em íntima relação com os anseios do neoliberalismo.

A partir das considerações até aqui traçadas em torno da contrarreforma do Estado e de sua incidência na APS, adentraremos nos rebatimentos desse processo na realidade brasileira.

A CONTRARREFORMA DA SAÚDE NO BRASIL: O PROCESSO DE DILAPIDAÇÃO DO SUS CONSTITUCIONAL

No cenário brasileiro, a contrarreforma do Estado, que visa redefinir os direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988, tem início nos anos 1990 com o ingresso do projeto neoliberal ao país, durante o governo Collor, sendo consolidado por Fernando Henrique Cardoso (FHC), através de medidas como privatização, precarização dos serviços públicos, proliferação de parcerias público-privadas, adoção de políticas focalistas, etc.

Na década de 2000, os governos Lula e Dilma mantêm os traços

essenciais do modelo econômico que favorece o capital internacional, aliando-os com as especificidades advindas da adoção do “neodesenvolvimentismo”: a busca por minimizar as condições de pobreza (embora sem enfrentar efetivamente a desigualdade social) e, concomitantemente, viabilizar o acesso mercantil a bens e serviços (MOTA, 2012).

Com o golpe parlamentar consolidado em 16 de Abril de 2016, que colocou Temer na presidência do país, vem ocorrendo uma acelerada retomada do projeto de ajuste fiscal e redução de direitos sociais, agora em sua versão neoliberal “puro sangue”.

Neste cenário, as orientações social-liberais das agências multilaterais se colocam na pauta nacional, reafirmando a necessidade dos ajustes, ao mesmo tempo em que ratificam a possibilidade – puramente ideológica – de aliá-lo à promoção da igualdade social. O “retorno” à defesa da austeridade com radicalização do ajuste fiscal e da diminuição do Estado em suas responsabilidades sociais fica patente, por exemplo, no último relatório⁸⁵ emitido pelo BM no dia 21 de novembro de 2017, encomendado pelo governo Temer, que corrobora o discurso de que o Estado brasileiro gasta mais do que arrecada e aloca seus recursos de maneira pouco eficiente.

É importante situar que, historicamente, as recomendações dos organismos internacionais são seguidas com maior ou menor intensidade no país, a depender inclusive do projeto de desenvolvimento que cada governo tem para o Brasil. Nessa direção, o BM tem adquirido um papel de relevo na influência da política de saúde no país, especialmente na década de 1990, adquirindo talvez menos intensidade nos governos petistas, porém tomando novo fôlego com o governo Temer.

Nos governos do PT, embora houvesse menções à defesa do SUS, não foram tomadas medidas que efetivamente revertissem os nós críticos do sistema (como o desfinanciamento crônico da política de saúde, o crescente papel que o setor privado vem assumindo no interior do sistema, o gigantesco crescimento do mercado da saúde, a precarização do trabalho em saúde, etc.). Já no governo Temer, o processo de desmonte do SUS vem assumindo clareza e velocidade assustadoras, aliado

85 Relatório disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/pdf/121480-REVISED-PORTUGUESE-Brazil-Public-Expenditure-Review-Overview-Portuguese-Final-revised.pdf>>.

ao violento ataque aos direitos sociais existentes.

O sistema de saúde tem passado por uma série de medidas desvirtuadoras de seu marco legal original, num processo que indica particularidades e intensidades específicas em cada governo: embora tenha tido espaço variável nos diferentes ciclos de governo, na análise de Lima et al. (2016), desde sua criação, a consolidação do SUS não teve papel de destaque na agenda governamental. Assim, resguardadas as particularidades, são evidentes os traços de continuidade nos governos eleitos desde 1990 no país quanto à adoção de medidas consonantes ao receituário neoliberal que desvirtuam o SUS de sua concepção original.

Conforme Lima et al., (2016), ao longo desses governos, a materialização do SUS tem se dado no interior de um duplo movimento: se, de um lado, tem havido melhoria das condições de saúde e do acesso aos serviços de saúde; de outro, vem ocorrendo o fortalecimento do setor privado no investimento e na prestação da assistência. Estratégias de facilitação da expansão e de indução dos usuários à obtenção de planos privados “populares” transformam o setor privado no mais importante provedor de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) ao SUS, que “[...] em alguns casos oferta mais de 90% desses serviços” (CAMPOS; RIZZOTO, 2016, p.271), quando esta relação deveria ter caráter complementar.

Outra estratégia que tem ganhado espaço no cenário nacional tem sido a privatização em sua forma “não clássica” (terceirização), num alargamento das Parcerias Público-Privadas⁸⁶ (PPP) na gestão do setor, gerando possibilidades de destinação direta do fundo público para o setor privado, a partir da ideia de que as fragilidades e contradições do SUS derivam de problemas administrativos/gerenciais e de gestão (SOARES, 2010).

Nessa trilha, com o apoio do governo Temer, desde 2016 vem sendo fomentada a criação da Organização de Gestão da Saúde (OGS)⁸⁷, en-

86 Neste sentido, tem proliferado propostas que expressam as PPP: as Organizações Sociais (OS); as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPI); as Fundações Estatais de Direito Privado (proposta do governo Lula) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (materializada no governo Dilma).

87 Os sujeitos políticos defensores desta proposta são a Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp), o Instituto Coalizão Saúde (ICOS) e o Colégio Brasileiro

tidade privada que compartilharia a prestação de serviços com o SUS, controlando toda a gestão da rede e a totalidade dos recursos públicos da saúde (MATHIAS, 2016), em irrestrita consonância com o ideário da CUS.

Algumas medidas legislativas, gestadas no governo Dilma, também se destacam no processo de desmonte do SUS, tais com: a) a abertura do setor saúde ao capital estrangeiro (através da Lei nº 13.097/2015), respondendo aos interesses privatistas e do capital internacional para circulação ampla no país; b) o aumento da Desvinculação das Receitas da União (DRU) de 20 para 30% e sua prorrogação até 2023, bem como a expansão de sua instituição para estados e municípios, através da Emenda Constitucional (EC) Nº 93/2016, o que consiste na drenagem do orçamento das políticas de saúde e educação em direção ao pagamento da dívida pública, beneficiando o capital financeiro internacional.

Dentre as iniciativas aprovadas no governo Temer que incidem diretamente no SUS, destacamos: a Lei nº 13.429/2016 que, entre outros, autoriza as terceirizações para atividade-fim; e a Lei nº 13.467/2014, conhecida como Reforma Trabalhista (altera a Consolidação das Leis Trabalhistas). Tais legislações repercutem intensamente no trabalho em saúde, especialmente em virtude do amplo processo de precarização já existente no setor.

Sinalizamos ainda a Emenda Constitucional nº 95, aprovada em 13 de dezembro de 2016, que estabelece um teto para os gastos públicos por um período de 20 anos. A EC 95 revoga o artigo 2º da Emenda Constitucional nº 86 de 17/03/2015, que estabelece a progressividade nos gastos mínimos com a área da saúde em percentuais da Receita Corrente Líquida (DIEESE, 2016) e institui um novo regime fiscal, afetando os gastos primários, notadamente a saúde e a educação (GUILMARÃES; MATIAS, 2016). Tal emenda representa a queda de custeio com políticas sociais, o que aprofundará o subfinanciamento crônico

de Executivos da Saúde (CBEX). O que os mesmos buscam não é apenas a terceirização dos serviços, como ocorre com as OS, mas uma integração público-privada com o compartilhamento de dados, de informações – e aqui se impõe a necessidade de prontuário eletrônico – e de modelos de gestão. Para maiores detalhamentos sobre esta proposta, sugerimos recorrer a Mathias (2016).

do SUS, sem considerar, conforme Virgens (2017), o quadro sócio-sanitário de envelhecimento populacional, a incorporação de novas tecnologias para diagnóstico e tratamento de enfermidades, a possibilidades de epidemias, etc.

Nesse cenário de retrocessos, a contrarreforma da saúde obstrui a construção do SUS constitucional, conforme sinalizamos. Os eixos estruturadores de tal desmonte são a relação entre saúde e desenvolvimento (a saúde como campo de investimento público e privado, cuja expansão precária garante a ampliação do mercado), a redefinição do público estatal (através das várias formas de privatização) e dos novos modelos e instrumentos de gestão - com uso de estratégias como pactuação, consensualização, contratualização (SOARES, 2010).

Na contramão desse processo de ataques ao SUS estão os sujeitos coletivos que defendem o projeto da Reforma Sanitária, entre eles entidades históricas como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Destacamos também o papel da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), que vem retomando a radicalidade das proposições basilares do movimento de Reforma Sanitária dos anos 1980. Há também várias estratégias locais de resistência aos processos de desmonte dos direitos sociais, entre eles a saúde, em vários pontos do país, a exemplo dos Fóruns em defesa do SUS e de Fóruns em defesa das políticas públicas.

Assim, após essas considerações, compete evidenciar o lugar da APS e da ESF no cenário da contrarreforma do Estado no Brasil.

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ELEMENTOS PARA UMA ANÁLISE DO CENÁRIO BRASILEIRO NA CONTEMPORANEIDADE

A discussão em torno da APS no Brasil começa a ter maior visibilidade a partir dos anos 1980, visto que, até este período, conforme revelam Vasconcelos e Schmaller (2011) havia uma concepção bastante restrita em torno desse nível de atenção, que atribuía aos centros de saúde basicamente o papel de intervir na saúde pública, os quais se voltavam apenas para problemas de relevância coletiva (epidemias e

endemias), através de vacinação, educação e programas para controle de grupos com risco epidemiológico alto, via programas verticais, com normalização estrita (CAMPOS, 2008). Sob tal referencial, as experiências de APS no país não se delinearão como serviços integrados a um sistema nacional, mas como ações pontuais ou programas de extensão de cobertura (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2011).

O ideário de Alma-Ata influencia as requisições do Movimento de Reforma Sanitária, já no final dos anos 1970, porém é apenas na década de 1990 que as propostas em torno da APS são abraçadas pelo MS⁸⁸, através de medidas como a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, que contraditoriamente se voltavam, em sua fase inicial, para a extensão de cobertura, privilegiando municípios inseridos no Mapa da Fome do IPEA (FAUSTO; MATTA, 2007, p.59; MARTINIANO; SAMPAIO; SILVEIRA, 2014). Posteriormente ocorre uma fusão entre os dois programas.

De um programa focalista, o PSF passou por redefinições, sendo denominado na década de 2000 como Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada atualmente por alguns estudiosos como “[...] uma das mais importantes políticas de reorganização dos modelos de atenção do SUS no Brasil” (AQUINO et al., 2014, p.369).

Segundo o MS, as equipes da ESF⁸⁹ devem desenvolver ações de promoção e proteção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, redução de danos e manutenção da saúde junto a uma população adscrita de no máximo 4.000 pessoas por equipe (BRASIL, 2017). Atualmente a ESF conta com 40.162 equipes

88 É importante situar que, nesse período, o MS adota a terminologia Atenção Básica para se referir a esse nível de atenção, com o discurso de contraposição às propostas de APS seletiva. Contudo, desde o final dos anos 2010, passa a usar os termos como sinônimos.

89 Tais equipes deveriam ser compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) - (ACS) para, no máximo, 750 pessoas). A partir de 2001, as equipes puderam contar ainda com dentista, auxiliar de consultório dentário e/ou técnico em higiene dental. Posteriormente, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, com o objetivo oficial de ampliar o escopo da atenção básica no país.

de Saúde da Família que atuam junto a 124 milhões de pessoas, em 5.504 municípios, possibilitando uma cobertura de 63,7% da população nacional (DAB/MS, 2017).

Paulatinamente, a ESF foi assumindo um caráter de prioridade no âmbito da APS, de modo que o governo federal passou a adotar medidas para impulsionar a sua expansão, especialmente através da indução financeira⁹⁰. Em 2006, a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) elege a ESF como estratégia prioritária para a expansão e consolidação da APS no país, centralidade reafirmada na atualização da PNAB de 2011.

Ao longo da trajetória de expansão da ESF no país⁹¹ é possível identificar significativos resultados tais como a diminuição da mortalidade infantil, redução das hospitalizações sensíveis à APS, melhoria nos registros de informação, melhor desempenho que as equipes tradicionais no tocante à atenção integral (AQUINO et al., 2014). A estratégia também tem contribuído para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, ainda que basicamente na APS.

Apesar dos investimentos governamentais na ESF e dos avanços registrados, há contradições e limites⁹² em sua concretização que não podem ser desconsiderados, pois colocam em questionamento o seu papel como estratégia nacional de (re)organizadora do sistema de saúde. Assim, destaca-se a permanência da desarticulação da rede de serviços, com a dificuldade de assegurar a integralidade da atenção, a despeito da proposta da APS como organizadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Evidenciam-se problemas na gestão

90 A exemplo da instituição do Piso da Atenção Básica (PAB) Variável, previsto na Norma Operacional Básica (NOB) 1996 (FAUSTO; MATTA, 2007). Outras medidas também foram tomadas visando a ampliação/melhoria da ESF: o Projeto “Reforço à Reorientação do SUS” (REFORSUS); o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS); o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde); o Programa de Extensão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) e; o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - Atenção Básica (PMAQ-AB).

91 Sobre tal trajetória cf. Aquino et al., (2014); Vasconcelos; Schmaller (2011).

92 Para um debate mais detalhado acerca de tais desafios, cf. Vasconcelos; Schmaller (2011).

dos serviços e no financiamento, pois ainda se gasta mais com os serviços especializados e hospitalares – em sua maioria, comprados do setor privado – fragilizando ainda mais o SUS (SOLLA; MARTINIANO; SAMPAIO; SILVEIRA, 2014).

O cenário atual de contrarreforma na saúde traz novos elementos que tendem a aprofundar as limitações e contradições da ESF e a fragilizar não apenas a APS, mas o SUS como um todo. Nesta perspectiva, podemos mencionar três medidas que, entrelaçadas, impactam diretamente na ESF: o projeto denominado “SUS legal”; o projeto dos “Planos de Saúde Acessíveis” e a nova Política Nacional de Atenção Básica, recentemente aprovada.

A primeira medida que traz impactos diretos e imediatos para a ESF é o “SUS legal”. Diz respeito à alteração no modelo de repasse dos recursos da União para estados e municípios: a proposta consiste na extinção dos seis blocos de financiamento, através dos quais os recursos do governo federal eram destinados para os estados e municípios, substituindo-os por apenas dois: custeio e investimento (VIRGENS, 2017). Pinto (2017) considera que a extinção de tais blocos, sem o mínimo de exigência e regras, inicia “o mais danoso e perverso retrocesso no financiamento e na estrutura da Atenção Básica e Vigilância em Saúde no Brasil” (PINTO, 2017, [s.p.]), visto que abre margem para o redirecionamento de recursos que deveriam ir para a APS em direção às redes secundária e terciária de atenção à saúde.

A segunda medida é o projeto dos “Planos de Saúde Acessíveis”, apontado como solução para o subfinanciamento do SUS e para a fragilização da APS através da ampliação do acesso “popular” a planos de saúde com configurações bastante específicas, que passam pela “[...] conjugação da desregulamentação das regras de cobertura, especialmente aquelas relacionadas com a possibilidade de redução do número de unidades assistenciais, de restrição da oferta de especialidades médicas e da menor abrangência territorial dos planos de saúde” (BAHIA et al., 2016, p.1).

O que se anuncia é que a redução de coberturas desses planos seria suprida pelo sistema público, nas situações excluídas ou limitadas pelos contratos baratos: “[...] a universalidade e a integralidade previstas no SUS seriam avalistas da redução do preço da mensalidade dos planos

privados” (BAHIA et al., 2016, p.2). A demanda dos empresários do setor para a instituição da “dupla porta de entrada” para o SUS possui fortes vinculações com as recomendações internacionais, especialmente no tocante a CUS - “com base em políticas de suporte à demanda, que incluem subsídios para a aquisição de planos privados em substituição aos sistemas nacionais, baseados na oferta pública” (BAHIA et al., 2016, p.1).

Com a proposta dos “Planos Acessíveis”, a APS, que durante muito tempo não foi palco de investimentos mais pesados do projeto privatista, passa a ser alvo direto da ofensiva do mercado. Destarte, as fronteiras de lucratividade com planos de saúde voltados para a classe média seriam, desse modo, flexibilizadas, com a expansão da privatização para os níveis mais baixos de renda, conforme sinaliza Mathias (2016).

A terceira medida que merece destaque é a mais recente edição da PNAB⁹³, a qual apresenta ameaças à viabilização da APS numa abordagem integral e universalista, embora reafirme os princípios e diretrizes e o significado da ESF definido na política anterior. Na avaliação de Morosoni (2017), o que mais preocupa no documento não é exatamente o que está escrito, mas os silêncios e o que ele deixa de regulamentar, abrindo espaços para reducionismos.

Em seu artigo 40, a política reafirma a ESF como “estratégia prioritária para a expansão e consolidação da atenção básica”. No entanto, em parágrafo único subsequente afirma que “serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria” (BRASIL, 2017), sem sinalizar como ocorreria esse processo de transição. Além disso, alguns princípios e diretrizes da APS, como a resolutividade, a longitudinalidade da atenção, o trabalho no território e a busca pela prevenção e promoção da saúde, são comprometidos ao se reconhecer outras equipes de Atenção Básica que não seguem o modelo da ESF. Tais equipes básicas podem contar

93 Apesar de fortemente contestada por estudiosos e por instituições como o CEBES e a ABRASCO, durante o curto processo de discussão da minuta apresentada pelo Ministério da Saúde, a política foi aprovada em reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada em 31 de agosto de 2017 e em seguida instituída através da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, contrariando decisão do Conselho Nacional de Saúde, numa afronta direta ao controle social.

com uma composição profissional e carga horária menor que a ESF⁹⁴, sendo inclusive opcional a presença de CS junto às mesmas, abrindo a possibilidade de ações pautadas no modelo queixa-conduta e numa clínica simplificada, ou seja, para um retorno ao modelo tradicional.

Cumprir destacar que, diferentemente da PNAB 2011, que previa um número mínimo de 04 e no máximo 12 ACS por equipe de saúde da família, para um limite de 750 pessoas, com vistas ao atendimento de 100% da população, a atual política propõe que o número de ACS seja estabelecido de acordo com definições locais, direcionando a prioridade de cobertura máxima para as áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, sem que tais características sejam definidas. Isso, concretamente, possibilita a existência de equipes sem ACS, com tendência subjacente de demissão desses trabalhadores.

A PNAB prevê ainda a implantação da Estratégia de ACS para atuar nas localidades onde não houver cobertura das equipes de atenção básica ou das equipes de saúde da família, o que parece uma reedição do PACS.

Os elementos acima sinalizados indicam uma volta ao modelo tradicional e são convenientes ao enxugamento de recursos derivado da EC 95, visto que, ao menos imediatamente, a equipe tradicional de APS tem custos menores que o da ESF, contudo, a médio e longo prazo, trará impactos indesejados nos índices de morbimortalidade e internações por condições sensíveis à APS.

No anexo da PNAB 2017, que “detalha” a operacionalização da mesma, é determinado, no item relativo ao funcionamento, que “as ações e serviços da Atenção Básica, deverão seguir padrões essenciais e ampliados”. De forma genérica define Padrões Essenciais e Padrões Ampliados sem, contudo, apontar a normatização específica para o financiamento de tais ações. Tais padrões remetem à definição de uma

94 Segundo a PNAB tais equipes devem ser compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e, opcionalmente, poderão agregar profissionais de saúde bucal e ACS ou Agentes de Combate a Endemias (ACE). A carga horária mínima por profissional nestas equipes é de 10h, de modo a somar a carga horária mínima de 40h semanais, abrindo espaço para uma rotatividade dos profissionais. Para a ESF a nova política estabelece a obrigatoriedade de 40h semanais para todos os profissionais que compõe a equipe.

“lista de serviços/relação de serviços disponíveis” que devem ser afixados em cada unidade básica de saúde e orientarão a organização da APS nos municípios, indicando o alinhamento com orientações restritivas como a CUS e um nivelamento que tende a estimular a execução do mínimo de serviços, ou seja, o padrão essencial.

Por fim, registramos que, em virtude da recente aprovação da nova PNAB, as análises aqui destacadas são bastante iniciais. Contudo, é indubitável a relação do documento com a tendência de busca de “barateamento” da APS, no contexto da EC 95. Neste sentido, num cenário de profundos retrocessos e ataques aos direitos sociais, a flexibilização da APS é uma das faces do imbricado projeto em curso de desmonte do SUS e certamente robustecerá o modelo biomédico e privatista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cenário de contrarreforma do Estado, o processo de dilapidação do projeto do SUS não é recente. Contudo, a assustadora velocidade e crueza das ações em curso desde o golpe parlamentar não deixam a menor dúvida de que objetivam um ataque frontal ao SUS e uma adequação ao ideário dos organismos multilaterais no tocante à redução do papel do Estado no setor.

No tocante à APS, apesar de reconhecermos todos os desafios que a ESF enfrenta, especialmente porque sua expansão e busca de qualificação não modificaram os demais níveis de atenção à saúde, não garantindo a integralidade da atenção ou a própria reversão do modelo de atenção, avaliamos que contém potencialidades para fortalecer os serviços da atenção básica. Neste sentido, o possível desmonte da ESF constitui uma profunda regressão ao modelo tradicional.

Cumpramos lembrar que os retrocessos que rondam a APS não estão associados apenas à nova PNAB - visto que emergem no esteio da EC 95, ao lado da proposta do SUS legal e dos Planos Acessíveis -, indicando claramente se constituir em uma peça a mais no tabuleiro do agressivo desmonte do SUS, quiçá em consonância com a proposta da CUS, que consiste num retrocesso face à tentativa de construção de um sistema universal de saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, A.; MATHIAS, M. **Cobertura Universal de Saúde: a nova aposta do capital.** 2016. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/cobertura-universal-de-saude-a-nova-aposta-do-capital>>. Acesso em: 20 out. 2017.

AQUINO, R. et al. Estratégia saúde da família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In.: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. **Saúde coletiva: teoria e prática.** Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

BAHIA, L. et al. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. p.1-5. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/csp>. Acesso em: 29 Jul. 2017.

CASTELO, R. **O social-liberalismo: auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal.** São Paulo: Expressão Popular, 2013.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB); Ministério da Saúde. **Histórico de cobertura SF.** 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 16 nov. 2017.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In.: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D. (Orgs). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família.** Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

FILGUEIRA, F. et al. Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida. In: MOLINA, C.G. (editor). **Universalismo básico: una nueva política social para América Latina.** México: Editorial Planeta Mexicana: Banco Interamericano de Desarrollo, 2006.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M. de. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GUIMARÃES, C.; MATHIAS, M. Mais perto do fim do mundo. **Rev. Poli. Saúde, Educação, Trabalho**, Ano IX, n.48, nov./dez. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. p.20-25.

LIMA, L.D. et al. 2016: um ano de perplexidade. **Cad. Saúde Pública**, v.32, n.12, Rio de Janeiro, 2016: Epub 15-Dic-2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So102-311X2016001200201&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 04 ago.2017.

MARTINIANO, C. S.; SAMPAIO, J.; SILVEIRA, S.A.S. Os desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para a consolidação da Atenção Primária à Saúde na perspectiva da Promoção da Saúde. In: VASCONCELOS, K.E.L; COSTA, M.D.H (Orgs). **Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidade no contexto SUS**. Campinas: Hucitec, 2014.

MARANHÃO, C. H. Desenvolvimento social como liberdade de mercado. In: MOTA, A. E. (Org.). **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade**. São Paulo: Cortez, 2012.

MATHIAS, M. Uma segunda alma para o SUS? **Rev. Poli. Saúde, Educação, Trabalho**, Ano IX, n.48, nov./dez., Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. p.26-30.

MINTEGUIAGA, A. De la focalización individual a la focalización de los derechos: crítica a la propuesta del Universalismo Básico. In: LOBATO, L. de V. C.; FLEURY, S. (Orgs). **Seguridade Social, Cidadania e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

MOROSINI, M. V. **A nova PNAB é uma volta ao passado**. Entrevista realizada em 01 set.2017. EPSJV/Fiocruz, 2017. Disponível em: <<http://>

www.epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 25 nov. 2017.

MOTA, A. E. Redução da pobreza e aumento da desigualdade: um desafio teórico-político ao Serviço Social brasileiro. In: MOTA, A. E. (Org.). **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia**: crescimento econômico e reprodução da desigualdade. São Paulo: Cortez, 2012.

NORONHA, J.C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.5, Rio de Janeiro May 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So102-311X2013000500003>. Acesso em: 10 ago. 2017.

OCKE-REIS, C.O. Cobertura Universal de Saúde: inclusão ou exclusão? **Boletim de Análise Político-Institucional** / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, n.9. Brasília: Ipea, 2016. Disponível em: <://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/boletim_analise_politico/160908_bapi9_3_reflexao1.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2017.

PINTO, H. **Proposta do ministério escancara desmonte da saúde da família, piora da assistência, precarização dos profissionais e descarte dos agentes**. Entrevista realizada em 08/08/2017, por Conceição Lemes. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/denuncias/heider-pinto-proposta-do-ministerio-escancara-desmonte-da-saude-da-familia-piora-da-assistencia-precarizacao-dos-profissionais-e-descarte-dos-agentes.html>>. Acesso em; 15 out. 2017.

RIZZOTO, M.L.F.; CAMPOS, G.W.S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI . **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.25, n.2, p.263-276, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/1984-0470-sausoc-25-02-00263.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

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

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje:** impactos e demandas ao Serviço Social. Tese (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social). Recife: UFPE, 2010.

SOLLA, J. J. S. P.; PAIM, J. S. Relações entre a atenção básica, de média e alta complexidade: desafios para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. In.: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. **Saúde Coletiva:** teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

VASCONCELOS, K. E. L. **Promoção da saúde e serviço social:** uma análise do debate profissional. Tese (Doutorado em Serviço Social). - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

_____; SCHMALLER, V. P. V. Estratégia Saúde da Família: foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v.17, n.1, p.89-118, Jan.-Jun. 2011.

VIRGENS, J.H.A. **Alguns elementos para analisar a conjuntura da saúde no período Dilma/Temer:** 2017. Disponível em: <<http://analisepoliticaemsaude.org/oaps/pensamentos/21ef7031foe485eb560a4091e-bcoe497/1>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

A CONTRARREFORMA NA SAÚDE E SUA EXPRESSÃO NA SAÚDE MENTAL: A INSTRUMENTALIZAÇÃO DO DIREITO NA SAÚDE MENTAL

Tereza Cristina Ribeiro da Costa

INTRODUÇÃO

É sabido por todos que a Política de Saúde – institucionalizada no Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política de Saúde Mental no Brasil vêm passando por profundas mudanças nos últimos 30 anos, de modo que a apreensão e as formas de intervenção na relação saúde-doença e na loucura tem mudado ao longo dos estágios de desenvolvimento social. Sem dúvida que ter a saúde como direito na Constituição Federal de 1988 é uma grande conquista, fruto das lutas travadas nos anos 1970 e anos 1980. Todavia, a implementação da política reserva grandes discussões e polêmicas, seja no que tange a operacionalização dos princípios e as limitações orçamentárias, seja quanto ao questionamento desses princípios, mais explícito no debate atual, mas presente em todos os momentos. Questões como SUS para todos ou para os pobres, quem deve ter direito, não são novas. O que realmente fica cada vez mais explícito é o sistema de saúde público sendo tomado de assalto pelos interesses privados.

Na saúde mental, precisamos entender qual a direção que a atual política tem tomado, em especial, porque entendemos que existem

peculiaridades, como o fato da Lei da Reforma ter passado 12 anos para ser aprovada, mesmo diante das lutas que foram travadas.

Passados 16 anos de aprovação da Lei 10.216/01 muitos ganhos são comemorados, milhares de leitos e dezenas de manicômios fechados. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) emergem como o principal serviço substitutivo da rede de saúde mental. Nesse texto, vamos nos deter apenas sob esse aspecto: a abertura dos CAPS nos Brasil e seu significado diante de um contexto de avanço das estratégias burguesas, alavancadas, nesse momento, pelo governo de Michel Temer.

A análise se insere numa perspectiva de totalidade, colocando em evidência interesses estratégicos dos projetos de classe e a lógica que controla a execução, bem como o contexto em que se insere essa política. Esse artigo na verdade, é um recorte de um estudo maior – minha tese de doutorado. Para construção desse texto utilizamos a pesquisa bibliográfica e documental. Foram utilizados como fontes de dados: A Lei 10.216/01, as portarias 336/02 e 3088/11 e os Relatórios de gestão produzidos pela Coordenação de Saúde mental 2003-2006 e 2007-2010 e 2011-2015; - Publicação Saúde Mental em Dados – Um Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Publicado pela Coordenação de Saúde Mental/Ministério da Saúde que traz, de forma sucinta, os resultados quantitativos da política de saúde mental. A última publicação foi em outubro de 2015. Além da bibliografia crítica sobre a temática.

LUTA E RESISTÊNCIA EM TEMPO DE CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

O desenvolvimento da Política de Saúde e a formatação dos padrões de proteção social estão em estreita ligação com o desenvolvimento das forças produtivas e o enfrentamento da luta de classes. A Política Social emerge como elemento central no marco das estratégias de enfrentamento eleitas pelo Estado e pelas classes sociais (BEHRING, 2006). Como em qualquer outra Política Social, o debate sobre a Política de Saúde e, em especial, a Saúde Mental, deve incorporar os distintos nexos causais e sua relação com as formas de produção e reprodução sociais no capitalismo, explicitando a historicidade inerente à discussão.

O cenário contemporâneo de crise do capital remete à busca de novos processos de legitimação da ordem burguesa assim como a reafirmação do papel estratégico do Estado no sistema de reprodução social, em coerência com o modelo de acumulação.

É importante lembrar que os últimos anos têm sido marcados pela tensa relação entre o desenvolvimento capitalista e as políticas sociais. Neste caminho, a Política de Saúde tem sido pauta de questionamentos e calorosas discussões, em especial sobre acesso e universalidade, mas também sobre os modelos de gestão adotados. Na Política de Saúde Mental, se observa o risco de retrocesso até mesmo em países que já têm seus processos de Reforma Psiquiátrica consolidados, como a Itália e a Espanha, pois, em meio a atual crise, tem-se percebido uma nova correlação de forças, em que a discussão pautada na crítica da economia política nos auxiliar a nos defrontarmos com o modo como o mundo está e não apenas o nosso desejo e nossos sonhos e, em se tratando de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, essa discussão é muito importante, pois não poucas vezes os avanços no plano legal são confundidos à luta (PAIM, 2008).

A Política de Saúde Mental intensifica a abertura dos serviços substitutivos após a aprovação da Lei 10.216/01. Mas no período que antecede a promulgação da Lei já se percebe a criação de serviços substitutivos ao modelo manicomial, que ocorre respondendo a duas ordens de fatores: a) um relacionado à conjuntura internacional, na qual se evidenciam novas tendências na Política de Saúde Mental em diversos países no mundo, propiciado pela situação do pós-guerra (em que se apreende um investimento na área de reabilitação buscando dar respostas efetivas às sequelas de guerra e às crescentes discussões e críticas aos hospitais psiquiátricos, que ficam à margem dos avanços das reformas sanitárias nos países europeus e dos contextos de ampliação de direitos sociais); e b) a outra ordem de fatores que determina as mudanças é interna e se refere à crítica à assistência psiquiátrica no Brasil que se intensifica no final dos anos 1970 e início dos 1980, num momento de abertura democrática com a reorganização dos partidos e movimentos sociais.

Neste período, as bandeiras por democracia, Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica se unem na luta pela ampliação dos direitos e Políticas Sociais, em que sobram denúncias sobre os maus tratos nos

hospitais psiquiátricos (RATTON, 1979). Os serviços substitutivos passam a ser construídos no lastro da discussão sobre abertura democrática e em meio às medidas de reforma sanitárias, experimentadas, com base nas experiências internacionais e buscando um tipo de assistência à saúde mental diferente da ofertada pelo hospital psiquiátrico. As experiências de hospital-dia, dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e dos e CAPS fazem parte deste momento.

Todavia, a Reforma Psiquiátrica tem uma peculiaridade: é que o Projeto de Lei construído pelo movimento e sociedade civil organizada não passou no Senado. Ou seja, o projeto de Reforma Sanitária avança, mas a Reforma Psiquiátrica foi barrada no Senado Nacional Brasileiro durante toda a década de 1990 e ao todo são 12 anos para o Projeto ser finalmente aprovado, depois de um longo e tenso processo de negociação que culminou em uma nova escrita ao texto do projeto. A Lei 10.216/01 só foi aprovada em 2001 e, um ano depois foi publicada a Portaria Ministerial nº 336/02, a qual determina o CAPS como diretriz do novo modelo de assistência. A Portaria também estabelece a direção que vai tomar a referida Política e os CAPS são definidos de acordo com a complexidade de funcionamento (porte) e abrangência populacional dos municípios. Inicialmente aponta 4 (quatro) variações/modalidades: CAPS I, CAPSII, CAPS III e CAPSi, os CAPS AD III são criados apenas em 2012 com a portaria 130/12.

Em 2011, se institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em meio a várias discussões sobre a rede de saúde mental e às denúncias de precarização feitas por trabalhadores e usuários (só pra lembrar da Marcha dos usuários em Brasília exigindo a realização da IV Conferência de Saúde Mental), novas estratégias foram organizadas para avançar na Reforma Psiquiátrica. Como respostas às demandas postas nessa Conferência que foi realizada no final de 2010.

A RAPS foi criada através da Portaria Ministerial nº 3088/11 e tem como principal concepção, a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde “[...] para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011, p.03).

A Portaria traz algumas alterações quanto a Portaria 336/02, nos que

se refere a abrangência territorial, e traz uma clara preocupação com a demanda de álcool e outras drogas, diante da repercussão que a questão das drogas toma nas eleições de 2010. Todavia, a Portaria não se presta a constituição de uma rede. Fala timidamente da articulação com a atenção básica, o NASF também é esquecido e a portaria não trata dos ambulatorios, dando a impressão de que eles estão fora da rede de saúde mental. Enfim, apresenta muitas limitações e seu grande mérito é tratar de vários serviços numa só portaria.

Diante das limitações o que fica claro é o papel central dos CAPS na política. Cada vez mais se percebe que esses serviços ganham novas atribuições. Pensados inicialmente como serviços territoriais para se discutir/implementar estratégias de desinstitucionalização. Aos poucos, se percebe que vão ganhando novas atribuições. Passam a se responsabilizar pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (que são outros serviços); pelo Consultório de Rua; e por “matriciar” ou melhor por prestar apoio à Estratégia de Saúde da Família no Cuidado dos usuários de transtorno mental. Bem, diante de tantas questões vamos nos debruçar um pouco sobre a abertura desses serviços: o CAPS.

CAPS: AFIRMANDO E NEGANDO DIREITOS

No que tange aos CAPS é importante apontar que em 2001, quando a Lei 10.216 foi aprovada, existiam 295 (duzentos e noventa e cinco) CAPS no país, fruto da luta dos trabalhadores, movimentos sociais, usuários e familiares que diante das dificuldades de aprovação da Lei na esfera nacional, passaram a se organizar nos estados e municípios, conseguindo a aprovação de várias leis estaduais antes da aprovação da lei federal e, sem nenhum incentivo financeiro para abertura dos serviços.

Em dezembro de 2015, o Ministério da Saúde afirmou que existiam 2.328 (dois mil trezentos e vinte e oito) CAPS funcionando no país (BRASIL, 2016) em suas várias modalidades. Não podemos negar que de fato houve um incentivo para a implantação dos CAPS após a Lei 10.216/01, o que expressa um grande avanço numa das principais pautas dos movimentos na luta antimanicomial e sanitária (Movimento Nacional de Luta Antimanicomial-MNLA; Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial; Refoma Psqi -RENILA; Centro Brasileiro de

Estudos de Saúde -CEBES): a abertura de serviços substitutivos. Após a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2002, movimentos sociais, trabalhadores e governo entenderam que a abertura de CAPS teria que ser priorizada procurando, assim, alavancar a outra pauta dos movimentos, que é o fechamento dos leitos em hospital psiquiátrico (PITTA, 2011), dentro de uma perspectiva que, para que os hospitais sejam fechados, é imprescindível a existência de serviços para o cuidado desses usuários, nesse sentido, são pautas complementares.

Todavia, esse aumento quantitativo reserva uma série de contradições, visto que o aumento do número de CAPS se concentra na modalidade de CAPS do tipo I (49%) e a análise destas nos ajudam a desvelar real significado do modelo econômico adotado no país nos últimos anos em que governantes, empresários, imprensa e vasto número de pesquisadores, inclusive, de tradição de esquerda, alardeavam a experiência brasileira, em especial no governo Lula, denominada de “pós-neoliberalismo”.

A opção de expandir os CAPS do tipo I (Tabela 1), precisa ser entendida dentro de uma análise maior, de um período tenso de uma política de tentativa de conciliação do desenvolvimento econômico com a equidade social, em que se percebe a ênfase em políticas focalizadas. Nesse período, a suposta guinada à esquerda que teria tomado o neoliberalismo, o transformando em “pós-neoliberalismo”, é de fato uma encruzilhada de um cenário mais complexo (CASTELO, 2013): se analisarmos a Política de Saúde, percebemos que a ampliação do acesso aos serviços se faz com um “milagre orçamentário”, visto que a cada ano se investe menos na Política de Saúde pública, ao passo que as demandas pelos serviços aumentam.

Tabela 1 - Série Histórica do número de CAPS habilitados no Brasil por tipo (2006-2015)

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPS AD	CAPS ADIII	TOTAL
2006	437	322	38	75	138	0	1.010
2007	526	346	39	84	160	0	1.155
2008	618	382	39	101	186	0	1.326
2009	686	400	46	112	223	0	1.467
2010	761	418	55	128	258	0	1.620
2011	822	431	63	149	272	5	1.742
2012	907	464	72	174	293	27	1.937
2013	978	471	78	187	301	47	2.062
2014	1.069	476	85	201	309	69	2.209
2015	1.135	488	92	210	315	88	2.328

Fonte: Brasil (2016).

Do ponto de vista demográfico é preciso considerar que num país com um território tão amplo e com grande diversidade cultural, geográfica e ocupacional, essas características também devem ser consideradas no planejamento da Política. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015), no Brasil existem 5.570 municípios e uma população de 204,5 milhões de habitantes, com taxa de crescimento de 0,83% (2014-2015). Os dados do Instituto mostram ainda que 56,0% da população reside em municípios com mais de 100 mil habitantes, sendo que boa parte desses moram em cidades com mais de 500 mil habitantes. Os municípios menores apresentaram crescimento negativo, apontando para a dificuldade de construir estratégias nas cidades menores que sejam atrativas à sua população.

Por sua vez, uma apreciação histórica mostraria que a expansão dos CAPS não poderia ocorrer uniformemente, mas obedeceria às condições construídas pela correlação de forças entre modelo manicomial e o movimento de luta antimanicomial (Em duas maiores representações a nível nacional: O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA); e a Rede Nacional Internúcleos de Saúde Mental (RENILA). Como a história assinala os grandes manicômios se concentraram nas grandes Metrópoles e Regiões Metropolitanas, assim, o confronto com o sistema manicomial exigiria estratégias na constituição da rede substitutiva efetiva (PITTA, 2011).

Não restam dúvidas: há um redimensionamento no formato da Política de Saúde Mental visto que, dos 2.328 CAPS abertos (BRASIL, 2015), 1.135 são do tipo I. Os CAPS do tipo I são serviços de menor porte e têm sido implantados em municípios menores, figuram muitas vezes como único dispositivo da Política de Saúde Mental no território, o que tem um significado de grande avanço da política na concretização da política nos municípios de pequeno porte, visto que muitos só conseguem a habilitação através da modalidade “consórcio municipal”. Dessa forma, os CAPS têm o grande mérito de constituir o marco da política de saúde mental em municípios que nunca tiveram nenhum dispositivo e cuidados dos seus usuários com transtorno mental, álcool e outras drogas.

A discussão, portanto, é complexa. Do lado dos trabalhadores desses serviços, se percebe vários questionamentos diante da pluralidade de demandas (transtorno adulto/criança e adolescente/ AD) num único serviço (SILVA et al, 2013) que, contraditoriamente, é o serviço entre os CAPS, com menor quantidade de recursos, do outro lado, a grande maioria desses municípios nunca havia conhecido alguma assistência na área de saúde mental, tendo seus cidadãos com transtorno mental, em sua grande parte, atendidos, através de internamento de longa permanência nos hospitais psiquiátricos localizados na metrópole mais próxima.

Entretanto, como mostram Silva, Dimenstein e Leite (2013), precisamos avançar na discussão sobre os CAPS do tipo I, pois que os mesmos têm encontrado grandes dificuldades em impactar na dinâmica, na assistência e na produção de saúde mental desses municípios, visto que estamos falando de municípios com déficit de serviços sociais básicos, inclusive de outros serviços de saúde, e que o IBGE (2015) apontou que boa parte desses municípios tem apresentado uma tendência de redução da população. Neste sentido, um CAPS isolado pouco pode contribuir na produção de saúde mental, já que o CAPS é um serviço numa política de saúde mais ampla, dentro de uma política social maior, para que a reabilitação psicossocial não se resuma a um conceito.

Por sua vez, os CAPS do tipo II, implantados em cidades com mais de 70.000 habitantes tiveram um período de “boom” em 2006, uma vez que, de todos os CAPS habilitados nesse ano 32% eram do tipo

II, entretanto, em 2015, se registrou uma queda para apenas 21,0% de CAPS habilitados do tipo II.

Na verdade, a estagnação da abertura desse tipo de serviço também era esperada pelos pesquisadores e líderes dos movimentos sociais, dada as suas limitações de horários para trabalhar/atender à crise em saúde mental. Esse modelo de CAPS induz à ideia de que o CAPS é parte do cuidado, mas não é cuidado integral (LUZIO; YAZUI, 2010). Portanto, nesta linha de raciocínio, este modelo permite que se faça uma reforma psiquiátrica preservando alguns hospitais, uma reforma psiquiátrica conservadora, ou ainda, uma contrarreforma da reforma, na medida em que o hospital psiquiátrico, de alguma forma, faz parte da rede. No Primeiro Encontro da RAPS (2013) os trabalhadores apontaram em diversas mesas e debates sobre a necessidade da transformação dos atuais CAPS II em CAPS III para se ter coerência com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Esse modelo não substitutivo, focalizado e parcial, é o que vem sendo implantado, visto que até 2015, 70,0% dos CAPS habilitados são do tipo I e II. Portanto, percebe-se a priorização da implantação de serviços de menor custo, mas com pouco potencial para de fato substituir o hospital psiquiátrico no cuidado dos usuários, visto que a atenção à crise envolve uma complexidade de cuidado que esses serviços não comportam. (DIAZ, 2013; SILVA, DIMENSTEIN; LEITE, 2013).

Paradoxalmente, os dados disponibilizados pelos gestores nos mostram um quadro pouco animador quando nos confrontamos com a expansão dos CAPS do tipo III, ou seja, os CAPS 24horas perfazem apenas 4,0% dos CAPS habilitados. Estudos (AMARANTE, 2007; LUZIO; YAZUI, 2010; RANGEL, 2008; DIAZ, 2013) têm mostrado os desafios da Reforma Psiquiátrica na atualidade e vários estudos apontam que os CAPS do tipo III são os serviços com maior potencial substitutivo, se comparados com outros serviços do gênero, visto que os demais serviços têm grandes limitações de horário e equipe. Os CAPS III são os únicos que têm esse potencial em sua essência, visto que os CAPS de tipo III proporcionam acolhimento diurno e noturno, funcionam 24 horas/dia, e possuem até oito leitos para acolhimento noturno. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), atendem as pessoas em situação de crise, evitando as internações (BRASIL, 2004).

A PRECARIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL

Um outro aspecto a ser destacado em relação às investidas neoliberais sobre as políticas sociais nos últimos anos ocorrem no sentido de redefinir, redimensionar e ressignificar a política, em especial, sua abrangência e significado.

A forma como vem sendo implementada as políticas sociais e, em particular, a Política de Saúde Mental, tem apontado o quão complexo é o campo das políticas sociais na contemporaneidade. Ao mesmo tempo em que se percebe o desafio de se avançar na política, se observa, também, as nuances da racionalidade dessa sociedade burguesa (a forma escolhida de se implementar a Política de Saúde Mental reproduz as contradições do sistema capitalista). O governo implanta um grande número de serviços que tem como principal característica a precariedade.

Diante dessas questões, os riscos de se ter uma cobertura burocrática são crescentes, sobretudo, quando se analisa a equipe mínima desses serviços, que em muitas cidades, torna-se máxima, orientada pelas Portarias 336/02 e 130/12 que prevêem 8 (oito) profissionais de nível superior para o “atendimento de cada 40 (quarenta) usuários por turno”, podendo em algumas situações “chegar a 60 (sessenta) usuários” (BRASIL, 2013). No que tange a este aspecto, os artigos e as falas dos trabalhadores no I Encontro da RAPS de Curitiba (2013) mostram situações bastante intrigantes, inclusive dentro do mesmo estado ou município, em que o quantitativo de usuários tem aumentado, sem que haja aumento do quantitativo de técnicos, que continua a obedecer, quando muito, à equipe mínima preconizada pelo Ministério

O debate sobre a cobertura e instalação de equipes nos CAPS, em especial os 24h, tem seguido uma via instrumental, burocrática e despolitizada. Muitos municípios não conseguem compor a equipe mínima, outros trabalham com a equipe mínima, atendendo uma grande quantidade de pessoas com o menor quantitativo de pessoal chamando atenção para a sobrecarga/ precarização do trabalho. De modo geral se percebe aumento da demanda, sem que as equipes seja aumentadas, recursos escassos e um tratamento instrumental a questões complexas.

A relação acima entre área de cobertura, número de trabalhadores e objetivos nos mostra a fragilidade do projeto implementado. É importante entender que não é algo muito estranho encontrar CAPS com mais de 100 (cem) usuários, mas com o mesmo número de trabalhadores que a portaria orienta para atender 40 (quarenta) ou 60 (sessenta) usuários.

No I Encontro da RAPS, as condições de trabalho foram um dos pontos altos de crítica à atual política, que tem aberto novas modalidades de trabalho no SUS, com novas estratégias legais e jurídicas. Observamos assim, que a discussão sobre cobertura envolve uma gama de condicionantes que não são contemplados no índice atualmente proposto pelo Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de Saúde Mental.

Por sua vez, se nos debruçarmos sobre os números brutos dos CAPS nas diferentes regiões, percebemos que no real e no concreto o quantitativo de CAPS por Região abre uma gama de discussões sobre a direção da política em destaque. Claro que é preciso levar em conta as diversidades geográficas, culturais e populacionais. Posto isso, observa-se que 70% dos serviços implantados foram nas regiões sudeste e nordeste. Todavia, essa não é nem de longe a questão mais problemática e, sim o fato de que mesmo o Ministério assumindo que os CAPS III é que de fato tem potencial substitutivo, apenas 4% dos CAPS implantados no país foram desse tipo. O Ministério da Saúde, através da Coordenação de Saúde Mental, escolherem investir nos serviços de menor custo, fragilizando a implementação da política. Ressaltamos que os CAPS I lideram o crescimento em todas as regiões, contudo na região Sudeste observa-se uma tendência de uma distribuição mais equilibrada, ou ainda, centrada nas potencialidades substitutivas dos CAPS III, visto que nessa região se concentram 59% dos CAPS III que foram implantados em todo o país. De fato, a concentração não se faz por igual em toda Região Sudeste, ao analisarmos o crescimento por estado, identificamos que ele se dá em dois estados: São Paulo e Minas Gerais, que juntos detêm 55% dos CAPS III do país (BRASIL, 2015). Sobre esse aspecto cabe lembrar que esses dois Estados apareceram durante anos no ranking dos estados com maior número de hospitais psiquiátricos do

país, São Paulo em primeiro lugar e Minas Gerais em quarto⁹⁵, seguido por Pernambuco.

Esses dados nos colocam algumas questões para a reflexão: a) importante pensar no desenvolvimento dessas áreas e no papel do manicômio a serviço da onda de expansão do capital. Em se tratando especialmente de São Paulo e do Rio de Janeiro, não é mera coincidência que as cidades, que tiveram o maior número de hospitais psiquiátricos do país, também são as maiores metrópoles, onde se concentram as maiores empresas do país. São Paulo chegou a ter 58 (cinquenta e oito) hospitais psiquiátricos e o Rio de Janeiro 40 (quarenta). A história mostra uma relação dinâmica e dialética entre o desenvolvimento econômico e a montagem do aparato manicomial, entre inovação e conservadorismo; b) chama atenção também, que foi a classe trabalhadora desses estados que primeiro denunciou os manicômios, pelas péssimas condições de trabalho e de cuidado. Os núcleos do movimento de luta Antimanicomial mais atuantes estão nos estados que tiveram história de luta da classe trabalhadora; c) A loucura, apartada de seu sujeito, vira objeto de trabalho e estudos a serviço de uma ciência capturada pela chamada “indústria da loucura”, muitas análises passam a discutir a loucura de forma a-histórica e, essa dinâmica torna o processo de reforma nesses e em outros centros urbanos-industriais um processo bastante complexo até os dias de hoje.

Posto isso, o estado de São Paulo destaca-se com 35 (trinta e cinco) CAPS do TIPO III (BRASIL, 2015), o que, impressiona, visto que esse quantitativo é igual à soma das regiões Norte (5), Nordeste (22), Sul (6) e Centro-Oeste (2).

Mesmo levando em consideração os determinantes históricos da Política de Saúde Mental em São Paulo, afinal é nesse Estado que surge o primeiro CAPS e o primeiro NAPS, impressiona o comparativo com os outros estados e regiões. Na região Centro-Oeste, por exemplo, só existem 2 (dois) CAPS III, um localizado no Estado de Goiás e outro no Estado de Mato Grosso do Sul. Vale apontar que o Centro-Oeste só perde quantitativamente para a região Norte, no que tange a pior

95 Contudo, ao se relacionar a população dos estados e o número de leitos por habitante, o Rio de Janeiro e Pernambuco, ultrapassavam os dois estados, ficando em primeiro e segundo lugar.

cobertura de CAPS por habitante. Já no Nordeste, encontramos a segunda maior cobertura de CAPS existente no país, todavia essa região é líder na ampliação dos CAPS I, que representam 61,0% dos CAPS implantados na região. O que na verdade, passa uma ideia de boa cobertura, quando o que existe, de fato, é uma ampliação da precarização na região Nordeste.

O Estado da Bahia lidera o ranking dos CAPS I, visto que 31,0% dos CAPS I da Região Nordeste estão em municípios baianos. Percebe-se que a escolha do governo pela implantação desses serviços está relacionada aos recursos, visto que além de ser o dispositivo mais barato, ele vem despertando o interesse de vários gestores municipais, que, atraídos pelos recursos, percebem a implantação dos CAPS muito mais como uma fonte de captação para a saúde, de recursos fora do teto, do que do projeto de mudanças na assistência à saúde mental da área.

OS DILEMAS DA UNIVERSALIDADE NO NEOLIBERALISMO – A INSTRUMENTALIZAÇÃO DO DIREITO

Temos vistos nos últimos anos no âmbito das políticas sociais, inclusive na Política de Saúde Mental, uma preocupação com os instrumentos, metas, resultados alcançados, ao mesmo tempo em que novas funções passam a ser impostas aos trabalhadores. A operacionalização da política e sua dimensão instrumental passam a ganhar novos contornos e nos remetem a pensar nos processos de fetichismo, de alienação que marcam a política de saúde mental e de um modo geral, as relações sociais na sociedade burguesa., marcando a fragmentação do real.

A Coordenação de Saúde Mental tem divulgado o crescimento do número dos CAPS, todavia, como vimos, o investimento, se dá de forma contraditória, negando o direito à saúde mental. O sujeito entra na rede de serviços de saúde mental pela porta dos fundos, como de habitual. Antes, o usual era o incomodo manicômio, que, tem ameaçado voltar pela porta da frente. Os CAPS I também figuram como quintal, não conseguem sair do marasmo que o déficit orçamentário os coloca, ademais, como são pensados de forma fragmentada da política social como um todo, fica mais difícil ainda se constituírem como rede

assistencial de pequenos municípios, simplesmente porque muitas vezes não há o que articular. É um grande desafio.

Entendemos que o orçamento vem sendo apontado como uma das grandes dificuldades da política de saúde mental na atualidade. Ao mesmo tempo em que se tem uma legislação que redireciona o modelo assistencial, que garante, no plano legal a universalidade de acesso aos serviços substitutivos percebe-se, também, que o percentual gasto pelo SUS na Saúde Mental não tem alteração. O valor nominal dos recursos tem aumentado, porém, o percentual foi mantido entre 2,3 % e 2,5%, enquanto que a orientação da organização Mundial da Saúde (OMS) é que seja de 5,0% (DELGADO, 2012; GARCIA; 2011).

Para compreender esse dilema precisamos pensar no desenvolvimento das políticas sociais no capitalismo. Visto que, como sabemos, de um lado, a política atende às demandas da classe trabalhadora, dos movimentos sociais, em que a pressão exercida pela sociedade, num momento histórico específico se pauta pela democratização, ao mesmo tempo em que os direitos sociais tornam-se bandeira hegemônica nos espaços de negociação. Por outro, refletimos sobre as transformações no contexto local, nacional e internacional de como a Política de Saúde Mental é apropriada dentro dos parâmetros do desenvolvimento capitalista e capturada pela racionalidade burguesa. Assim, em sua operacionalização ela é reconfigurada a partir da racionalidade dominante. Dessa forma, a política emerge em sua operacionalização numa relação dialética e contraditória de efetivação direitos/negação de direitos.

Por sua vez, ao mesmo tempo que a ampliação da rede substitutiva em saúde mental é considerada um grande avanço na universalidade, no sentido de assegurar “[...] a política de saúde como direito universal” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p.157) tendo um significado positivo na estruturação tardia da Política de Saúde Mental, também traz na forma de operacionalizar, inúmeros questionamentos sobre as diretrizes, o direito e a racionalidade que orienta a política. É importante refletir sobre essas questões, pois é curioso que mesmo com a ampliação dos serviços, contratação de profissionais, observava-se tanto por parte dos trabalhadores dos serviços substitutivos, como por parte da sociedade, novos questionamentos com a assistência (COELHO, 2012) à saúde mental.

Na verdade, o panorama materializa a contraditória coexistência entre universalidade e neoliberalismo. A opção por implementar a política e, ao mesmo tempo, redefini-la, pela implantação de um tipo de serviço que obedece uma dinâmica contraditória e dialética que, ao mesmo tempo que garante, nega, o direito. Assim, podemos dizer que a política avança com a abertura de serviços, que esses serviços existem, todavia, muitas vezes, não atendem às reais necessidades para os quais foram demandados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chamamos atenção que para entender a formação da Política de Saúde Mental no Brasil, em meio a um vasto campo de determinações é indispensável também perceber a política dentro do processo de acumulação capitalista: a relação entre racionalidade burguesa e política social; a gênese entre a desigualdade e o capitalismo; o papel da luta de classes; as novas estratégias de hegemonia da burguesia e a ação do Estado historicamente.

No Brasil, a Política de Saúde Mental emerge numa conjuntura bastante complexa, em que, de um lado, temos a ampliação do Estado que, além de dar condições para a produção expandir e reprimir as ameaças ao sistema passa a buscar a integração das classes subalternas e a legitimação da ordem, reproduzindo a ideologia dominante (MANDEL, 1999). Do outro lado, percebe-se um giro na correlação de forças, visto que a Lei referente à reforma psiquiátrica passa mais de uma década em negociação, sendo aprovada num contexto adverso, sob a conjuntura neoliberal, no aprofundamento da desigualdade social e da pobreza, em meio à contrarreforma do Estado (BEHRING, 2008).

Nesse período, a Política de Saúde Mental, bem como toda a Política de Saúde, é tomada por um sistema de despolitização, em que o tecnicismo e a racionalização ganham espaço na lógica hegemônica. Contudo, é importante pensar que essa direção expressa a unidade contraditória e dialética do próprio Estado, que mescla a repressão militarizada, a repressão cultural, as diversas formas de controle social (entre as quais, se inclui o manicômio), com ampliação dos serviços sociais dentro de um modelo altamente burocrático e alienante, reforçando os

traços autoritários da nossa “via passiva” (GRAMSCI, 2014).

Por fim, cabe apontar que a formatação de uma política de Estado que regula a reforma psiquiátrica e o resgate da cidadania das pessoas portadoras de transtorno mental vai muito além do fechamento dos hospitais psiquiátricos e da implantação de novos serviços, é uma proposição de mudança na forma de conceber a realidade, que demanda a análise das condições históricas e das determinações em que se efetiva sua operacionalização.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BEHRING, Elaine; BOSCHETT, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

_____. **II Conferência Nacional de Saúde Mental**, Relatório Final, 1987.

_____. Ministério da Saúde. Lei 10.216. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações para o funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental**. Brasília: CDMS, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 3088. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Portaria 336. **Estabelecem os Centros de Atenção**

Psicossocial (CAPS) nas suas modalidades e normatiza suas possíveis ações. Diário oficial de 19 de fevereiro de 2002.

_____. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde **Mental em Dados – 12**, Ano 10, n.12. Informativo eletrônico. Brasília: Out. 2015. 48p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br> e www.saude.gov.br/bvs/saudemental>.

CASTELO, Rodrigo. **O social-liberalismo: auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal.** São Paulo: Editora Expressão Popular, 2013.

COELHO, Bernadete Perez. **A reformulação da clínica a partir de diretrizes para a atenção e gestão na saúde:** subjetividade, política e invenção de práticas. Tese (Doutorado). - Recife: Fiocruz, 2012a.

DELGADO, Pedro Gabriel G. et al. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. In: **Revista Saúde Pública.** São Paulo: Edub, v.46, n.1. p.51-58, 2012.

DIAZ, Alberto Rodolfo Manuel Giovanello. **Atenção à crise em saúde mental:** clínica, planejamento e gestão. Campinas: UNICAMP, 2013.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. O financiamento Federal da Saúde Mental após o Pacto da Saúde. In: **Libertas**, Revista da Faculdade de Serviço Social- Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, v.II, n.2, 2011, p.1-22.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere, v.5.** O risorgimento. Notas sobre a história da Itália. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

LUZIO, Ana Cristina; YASUI, Sílvio. Além das portarias: desafios da Política de Saúde Mental. In: **Psicologia em Estudo**, Maringá: Departamento de Psicologia/Universidade Estadual de Maringá, v.15, n.1, p.17-26, jan./mar., 2010.

MARX, Karl. **O dezoito de Brumário de Luíç Bonaparte (1851-1852).**

Edição Ridendo Castigat de Moraes. Versão Ebook: Nélon Jarh Garcia. Disponível em: <www.ebook.com.br>. Acesso em: 25 set. 2012.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da Economia política: Livro I: o processo de produção do capital. Tradução: Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, v.16, n.12, p.4.579-4.589, dez. 2011.

RANGEL, Mariana Nogueira. A nova cronicidade nos novo serviços de atenção psicossocial. 2008. In: RATTON, Helvécio. **Em nome da razão**. Documentário, 24 min., Brasil, 1979.

SILVA, Victor Hugo Farias da; DIMENSTEIN, Magda; LEITE, Jáder Ferreira. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. **Mental** [online]. 2013, v.10, n.19, p.267-285. ISSN 1679-4427.

A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE CONSENSO EM TORNO DO NOVO PROJETO NEOLIBERAL

Alexandra Bonifácio Xavier

INTRODUÇÃO

O presente artigo está embasado na nossa pesquisa de mestrado intitulada “Política Nacional de Promoção da Saúde: uma análise das tendências conceituais e ídeo-políticas”, a qual busca analisar o contexto de emergência e revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS); os interesses das agências internacionais e dos governos neodesenvolvimentistas referentes a essa política; e sua funcionalidade ao consenso em torno de um novo projeto de hegemonia neoliberal. O estudo vem sendo desenvolvido, através de pesquisa documental (principais documentos da PNPS e do seu embasamento) e bibliográfica das principais categorias e conceitos.

No ingresso a esse debate, cumpre situar que a PNPS surge no cenário neodesenvolvimentista brasileiro por meio da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de Março de 2006 do Ministério da Saúde (MS), e passa por um processo de revisão fomentado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em conjunto com o Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável (GTPS) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Secretaria de Vigilância em

Saúde (SVS) do MS. A Portaria nº 2.466, de 11 de novembro de 2014 consolida esse processo e representa um marco na implantação e implementação da PNPS.

Uma análise mais acurada revela, no entanto, que o conteúdo da PNPS não só mitiga o debate da produção social da saúde empreendido pelo Movimento de Reforma Sanitária (MRS) brasileiro dos anos 1980, como traduz para o contexto nacional as acepções do “movimento” de Nova Promoção da Saúde (NPS), em sua fina sintonia com a ideologia social-liberal.

Destarte, o artigo está estruturado do seguinte modo: o primeiro tópico traz uma discussão sobre o neodesenvolvimentismo enquanto nova ideologia que tem como finalidade manter a hegemonia neoliberal; o segundo item situa a política de saúde nos governos neodesenvolvimentistas brasileiros no período de 2003 a 2015; o terceiro tópico, por sua vez, apresenta o processo de criação e de revisão da PNPS analisando sua funcionalidade ao novo projeto neoliberal; por último, traçamos algumas considerações finais.

NEODESENVOLVIMENTISMO: A NOVA IDEOLOGIA NA MANUTENÇÃO DA HEGEMONIA NEOLIBERAL

Dar início ao debate sobre o neodesenvolvimentismo implica situar que as políticas de ajuste neoliberais com base no Consenso de Washington⁹⁶ são o cerne da década de 1990 no Brasil. Esses ajustes são divididos por Paula (2016, p.253) em duas etapas “representativas da ortodoxia neoliberal, mas flexibilizada aos diferentes estágios de desenvolvimento das democracias liberais das massas”: 1) contrarreforma, fiel ao Consenso de Washington – fase de primazia da estabilidade monetária através do Plano Real (1980-1990); 2) fase marcada pela aplicação de ajustes “menos severos” (anos 2000 até o fim dos governos petistas).

96 O Consenso de Washington é uma crítica às experiências desenvolvimentistas realizadas na América Latina a partir dos anos de 1940 (CASTELO, 2013). O Consenso forja os pilares neoliberais, apresentando entre suas prescrições: gastos públicos na saúde e educação básicas e infraestrutura; liberalização da moeda e das finanças; liberalização do comércio internacional; privatizações e desregulamentação (GONÇALVES, 2012).

A fase contrarreformista é marcada pela emergência do neoliberalismo em solo brasileiro. Nessa conjuntura, mais especificamente em meados da década de 1990, há um retorno ao debate sobre o desenvolvimentismo através da propagação de teses no meio acadêmico (PAULA, 2016). Trata-se do neodesenvolvimentismo, ideologia que surge na América Latina através da adoção de estratégias de desenvolvimento com supostas rupturas com as políticas neoliberais por parte dos governos de esquerda (MARANHÃO, 2012).

Segundo Mota, Amaral e Peruzzo (2012), essa perspectiva denominada de novo desenvolvimentismo tem suas bases assentadas no nacional desenvolvimentismo que orientou a economia dos países periféricos nos anos 1940-1970, sob direção da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL). O pensamento nacional desenvolvimentista no Brasil e na América Latina tem raízes no mercantilismo clássico e no neomercantilismo que apresentam como trinômio: o nacionalismo; a intervenção estatal; e a defesa da indústria (GONÇALVES, 2012). Conforme Gonçalves (2012), essas bases são deturpadas pelo novo desenvolvimentismo que não é um “programa alternativo” ao projeto neoliberal, como seus intelectuais defendem, mas apresenta consonâncias com o Consenso de Washington e Pós-Consenso de Washington.

Por isso, Paula (2016, p.257) prefere denominar o neodesenvolvimentismo de liberalismo à brasileira, pois constitui um ideário que promove a inversão das teses do nacional desenvolvimentismo, um processo integrador e transformista. Esse “canto da sereia” conquista “cada vez mais a atenção da opinião pública e disputa a direção intelectual-moral da sociedade brasileira”, sendo ampla a adesão a esse projeto das classes dominantes (CASTELO, 2016, p.44).

Também para Castelo (2016, p.44), o neodesenvolvimentismo é uma ideologia, “cujos objetivos são moldar uma determinada concepção de mundo para o aprofundamento de uma etapa superior do capitalismo dependente brasileiro”. Segundo Mota, Amaral e Peruzzo (2012) é na esteira social-liberal⁹⁷ que o Banco Mundial passa a incorporar propo-

97 O social-liberalismo emerge como revisão ideológica do neoliberalismo e constitui uma tentativa político-ideológica das classes dominantes de dar respostas às tensões derivadas do acirramento das expressões da “questão social” e da luta política da

sições que aliam crescimento econômico com desenvolvimento social, perspectiva elaborada pelo economista Amartya Sen, membro da presidência do próprio Banco Mundial.

Para Sen (2000, p.18), o desenvolvimento requer que sejam eliminadas as principais fontes de privação de liberdade: “pobreza e tiraniza, carência de oportunidades econômicas e destituição social sistemática, negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva de Estados repressivos”. Nesse sentido, Sen (2000) reafirma a importância do mecanismo de mercado para gerar crescimento econômico e ao mesmo tempo “equidade”.

Por meio de pesquisas e da criação de indicadores como o índice de Desenvolvimento Humano (IDH), utilizado pelo Programa das Nações Unidas (PNUD) desde 1990, as agências internacionais passam a disseminar essa nova concepção de desenvolvimento econômico e social nas diversas políticas públicas, buscando aliar o crescimento econômico com o combate à pobreza e à sustentabilidade como estratégia na busca por legitimidade (MARANHÃO, 2012).

Como assegura Castelo (2013), desde o governo FHC as proposições social-liberais começaram a ser implementadas no Brasil, contudo assevera que é nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), notadamente com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2002, que tais proposições são efetivadas de modo organizado e aliadas a um amplo consenso das massas. Paula (2016) corrobora que partir de 2002, quando a tendência transformista se formaliza no PT, notadamente através da “Carta ao Povo Brasileiro”, elaborada por Lula, se dá a profusão de conhecimentos mais difusos sobre um novo modelo de desenvolvimento do país.

Destarte, a trajetória do PT é marcada historicamente pela mudança do discurso “anticapital”, antes de assumir o poder, para o “antineoliberal” na busca por um projeto alternativo, encontrado no neodesenvolvimentismo (MENEZES, 2014). Segundo Mota (2012), o governo Lula se tornou um dos protagonistas mais representativos da ideologia social-liberal que é complementada pela ampla defesa e disseminação do novo desenvolvimentismo.

Essa profusão se radica segundo Paula (2016), a partir de 2005 com

classe trabalhadora de modo a manter a dominação (CASTELO, 2012).

o processo do “mensalão”⁹⁸ que configurou dificuldades políticas e institucionais que quase levaram o então presidente ao *impeachment*. Esse ponto de inflexão foi ampliado no ano de 2008, com a crise econômica iniciada nos Estados Unidos e rapidamente espalhada pelo globo (CASTELO, 2016). A partir dessa curvatura, o governo Lula toma medidas como a redução dos juros, aumento do crédito ao consumidor e do salário mínimo, desonerações fiscais e tributárias e financiamento do capital monopolista nacional via o Banco Nacional de desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), iniciativas que teriam marcado o “rompimento” com o neoliberalismo e a adesão do PT e aliados ao novo desenvolvimentismo (Idem).

Nesse cenário, segundo Castelo (2016), as teses do novo desenvolvimentismo – intervenção estatal na economia e na “questão social” para estímulo do crescimento e distribuição de renda, política externa mais ativa, investimentos e infraestrutura – se fortaleceram dentro do aparelho estatal, contando com forte apoio dos intelectuais orgânicos da alta burguesia.

O conceito de novo desenvolvimentismo é, portanto, apropriado politicamente para destacar uma (falsa) inflexão no processo de desenvolvimento econômico do país e as (pretensas) mudanças estruturais e o desempenho econômico do Brasil durante o governo Lula, visando diferenciar este governo da experiência neoliberal e do desempenho da era FHC (GONÇALVES, 2012). Como apresenta Mota, no primeiro mandato de Lula,

Foram realizadas as contrarreformas da previdência e da educação, concomitante ao aumento das taxas de juros; enquanto no mesmo período era expandida a assistência social, o crédito ao consumidor, os empréstimos populares e os aumentos do salário mínimo. Através da mediação do mercado e do crescimento econômico induzido pelo Estado, o governo atendeu algumas

98 Em meio a uma sucessão de denúncias da oposição e da base aliada insatisfeita, relacionadas à corrupção dentro do governo, a mais significativa e que configurou o processo do “mensalão” foi a de que parlamentares da base aliada ao PT receberiam recursos “mensais” para votar a favor de projetos de interesse do governo (PAULA, 2016).

das reivindicações das classes subalternas, ao tempo em que assegurou as exigências das classes dominantes (MOTA, 2012, p. 35).

O acesso à renda e ao consumo minimizou as condições de pobreza e viabilizou o acesso mercantil a bens e serviços. Contudo, para Mota (2012), explicitou no plano prático, político e teórico, que não houve redução das desigualdades, se a definimos a partir das disparidades entre as rendas do trabalho e os lucros capitalistas. Desse modo, não é possível admitir a existência real de um novo paradigma de desenvolvimento, pois as continuidades em relação ao neoliberalismo são maiores do que as rupturas (PAULA, 2016). O governo Lula não só deu continuidade aos parâmetros macroeconômicos⁹⁹ do governo de FHC, como também promoveu, como afiança Menezes (2014), a subordinação dos trabalhadores através de um pacto de “conciliação de classes”, através da construção de legitimidade e de hegemonia e operou um processo de transformismo agenciado através da adesão ao poder dominante, notadamente pela ampliação de canais de participação social, com o governo determinando, quando lhe era conveniente, o grau de representação da sociedade.

Nesse sentido, cumpre enfatizar que o governo de Dilma Rousseff (2011-2016) dá seguimento à orientação macroeconômica do governo Lula (NETTO, 2016). Menezes (2014) destaca a continuidade dos cortes orçamentários, das restrições de investimentos e das privatizações com a finalidade de pagar os juros e amortizações da dívida. Nessa linha, o governo aprova a Desvinculação das Receitas da União (DRU), proposta na era FHC para retirada do orçamento da Seguridade Social para outras finalidades, medida que compromete as políticas sociais,

99 Segundo Gonçalves (2012), as políticas macroeconômicas se baseiam no tripé: taxa moderada de juro; taxa competitiva de câmbio e; política fiscal responsável (dívida pública baixa, poupança pública positiva – superávit fiscal). Nessa direção, o autor afirma que o neodesenvolvimentismo nada mais é do que um reformismo social, um desenvolvimentismo às avessas que promove a desindustrialização; a dessubstituição de importações; a reprimarização das exportações; maior dependência tecnológica; maior desnacionalização; maior vulnerabilidade externa, concentração do capital e dominação financeira.

dentre elas a política de saúde que constitui a ênfase do próximo item.

A SAÚDE NOS GOVERNOS NEODESENVOLVIMENTISTAS: REMÉDIOS MENOS AMARGOS?

Acerca da saúde nos governos neodesenvolvimentistas, notadamente no primeiro mandato de Lula (2003-2007), Menicucci (2011) resalta a falta de esforços na direção de intervenções mais amplas. Entre alguns avanços, Batista Júnior (2014) destaca os progressos no controle social, notadamente por meio da reestruturação do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Esses avanços no controle social ampliam a legitimidade e o consenso em torno do governo Lula e somam-se ao apelo popular em torno de sua imagem junto às classes subalternas, “dando ao ‘subproletariado’ *pela primeira vez na história deste país*, condições (marginais e mais ideais que reais) de se sentir parte do poder político da nação” (PAULA, 2016, p.260 - Grifos do autor).

Sobre as inovações durante esse governo, Menicucci (2011) destaca a política de saúde bucal, as urgências/emergências, o acesso a medicamentos com a proposta de criação da Farmácia Popular, dentre outras que, sem fugir às críticas, apontavam uma concepção mais abrangente para a organização do sistema público de saúde (TEIXEIRA; PAIM, 2005).

Cabe ressaltar, porém, que muitas destas propostas foram desvirtuadas em sua aplicação. O Programa Farmácia Popular, por exemplo, aprovado em 2005 pelo CNS, tinha como meta original estabelecer uma rede pública de farmácias. Entretanto, o referido Programa tornou-se mais uma forma de privatização na área da saúde, beneficiando estabelecimentos privados, num claro caso de “capitalismo sem risco” (BATISTA JÚNIOR, 2014).

O plano de governo, segundo Teixeira e Paim (2005), incluía ainda outras propostas com caráter de continuidade ou ainda não solucionadas como a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos recursos do Piso da Atenção Básica (PAB), maiores repasses para atenção especializada em hospitais públicos, expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), reforço do atendimento de urgência e apoio aos

hospitais universitários federais.

O discurso oficial não refletia maiores preocupações com o avanço da Reforma Sanitária e, apesar de progressos em alguns setores como na Reforma Psiquiátrica com a expansão dos serviços substitutivos, por exemplo, a saúde teve que “conformar-se com as iniciativas de grande apelo publicitário, tais como o Brasil Sorridente, a Farmácia Popular [...] e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)” (TEIXEIRA; PAIM, 2005).

Menicucci (2011) dá destaque às iniciativas no campo da Saúde do trabalhador e às políticas e ações especiais voltadas para grupos específicos, contudo, um dos principais feitos do governo Lula no primeiro mandato, para Teixeira e Paim (2005) foi a ampliação da cobertura Atenção Básica (AB) através da ESF, com o aumento no número de equipes de saúde¹⁰⁰.

Para o segundo mandato de Lula (2007-2011), o Programa de Governo continha 13 pontos destinados à saúde, mas poucas inovações, reafirmando a continuidade dos programas criados no primeiro mandato e enfatizando o aprofundamento e o aperfeiçoamento dos aspectos básicos do SUS (TEIXEIRA; PAIM, 2005).

A 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, teve como eixo principal o tema “Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”, expressando o direcionamento conferido pela agenda neodesenvolvimentista às ações governamentais. Em linha de aprofundamento a tal propositura, o Programa Mais Saúde integrou a agenda social lançada pelo Presidente em dezembro de 2007 (BRASIL, 2007; 2010).

Esse programa que ficou conhecido como “PAC da Saúde” (2007 - 2011), apresenta um plano detalhado de investimento e atuação de caráter prioritário do Ministério da Saúde (MS), cujos pontos centrais

100 Cabe ressaltar que a expansão da Atenção Básica, em detrimento dos demais níveis da atenção à saúde, continuou sendo a prioridade do Ministério da Saúde (MS) no segundo mandato. De 2007 a 2011 houve um acréscimo de 4.901 novas equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2016). Ainda no escopo dessa expansão, em 2008, são criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo, segundo o MS, de apoiar e matriciar as equipes de Saúde da Família e ampliar a abrangência da Atenção Básica no país (BRASIL, 2010).

reforçam, entre outros: o elo entre saúde e desenvolvimento socioeconômico; a preocupação com a “iniquidade” no acesso, com destaque às desigualdades pessoais e regionais, notadamente nas regiões Norte e Nordeste e; o “predomínio de um modelo burocratizado de gestão, segundo o qual o controle ineficiente dos meios ocorre em detrimento dos resultados e da qualidade da atenção à saúde” (BRASIL, 2007, p.7).

Cabe ressaltar que o Eixo 1 de intervenção do “PAC da saúde” é a Promoção da Saúde (PS) que, segundo o discurso do MS,

Perpassa os [demais] eixos do programa [Atenção à Saúde, Complexo Industrial da Saúde, Força de Trabalho em Saúde, Qualificação da Gestão, Participação e Controle Social e Cooperação Internacional] uma vez que articula o elo saúde e desenvolvimento, devendo ter uma presença marcante em todos os campos de intervenção. Como desdobramento, somente incluiu-se neste eixo as ações especificamente voltadas para a promoção, deixando-se aquelas vinculadas à prevenção, à assistência, à produção e à inovação para os campos específicos de intervenção (BRASIL, 2007, p.9).

A PS seria desse modo, o elo entre a saúde e a nova concepção de desenvolvimento adotada pelo governo. A essa “agenda social” para a saúde foram associadas propostas para o “aprimoramento das instituições públicas” com ênfase no discurso da “desburocratização da gestão” nas unidades de saúde, notadamente através de um novo modelo jurídico institucional para hospitais e institutos federais, o qual foi transformado em Projeto de Lei que regulamenta a criação de Fundações Estatais de Direito Privado (PL nº 92-A de 2007), porém o PL foi abandonado temporariamente pelo MS diante da resistência de trabalhadores e sindicatos.

As balizas estabelecidas pelo governo Lula no âmbito da política de saúde direcionaram o governo Dilma (2011-2016), notadamente no que diz respeito ao favorecimento do mercado através do avanço das privatizações das ações e serviços, à mercantilização da força de trabalho e ao progresso da saúde suplementar no país em desrespeito à Constituição Federal e à Lei Orgânica do SUS (BATISTA JÚNIOR, 2014).

Além de ampliar a presença das Organizações Sociais (OS) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) para a gerência dos serviços em todo o país, o governo Dilma colocou novamente em pauta a aceitação das Fundações de Direito Privado e aprovou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para administrar os Hospitais Universitários, atropelando decisões populares (BATISTA JÚNIOR, 2014). Essa e outras decisões como a eleição do ministro da saúde para presidir o colegiado dos usuários no CNS evidenciam, conforme Batista Júnior (2014), os retrocessos sofridos no controle social durante o governo Dilma.

Entre desacertos, em 2013 é criado o Programa Mais Médicos com o objetivo, segundo o discurso oficial, de enfrentar o problema histórico da falta de médicos no Brasil, principalmente nas regiões mais “carentes”. A proposta, contudo, transfere os problemas do modelo de atenção do SUS principalmente para a ampliação do número de médicos, enfatizando sua atuação em detrimento dos demais trabalhadores da AB (BATISTA JÚNIOR, 2014).

O contexto explicitado neste item é o solo fértil onde germina e se desenvolve a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), elo entre saúde e novo desenvolvimentismo e ponto de convergência das análises que seguem.

SURGIMENTO E REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E SUA FUNCIONALIDADE AO NOVO PROJETO NEOLIBERAL

Antes de trazer a PNPS para o cerne das apreciações, é imperativo destacar que as políticas públicas não são neutras, pois além de sua inserção num determinado contexto, elas portam consensos que são materializados pela incorporação de demandas de distintos setores que aderem às mesmas, oferecendo assim, um “mínimo de respaldo efetivo à imagem do Estado como ‘social’, como mediador de interesses conflitantes” (NETTO, 2011, p.31).

Destarte, a PNPS é gestada em um determinado momento histórico do país que contribui para explicar sua implementação e seu conteúdo: o governo do presidente Lula, caracterizado pelo neodesenvolvimentismo,

como referido anteriormente. A PNPS foi instituída através da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de Março de 2006 (BRASIL, 2015), representando um marco, segundo analistas, na definição de metas e recursos específicos para a Promoção da Saúde no contexto do SUS (MALTA et al., 2014).

O processo de construção da PNPS ocorreu desde 2002, contudo foi a partir de seu lançamento em 2006, no conjunto dos novos pactos de gestão – o Pacto pela Saúde, estabelecido pela Portaria MS nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006, composto pelos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, visando a consolidação do SUS (BRASIL, 2006) – que passou a ocorrer a definição de metas e a alocação de recursos específicos para a área no âmbito das esferas estadual e municipal (ROCHA et al., 2014).

É importante destacar, porém, que apesar do discurso oficial afirmar que a PNPS surge no país a partir das definições constitucionais, das legislações que regulamentam o SUS, das deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004-2007) (BRASIL, 2015), essa política emerge principalmente a partir das influências internacionais em torno de um “movimento” denominado de Nova Promoção da Saúde (NPS), disseminado em todo globo sob os auspícios das agências internacionais, desde meados dos anos de 1970.

Na linha do discurso ministerial, a PNPS foi aprovada “visando o enfrentamento dos desafios de produção da saúde e à qualificação das práticas sanitárias e do sistema de saúde” (BRASIL, 2015, p.5). Sua institucionalização no SUS teve início em 2005, com a criação do Comitê Gestor da Política pelo Ministério da Saúde através da Portaria MS/GM nº 1.190, de 14 de Julho de 2005, para consolidar a proposta da PNPS, definir a condução de sua implantação nas diferentes Secretarias do MS, e articular e integrar ações de Promoção da Saúde¹⁰¹ no âmbito

101 Compete situar que existem diversas compreensões em torno da PS (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014). Para alguns analistas trata-se de um novo paradigma que contrapõe o modelo biomédico, para outros, um campo de formação de conhecimentos e práticas (CORREIA; MEDEIROS, 2014). Há também autores que apreendem a PS como um enfoque que se baseia na visão ampliada do processo saúde-doença e nas formas de intervir no mesmo (BUSS, 2009) ou ainda enquanto um conjunto de estratégias que devem ser situadas no interior das proposições do

do SUS (BRASIL, 2015).

Como destaca o Ministério da Saúde, inicialmente, o Comitê Gestor da PNPS era composto apenas por entidades e órgãos vinculados ao próprio Ministério. Porém, a partir de 2007, por meio da Portaria MS nº 1.409, passaram a fazer parte do referido colegiado o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e, a partir de 2012, por meio da Portaria MS nº 1.571, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) também passa a compor o Comitê. Não obstante, mesmo com a ampliação do colegiado, a participação social ainda se dava de forma muito restrita na implementação da PNPS (PORTO; PIVETTA, 2009).

No ano de 2013, o Comitê Gestor da PNPS do Ministério da Saúde propôs uma ação de atualização e reflexão sobre essa política (ROCHA et al., 2014). Segundo o discurso ministerial essa atualização, concretizada por meio da Portaria nº 2.466, de 11 de novembro de 2014, é fruto de novos desafios e compromissos apontados pelo contexto nacional e internacional, contudo, esses novos elementos que tornaram a revisão da política uma exigência não são explicitados nos documentos oficiais.

Rocha (et al., 2014) destaca que a própria agenda da PNPS, em sua reedição de 2010, estava com o prazo expirado, pois as ações específicas priorizadas estavam datadas para o biênio 2006-2007, todavia afirma que constituem marcos no cenário do processo de revisão: o Plano Nacional de Ações Estratégicas para Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis do MS; o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, na perspectiva da articulação interfederativa e regionalização da saúde; a Conferência de Alto Nível da ONU – Doenças Crônicas não Transmissíveis; a Declaração da Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde; a Declaração da Conferência Rio + 2030 e; a Declaração da 8ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, Saúde em todas as Políticas.

Deste modo, foram os debates e documentos oriundos destas agendas moldadas pelos organismos internacionais que impulsionaram a revisão da PNPS, entre Abril de 2013 e Junho de 2014. Segundo o MS,

Movimento de Reforma Sanitária (MRS) brasileiro dos anos 1980 (VASCONCELOS, 2013).

o processo de revisão por ele desencadeado e coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, a partir de 2013, por meio do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS) e do Comitê Gestor da Política, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)¹⁰² e com o GT de Promoção da Saúde da ABRASCO, ocorreu de forma democrática e participativa nas cinco regiões brasileiras.

A ampliação da participação social na revisão da PNPS e a preocupação com um novo modelo de desenvolvimento evidenciam a força das intervenções internacionais nesse processo. Rocha et al atesta esse argumento ao afirmar que,

[...] a OPAS exerceu um papel estratégico durante os 08 anos de discussão sobre promoção da saúde no Ministério da Saúde brasileiro, até sua institucionalização em uma política nacional. As agendas ou internacionais de “Cidades/Municípios Saudáveis”, Estratégia Global da Organização Mundial da Saúde e as demandas sistematizadas pela Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde configuram um cenário e induziram uma agenda que promoveu um debate permanente entre visões de promoção da saúde comportamental e a promoção da saúde voltada para o enfrentamento da determinação social do processo saúde-doença (ROCHA et al., 2014, p.4315).

Assim não é demais afirmar que a PNPS vem sendo moldada nos últimos anos sob influência dos organismos internacionais. Nesse trilhado, segundo o Termo de Cooperação nº 56 (TM nº 56 - 2009 a 2015), intitulado Vigilância, Promoção e Prevenção em Saúde, firmado entre a OPAS/OMS e o Ministério da Saúde, ainda em 2011 a agência

102 A OPAS é um organismo internacional com interesses assentados na saúde pública. Além de escritório regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas, a OPAS também faz parte da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Organização das Nações Unidas (ONU). (http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=885:opas-oms-no-brasil&Itemid=672).

construiu um documento técnico contendo a proposta de revisão da PNPS, dois anos antes que esta fosse “elaborada” pelo Comitê Gestor da Política e amplamente difundida pelo MS.

Destarte, ao analisar o TM nº 56 em suas versões de 2009 a 2015, é possível não só corroborar o papel da OPAS/OMS no apoio técnico à revisão da PNPS, como indicam Rocha (et al., 2014) e Malta (et al., 2014), mas afirmar que essa agência foi a indutora e coordenadora desse processo, àquela que não só acompanhou, mas direcionou os encaminhamentos das reuniões do comitê Gestor da PNPS. Destarte, a OPAS/OMS não só financia, mas é o intelectual orgânico do novo projeto neoliberal no que tange à saúde por meio da NPS, de outro modo, é a responsável por moldar o debate em torno da PS no Brasil de acordo com os interesses e metas dos países centrais.

A análise do TM nº 56 evidencia ainda que a OPAS/OMS é a responsável pela introdução no Brasil de temas que fazem parte do escopo da NPS como os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), a “participação da sociedade civil”, o “empoderamento” e a “equidade”, moldando assim a ênfase desejada para a PNPS. Esse direcionamento se efetiva através da construção de documentos, da realização de eventos pelo país sob o lema consensual da Promoção da Saúde e do fomento à participação de representantes brasileiros em eventos internacionais sobre o tema. A agência também propôs Portarias ministeriais para o financiamento de projetos de NPS no Brasil e induziu a produção de publicações oficiais sobre a temática, embora nem sempre essa interferência seja explicitada pelo MS.

O Sistema de Vigilância e Prevenção de Violência e o Sistema de Vigilância e Prevenção de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são os eixos centrais do TM nº 56 que vêm materializando as prioridades da PNPS aspirados pela OPAS/OMS por meio 1) de iniciativas como: Programa Academias da Saúde; Programa Saúde na Escola (PSE); Projeto Vida no Trânsito (PVT); Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis; e 2) dos sistemas de vigilância contínua¹⁰³.

103 Sistema de Fatores de Risco e Proteção para a DCNT (Vigitel); Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE); Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e; Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), todos com forte ênfase nos fatores de risco e

Essas ações e instrumentos seriam capazes de materializar, segundo o MS e a OPAS/OMS, o objetivo geral da PNPS que é promover a “equidade” e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo “vulnerabilidades” e “riscos” à saúde (BRASIL, 2015).

Entretanto, o que se vê para além desse discurso, nos documentos produzidos sobre a referida política é o predomínio do discurso de prevenção às doenças e do viver saudável, com centralidade nos fatores de risco, por meio do incentivo à atividade física, críticas ao sedentarismo, tabagismo e excessos alimentares, enfatizando uma visão comportamental de PS, achados que coadunam com as afirmações de Porto e Pivetta (2009) acerca do foco da PNPS nas dimensões individuais e comportamentais no que se refere à saúde.

Ao retirar o foco da produção social da saúde¹⁰⁴ no debate em torno da Promoção da Saúde e dos DSS e, em seu lugar, enfatizar fatores de risco e escolhas inadequadas de estilos de vida, o direcionamento conferido pela OPAS/OMS à PNPS simplifica as discussões, pois extrai desses conceitos sua dimensão de processos sócio-históricos (NOGUEIRA, 2009).

A partir desse direcionamento estratégico, a PNPS (BRASIL, 2015) é permeada por conceitos e componentes ídeo-políticos da NPS, tais como “justiça social”, “empoderamento” e “equidade” em total funcionalidade ao discurso social-liberal. É também afinada à ideologia neodesenvolvimentista ao enfatizar o “desenvolvimento sustentável”, a possibilidade de eliminar a pobreza e as doenças através do desenvolvimento

nos estilos de vida e indicadores moldados sob os auspícios da cúpula das Nações Unidas.

104 A produção social da saúde ou determinação social da saúde, discutida pelo MRS brasileiro desde a década de 1970 (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009), localiza os determinantes da saúde enquanto atributo de uma determinação mais ampla: as contradições e requisições do capitalismo e sua relação com as condições de vida e saúde da população (CEBES, 2009). O escopo do debate em torno dos DSS, por sua vez, é pautado e delimitado pelo poder de influência da OMS e proporciona uma perspectiva de análise que conduzirá pelos caminhos construídos dentro dos limites estabelecidos pelo poder hegemônico nas sociedades ocidentais desenvolvidas (NOGUEIRA, 2009).

econômico e de suprimir as violências e promover a saúde através da “cultura da paz”, da “inclusão social”, e dos “hábitos saudáveis” sem questionar o atual modelo de produção destrutiva e de barbárie social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PNPS constitui o termo mais nítido de adesão do Brasil aos preceitos da NPS em sua íntima funcionalidade à ideologia social-liberal. Essa política vem configurando mais um instrumento de hegemonia do novo projeto neoliberal e evidencia a preocupação dos organismos internacionais e dos governos brasileiros em manter a legitimidade em torno dessa ideologia.

A PNPS assume esses anseios, gerando consensos em torno de uma nova concepção de desenvolvimento que alia o crescimento econômico com a “justiça social” e o combate às “iniquidades” em saúde. Sua ênfase em fatores individuais e subjetivos como a “felicidade” e o “empoderamento” demonstra a decadência do pensamento hegemônico no que tange à saúde e sua incapacidade de mascarar os vívidos processos de desgaste do atual modelo de organização societária e sua incidência maléfica sobre a saúde.

Denunciar o atual modelo de desenvolvimento e seus rebatimentos na saúde, mantendo-o, contudo na essência, é o cerne da NPS que esvazia a concepção de PS da produção social e de seu componente ídeo-político: o enfrentamento dos interesses capitalistas, como propunha e lutava o Movimento de Reforma Sanitária brasileiro nos anos de 1970 e 1980. Por isso a NPS e a preocupação burguesa com as “iniquidades” em saúde que sustenta vem sendo disseminada em todo o globo, sob os auspícios da cúpula das Nações Unidas, por agências como a OPAS/OMS principal intelectual orgânica das classes dominantes na operacionalização da NPS.

Por fim, cumpre destacar que às profissões de saúde, entre elas o Serviço Social, resta o desafio de não só atuar na particularidade da PNPS, mas saber questionar seus fundamentos históricos, sócio-culturais e ídeo-políticos, afinando as dimensões profissionais ao compromisso com os interesses das classes subalternas na construção de um modelo de saúde – e de sociedade – universal e igualitário.

REFERÊNCIAS

BATISTA JÚNIOR, F. Políticas de Saúde no Sistema Único de Saúde. In: BRAVO, M. I.; MENEZES, J. S. B (Orgs.). **Cadernos de Saúde: a saúde nos governos do partido dos trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro: UERJ: Rede Sirius, 2014. p.20-23.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Redes e programas**. Saúde mais perto de você. Atenção Básica. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE). Dados 2016. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/>>. Acesso em 18. Out. 2017.

_____. Secretaria de vigilância em saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS**. Revisão da Portaria MS/GM nº687, de 30 de Março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto399_22_02_2006.html>. Acesso em: 13 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Mais Saúde 2008 – 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Mais Saúde 2008 – 2011**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERSNIA, D.; FREITAS, C.M. de. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p.19-42.

CASTELO, R. A. O Social-liberalismo brasileiro e a miséria ideológica da economia do bem-estar. In: MOTA, A. E. (Org.). **Desenvolvimento e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade**. São Paulo: Cortez, 2012. p.46-77.

_____. **O social-liberalismo:** auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

_____. O canto da sereia: social-liberalismo, neodesenvolvimentismo e supremacia burguesa no capitalismo dependente brasileiro. In: MACÁRIO, E.; VALE, E. S. do; RODRIGUES JR, N. (Orgs.). **Neodesenvolvimentismo, trabalho e questão social.** Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2016. p.43-74.

CEBES. **Determinantes sociais.** Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

CORREIA, M. V. C.; MEDEIROS, S. M. de. As bases da promoção da saúde nas Conferências Internacionais e a Reforma Sanitária brasileira: concepção do processo saúde e doença em questão. In: VASCONCELOS, K.E.L.; COSTA, M.D.C. (ORGS). **Por uma crítica da promoção da saúde:** contradições e potencialidades no contexto do SUS. Campinas: Hucitec, 2014. p.III-158.

GONÇALVES, R. Novo desenvolvimentismo e liberalismo enraizado. **Serv. Soc. Soc.**, n.112, p.637-671. São Paulo: Cortez, 2012.

MALTA, C. D. et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciênc. saúde coletiva**, v.19, n.11, Rio de Janeiro, nov. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4301.pdf>. Acesso em: 24 set. 2015.

MARANHÃO, C. H. **Desenvolvimento social como liberdade de mercado.** In: MOTA, A. E. (Org.). **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade.** São Paulo: Cortez, 2012. p.78-104.

MENEZES, J. S. B. Os governos do partido dos trabalhadores e as políticas sociais: nada de novo no front. In: BRAVO, M. I.; _ (Orgs.). **Cadernos de Saúde:** a saúde nos governos do partido dos trabalhadores

e as lutas sociais contra a privatização. Rio de Janeiro: UERJ: Rede Sirius, 2014.

MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no governo Lula. **Saúde de Sociedade**. São Paulo, v.20, n.2, p.522-532, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/22.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2016.

MOTA, A. E. Redução da pobreza e aumento da desigualdade: um desafio teórico-político ao Serviço Social brasileiro. In: MOTA, A. E. (Org.). **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia**: crescimento econômico e reprodução da desigualdade. São Paulo: Cortez, 2012. p. 29-45.

_____; AMARAL, A. S. do; PERUZZO, J. F. O novo desenvolvimentismo e as políticas sociais na América Latina. In: MOTA, A. E. (Org.). **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia**: crescimento econômico e reprodução da desigualdade. São Paulo: Cortez, 2012. p. 153-178.

NETTO, J. P. **Análise de conjuntura com José Paulo Netto**. [Vídeo]. PPGPS/UNB. 20 abr. 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=xJnbJYKq6O4>>. Acesso em: 20 Jul. 2016.

_____. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NOGUEIRA, R. P. Determinantes, determinação e determinismo sociais. **Saúde em Debate**, v. 33, n.83, Rio de Janeiro. p.398-406, set./dez. 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Termo de Cooperação nº 56**: vigilância, promoção e prevenção em saúde. In: **Relatório de gestão dos termos de cooperação**: 2015. Brasília: OPAS, 2015, p.181 – 197. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/images/relatorio_gestao_2_sem_2015_016.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 Jul. 2017.

_____. **Termo de Cooperação nº 56:** Vigilância, Promoção e Prevenção em Saúde. In: **Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação:** 2014. Brasília: OPAS, 2014, p. 183 – 214. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/images/stories/GCC/relatoriogestao_2_sem_2014.pdf?ua=1>. Acesso em 20. Jul. 2017.

_____. **Termo de Cooperação nº 56:** vigilância, promoção e prevenção em saúde. In: **Relatório de gestão dos termos de cooperação:** 2013. Brasília: OPAS, 2013, p.201-230. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/relatorio_gesto_2_sem_2013_a.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 jul. 2017.

_____. Termo de Cooperação nº 56: Vigilância, Promoção e Prevenção em Saúde. In: **Relatório de gestão dos termos de cooperação:** 2012. Brasília: OPAS, 2012, p. 99-122. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/oB_Y8Q_i628-EcoJjYWxUUG9POUU/edit>. Acesso em 20 jul. 2017.

_____. Termo de Cooperação nº 56: vigilância, promoção e prevenção em saúde. In: **Relatório de gestão dos termos de cooperação:** 2011. Brasília: OPAS, 2011, p. 257-272. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/oB_Y8Q_i628-EbnpjUmg2em9KdkU/edit>. Acesso em: 20 Jul. 2017.

_____. Termo de Cooperação nº 56: Vigilância, Promoção e Prevenção em Saúde. In: **Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação:** 2010. Brasília: OPAS, 2010, p. 283-296. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/oB_Y8Q_i628-EcUHMNGYxdjM1SjQ/edit>. Acesso em: 20 jul. 2017.

_____. Termo de Cooperação nº 56: Vigilância, Promoção e Prevenção em Saúde. In: **Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação:** 1º e 2º semestres de 2009. Brasília: OPAS, 2010, p.315-324. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/oB_Y8Q_i628-EM-TAtNThuMF9WNGs/edit>. Acesso em: 20 jul. 2017.

PAULA, R. F. dos S. Novo desenvolvimentismo ou neoliberalismo à brasileira?: continuidades e rupturas. In: _____. **Estado Capitalista e Serviço Social: O neodesenvolvimentismo em questão**. Campinas: Papel Social, 2016. p.221-318.

PORTO, M. F. de.; PIVETTA, F. Por uma promoção da saúde emancipatória em territórios urbanos vulneráveis. In: CZERSNIA, D.; FREITAS, C.M. de. (Orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p.207-229.

ROCHA, D. G. et al. Processo de revisão da política nacional da saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4313-4322, nov. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4313.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2015.

SEN, A. K. **Desenvolvimento como liberdade**. Tradução: Laura Teixeira Motta. Revisão técnica Ricardo Doninelli Mendes. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n.71, p.268-283, 2005.

VASCONCELOS, K. E. L. **Promoção da saúde e serviço social: uma análise do debate profissional**. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

_____; SCHMALLER, V. P. V. Promoção da saúde: polissemias conceituais e ideológicas. In: ____; COSTA, M. D. H. da (Orgs.). **Por uma crítica da promoção da saúde: contradições e potencialidade no contexto do SUS**. Campinas: Hucitec, 2014. p.47-110.

A PARTICULARIDADE DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMA

*Maria Aparecida Nunes dos Santos
Moema Amélia Serpa*

NOTAS INTRODUTÓRIAS

O presente ensaio teórico tece reflexões sobre a particularidade do Serviço Social na política de saúde em tempos de contrarreforma, evidenciando alguns dos principais desafios impostos aos assistentes sociais inseridos na referida política.

Como campo de atuação, a política pública de saúde tem representado historicamente o espaço profissional que incorpora grandes parcelas de assistentes sociais, sobretudo, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 e da formulação de um Sistema Único de Saúde (SUS) ancorado na defesa da saúde como direito social universal.

A configuração do mercado de trabalho dos assistentes sociais na saúde, assim, como nas demais políticas que constituem espaços socio-ocupacionais para os assistentes sociais, não encontra-se imune ou blindada aos interesses do capital. No atual contexto, a referida configuração tem como elemento determinante as tendências atuais do processo de precarização e mercantilização das políticas sociais e do novo modelo de gestão da força de trabalho adotado, em razão da nova fase do capital, que requer a reorganização do trabalho em todas as esferas.

Neste sentido, a sedimentação de nossas reflexões assumem como eixo de análise a inserção do Serviço Social no campo das políticas sociais e a compreensão da profissão sobre as determinações da ordem capitalista no tempo presente.

As análises aqui empreendidas partem do pressuposto de que o assistente social é um trabalhador assalariado, participando ao mesmo tempo e pela mesma atividade da contradição que envolve a divisão social e técnica do trabalho no capitalismo (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005). Isto nos permite reafirmar, como tem argumentado Iamamoto e Carvalho (2005) e Netto (2005), que é imprescindível situar o Serviço Social como especialização do trabalho coletivo inserida na divisão sócio-técnica do trabalho, no contexto das contradições existentes no interior do processo de produção e reprodução das relações sociais.

Levando em consideração essas prévias notas introdutórias, este artigo encontra-se estruturado da seguinte forma: num primeiro momento, tem-se algumas considerações aproximadas sobre o estatuto ou fundamentos sócio-históricos do Serviço Social brasileiro enquanto profissão; num segundo momento, discorre-se sobre a precarização das e nas condições de trabalho dos assistentes sociais como expressões do processo da contrarreforma na saúde e como esse cenário de precarização do exercício profissional tende a constituir um solo fértil para as históricas “armadilhas” profissionais e, por último, levando em consideração as referidas mediações, aponta-se alguns dos desafios impostos à profissão para a defesa da saúde na perspectiva do direito universal e não como mercadoria.

APROXIMAÇÕES AOS FUNDAMENTOS SÓCIO-HISTÓRICOS DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO

Como nos ensina a literatura crítica do Serviço Social brasileiro, agarrar a profissão pela raiz e apreender os seus permanentes desafios, implica necessariamente situá-la no movimento histórico-concreto da realidade social. Nessa direção, as condições histórico-sociais para gestão do Serviço Social enquanto uma especialidade do trabalho coletivo têm suas bases inscritas no processo de intensificação das contradições capitalistas na fase monopolista do capital expressa, sobretudo, no

movimento de concentração e centralização do capital adicionado ao aumento do “exército industrial de reserva” (NETTO, 2005).

Esses vetores sócio-econômicos, conforme nosso suporte teórico, respondem pelo conjunto de dificuldades de produção e realização da mais-valia na referida fase, a exemplo, da superacumulação de capitais, do hiperinflacionamento das mercadorias e da superexploração e racionalização da força de trabalho. Ao lado dos referidos vetores encontram-se as dificuldades de legitimação política da classe burguesa face à debilidade das ações repressivas do Estado e o potencial revolucionário do movimento operário que suscitava uma solução radical para as condições de miserabilidade dos trabalhadores. É a partir destes processos sócio-econômicos e sócio-políticos que tem-se a necessidade de um redimensionamento, ou “giro”, da intervenção estatal na dinâmica contraditória capitalista expresso na criação e implementação das políticas sociais públicas.

Assim, é através da constituição das políticas sociais públicas e sua funcionalidade política e econômica no modo de produção capitalista que o Estado burguês redimensiona seu arco de intervenção junto às condições de superexploração da força de trabalho e, para tanto, recruta novos agentes profissionais para atuarem tanto na formulação quanto na implementação dessas políticas. É nesta última que se inserem, predominantemente, os assistentes sociais enquanto “executores terminais” das políticas sociais (NETTO, 2005).

Pelo exposto até aqui, cabe sintetizar que, em termos histórico-universal, como recomenda Netto (2005), é a partir a) da relação de ruptura do Serviço Social com suas protoformas através de um mandato institucional; b) da constituição de uma necessidade socialmente concreta – “questão social” – e de sua inscrição, durante o estágio monopolístico, no âmbito estatal; c) aliado a criação de políticas sociais públicas para administrar suas expressões, que a profissão se inscreve na divisão social e técnica do trabalho nos moldes capitalistas. É somente a partir destas condições histórico-sociais que tem-se a possibilidade de criação de novas profissões, a exemplo do Serviço Social.

Na particularidade brasileira, é relevante destacar que, a constituição da profissionalização do Serviço Social, encontra-se dialeticamente articulada à particularidade histórica do processo de constituição e

consolidação do capitalismo no país, pautado, em sua gênese, numa economia de base agroexportadora¹⁰⁵, e que instituía o trato com a “questão social”, especificamente, como “caso de polícia”.

De acordo com Yazbek (2009, p.129), o Serviço Social brasileiro “[...] se institucionaliza e se legitima profissionalmente como um dos recursos mobilizados pelo Estado e pelo empresariado, com o suporte da Igreja Católica”, para enfrentamento e regulação da “questão social”, no contexto dos anos de 1930, momento em que as condições degradantes de vida e de trabalho da classe trabalhadora adquirem expressão política. Mais adiante, complementa a referida autora, que é:

[...] na trama das relações sociais concretas, na história social da organização da própria sociedade brasileira, que se gestam as condições para que, no processo de divisão social e técnica do trabalho, o Serviço Social constitua um espaço de *profissionalização e assalariamento*. Como mediação, neste processo, o *Serviço Social vai se inserir*, obtendo legitimidade no conjunto de mecanismos reguladores, *no âmbito das políticas socioassistenciais, desenvolvendo atividades e cumprindo objetivos que lhes são atribuídos socialmente e que [...] ultrapassam sua vontade e intencionalidade* (YAZBEK, 2009, p.133, grifo nosso).

Nessa perspectiva, pode-se assinalar, a partir do embasamento teórico de autores como Netto (2005; 2010), Yamamoto e Carvalho (2005) e Yazbek (2009), que o percurso sócio-histórico da profissão no Brasil, pode ser visualizado dialeticamente, ou seja, dentro de um movimento de rupturas e continuidades, a partir de três momentos. O primeiro refere-se ao desenvolvimento das protoformas do Serviço social vinculado ao pensamento humanista cristão da Igreja Católica; o segundo relaciona-se ao processo de institucionalização da profissão a partir da inscrição da “questão social” no âmbito estatal e, por conseguinte, a criação de espaços sócio-ocupacionais via políticas sociais e requisição

105 Um forte traço desta base econômica é a utilização da mão-de-obra escrava e concentração das decisões políticas nas mãos dos “senhores da terra”, traços que serão refuncionalizados sobre novas bases, durante o processo de subsunção real do trabalho ao capital, ou seja, na fase madura do capital.

de novos agentes profissionais para administrá-la; e o terceiro momento vincula-se ao denominado processo de renovação do Serviço Social e, no seio deste processo, a consolidação de uma perspectiva teórico-metodológica de cariz crítico, dada sua vinculação com a teoria social de Marx.

Seguindo essa lógica, tal movimento evidencia que há uma intrínseca relação entre reordenamento do Estado para atender o imperativo da acumulação e expansão do capital no país, agravamento das expressões concretas da “questão social”, contração ou expansão do mercado de trabalho e a requisição de um determinado perfil profissional para inserção neste mercado, sobretudo, no contexto autocrático burguês, no qual a ampliação dos espaços sócio-ocupacionais para os assistentes sociais, bem como o processo de laicização da profissão, estiveram ancorados na exigência de um “profissional moderno” nos moldes da racionalidade técnico-administrativa do projeto de “modernização conservadora” dos militares (NETTO, 2010).

Assim, baseado na análise de Netto (2010), pode-se afirmar que essa conforma uma das principais lições que podem ser filtradas da processualidade histórica da profissão. Nas suas palavras, é o movimento dialético entre a dinâmica macroscópica do capital, nas suas esferas de comando político e econômico, e o movimento travado no interior da profissão para responder as requisições desta dinâmica, que possibilita uma apreensão mediatizada dos limites e desafios profissionais expressos nos espaços sócio-ocupacionais.

Na particularidade histórica do processo de sua consolidação, durante o estágio autocrático burguês, a profissão experimentará as maiores rotações desde o seu surgimento, como enfatiza Netto (2010), cabendo que a refuncionalização do ensino do Serviço Social, para além do atendimento às requisições do mercado de trabalho, neste estágio da expansão capitalista no Brasil, possibilitou, contraditoriamente, a gestação de uma massa crítica que, durante a transição da década de 1970 para 1980, configurou a terceira direção do processo de renovação do Serviço Social, denominado por Netto (2010), de “intenção de ruptura”. É somente a partir desta vertente que o Serviço Social pôde aproximar-se de uma perspectiva crítica - teoria social de Marx - e descobrir-se como trabalhador assalariado e que porta uma determinada

função social.

Sobre as influências da perspectiva crítica se gesta um novo projeto profissional, ou projeto ético-político do Serviço Social, vinculado ao processo histórico-concreto da redemocratização brasileira que imprime significativos avanços durante a década de 1980¹⁰⁶, e expressa sua consolidação, sobretudo, na década de 1990, relacionada ao próprio processo de maturação profissional do Serviço Social expresso numa produção de conhecimento crítica e interlocução segura com as ciências sociais; nas reflexões sobre os fundamentos ontológicos da ética, na formulação das Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996) e seu processo de implementação, bem como, na maturidade político-organizativa e jurídica das entidades da profissão como o conjunto CFESS-CRESS e seu empenho na formulação e aprovação de uma nova lei de regulamentação da profissão, capaz de expressar as atribuições e competências dos assistentes sociais a partir das novas conquistas (Lei nº 8.662\1993) e na aprovação de um novo Código de Ética (1993).

Na verdade, estes são os componentes que imprimem materialidade aos elementos constitutivos do novo projeto profissional (NETTO, 1999) identificado nos valores e princípios, nos aspectos teórico-metodológicos, na função e objetivos profissionais, nos aspectos jurídico-políticos e nas lutas organizativas, elementos que, ao conquistarem hegemonia pelo coletivo profissional, passam a constituir a imagem ideal ou “autoimagem de uma profissão” (Idem).

A utilização do recurso heurístico da totalidade para apreender o Serviço Social no processo de produção e reprodução das relações sociais pode ser considerado o “pulo do gato” no Serviço Social, a partir da “intenção de ruptura” com o conservadorismo, à medida que possibilita ultrapassar visões unilaterais, fatalistas ou voluntaristas, que tendem a aprisionar o Serviço Social numa perspectiva endogenista. Dos achados teóricos desse processo de “maioridade teórica” tem-se a compreensão da profissão visualizada contraditoriamente como uma

106 Dentre esses avanços destacam-se: o currículo mínimo de 1982, o Código de Ética de 1986, bem como, a aproximação à teoria social crítica expressa na produção teórica de Yamamoto e Carvalho (2005). Contudo, como adverte Netto, a ruptura com o histórico conservadorismo, na década de 1980, deu-se no plano ideopolítico e não na sua integralidade (NETTO, 1996).

realidade vivida e representada na consciência de seus agentes profissionais e, ao mesmo tempo, uma atividade socialmente determinada pelas circunstâncias objetivas que conferem uma direção social à prática profissional, traço que condiciona e ultrapassa a vontade, a consciência de seus agentes individuais (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005).

A defesa do referido projeto supõe a apreensão do “chão” histórico no qual se assenta e processa o exercício profissional dos assistentes sociais nesses tempos de contrarreformas.

O BINÔMIO PRIVATIZAÇÃO E PRECARIZAÇÃO DA SAÚDE E SUAS REPERCUSSÕES NO COTIDIANO DE TRABALHO DOS (AS) ASSISTENTES SOCIAIS

Constituída de uma particularidade interventiva, a profissão precisa ser pensada a partir de sua inserção num mercado de trabalho, determinado pelas condicionalidades das necessidades expressas pelo capital, mediado por organizações públicas e privadas, tendo sua intervenção condicionada pela atual forma como o Estado burguês responde às sequelas da questão social (GUERRA, 2001).

Na especificidade da política de saúde, a atual tendência contrarreformista tem fortalecido a lógica privatista que predomina no campo da saúde, orientada pelos interesses do grande capital, que transformou definitivamente esse campo num grande negócio rentável ao capital, responsável por acrescentar grandes lucros ao setor privado em detrimento do financiamento público e gratuito por parte do Estado.

Desta forma, prevalece a lógica da mercadorização que se concretiza através de iniciativas de privatização e terceirização dos serviços. A tendência que prevalece é: o rompimento com o caráter universal da política; concentração de um modelo assistencial baseado na oferta da atenção básica, com serviços de baixo custo, racionalizando os outros níveis de atenção; a flexibilização da gestão dentro da lógica custo/benefício, bem como precarizando o trabalho através das formas flexíveis de contratação; e o estímulo à ampliação do setor privado na oferta de serviços, principalmente no caso da saúde. Como estratégias

destacam-se a ênfase nas parcerias com a sociedade, responsabilizando a mesma pelos custos da crise, conclamando a sociedade a atuar na esfera da refilantropização do enfrentamento à “questão social”.

Seguindo esta lógica, como afirma Mota (1997), o que está subjacente ao conjunto de demandas profissionais são as novas formas de produção, gestão e consumo da força de trabalho reiterada pela ação do Estado numa parceria via desregulamentação das políticas sociais e dos direitos sociais. Sendo assim, as demandas atuais têm subjacentes as reais necessidades gestadas pela reestruturação produtiva a qual tem se precarizado os serviços de saúde, bem como o trabalho dos profissionais inseridos neste campo.

Como alerta Guerra (2010), este contexto condiciona novas determinações aos assistentes sociais, com implicações de forma particular no exercício e na formação profissional, alterando as condições de trabalho, as demandas, valores, critérios, padrões societários e respostas profissionais.

Sobre a precarização das/nas condições de trabalho, a pesquisa do Perfil dos Assistentes Sociais do Brasil (CFESS, 2005), já sinalizava esse processo ao identificar, no caso específico da Região Nordeste, o menor índice de vínculos estatutários. Menos da metade dos assistentes sociais (47,45%) inseridos nos serviços públicos possuíam certa estabilidade no emprego (CFESS, 2005). Associado a esse indicador, esta região apresentava os piores indicadores salariais, com 42,35% dos profissionais recebendo entre 4 (quatro) e 6 (seis) salários mínimos (SM), abaixo da média nacional. Essa tendência agrava-se considerando que existiam 27,55% recebendo até 3 (três) SM (CFESS, 2005).

Na particularidade do cenário paraibano, as condições de assalariamento dos assistentes sociais impostas na política de saúde reforçam esse quadro de degradação do trabalho e do comprometimento do exercício profissional, quadro identificado, a partir da pesquisa “Trabalho, Política Social e Serviço Social: as configurações de assalariamento do assistente social nas políticas de saúde e assistência social na Paraíba”¹⁰⁷,

107 Esta pesquisa, realizada em 2013, analisou as condições de assalariamento dos assistentes sociais nas cidades de Campina Grande e João Pessoa – PB, composta de dois subprojetos: Subprojeto I com o eixo nas configurações do trabalho do assistente social na política de Saúde nos municípios de Campina Grande e João Pessoa

realizada em 2013. As informações sistematizadas na referida pesquisa¹⁰⁸ apontam o processo de desconstrução dos direitos sociais e trabalhistas, bem como as mudanças na organização do processo de trabalho na esfera municipal evidenciando a estreita relação e conexão com as requisições do trabalho na fase do capitalismo contemporâneo, como referimos anteriormente e, por conseguinte, reiteram as tendências da flexibilização e precarização das relações de trabalho expressas nas formas de admissão/ingresso no serviço público, a fragilização dos vínculos trabalhistas, o baixo padrão salarial e convivência com o duplo vínculo.

Nesse sentido, embora, os dados indiquem a prevalência do ingresso via concurso público, de 59,40%, ainda assim não está superada a precariedade nas condições e relações de trabalho, como também não anula o crescimento da fragilidade na forma de ingresso e contratação. Isso fica evidente frente aos 40,60% dos/das profissionais possuem contratos temporários, estando seu ingresso possibilitado via seleções públicas ou indicação política (SERPA et al, 2012).

Como destaca Iamamoto (2010, p.123-124), os assistentes sociais (funcionários públicos) “[...] vêm sofrendo os efeitos deletérios da Reforma do Estado no campo do emprego e da precarização das relações de trabalho” expressos, por exemplo, na redução dos concursos públicos, demissão dos funcionários não estáveis, corrida à aposentadoria e falta de incentivo à carreira.

É importante destacar que os dados particulares supracitados sobre as relações de trabalho dos assistentes sociais paraibanos não revelam outras dimensões da precarização que se referem às condições objetivas e subjetivas de trabalho, como o padrão salarial e as possibilidades de atuação profissional, bem como não anula a instabilidade e a insegurança do trabalho, principalmente no atual contexto de regressão de direitos. Portanto, a regularização do vínculo, unicamente, não garante

na Paraíba; e o subprojeto 2 focado no âmbito da Política de Assistência Social nos mesmos municípios. Foi financiada pelo edital PROPESQ/UEPB/2010-2012 e teve a participação de discentes dos Grupos de Estudos e Pesquisa sobre Trabalho e Proteção Social (GETRAPS), e do Grupo de Estudo e Assessoria em Políticas Sociais (GEAPS).

108 Esta pesquisa abordou 232 profissionais inseridos nos serviços municipais de saúde, sendo 83 em Campina Grande e 149 em João Pessoa.

a supressão da precarização do exercício profissional no atual contexto, uma vez que os determinantes da precarização não podem ser caracterizados apenas pelo tipo de vínculo a que estão submetidos os/as trabalhadores/as (SERPA et al, 2012).

É emblemática a objetividade da precarização da atividade profissional expressa pelos baixos salários identificados na referida pesquisa, revelado por uma incidência significativa de remunerações entre 1 (um) e 2 (dois) SM, representando 44% do total dos/as profissionais entrevistados/as. Este baixo padrão salarial vem produzindo um movimento de busca de uma complementação financeira que se expressa no crescimento do duplo vínculo. Este duplo vínculo, torna a jornada de trabalho extensiva e exaustiva que associada aos vínculos flexíveis, representam um mercado de trabalho cada vez mais precarizado.

O pluriemprego, como destaca Guerra (2010), tem demandado ao assistente social a inserção socioprofissional em duas ou mais políticas desencadeando numa relação de descontinuidade no/do exercício profissional, já que muitos trabalham em regime de plantão, o que incentiva intervenções pontuais e com respostas imediatas. Essa realidade é agravada pela rotatividade, presença constante nos espaços laborais.

Trindade (2004, p.16), também alerta que a associação entre jornadas flexíveis e o duplo vínculo, pode comprometer a qualidade das ações desenvolvidas, uma vez que persiste a ausência de planejamento contribuindo para uma tendência a burocratização da prática profissional, uma vez que, “sem uma permanência prolongada junto aos usuários, consegue no máximo, realizar atividades de enfiamento de problemas imediatos, sem possibilidade de práticas contínuas”.

O mercado de trabalho profissional marcado pela ausência de garantias do trabalho protegido tem graves repercussões sobre as ações profissionais e, como destaca Raichelis (2010, p 759), “[...] as ações desenvolvidas passam a ser subordinadas a prazos contratuais e aos recursos financeiros destinados para esse fim, implicando descontinuidades, rompimento de vínculos com usuários [...]”. Essa instabilidade, por exemplo, é indutora da fragmentação e desmobilização dos/as trabalhadores/as quebrando os vínculos com as organizações sindicais (DAVI et al, 2012).

Outro ponto a destacar, segundo Guerra (2010), refere-se ao fato

de que esse processo de degradação das condições de trabalho e vida dos assistentes sociais tem desencadeado um intensivo desgaste físico e mental e, conseqüentemente, o aparecimento de doenças profissionais face a urgência em dar respostas e a pressão a qual está submetida os/as assistentes sociais.

Portanto, segundo a referida autora, tem se configurado um mercado profissional, que requisita exigências de qualificação profissional, apresentando uma tendência de expansão que conjuga flexibilização e precarização que se expressam, dentre outros, nas “[...] mudanças na legislação trabalhista, subcontratação, [...] terceirização, emprego temporário, informalidade, jornadas de trabalho e salários flexíveis, multifuncionalidade ou polivalência, desespecialização, precariedade dos espaços laborais e dos salários (GUERRA, 2010, p.719).

Cabe acentuar que a expansão da terceirização dá-se transvestida de assessoria, em que profissionais se reúnem em cooperativas multiprofissionais para prestação de serviços, bem como atuando através de empresas prestadoras de serviços que mantém vínculos precários com as instituições públicas e/ou privadas.

Configura-se um mercado profissional que enfrenta as tendências da nova gestão do trabalho marcada pela precarização do trabalho e retirada de direitos, evidenciados na desregulamentação dos contratos de trabalho, nos baixos salários, na descontinuidade do trabalho profissional e na sua fragmentação, mas que afeta a objetividade da sua atuação também no âmbito da política de saúde.

Quanto à referida multifuncionalidade, tão em voga no campo da saúde, Guerra (2014) sustenta que essa, na verdade, constitui um campo fértil para diluição da formação especializada e da possibilidade de equiparação entre as diversas profissões da área social. Como alerta a autora, repousa nesse processo uma tendência à desespecialização “através da abstração da necessidade de formação profissional dada a assunção de atividades simples” (GUERRA 2014, p.46), o que conduz, como a mesma afirma, a um processo de desprofissionalização.

Estes aspectos apresentam-se hoje como desafios no âmbito do exercício profissional, com implicações no processo de formação que se expressam em dois níveis: assegurar sua legitimidade profissional enquanto trabalhador inserido no mercado de trabalho e, por outro

lado, enfrentar o desafio de responder às particularidades das demandas postas à profissão, desenvolvendo novas competências sócio-políticas e teórico-instrumentais, como ressalta Netto (1996).

A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO COMO SOLO FÉRTIL À INTENSIFICAÇÃO DAS AÇÕES IMEDIATAS E EMERGENCIAIS DO/A ASSISTENTE SOCIAL

Sob a égide da orientação privatista na saúde e concomitante aos processos de precarização das/nas relações de trabalho, o grande capital reafirma a seletividade e a focalização dos serviços de saúde demandando aos assistentes sociais o atendimento direto aos usuários privilegiando ações assistenciais, seletivas e emergenciais, atuando de forma menos expressiva em atividades relacionadas diretamente a gestão e organização e mobilização comunitária.

Esse processo tem implicações significativas para o exercício profissional no campo da saúde em virtude de, num contexto de contrarreforma, se reatualizarem velhas práticas assistenciais que reproduzem um modelo de saúde de caráter eminentemente assistencial, curativo, individualista direcionados a corrosão/destruição da saúde como um bem público.

Na análise de Soares a superexploração e precarização das condições de trabalho “situam-se como importantes elementos em interface com o mecanismo de *contenção da demanda e emergencialização*” (SOARES, 2010, p.350, grifos da autora). Seguindo essa tônica, a profissão reatualiza e dá maior significado às ações emergenciais, respondendo ao efetivo aumento da demanda por serviços de saúde, que “chegam ao Serviço Social com o peso da urgência” (Idem). Não obstante, as requisições profissionais assumem o caráter predominantemente assistencial e emergencial.

Como afirma Soares, a racionalidade da contrarreforma na saúde revela

[...] que o conteúdo emergencial perpassado na prática social do assistente social é uma tendência historicamente construída que tem um sentido concreto também relacionado com as

respostas da profissão no espaço da saúde pública; mas, principalmente, advém da racionalidade hegemônica no Estado brasileiro, particularizada na política de saúde e materializada no SUS (SOARES, 2010, p. 354).

Ocorre que a especificidade de um determinado tipo de intervenção se universaliza a tal ponto que o caráter de imediaticidade e de urgência, até então circunscrita ao universo dos plantões, se populariza impondo-se a todas as ações profissionais - incluindo as ambulatoriais e de enfermarias - o caráter de urgência deixando “a sensação permanente de emergência das demandas, da necessidade de respostas imediatas” (Idem).

Como sabemos, o cotidiano institucional constitui o espaço do exercício profissional. Esse cotidiano, enquanto um traço ineliminável da vida social, caracteriza-se por ações marcadas pela heterogeneidade, espontaneidade, imediaticidade e superficialidade extensiva, traços que se intensificam, ainda mais, no sistema do capital, sobretudo, em seus momentos de crise (HELLER apud NETTO, 2000). No exercício profissional, por exemplo, a heterogeneidade e a imediaticidade se expressam, respectivamente, nas diversas e antagônicas demandas colocadas aos assistentes sociais e na ausência da apreensão das mediações da “questão social” e das implicações éticas e políticas das respostas profissionais (GUERRA, 2013).

Nesse sentido, Guerra problematiza que, dadas essas características constitutivas do cotidiano, nem sempre os profissionais:

[...] se perguntam sobre as implicações éticas e políticas de tais respostas [...], pois o que chega como demanda é a solução (ainda que restrita, parcial, temporária, pontual, fragmentária) da problemática apresentada, tratada como objeto de intervenção, e não o conteúdo, a qualidade, as implicações éticas e políticas e/ou a possibilidade das respostas profissionais (GUERRA, 2013, p.53).

Travestidas de novas requisições profissionais, as demandas à profissão assumem um caráter de padronização que tem modificado, a passos

lentos mas efetivos, as atribuições, competências e respostas profissionais. Como argumenta Guerra (2014), é um movimento efetivo que interfere na natureza, nos saberes interventivos e habilidades, nos valores da profissão atribuindo-lhes uma multiplicidade de funções que se revelam estranhas à profissão. Significa dizer, que vem se constituindo um movimento estranho à cultura profissional, “sob o argumento falso da ‘transdisciplinaridade’, mas, também, pela via de imprimir às profissões uma lógica gerencialista e tecnocrática, que responde a uma padronização própria de uma *racionalidade formal-abstrata*” (GUERRA, 2014, p.58).

Emerge desse processo competências profissionais forjadas pela atual formatação da política de saúde que reivindicam ações de empoderamento, acolhimento social e humanização desprendidas de aportes teóricos que reflitam a concreticidade dessas ações no atual contexto. Aqui cabe destacar a tendência do privilegiamento, no exercício profissional, das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos apartadas das condições de vida e de trabalho dos usuários, da compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença. Tal privilegiamento dá-se as mãos com o denominado “Serviço Social Clínico”¹⁰⁹.

O desprendimento ou negação da dimensão teórico-metodológica da profissão, Constitui-se, segundo Mota um campo fértil para a expansão da “produção do conhecimento aplicado, instrumental e imediato, ao tempo em que se esvazia a possibilidade de saturar a realidade de mediações necessárias para compreender as reais necessidades que estão subjacentes às demandas sociais” (2014, p.34).

Nesse sentido, tem-se a amputação da apreensão da profissão como totalidade e a hipertrofia da dimensão técnico-instrumental, na qual a intervenção profissional dá-se por meio dos procedimentos de ultrageralização, com base na experiência, na empiria, na imitação, nas

109 De acordo com a Resolução do CFESS de nº 569 de 2010, a realização de terapias não constitui atribuição e competência dos (as) assistentes sociais. Cabe destacar que a referida Resolução resulta de discussões coletivas travadas no interior da categoria profissional. Para maiores informações consultar o documento “Práticas terapêuticas no âmbito do Serviço social: subsídios para aprofundamento do estudo. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/>>.

analogias desencadeando na denominada “prática irrefletida” (GUERRA, 2013). Assim, ampliam-se as possibilidades do revigoramento do conservadorismo na profissão pela via do pragmatismo e tecnicismo, que confrontam com as projeções do projeto ético político da profissão e que diluem o conjunto de funções e atribuições sócio-profissional construídas coletivamente pela categoria no decurso dos anos 1990.

Destacamos que esse processo também tem incidência significativa sobre a relativa autonomia da profissão, a medida em que o elenco de prioridades, da habilidade instrumental e da construção de respostas vêm sendo determinado por uma lógica pragmática que, ao distanciar o SUS dos postulados legais que lhe dão corporeidade, determinam o âmbito de atuação dos assistentes sociais.

Ainda mais deletério à profissão, nesse contexto de precarização do trabalho e imediatividade das ações na saúde, é a negação da dimensão política da profissão e seu conseqüente enfaixamento nas cadeias da pseudoneutralidade.

Neste sentido, podemos reafirmar que o processo de precarização do trabalho na particularidade do espaço sócio-ocupacional da saúde revela dois movimentos, que ao precarizar os serviços de saúde, também precariza-se o trabalho dos profissionais inseridos neste campo.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE OS DESAFIOS IMPOSTOS AO TRABALHO PROFISSIONAL

Ao evidenciarmos, dentro das possibilidades desse artigo e do processo de aproximação sucessiva ao real, o significado sócio histórico da profissão, os determinantes da precarização, da privatização e da emergencialização das ações da saúde indicamos, ou apontamos indiretamente, os fios invisíveis a serem puxados desse “novelo de linha” que expressam alguns dos principais desafios impostos aos assistentes sociais inseridos na política de saúde.

Nesse sentido, compreendemos que o um dos primeiros desafios refere-se à própria defesa do referencial teórico-metodológico, isto é, da teoria social de Marx que possibilitou uma apreensão da realidade social capitalista em seu processo de contradições e da profissão como trabalho assalariado. É desse manancial que emerge as possibilidades de

defesa de um projeto profissional calcado na negação da mercantilização da vida social e, por conseguinte, da saúde e na luta pela superação de quaisquer formas de exploração.

Assim, é nesse processo que tal defesa encontra-se dialeticamente relacionado aos princípios do projeto de reforma sanitária, o qual sustenta uma concepção ampliada da saúde e, por conseguinte, uma negação da centralidade em posições biologicistas, curativa e/ou terapêuticas sobre o processo saúde-doença, posições que encontram solo fértil no denominado Serviço Social Clínico, como citado anteriormente.

Outro desafio relaciona-se a permanente articulação dos/as profissionais com as entidades político-organizativas em defesa da saúde, bem como a luta contra a Emenda Constitucional nº 95 que congela os gastos com saúde e educação, a recente aprovação, em julho de 2017, da Reforma Trabalhista que constitui o marco do fim do trabalho socialmente protegido e, a luta contra a PEC 287 que propõe, se aprovada, uma deletéria reforma da previdência social brasileira.

Por último, entendemos que o combate ao imediatismo, tecnicismo, para além dos limites estruturais impostos pelo capital passa pela suspensão momentânea do cotidiano (institucional), prescindindo de iniciativas dos espaços de formação profissional.

Portanto, para além da compreensão da atual crise capitalista e sua relação com a atual configuração do mercado de trabalho profissional, é preciso ações coletivas que visem enfrentar a estabelecida ofensiva do capital contra o trabalho articulando ações de resistência.

REFERÊNCIAS

CFESS. **Assistentes Sociais no Brasil**: elementos para o estudo do perfil profissional / Organizado pelo Conselho Federal de Serviço Social; colaboradores Prédés... et al. Brasília: CFESS, 2005.

DAVI, J. et al. **As configurações do trabalho do assistente social no Sistema Único de Assistência Social – SUAS nos municípios de Campina Grande e João Pessoa- PB**. Relatório Final (PIBIC) - CNPQ. Campina Grande: UEPB, 2012.

GUERRA, Y. Serviço social: dilemas da precarização e estratégias de enfrentamento. In: COSTA, G. M. et al (Orgs). **Crise contemporânea e serviço social**. Maceió: Edufal, 2010b, p, 85-110.

_____. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. In: SANTOS, Claudia Mônica; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (Orgs). **A dimensão técnico-operativa do serviço social: desafios contemporâneos**. 2.ed. Juiz de Fora: UFRJ, 2013, p.45-74.

_____. Transformações societárias e serviço social: repercussões na cultura profissional. In: MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Ângela (orgs.). **Serviço social brasileiro nos anos 2000: cenários, pelepas e desafios**. Recife: Editora UFPE, 2014, p.45- 62.

IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez, 2005.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 19. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MOTA, A. E.; AMARAL, A. S do. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social. In: **A nova fábrica de consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao Serviço Social**. MOTA, Ana Elizabete (Org.). 4. ed. São Paulo: Cortez, 1997, p.23-44.

_____. (orgs.). **Serviço social brasileiro nos anos 2000: cenários, pelepas e desafios**. Recife: Editora UFPE, 2014.

NETTO, J. P. Para a crítica da vida cotidiana. In: NETTO, J. P.; CARVALHO, M.C.B. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2000, p.64-90.

_____. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. Transformações societárias e serviço social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n.50. São Paulo: Cortez, 1996, p.87-132.

_____. A construção do projeto ético político do serviço social frente à crise contemporânea. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo I: Crise Contemporânea: Questão Social e Serviço Social. Brasília: CEAD, 1999. p.91-110.

_____. **Ditadura e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2010.

RAICHELIS, R. Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no SUAS. In: **Serviço social e sociedade**, n.104. São Paulo: Cortez, 2010, p.750- 772.

SERPA, M. A. et al. **As condições de assalariamento do Assistente Social na Política de Saúde – SUS nos municípios de Campina Grande e João Pessoa- PB**. Relatório Final (PIBIC) - CNPQ. Campina Grande: UEPB, 2012.

SOARES, R. Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social nos anos 2000. In: MOTA, A, (org.) **As ideologias da contrarreforma e o serviço social**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010, p.337-382.

TRINDADE, R. **Relatório de pesquisa: tendências contemporâneas do mercado de trabalho do Serviço Social em Alagoas**. Maceió, 2004.

YASBEK, Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. In: **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**, v.I. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p.125-142.

TERCEIRA PARTE
CONTRARREFORMA, INTELECTUAIS
E SERVIÇO SOCIAL: AS INFLEXÕES DA
POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO
DE CAMPINA GRANDE/PB

CONTRARREFORMA, INTELECTUAIS E SERVIÇO SOCIAL: RESISTÊNCIA OU CONSENSO AO PROCESSO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA EM CAMPINA GRANDE/PARAÍBA

Alessandra Ximenes da Silva
Maria Joseli de Souza Silva
Thaísa Simplício Carneiro Matias

INTRODUÇÃO

Este trabalho parte da análise contemporânea sobre o processo de contrarreforma na política de saúde, as tendências dos intelectuais coletivos e do Serviço Social, que disputam o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e suas expressões no município de Campina Grande/Paraíba (PB). Tal fenômeno se deve ao fato do debate acerca da RSB novamente ser prioridade política pelo movimento sanitário, com o advir do governo Luís Inácio da Silva (2003). Contudo, esse processo possui várias contradições, que perpassam pela concepção, projeto e processo de RSB.

Um aspecto relevante é a criação da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), em 2010, com o objetivo de resistir aos processos de privatização na saúde, em curso no Brasil, e defender as bandeiras da RSB da década de 1980. Como desdobramento desse processo, principalmente a partir de 2011, foram criados novos Fóruns

estaduais e municipais de saúde, sendo estes vinculados a FNPS. O referido processo culmina com o surgimento de novos intelectuais coletivos que disputam o projeto e processo de RSB na contemporaneidade (SILVA, 2013).

A função do intelectual é primordial: Gramsci (2000) assevera que os intelectuais, em vez de se constituírem em um grupo autônomo e independente, são uma criação das classes sociais fundamentais para dar homogeneidade e consciência ao seu projeto de sociedade, nas dimensões econômica, social e política.

O presente artigo é resultado da pesquisa “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões da política de saúde em Campina Grande/PB”. Está fundamentado numa leitura teórico-crítica da realidade, analisando no processo de contrarreforma na política de saúde, as tendências dos intelectuais coletivos e do Serviço Social, na perspectiva do consenso e da resistência. A pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através de Chamada Universal – MCTI/CNPq Nº 14/2014.

Os sujeitos da pesquisa foram os intelectuais coletivos integrantes do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande e alguns intelectuais do Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra a Privatização. Sendo estes: a Associação dos Docentes da Universidade Federal de Campina Grande (ADUFCG), a Corrente Proletária Estudantil (POR), o Núcleo de Pesquisa em Práticas Sociais (NUPEPS), o Conselho Regional de Serviço Social da 13ª Região (CRESS/PB), Seccional do CRESS de Campina Grande (13ª Região), o Centro de Ação Cultural (CENTRAC), o Diretório Central dos Estudantes da Universidade Federal de Campina Grande (DCE/UFCG), o Centro Acadêmico de Letras da Universidade Federal de Campina Grande (CA de Letras/UFCG), a Direção do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), e a Associação dos Docentes da Universidade Federal da Paraíba (ADUFPB)¹¹⁰. Para fins de articulação das bandeiras de lutas, fez-se necessário analisar os principais documentos formulados pelo Conselho Federal de Servi-

110 A Associação dos Docentes da Universidade Federal da Paraíba (ADUFPB) foi incluída dentre os intelectuais coletivos porque a entidade foi primordial no processo de criação do Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra a privatização, em 2011.

ço Social (CFESS) e pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) para a política de saúde, ambos intelectuais coletivos de âmbito nacional e que dão a direção política para outros intelectuais do Serviço Social.

Para este estudo, se utilizou a análise documental, bibliográfica, observação nas reuniões dos Fóruns de Saúde e realização de entrevistas semiestruturadas. A realização da pesquisa correspondeu ao período de estudo de 2010-2017, uma vez que, abrange a criação da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, em 2010; o Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra a Privatização, em 2011; e do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande, em 2012, até o período acima delimitado. O estudo se encontra em conformidade com o que preconiza a resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, considerando as questões éticas que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos.

A pesquisa foi realizada em três etapas anuais. A primeira, desenvolvida em 2015, teve como subproduto a **apreensão teórico-conceitual do tema da RSB e contrarreforma na política de saúde**. Nesta etapa foram realizadas entrevistas com os intelectuais coletivos integrantes dos referidos Fóruns de Saúde para identificar as tendências e contradições dos intelectuais, através das propostas defendidas pelos mesmos, assim como, identificar concepções e perspectivas acerca do Projeto de RSB na contemporaneidade. Para tanto, foram realizadas 10 (dez) entrevistas com os intelectuais coletivos, a saber: 01(um) representante do Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra a Privatização, 06 (seis) representantes do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande e 03 (três) representantes do Serviço Social, que também são integrantes dos Fóruns de Saúde. Para a análise e compreensão do processo de privatização, utilizou-se como fonte documental: a Lei da Gestão Pactuada Nº 5.277/2013 do município de Campina Grande; o Projeto de Lei Ordinária Nº 561/2017, que altera dispositivos da Lei Municipal Nº 5.043/2011 relativos ao Programa de Público-Privada, no município; a Lei Nº 13.097/2015 (abertura do capital estrangeiro para a saúde); a Lei Nº 9637/98, que cria as Organizações Sociais; o Decreto Nº 7.082/2010, que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), durante o governo Luís

Inácio Lula da Silva; a Medida Provisória Nº520/2010, em 31 de dezembro com o objetivo de criar a EBSEH (no final do governo Lula); a Lei Nº 12.550/2011, que cria a EBSEH (governo Dilma); e o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995).

Na segunda etapa realizada em 2016, teve como subproduto a apreensão teórico-conceitual dos **Intelectuais na contemporaneidade: resistência ou consenso à defesa do Projeto de RSB** e na terceira e última etapa da pesquisa, realizada em 2017, tratou da **análise das tendências do Serviço Social no processo de contrarreforma na Política de Saúde: resistência ou consenso**. Nessas etapas, para fins de compreensão das tendências dos intelectuais coletivos e suas proposições, na análise documental, utilizou-se como fontes as proposições de organismos internacionais, tais como o Banco Mundial, através dos documentos *Brasil Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro Fortalecendo a Qualidade dos Investimentos Públicos e da Gestão de Recursos* (2007); e *20 anos da Reforma do Sistema de Saúde do Brasil: uma avaliação do Sistema Único de Saúde* (2013); manifestos do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); manifestos e Relatório Técnico do Grupo de Saúde da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); e documentos formulados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) *Plano de Reestruturação do HUAC – UFCG* (2015) e *Contrato de Gestão Especial Gratuita HUAC – UFCG* (2015). Na última etapa da pesquisa foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 07(sete) assistentes sociais, de um total de 09 (nove), todas funcionárias do HUAC (que atualmente encontra-se sob a gestão da EBSEH) e 01(uma) entrevista com a ex-diretora administrativa do hospital supracitado. Essas entrevistas foram realizadas com o objetivo de analisar o processo de implementação dos modelos privatizantes de gestão dos serviços públicos e as implicações para o Serviço Social.

Os resultados da pesquisa serão apresentados ao longo dos 06 (seis) artigos que compõem a terceira parte desta coletânea. Neste, expomos as tendências dos intelectuais coletivos no processo de contrarreforma da política de saúde; a contrarreforma na política de saúde em Campina Grande: o processo de privatização; a Reforma Sanitária Brasileira na contemporaneidade e os intelectuais coletivos: expressões em Campina

Grande; e as tendências dos intelectuais coletivos do Serviço Social no processo de contrarreforma na política de saúde na contemporaneidade.

TENDÊNCIAS DOS INTELECTUAIS COLETIVOS NO PROCESSO DE CONTRARREFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE

A discussão acerca dos intelectuais e a sua função na sociedade capitalista contemporânea leva a um exercício de reflexão acerca da categoria *intelectual*, referenciada por Gramsci (2000), nos Cadernos do Cárcere 4 e 12. Para Gramsci,

Os intelectuais são um grupo autônomo e independente, ou cada grupo social tem sua própria categoria especializada de intelectuais? [...] todo grupo social, nascendo no terreno originário de uma função essencial no mundo da produção econômica, cria para si, ao mesmo tempo, organicamente, uma ou mais camadas de intelectuais que lhe dão homogeneidade e consciência da própria função, não apenas no campo econômico, mas também no social e político (GRAMSCI, 2000, p.15).

É nessa perspectiva abrangente que o autor atribui aos intelectuais a organização da cultura^{III}. O pensador sardo enfatiza tanto a existência

III Aqui chamamos atenção para este conceito extremamente móvel nos *Cadernos do Cárcere*: Primeiramente, cultura é concebida como “expressão da sociedade”, o que hoje se trata de uma noção baseada no senso comum. Entretanto, ao relacionar cultura com hegemonia, Gramsci define cultura como “esfera”, “campo”, “estrutura” de atividades realizadas por intelectuais, os quais exercem funções organizativas na “produção” e no campo “político-administrativo”, ou seja, para além da esfera da cultura. É nesta perspectiva organizativa que Gramsci chama atenção para a função dos intelectuais em relação aos outros profissionais. Com os *Cadernos*⁷ e 10, Gramsci apresenta de forma mais rica a questão da superação da separação entre alta cultura e a cultura popular, ao formular a perspectiva da “reforma intelectual e moral”, formulação de grande originalidade para se pensar a revolução, cabendo aos intelectuais a função de determinar e organizar a reforma intelectual e moral,

do grande intelectual, o produtor de concepções de mundos universais, mas há também um sem-número de ramificações e mediações, através das quais os pequenos e médios intelectuais fazem com que as grandes concepções do mundo cheguem ao que ele chama de “simples”, ou seja, ao povo. Não há para o pensador uma relação direta entre a grande filosofia, a grande cultura, e o que ele chama de “simples”. Trata-se de uma relação que se dá através da mediação de uma grande rede de pequenos e médios intelectuais.

Gramsci (2000) explicita a função decisiva dos intelectuais, segundo Duriguetto,

Seja dos técnicos, diretamente inseridos na produção, seja os que exercem atividades tradicionais ou funções administrativas estatais – na relação com as classes fundamentais e com o Estado. É com essa percepção do caráter mediado dos intelectuais entre as classes sociais e o Estado que explicita sua compreensão dos intelectuais e de suas funções na vida social (DURIGUETTO, 2014, p.267).

Os intelectuais evidenciam uma relação estreita com a esfera pública, partindo do pressuposto que os mesmos possuem um conhecimento sistematizado, a respeito de algumas temáticas que perpassam as relações sociais estabelecidas por determinado grupo, e que a partir disso possam ter posicionamentos políticos relevantes. Nessa perspectiva, a esses intelectuais, “é atribuída uma “função pública” (NEVES, 2010, p.26).

Na contemporaneidade os intelectuais são representados não apenas por escritores e filósofos com grande carga cultural, mas também por técnicos e sujeitos que desempenham as diversas funções nas relações sociais, e que fazem as mediações entre o consenso e as formas de consciência no cotidiano do campo político, econômico e social, ou seja, “vivemos um alargamento das funções dos intelectuais, uma metamorfose na sua “morfologia”, especialmente a partir do século XX” (SIMIONATTO, 2014, p.10).

Acerca dos intelectuais brasileiros Neves (2010) enfatiza que o

adequando a cultura à função prática (LIGUORI; VOZA, 2017).

processo colonial da formação brasileira, bem como a herança elitista de seus intelectuais, tem fomentado a importação desses pensadores em diferentes linguagens, produções simbólicas e formações capitalistas, reservando a estes intelectuais a disseminação em larga escala da hegemonia burguesa mundial em âmbito local.

A partir destes elementos da análise gramsciana acerca dos intelectuais, a pesquisa “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões da política de saúde em Campina Grande/PB” (SILVA, 2017) analisa os intelectuais integrantes do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande, mas faz as mediações necessárias com alguns intelectuais coletivos estadual e nacional, afim de corroborar com a referida análise.

O Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande foi criado em 2012, num contexto de ofensiva do processo de privatização da política de saúde, através da ameaça da implantação das Organizações Sociais (OS), no município de Campina Grande/PB. O Fórum foi criado como estratégia de resistência a esse processo. Dentre os intelectuais coletivos que passam a integrar o Fórum, a maioria se insere a partir do ano de sua criação, ou seja, em 2012 e o CA de Letras da UFCG inicia sua participação, em 2013. Vale a pena ressaltar que a ADUFPB e o CRESS da 13ª Região, são integrantes do Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra a Privatização criado em 2011, no momento em que também ocorre a ameaça de implantação das OS, no município de João Pessoa/PB.

Quadro 1 – Intelectuais coletivos participantes do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande

INTELECTUAIS COLETIVOS	PARTICIPAÇÃO NOS FORUNS DE SAÚDE
ADUFCG	2012
POR	2012
NUPEPS	2012
CRESS/PB SECCIONAL CAMPINA GRANDE	2012
CENTRAC	2012
DCE DA UFCG	2012
DIREÇÃO DO HUAC	2012
CA DE LETRAS DA UFCG	2013

Fonte: Pesquisa Aplicada “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões da política de saúde em Campina Grande/PB” (2015/2017).

Para analisar as tendências dos intelectuais coletivos no processo de contrarreforma da política de saúde, em Campina Grande, se faz necessário apreender as defesas de interesses desses intelectuais. Neste sentido, essa análise ocorre no âmbito da política, ou seja, da formulação das políticas que implementam ou bloqueiam tais interesses. No quadro 02 há uma síntese das principais defesas de interesses dos intelectuais coletivos do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande, com as ações e estratégias de luta contra a implantação dos modelos privatizantes de gestão no município.

No que diz respeito às contradições entre os intelectuais coletivos integrantes do Fórum, essas até o momento não estão expressas, uma vez que há uma mesma direção na perspectiva de defesa de interesses dos integrantes (suprapartidária, contra todas as formas de privatização, defesa do projeto de RSB com as bandeiras de 1980 e defesa do SUS público, estatal, universal e de qualidade). As divergências ocorrem nos encaminhamentos, mas estes não se configuram como uma contradição

de interesse de classe.

Marx introduz a concepção de “interesse de classe”, ao enfatizar que os indivíduos têm interesses comuns enquanto são membros de uma mesma classe. O Estado é a forma na qual os indivíduos de uma classe dominante fazem valer seus interesses comuns, e que, por isso, todas as instituições comuns passam através do Estado e recebem uma forma política. Numa sociedade, os sujeitos coletivos são constituídos a partir de múltiplos interesses, postos em confronto. Sobre este tema Coutinho assevera:

Quando o Estado representa interesses de uma única e reduzida classe, é normal que use a coerção para impor esses interesses ao conjunto da sociedade; neste caso, o consenso ocupa um lugar subalterno. Ao contrário, quando a sociedade civil cresce, o consenso passa a ter um peso decisivo na obtenção do aval para que um determinado interesse (ou grupo de interesses) se torne capaz de influenciar na formulação de políticas, ganhando legitimidade (COUTINHO, 1995, p.55).

A pesquisa identificou a participação dos intelectuais no processo de fortalecimento da luta contra a privatização da política de saúde, através da formulação de documentos, entrevistas, debates, articulação e mobilização acerca do tema. Os intelectuais defendem projetos e orientam suas ações a partir da defesa de interesses que podem ser na perspectiva de manutenção ou de transformação de uma determinada hegemonia. Portanto, os intelectuais têm um papel preponderante na formulação e difusão de ideologias, noções, conceitos e perspectivas. No quadro 02 abaixo há uma síntese conclusiva dos principais interesses defendidos pelos intelectuais e as suas estratégias de resistência.

Dentre os principais interesses defendidos pelos intelectuais coletivos do Fórum, através dos dados coletados da pesquisa e sintetizados no quadro 02 abaixo, são enfatizados: 1) contrário a todas as formas de privatização da saúde; 2) defesa do SUS completamente estatal, universal e de qualidade; 3) defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado; 4) defesa do projeto de Reforma Sanitária com os princípios dos

anos 80; 5) resgatar o movimento sanitário; 6) defesa do financiamento adequado do sistema de saúde com investimentos no público estatal; e 7) defesa da valorização profissional, através do plano de cargos e carreiras, a realização de concursos e melhoria nas condições de trabalho.

Quadro 2 - Defesa de Interesses dos Intelectuais Coletivos e as Estratégias de Lutas Contra a Privatização da Saúde

DEFESA DE INTERESSES	ESTRATEGIAS DE LUTAS
<p>Contrário a privatização da saúde - Lei de Gestão Pactuada e EBSERH.</p> <p>Contrário a Lei Nº 13.097 de 19 de janeiro de 2015 - abertura do capital estrangeiro para a saúde.</p> <p>Defesa do SUS universal, estatal e de qualidade.</p> <p>Saúde como direito de todos e dever do Estado.</p> <p>Defesa da valorização do trabalho através do Plano de Cargos Carreira e Remuneração (PCCR), concurso público e melhores condições de trabalho.</p> <p>Defesa do processo de Reforma Sanitária Brasileira de 1988 - não flexionado.</p>	<p>Fórum da saúde como frente de articulação, ação política e de organização da luta dos trabalhadores.</p> <p>Articulação com a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.</p> <p>Fortalecer os espaços de controle social institucional (conselhos/conferencias) e não institucional (fóruns de saúde).</p> <p>Luta contra a privatização:</p> <p>Impedir a adesão a EBSERH através de:</p> <p>Mobilização para a participação nas reuniões do Conselho Universitário; atos públicos; elaboração de manifestos e moções; consulta ao Ministério Público; mobilização junto à comunidade acadêmica;</p> <p>Impedir a aprovação da Lei de Gestão Pactuada:</p> <p>Articulação, mobilização e ocupação junto à Câmara Municipal de Campina Grande;</p> <p>veiculação de notícias e entrevistas contra a privatização;</p> <p>Planejamento da agenda política do fórum;</p> <p>Realização de pesquisa sobre o processo de contrarreforma e o Fórum de Saúde;</p> <p>Autonomia das lutas para avançar no processo de organização;</p>

Fonte: Pesquisa Aplicada “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões da política de saúde em Campina Grande/PB” (2015-2017).

Os principais interesses defendidos pelo Fórum estão articulados as bandeiras de lutas da FNCPS. A principal luta é a defesa intransigente do caráter público estatal da saúde, com investimento público na ampliação da rede pública de serviços. Para Bravo e Correia “o Caminho estratégico é conduzir uma ruptura com as bases privadas do setor público de saúde, pressupostos que se opõem à redução da atuação do Estado e à regulação da saúde pelo mercado” (2012, p.146). Segundo a FNCPS barrar esses novos modelos de gestão é um caminho estratégico para evitar a destruição do SUS.

A FNCPS baseada em Berlinguer (1978) defende que para ter saúde é necessário modificar as condições de vida, as relações de trabalho, as estruturas civis da cidade e do campo. Neste caminho, a FNCPS apresenta uma Agenda para Saúde em Defesa do SUS Público, Estatal, Universal e de Qualidade com as seguintes diretrizes: 1) Determinação social do processo saúde e doença: saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais; 2) Gestão e financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde; 3) Modelo assistencial que garanta o acesso universal com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade; 4) Política de valorização do trabalhador da saúde; e 5) Efetivação do controle social (FNCPS, 2011, p. 9-10).

A FNCPS também possui seus intelectuais que atuam na formulação e na direção política com a perspectiva de fortalecer o projeto de Reforma Sanitária como projeto civilizatório¹¹². Integra a sociedade civil que é formada precisamente pelo conjunto dos aparelhos privados de hegemonia responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias. A sociedade civil é um momento da superestrutura político-ideológica, condicionada pela base material. A mesma não é homogênea, mas espaço de lutas de interesses contraditórios.

O estudo evidencia a necessidade de apropriação e conhecimento dos aparelhos privados de hegemonia atuantes no município de Campina Grande, na política de saúde. Portanto, dentre as estratégias de lutas e resistências há a necessidade da continuidade de estudos acerca

112 Sobre este aspecto, chamamos atenção também dos integrantes da FNCPS que estão inseridos nos espaços acadêmicos, os quais vêm desenvolvendo projetos de pesquisa e extensão na perspectiva de potencializar os Fóruns locais e aprofundar a análise acerca do processo de contrarreforma da política de saúde em curso.

da temática, assim como o fortalecimento da organização e mobilização dos intelectuais coletivos, em defesa da saúde pública estatal, universal, integral e de qualidade no município de Campina Grande.

A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE EM CAMPINA GRANDE: O PROCESSO DE PRIVATIZAÇÃO

Em consonância com a Lei Nº 9637/98 que cria as Organizações Sociais, sancionada durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, em Campina Grande as primeiras iniciativas de privatização são referidas através da Lei Nº 5.277 de 19 de abril de 2013. Institui o Programa de Gestão Pactuada e sobre a qualificação de Organizações Sociais. O referido programa em seu Art. 1º, parágrafo único, delimita os objetivos dessa iniciativa, entre os principais se destacam:

I - assegurar a prestação de serviços públicos específicos com autonomia administrativa e financeira, através da descentralização com controle de resultados [...] III- redesenhar a atuação do município de Campina Grande no desenvolvimento das funções sociais, com ênfase nos modelos gerenciais flexíveis e no controle por resultados, baseado em metas e indicadores de desempenho [...] IV- possibilitar a efetiva redução de custos e assegurar transparência na alocação e utilização de recursos (CAMPINA GRANDE, 2013, p.01).

A Lei Nº 5.277/2013, no seu Art. 2º se baseia no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRE), proposto pelo Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, em 1995. Para tanto, a lei municipal institui modalidades públicas que são exclusivas do Município de Campina entre as quais se destacam as atividades: a) representação judicial e extrajudicial; b) arrecadação e fiscalização tributária; c) controle interno; d) fiscalização sanitária e agropecuária; e) fiscalização e controle do meio ambiente; f) regulação e fiscalização de serviços; e g) finanças públicas. Também institui um conjunto de atividades consideradas não exclusivas do Município de Campina Grande, entre essas se destacam: a)

educação; b) saúde; c) cultura; d) trabalho; e) cidadania; f) urbanismo; g) habitação; h) saneamento; i) gestão ambiental; j) ciência e tecnologia; l) agricultura e organização agrária; m) indústria e comércio; n) comunicações e transportes; o) desportos e lazer; e p) previdência (CAMPINA GRANDE, 2013, p.02).

A Lei Nº 5.255/2013 foi sancionada durante a gestão do Prefeito Romero Rodrigues Veiga, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). Como já ressaltado, a referida lei institui as OS em 15 (quinze) áreas do serviço público municipal. Esse processo implica na desresponsabilização do Estado na prestação de serviços sociais. Ou seja, o pressuposto é que esses serviços podem ser realizados através das PPP. OPDRE assevera:

Reformar o Estado significa melhorar não apenas a organização e o pessoal do Estado, mas também suas finanças e todo o seu sistema institucional-legal, de forma a permitir que o mesmo tenha uma relação e positiva com a sociedade civil. [...] a reforma do Estado permitirá que seu núcleo estratégico tome decisões mais corretas e efetivas, e que seus serviços – tanto os exclusivos, que funcionam diretamente sob seu comando, quanto os competitivos, que estarão apenas indiretamente subordinados na medida que se transformem em organizações públicas não-estatais- operem muito mais eficientemente (BRASIL, 1995, p.44).

Esse conjunto de concepções defende a relação simbiótica entre Estado, Sociedade e Mercado, ampliando o entendimento do público para a sociedade civil. Ou seja, a prestação de serviços sociais pode ser realizada por entes da sociedade civil e também em parceria com o mercado. Para tanto, a garantia desse processo será realizado através do repasse de recursos do fundo público para o privado. A análise referenciada para fins deste trabalho é o setor de serviços não exclusivos do Estado (segmento onde as atividades devem ser executadas através de instituições não estatais). É o caso dos serviços de educação, saúde, cultura, pesquisa, meio ambiente e ciência e tecnologia.

O processo de criação do Programa de Gestão Pactuada possibilitou

grande organização e mobilização por parte do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande e do Sindicato dos Trabalhadores Públicos Municipais do Agreste e da Borborema (SINTAB), na perspectiva de lutar contra a aprovação da referida lei. Para tanto, foram realizadas grandes assembleias de trabalhadores, atos públicos, elaboração de manifestos, entrevistas dos intelectuais coletivos integrantes do Fórum de Saúde, veiculadas na mídia que denunciavam os prejuízos à população com a aprovação da lei e ofensiva direta junto à Câmara Municipal de Campina Grande (CMCG). A partir dessas estratégias de luta, a Lei Nº 5.277/2013 foi revogada após 14 meses pelo chefe do poder executivo municipal.

No entanto, apesar das grandes mobilizações que implicaram na revogação da Lei 5.277/2013, em 03 de outubro de 2017, há uma nova tentativa e o prefeito encaminhou para a CMCG, o Projeto de Lei Ordinária Nº 561, de 03 de outubro de 2017, que altera dispositivos da Lei Municipal Nº 5.043, de 03 de maio de 2011, relativos ao Programa de Público-Privada, no município. Com o intuito de privatizar, não mais 15 (quinze), mas 16 (dezesseis) áreas do serviço público, dentre elas a da saúde, solicitado pelo executivo para aprovação em caráter de urgência. Na prática, é uma forma mascarada de privatizar a gestão das 16 (dezesseis) áreas, inclusive a saúde. Vale a pena ressaltar que a saúde tem sido uma área fértil para negociações com o mercado, portanto sendo alvo de disputas pelo fundo público.

Na fase atual do capitalismo sob dominância financeira, os interesses do capital portador de juros intensificam-se pelas disputas de recursos do fundo público, forçando de modo específico o incremento das despesas com juros da dívida pública no orçamento federal [...]. Nessas circunstâncias, em geral, o capital portador de juros, por meio de suas formas assumidas, ao se utilizar do fundo público, o faz sob a apropriação de parte da receita pública, remunerando os títulos públicos emitidos pelo governo federal e negociados no sistema financeiro brasileiro. Tais títulos compõem destacada fonte de rendimentos para os investidores institucionais, isto é, os rentistas, pois constituem mercadorias que podem ser vendidas e, portanto, reconvertidas em

capital-dinheiro, contribuindo para o processo de valorização do capital (MENDES, 2012, p.97).

A partir da nova ameaça de criação das OSs no município, mais uma vez ocorrem as grandes mobilizações e ações estratégicas de resistência, através de assembleias de trabalhadores municipais vinculados ao SINTAB; participação do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande; entrevistas dos intelectuais coletivos à mídia sobre o tema e os danos que podem ser causados à população, no que se refere à prestação de serviços; formulação de manifestos; e ofensiva à CMCG, através de ocupações que foram veiculadas pela mídia. A partir dessas ações, o projeto de lei foi “engavetado”. No entanto, a partir da análise dos intelectuais coletivos do Fórum, há a perspectiva de manobra pelo executivo municipal do projeto de lei vir novamente a ser apresentado de forma fragmentada, para possibilitar a desmobilização dos trabalhadores, uma vez que a ofensiva passaria a ser por área.

Outra expressão do processo de privatização da saúde em curso no município é a adesão da UFCG à EBSEH. A primeira iniciativa foi no ano de 2012, na gestão do Reitor Thompson Fernandes Mariz, que no dia 29 de outubro do referido ano colocou para apreciação e deliberação do Conselho Universitário (CONSUNI) da UFCG, que se posicionou contrário à adesão à EBSEH. Isso apenas foi possível devido a grande mobilização do Fórum em Defesa do SUS e da comunidade universitária, principalmente os trabalhadores da saúde que organizaram e mobilizaram para impedir a aprovação. As estratégias de luta foram exitosas e o processo de adesão foi barrado. O Fórum de Saúde de Campina Grande, com essa ofensiva, passa a ser referência a nível nacional no que diz respeito à luta contra a adesão à EBSEH.

No entanto, no ano de 2015 o Reitor em exercício, José Edilson Amorim, faz nova ofensiva para a adesão à EBSEH. Para tanto, convida o Presidente Nacional da EBSEH, Sr. Newton Lima Netto para visitar o HUAC, que em reunião pública realizada no dia 29 de outubro de 2015, apresenta a proposta da EBSEH para os intelectuais coletivos do Fórum de Saúde, bem como à comunidade acadêmica, representada pelos seus segmentos: trabalhadores do HUAC, docentes e estudantes,

também participaram os usuários e outros movimentos sociais. Neste momento, houve protestos e mobilizações contrários à implantação da EBSEERH por parte dos participantes da reunião. Posteriormente, em 09 de dezembro de 2015, na 104ª Reunião Ordinária do CONSU-NI, a adesão à EBSEERH foi aprovada pelos conselheiros com 27 (vinte e sete) votos favoráveis, 03 (três) contrários e 03 (três) abstenções. Desse modo, o contrato de adesão foi assinado e a partir de 01 de janeiro de 2016 o HUAC e o Hospital Júlio Bandeira (HUJB), em Cajazeiras, ambos pertencentes à UFCG passam a ser subsidiárias da EBSEERH e permanecem até o atual momento.

A proposta da EBSEERH desponta no Decreto Nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), durante o governo Luís Inácio Lula da Silva. No Artigo 5º do decreto ao se referir aos objetivos são ressaltados: “[...] modernização da gestão dos hospitais universitários federais [...] implantação de sistema gerencial de informações e indicadores de desempenho [...] implantação de processos de melhoria de gestão de recursos humanos [...] criação de mecanismos de governança” (BRASIL, 2010, p.1-2).

No Art. 6º do Decreto Nº 7.082/2010 são apresentadas as ações para a efetivação do Plano de Reestruturação do Hospital Universitário que devem encaminhar: 1) diagnóstico situacional da infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos; 2) especificação das necessidades de reestruturação da infraestrutura física e tecnológica e de recursos humanos; 3) análise do impacto financeiro previsto para o desenvolvimento das ações de reestruturação do hospital; 4) elaboração de diagnóstico da situação de recursos humanos; e proposta de cronograma para a implantação do Plano de Reestruturação, vinculando-o ao desenvolvimento de atividades e metas.

Em continuidade ao processo de reestruturação dos hospitais universitários, inicialmente a EBSEERH é criada através da Medida Provisória Nº 520/2010, em 31 de dezembro, no último dia do governo Luís Inácio Lula da Silva. E, no governo de Dilma Rousseff, torna-se a Lei Nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011.

A EBSEERH é uma empresa pública, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio. A partir desses elementos, os

HUs passam a ser geridos sob a lógica privada. Para Correia,

A predominância da lógica mercantil, neste espaço, leva à priorização dos interesses do mercado privado da educação e da saúde, da indústria de equipamentos e medicamentos. Está em jogo o fim do Regime Jurídico Único (RJU), pois os vínculos de trabalho com a empresa serão CLT, em vez de servidores públicos, teremos apenas empregados públicos. Está em jogo o projeto de Universidade pública, de qualidade, socialmente referenciada (CORREIA, 2014, p.46).

Ao analisar as implicações do processo de privatização na saúde, em Campina Grande, que apresenta avanços e recuos, a partir da luta dos intelectuais coletivos. É evidente a resistência que tem ocorrido por parte desses intelectuais, em conjuntura que tanto são favoráveis à luta como no caso do Programa de Gestão Pactuada, quanto em conjunturas que foram desfavoráveis na correlação de forças como a implantação da EBSEH.

O que temos vivenciado no Brasil são processos de contrarreforma, ou seja, quando há retraimento ou retirada de direitos. Esse processo como anteriormente foi referido se baseia na concepção do Estado mínimo e se funda na concepção de necessidade de um reordenamento do papel do Estado. Assim, tem como objetivo uma maior eficiência do Estado que pretende “reforçar a governança (a capacidade de governo do Estado) através da transição programada de um tipo de administração pública burocrática, rígida e ineficiente, [...] para uma administração pública gerencial, flexível e eficiente, voltada para o atendimento do cidadão” (BRASIL, 1995, p. 13). Soares (2010) assevera a particularidade brasileira diante da contrarreforma, mesmo em consonância com os organismos multilaterais há traços da formação social e histórica brasileira: “o autoritarismo no Estado e na sociedade, a cultura senhorial, o patrimonialismo, o clientelismo, a privatização do público, a tutela em favor” (BEHRING, 2008, p.110). A reconfiguração do Estado brasileiro de maneira subserviente adere à lógica do capital financeiro internacional.

A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA NA CONTEMPORANEIDADE E OS INTELCTUAIS COLETIVOS

O Projeto de RSB para se efetivarem quanto projeto político-emanipatório deve se realizar tanto no plano do movimento, ou seja, no processo, quanto no plano das instituições. Isso implica na construção de uma nova racionalidade, distinta da anterior. Para tanto, esse processo vincula-se à luta pela hegemonia que compreende uma reforma intelectual e moral que também deve estar ligada a um programa de reforma econômica que é, exatamente, o seu modo concreto de apresentar-se. Pensar a construção de uma nova forma social, uma nova sociabilidade, apenas é possível se pensado conjuntamente as formas específicas de sua realização.

Com base nas concepções de Paim (2008), seria possível definir a RSB como uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) **democratização da saúde**, o que implica a elevação da consciência sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao SUS e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) **democratização do Estado** e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; e c) **democratização da sociedade** alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma totalidade de mudanças, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral.

Contudo, vem sendo discutida por alguns autores a adesão dos intelectuais de prestígio na esquerda e também entre os liberais, as teses que tendem a fortalecer o projeto da Terceira Via. O processo de adesão e defesa deste projeto pelos intelectuais de esquerda vem sendo denominado de “nova pedagogia da hegemonia” (NEVES, 2010, p.19), que tende a difundir ideias e práticas adequadas aos interesses privados do grande capital nacional e internacional.

Para Silva (2013) os intelectuais têm um papel preponderante no

projeto e processo da RSB, tanto na perspectiva de defender o projeto de RSB formulado na década de 1980, quanto a apresentar novas propostas, redefinir o projeto com vistas a fortalecer a perspectiva da Terceira Via. Portanto, se faz necessário o entendimento do que são esses intelectuais? E qual sua importância para o fortalecimento do Projeto de RSB? Nessa discussão os intelectuais coletivos do Fórum apresentam proposições, na perspectiva de defender o projeto de RSB formulado na década de 1980. Dentre as principais concepções se destacam:

Construção de caminhos para que a sociedade possa problematizar o campo da saúde e fazer uma transformação social, de mesmo modo. [...] Levantar as bandeiras defendidas pelo movimento, defendendo o SUS e se colocando contrário a qualquer lógica de privatização da saúde (Entrevista concedida pelo CRESS 13º REGIÃO, junho, 2015).

Fortalecimento do SUS como uma conquista do processo de luta do movimento da RSB, apesar de suas fragilidades e contradições. [...] Está cada vez mais tenso e difícil de defender a direção do que propões o projeto de RSB, na perspectiva da concepção de saúde de forma mais ampla, na perspectiva de democratização, fortalecimento de direitos e superação dessa sociedade desigual (Entrevista concedida pelo NUPEPS, agosto, 2015).

Um movimento que possui um papel histórico importante, que colocou na pauta da sociedade a ideia de saúde como um direito universal e um dever do Estado [...] um movimento que irá desdobrar em muitas conquistas para a saúde. [...] O movimento deve passar por uma reformulação, hoje deve-se defender um sistema realmente único de saúde, defender seu financiamento, a sua gestão, pelos trabalhadores e pela população, não admitindo a convivência de dois sistemas de saúde, um público e um privado (Entrevista concedida pela ADUFCG, junho, 2015).

A Reforma Sanitária Brasileira é a base do SUS [...] quem defende o SUS defende os princípios da reforma. [...] O movimento e suas propostas permanecem e que a luta se faz no sentido de colocar em prática, de implementar de fato as conquistas, há muito o que se fazer para ver o

Os intelectuais do Fórum vêm construindo ações e projetos na perspectiva de fortalecimento para a transformação da hegemonia predominante no processo de RSB. Portanto, possuem uma função preponderante no projeto de RSB na perspectiva de defender o projeto formulado na década de 1980. Esses intelectuais são fundamentais para dar homogeneidade e consciência ao projeto de sociedade, nas dimensões econômica, social e política, para tanto, têm uma função primordial na organização da cultura.

Um dos elementos fundamentais de análise desse processo é o que Gramsci (2000, p. 16) denominou de vontade coletiva, que está vinculado ao de reforma intelectual e moral, ou seja, à questão da hegemonia. Desse modo, concepções também estão sendo construídas pelos intelectuais do Fórum, na perspectiva da radicalização da democracia, da construção da vontade coletiva e da defesa da RSB enquanto projeto político-emancipatório.

Destarte, se revela claramente uma disputa pela retomada do projeto e processo da RSB na sociedade civil com diferentes formulações de proposições e de disputas de interesses da política de saúde, através dos intelectuais participantes do Fórum. A trama da sociedade civil é formada por múltiplas organizações sociais de caráter cultural, educativo e religioso, mas também político e, inclusive, econômico. Por seu intermédio difundem-se a ideologia, os interesses e os valores da classe que dominam o Estado, e se articulam o consenso e a direção moral e intelectual do conjunto social.

TENDÊNCIAS DOS INTELLECTUAIS COLETIVOS DO SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO DE CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE

Na contemporaneidade, o Serviço Social enquanto intelectual coletivo busca articular a defesa de um Projeto Ético Político Profissional com as lutas sociais em defesa dos direitos sociais, da radicalidade democrática e pela construção de um novo projeto societário. Neste

sentido, há um arcabouço tanto jurídico quanto político que direcionam e embasam os intelectuais coletivos. Na política de saúde são fundamentais a Lei Nº 8.662/93, que regulamenta a profissão de assistente social; o Código de Ética do/a Assistente Social (Resolução CFESS Nº 443/03); a Resolução 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde, que reconhece o assistente social como trabalhador da saúde; a Resolução Nº 383/99, do CFESS, que caracteriza o assistente social como profissional da saúde; e os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010).

Esse arcabouço vai direcionar tanto a formulação de documentos e entrevistas quanto à direção das lutas na saúde, através dos intelectuais coletivos do Serviço Social, que no estudo referenciado são: o CRESS da 13ª Região (Paraíba), a Seccional de Campina Grande – 13ª Região/PB e o NUPEPS. Além dos intelectuais coletivos nacionais, o CFESS e a ABEPSS, os quais foram utilizados documentos formulados pelos mesmos, a fim de embasar e relacionar a atuação e direcionamento político dos intelectuais coletivos do estudo.

O estudo evidenciou que os intelectuais do Serviço Social têm consonância com o arcabouço jurídico e político mencionado. A partir das análises das entrevistas e dos documentos formulados pelos intelectuais se apreende a profícua contribuição ideopolítica que os mesmos têm dado no processo de resistência à contrarreforma na política de saúde no município de Campina Grande.

Esses intelectuais, na perspectiva gramsciana, têm disseminado ideologias para a construção e fortalecimento de uma nova hegemonia. Para Gramsci (2000), o intelectual tem a função de organizar a cultura, difundir um novo modo de pensar, buscando uma reforma política, social, moral e intelectual. Diante desses pressupostos, os intelectuais coletivos do Serviço Social do estudo e que são integrantes do Fórum vêm resistindo ao processo de privatização da saúde, em curso, no município de Campina Grande, no sentido de mobilizar, organizar e formular documentos contra o processo de contrarreforma na política de saúde, que se apresenta através dos modelos privatizantes de gestão.

Para fins de conclusão acerca da função social desses intelectuais, pode-se afirmar que os mesmos têm sido primordiais no processo de resistência à contrarreforma na política de saúde. Uma vez que, participam

efetivamente nas reuniões do Fórum; dos atos públicos; da formulação de documentos, manifestos e moções; nas plenárias de saúde e seminários do Fórum e da FNCPS; e enquanto expositores e debatedores. Para Gramsci (2000), a instauração de um novo modo de pensar e, acima de tudo, na batalha de ideias, existem diferentes projetos societários e consequentemente intelectuais orgânicos vinculados a esses projetos. Há intelectuais orgânicos que são vinculados ao projeto hegemônico do capital financeiro, mas também existem, os que são orgânicos a um projeto que fortalece uma nova sociabilidade.

Para fins de aprofundamento do estudo sobre as tendências dos intelectuais do Serviço Social, como desenvolvimento da pesquisa “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões da política de saúde no município de Campina Grande/PB”, dois artigos dão seguimento a análise dos resultados. O primeiro intitulado “As Influências do Banco Mundial no Processo de Contrarreforma da Política de Saúde Brasileira e as Formas de Resistência do Serviço Social”; e o segundo “A Contrarreforma na Política de Saúde: um estudo sobre os intelectuais coletivos do Serviço Social na particularidade do município de Campina Grande/Paraíba”, ambos situados na terceira parte desta coletânea.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o surgimento da FNCPS e dos Fóruns de Saúde, novos intelectuais coletivos passam a disputar a hegemonia do projeto político emancipatório da RSB. A luta contra a privatização passa pela disputa de interesses, projetos e do fundo público. Os intelectuais têm uma função preponderante no projeto de RSB na perspectiva de defender os princípios formulados na década de 1980. Esses intelectuais são fundamentais para dar homogeneidade e consciência ao projeto de sociedade, nas dimensões econômica, social e política, para tanto têm uma função primordial na organização da cultura.

O Fórum de Saúde integra a sociedade civil que é formada precisamente pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão de ideologias. A sociedade civil é um momento da superestrutura político-ideológica, condicionada pela base material. A mesma não é homogênea, mas espelho de lutas de interesses contraditórios. As

lutas não são da sociedade civil contra o Estado, mas de intelectuais coletivos que representam os interesses do capital e do trabalho ou de desdobramentos dessa contradição como aqui analisado.

O estudo revela que na contemporaneidade, o processo de RSB se desenvolve entre distintos projetos que estão em disputa. Ou seja, um projeto de RSB flexionado, em decorrência dos ditames do capital, e outro que defende as bandeiras de luta construídas na década de 1980. Nesse contexto e vinculado à FNCPS foi criado o Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande¹¹³ com o objetivo de resistir ao processo de privatização em curso no município

Os intelectuais coletivos do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande atuam na formulação e na direção política, na perspectiva de fortalecer o projeto de RSB enquanto civilizatório. Para Gramsci (2000, p. 20) “os intelectuais orgânicos do proletariado, em geral menos numerosos e mais desorganizados, também se constituem em funcionários especializados das classes dominadas na construção e execução da nova hegemonia”. Portanto, pode-se afirmar que os intelectuais são os agentes da consolidação de uma concepção de mundo e de uma vontade coletiva de um bloco histórico.

Os intelectuais questionam o investimento do fundo público cada vez maior nos setores privados, através dos modelos privatizantes de gestão na saúde. Esse investimento ocorre como uma resposta do Estado às crises do capital e acentuam o redirecionamento do fundo público para salvar o capital em detrimento do trabalho. O processo de privatização na saúde em curso, através dos “novos” modelos de gestão tem causado prejuízos, sendo esses: processo de contratação da força de trabalho em saúde com vínculos precários; não tem garantido o acesso dos usuários de forma efetiva aos serviços de saúde, ou seja, há uma quebra da universalidade e integralidade; e a introdução da lógica gerencial na gestão dos serviços de saúde.

Em suma, a pesquisa identificou que os intelectuais coletivos que integram o Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande, assim como o Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra a Privatização resistem à racionalidade instrumental da contrarreforma na política de

113 O Fórum em 2016 passa a ser denominado Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra a Privatização Seccional Campina Grande.

saúde e não consensuam com o projeto privatista na saúde, que fortalece o capital financeiro. Na realidade pesquisada, esses intelectuais disseminam a ideologia de um projeto voltado para a construção de uma nova hegemonia.

REFERÊNCIAS

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortes, 2008.

BERLINGUER, G. **Medicina e política**. São Paulo: CEBES: HUCITEC, 1978.

BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, 1995.

BRASIL, **DECRETO Nº 7.082 DE 27 DE JANEIRO DE 2010**. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Federais – REHUF dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Brasília, 2010.

CÂMARA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE. **Lei Municipal Nº 5.277 de 19 de abril de 2013**. Institui o Programa Gestão Pactuada e dispõe sobre a qualificação de Organizações Sociais e dá outras providências. 2013.

CÂMARA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE. **Lei Municipal Nº 5.043 de 03 de maio de 2011**. Trata sobre a implantação de Parcerias Público- Privadas (PPPs) no município de Campina Grande e dá outras providências. 2011.

CORREIA, M. V. C. EBSEH: lutas e resistências à lógica mercantil nas universidades. In: **A Saúde nos governos do partido dos trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. BRAVO, M. I. S, MENEZES, J. S. B (Orgs). Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sírius, 2014.

p.46-52.

COUTINHO, Carlos Nelson. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. TEIXEIRA, SF (Org). São Paulo: Cortez, 1995.

DURIGUETTO, M.L. A questão dos intelectuais em Gramsci. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.118, p.265-293, abr/jun. 2014.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Em defesa do SUS: público, estatal, universal e de qualidade**. 2011.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere: os intelectuais, o princípio educativo, jornalismo**. Edição e tradução de Carlos Nelson Coutinho. Coedição: Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. V. 2.

LIGUORI, Guido; VOZA, Pasquale (orgs.). **Dicionário Gramsciano (1926-1937)**. Tradução de Ana Maria Chiarini, Diego Silveira Coelho, Leandro de Oliveira Galastri e Silvia de Bernardinis. São Paulo: Boitempo, 2017.

MENDES, Áquilas. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado**. São Paulo: Hucitec, 2012. (Saúde em Debate, 233).

NEVES, Lúcia Maria Wanderley. (Org.). **Direita para o social e esquerda para o capital: intelectuais da nova pedagogia da hegemonia no Brasil**. São Paulo: Xamã, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

SILVA, Alessandra Ximenes da. **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões da política de saúde em Campina Grande/PB. Relatório Final de Pesquisa (2015/2017)**. Conselho Nacional de

Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). 2017.

SILVA, Alessandra Ximenes da. **Lutas Sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos**: no processo da Reforma Sanitária Brasileira. Tese (Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco), 2013.

SIMIONATTO, Ivete. Intelectualidade, política e produção do conhecimento: desafios ao Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, n.117, São Paulo, 2014.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao serviço social. Tese (Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco), 2010.

AS INFLUÊNCIAS DO BANCO MUNDIAL NO PROCESSO DE CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E AS FORMAS DE RESISTÊNCIA DO SERVIÇO SOCIAL

*Girlan Guedes dos Santos
Jaidete de Oliveira Correia
Márcia Lima Melo*

INTRODUÇÃO

Este artigo analisa as influências do intelectual coletivo Banco Mundial (BM) no processo de contrarreforma da política de saúde brasileira. Revela também as formas de resistência a esse processo, através dos intelectuais coletivos do Serviço Social, expressados através do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Esses intelectuais atuam nos aparelhos privados de hegemonia, disputando projetos e interesses, no sentido de fortalecer a hegemonia predominante ou de fortalecer a construção de uma nova.

Essa discussão remete ao projeto de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que iniciou sua construção na década de 1970 e atingiu sua maturidade nos anos de 1980, tendo em vista o período de lutas da sociedade pela redemocratização política do país. Este projeto foi formulado com os princípios da saúde enquanto direito de todos e dever do

Estado; e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Enquanto movimento, foi formado por profissionais de saúde, estudantes, professores e ao longo do tempo teve adesão de diversos segmentos da classe trabalhadora. Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, foi aprovado o Sistema Único de Saúde (SUS) que incorporou a maioria das propostas da RSB. A saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado, garantindo o caráter público, universal e de qualidade.

Contudo, a política de saúde nos anos de 1990 começou a sofrer inflexões, a partir do processo de contrarreforma do Estado, difundida pelas agências multilaterais, dentre elas, se destaca o BM, como importante formulador e propagador da referida racionalidade. O BM tem como objetivo fomentar e promover às políticas de combate à pobreza, defendendo propostas com vistas à focalização e seletividade do atendimento aos segmentos mais pauperizados da população. Para tanto, questiona a universalidade do atendimento garantida pelo Estado.

Essa discussão perpassa a americanização do modelo de saúde no Brasil como uma das estratégias do BM que impõe um modelo privatista e mercadológico, ameaçando o SUS. Trata a saúde como mercadoria e fonte de lucro, aproveitando o sucateamento dos serviços públicos para enfatizar a necessidade de investimentos nas Parcerias Público Privadas (PPP). Há um processo de fetiche do privado, através da contra informação difundida pelos aparelhos privados de hegemonia de que “o privado é melhor, mais eficiente”. Essa ideologia de que o SUS precisa ser redirecionado perpassa a maioria da população cotidianamente.

O referido estudo leva em consideração as categorias da historicidade, mediação e contradição, que conforme Netto (2011) são categorias objetivas, reais, históricas e transitórias. Para o autor, as categorias próprias da sociedade burguesa só têm validade plena no seu marco. Portanto é necessário, conhecer a gênese histórica de uma categoria. Desse modo, “o estudo das categorias deve conjugar a análise diacrônica (da gênese e desenvolvimento) com a análise sincrônica (sua estrutura e função na organização atual)” (NETTO, 2011, p.50).

Utilizamos como metodologia a pesquisa bibliográfica e a análise documental. No que diz respeito à pesquisa bibliográfica foram trabalhadas as categorias de contrarreforma e intelectuais. No tocante à

análise documental foi realizado um levantamento e uma análise do relatório final do PIBIC referente à cota 2016/2017 vinculada à pesquisa “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões da política de saúde no município de Campina Grande/PB”, financiada através da chamada universal – MCTI/CNPq Nº 14/2014, e dos documentos formulados pelo BM *Financiando os Serviços de Saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para reforma* (1987), *Brasil: novo desafio à saúde do adulto e A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90*(1990), *Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: Fortalecendo a Qualidade dos Investimentos Públicos e da Gestão de Recursos* (2007), *Documento de avaliação da proposta de empréstimo para o projeto de modernização de Hospitais Universitários Federais* (2011), *20 anos da Reforma do Sistema de Saúde do Brasil: uma avaliação do Sistema Único de Saúde* (2013) e o *Relatório Anual do Banco Mundial* de 2016, com intuito de desvelar como vêm se formulando as investidas meramente mercadológicas deste intelectual para a política de saúde brasileira. Também analisamos os manifestos publicados pelo CFESS direcionados a política de saúde “Contra a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)” (10 de janeiro de 2014), “4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora” (15 de dezembro de 2014), “15ª Conferência Nacional de Saúde” (1º de dezembro de 2015), “Edição especial: contra o desmonte da Seguridade Social” (26 de agosto de 2016) e “Dia Mundial da Saúde” (7 de abril de 2017); e alguns documentos da ABEPSS, como o manifesto “19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Populares e Sociais” (14 de abril de 2015), a nota de repúdio “Saúde é um direito humano fundamental. Não é mercadoria!” (05 de abril de 2017), o “Relatório GT: Formação e Trabalho Profissional na Saúde.Gestão: Ousadia e Sonhos em Tempos de Resistência – Biênio 2015-2016”, com as proposições de enfrentamento e resistência dos intelectuais coletivos nacionais CFESS/ABEPSS frente ao processo de contrarreforma em curso. Para a melhor compreensão da análise o artigo foi dividido nos seguintes subitens: “As inflexões do intelectual coletivo Banco Mundial na política de saúde brasileira” e “As tendências dos intelectuais coletivos do Serviço Social no processo de contrarreforma da política de saúde”.

AS INFLEXÕES DO INTELLECTUAL COLETIVO BANCO MUNDIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Para compreendermos o protagonismo dos intelectuais coletivos internacionais e suas orientações para a política de saúde brasileira, faz-se necessário levantar alguns aspectos históricos sobre a crise estrutural do capital que está relacionada a criação dos mesmos. O BM é uma criação americana que rendeu para os Estados Unidos uma excelente marca duradoura e forte. Desde sua criação o BM vem sendo administrado e comandado pelos EUA, incluindo sua estrutura, direção política e suas formas de empréstimos. A primeira gestão do BM é marcada pela conferência de Bretton Woods, que apresentava orientações para abertura do livre comércio dos produtos norte-americanos, uma abertura para os mercados estrangeiros, com intuito de usar a financeirização do capital como instrumento para saída da crise estrutural que se desenhava nesse período pós-Segunda Guerra Mundial. Assim, as primeiras estratégias do BM após a conferência de Bretton Woods, era de financiar projetos para fins da produção, relacionados a obras públicas, supervisionadas e com interesse diretamente do setor privado nos países em desenvolvimento através do Banco Internacional para Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD). A Organização das Nações Unidas (ONU) defendia que as atividades financiadas para países menos desenvolvidos, deveriam ficar a cargo do investimento privado, doméstico e estrangeiro, que alterou as relações no mundo do trabalho, flexibilização do trabalho a exemplo de nova legislação trabalhista sem segurança para o trabalhador que passou a sofrer com a superexploração do capital internacional nos países de capitalismo dependente.

Originalmente gestados em 1944, período de reorganização do sistema interestatal capitalista, com um acordo entre as potências vitoriosas da Segunda Guerra Mundial, para definir onde ficaria a sede do BM, tendo como principal potência os Estados Unidos (EUA), que usou da sua hegemonia nesse período para se beneficiar. Destarte, teve a sede do BM situada na cidade de Washington, aproveitando a desvalorização da moeda inglesa, que foi crucial para afirmar a predominância do dólar, como moeda internacional e âncora da projeção mundial do poder político e financeiro norte-americano (PEREIRA, 2010).

Nesse sentido, o BM e o Fundo Monetário Internacional (FMI) são tidos como uma criação americana que rendeu para os Estados Unidos uma excelente marca duradoura e forte. Desde sua criação, essas instituições vêm sendo administradas e comandadas pelos EUA, incluindo sua estrutura, direção política e suas formas de empréstimos.

Gramsci (2000) assevera que os intelectuais organizam a cultura de forma a contribuir para o processo de formação da hegemonia em sociedades capitalistas não só na instância econômica e política, mas sobre a esfera também da cultura. Assim, para o autor, os intelectuais são um grupo autônomo e independente, criados dentro das classes sociais fundamentais para dar homogeneidade na construção de uma nova hegemonia, não somente na esfera política, econômica e social, mas através da consciência moral, cultural e intelectual. Para tanto, os intelectuais coletivos atuam nos aparelhos privados de hegemonia, com vistas ao fortalecimento de seus projetos. Para Gramsci, o aparelho hegemônico é uma sociedade particular (formalmente privada) que se torna o equivalente do aparelho governamental (coercitivo do Estado integral, força e consenso, possuem ambos os respectivos aparelhos, e já está delineado o Estado integral como unidade-direção de sociedade civil e Estado tradicionalmente entendido).

No mundo moderno, segundo Gramsci (2000), os intelectuais profissionais de um dado grupo dominante, tem a função de desempenhar e formular ideologias para a função fundamental de seu partido. Gramsci (2000) afirma que essas elaborações, permeiam o sistema social democrático-burocrático, imponente às massas, ressaltando que nem todas são justificadas pelas necessidades sociais da produção, mesmo que justificadas pelas necessidades e interesses políticos do grupo fundamental dominante. Entendemos que essas criações estão ligadas ao conhecimento e pensamento social que, como explica Gramsci, esses intelectuais tendem a ser extremamente importante para criação de um novo poder hegemônico na contemporaneidade.

Desse modo, esses sujeitos políticos coletivos assumem a função de intelectuais, inseridos nesses espaços que orientam ações voltadas para a construção de uma nova hegemonia. Tais intelectuais possuem papel importante no processo de disseminação de ideologias relativas para as transformações societárias. Os intelectuais evidenciam uma relação

estreita com a esfera pública, partindo do pressuposto que os mesmos possuem um conhecimento sistematizado, a respeito de algumas temáticas que perpassam as relações sociais estabelecidas por determinado grupo, e que a partir disso possam ter posicionamentos políticos relevantes.

Comandados pelas potências globais em tempos de crise, esses intelectuais coletivos internacionais vêm impondo diretrizes e reformas para os países periféricos (a exemplo do Brasil), se ressalta a abertura para o mercado internacional. Dessa forma, são elaboradas propostas que visam um processo de contrarreforma na política de saúde brasileira, através de documentos que analisam o SUS¹¹⁴. De acordo com Behring (2008), as contrarreformas se compõem de um conjunto de mudanças estruturais regressivas às políticas da seguridade social, afetando bruscamente o SUS, através da abertura do mercado e da privatização dos serviços públicos de saúde, visando à obtenção de lucro para o mercado.

Os documentos elaborados pelos intelectuais coletivos internacionais defendem um redirecionamento do SUS. Esse processo apresenta inflexões, a partir do processo de contrarreforma do Estado na década de 1990, cujo direcionamento continua nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT) e se acirraram na atual conjuntura, com o governo ilegítimo de Michel Temer.

Durante o período de crise mundial do capital, a partir de 1970, foram elaborados pelo BM os primeiros documentos voltados para as políticas de saúde, mais especificamente em 1975, quando apresentava as primeiras orientações para a “reforma” nas políticas de saúde aos países por ele subsidiados (CORREIA, 2005). Foi nesse cenário de “reformas” orientadas pelo BM, que o Brasil aprovava na Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (composta pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990), incorporando as proposições do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Diante de tal conjuntura, o BM já se

114 “Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: Fortalecendo a Qualidade dos Investimentos Públicos e da Gestão de Recursos”, de 15 de fevereiro 2007; “Documento de avaliação da proposta de empréstimo para o projeto de modernização de Hospitais Universitários Federais”, 28 de fevereiro de 2011. Tais documentos fazem críticas negativas ao modelo de gestão do SUS e apresentam propostas de mudanças.

posicionava contra, e apresentava uma agenda de “reformas”, que feria o direito universal que o SUS brasileiro e estabelecia que,

O protagonismo para o sistema de saúde no Brasil não é bom [...] A Constituição de 1988 estabelece como direito constitucional, o acesso universal aos serviços públicos de saúde. A implementação deste direito exerceria significativo efeito sobre a procura e o custo dos serviços médicos públicos (BANCO MUNDIAL, 1991, apud CORREIA, 2005, p.120).

Em 1987, o BM apresentou um documento voltado para a política de saúde brasileira, intitulado “Financiando os Serviços de Saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para reforma”, o qual consistiu em um novo receituário de reformas para área da saúde aos países em desenvolvimento. Nesse documento, havia uma relação com o ideário neoliberal, uma vez que se cobravam aos países devedores a desresponsabilização do Estado na área social e abertura para o mercado, enfatizando? Os conceitos de bem público e bem privado.

Durante o curto governo de Collor de Melo, no início da década de 1990, que seguiu o ideário neoliberal, iniciou-se o processo de contrar-reforma. Nesse momento, o BM elaborou mais dois documentos com orientações para área da saúde no Brasil, intitulados “Brasil: novo desafio à saúde do adulto” e “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”.

Segundo Correia (2005) o documento elaborado pelo BM/FMI em 1995, “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90” foi inserido no “Caderno do MARE” sob nº 13 intitulado “A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde”, publicado em 1998 dentro de uma série que formavam 17 Cadernos do MARE¹⁵.

Esses documentos foram formulados pelo governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), que tinha como objetivo, uma reforma administrativa do sistema de atendimento hospitalar e ambulatorial de saúde do SUS. Tal reforma, contemplava as orientações do BM que

115 Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

pretendiam racionalizar gastos na área de saúde pública brasileira. O supracitado governo, através das reformas administrativas, estabeleceu que os hospitais estatais deveriam ser transformados em entidades públicas nãoestatais de direito privado (Organizações Sociais¹¹⁶ - OS), que culminam com a descentralização do financiamento da saúde da via federal para estados e municípios.

Nos anos 2000, os intelectuais coletivos internacionais elaboram outros documentos para orientar a política de saúde brasileira, agora, sob a liderança de governos neodesenvolvimentistas, como aponta Castelo (2014). Lula e Dilma, vinculados ao PT, não abandonaram esse receituário neoliberal por completo.

Nesse período, se destacam os documentos intitulados de “Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: Fortalecendo a Qualidade dos Investimentos Públicos e da Gestão de Recursos”, de 15 de fevereiro 2007; “Documento de avaliação da proposta de empréstimo para o projeto de modernização de Hospitais Universitários Federais”, 28 de fevereiro de 2011, e “20 anos da Reforma do Sistema de Saúde do Brasil: uma avaliação do Sistema Único de Saúde”, de 2013, significaram a implementação da mudança na gestão do SUS aprovada no governo Lula e prosseguida no governo Dilma.

Esse intelectual coletivo adota uma política com ideário neoliberal, sob o argumento de que a privatização dos serviços de saúde exige menores gastos públicos, uma vez que, cabe ao Estado atender os segmentos mais pauperizados da população. Tais proposições colocam em xeque os princípios da universalidade e integralidade estabelecidos no SUS.

Vale a pena ressaltar o documento do BM específico para a realidade brasileira, intitulado “Documento de avaliação do projeto sobre a proposta de empréstimo, no montante de 150 milhões de dólares, para a República Federativa do Brasil para o projeto de modernização dos hospitais universitários”. Um enorme e bem elaborado projeto, que tem como objetivo a modernização do Hospital Universitário

116 É sobre a governança de FHC que é aprovada a Lei 9.637/98, que cria o conceito de Organizações Sociais (OS), permitindo que o governo terceirizasse algumas de suas agências e que as OS recebam financiamentos públicos com maior facilidade (BANCO MUNDIAL, 2000).

(HU), através do programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). Pretendem com essas orientações, a inovação tecnológica dentro da gestão, através de pesquisas educacionais de prestações de contas e no gerenciamento desses hospitais (BANCO MUNDIAL, 2011). O documento apresentado afirma que o programa REHUF, abrange duas áreas: a renovação da infraestrutura dos hospitais e a modernização da sua gestão e governança, colocando a privatização dos HU como uma saída para os problemas de gestão do SUS, assim como a transferência dentro da gestão do HU para uma empresa pública estatal com personalidade jurídica de direito privado, ou seja, a entrega da gestão pública ao privado.

O documento do BM “20 anos da Reforma do Sistema de Saúde do Brasil: uma avaliação do Sistema Único de Saúde” (2013) e o Relatório Anual de 2016 apresentam a proposta de Estado mínimo, dando ainda mais abertura às organizações privadas sem fins lucrativos, as OSs, as Parcerias Público-Privada (PPP) e as Fundações Públicas (FP) para a gestão de unidades de saúde. A partir desses documentos e a adesão dos governos brasileiros às suas proposições, a política de saúde foi acometida por uma onda de contrarreformas, apresentadas também (e de forma mais rápida e explícita) pelo atual governo brasileiro, Michel Temer, que tem mostrado sua total ligação com as orientações dos intelectuais coletivos internacionais, adotando uma política nacional conservadora e neoliberal.

As proposições do Intelectual Coletivo, Banco Mundial, colocam na agenda do governo brasileiro a desestruturação do SUS, uma vez que insere na política de saúde a privatização e a precarização dos serviços a partir dos novos modelos de gestão, tais como: as Organizações Sociais (OSs); as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Privado (OSCIPs); as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs); e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Esta última, a estratégia é estabelecida no documento do Banco Mundial de 2011, como já explicitado anteriormente. A EBSERH é uma empresa pública com personalidade jurídica que tem o objetivo de privatizar os serviços de saúde e educação dos hospitais universitários do país. Tem se revelado como um dos mecanismos diretos de apropriação de recursos públicos, na área da saúde, para atender aos serviços privados. Esses modelos de

gestão apresentam como justificativa que os problemas e contradições do SUS são atribuídos às questões de âmbito administrativo, gerencial e de gestão, daí a necessidade das PPPs para gerir a saúde.

O BM intervém diretamente no fundo de financiamento brasileiro na área de saúde. Em 2016, seus projetos financiados em países ditos periféricos no setor da saúde, já estabeleciam a maior porcentagem em comparação às outras áreas, com porcentagem de 31% (BANCO MUNDIAL, 2016).

AS TENDÊNCIAS DOS INTELECTUAIS COLETIVOS DO SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO DE CONTRARREFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE

Os intelectuais coletivos se constituem frequentemente como resposta à necessidade de defender interesses superiores aos interesses puramente singulares e se referem à ação coletiva para a consecução de determinados interesses. No que se refere ao Serviço Social e seus intelectuais coletivos, se destacam: a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), entidade acadêmica científica que coordena e articula o projeto de formação em Serviço Social no âmbito da graduação e pós-graduação; e o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), uma autarquia pública federal que tem a atribuição de orientar, disciplinar, normatizar, fiscalizar e defender o exercício profissional do assistente social no Brasil, em conjunto com os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS).

No Serviço Social é necessário destacar que para além de suas atribuições, contidas na Lei 8.662/1993, que rege a profissão, a entidade vem promovendo nos últimos 30 anos ações políticas para a construção de um projeto de sociedade radicalmente democrático, anticapitalista e em defesa dos interesses da classe trabalhadora. Além disso, estas entidades são integrantes da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) (2010), cujas bandeiras de lutas partem do combate contra toda forma de privatização, mercantilização da gestão e da prestação de serviços do setor, defendendo um SUS público, 100% estatal, sob a administração direta do Estado.

Na contemporaneidade, os intelectuais são representados não

apenas por escritores e filósofos com grande carga cultural, mas também por técnicos e sujeitos que desempenham as diversas funções nas relações sociais, e que fazem as mediações entre o consenso e as formas de consciência no cotidiano do campo político, econômico e social, ou seja, “vivemos um alargamento das funções dos intelectuais, uma metamorfose na sua “morfologia”, especialmente a partir do século XX” (SIMIONATTO, 2014, p.10).

No que diz respeito aos intelectuais coletivos do Serviço Social, inicialmente será analisado o CFESS e a seguir a ABEPSS. Quanto ao CFESS, as análises foram realizadas nas edições do *CFESS Manifesta* e do *Plano de Lutas do conjunto CFESS/CRESS*. Dentre as principais questões levantadas, se destaca a luta contra o processo de adesão e implementação dos modelos privatistas de gestão, dentre eles a EB-SERH. O CFESS se posiciona contrário a sua criação, ressaltando que a EB-SERH foi criada para assumir a gestão e a gerência dos 46 Hospitais Universitários (HUs). Além das ações de saúde e educação, uma vez que, competem aos mesmos às atividades referentes tanto à formação quanto à prestação de serviços à população. Ficam também sob sua administração os recursos destinados ao Programa Mais Médicos para promover as ações necessárias ao desenvolvimento desse programa (Art. 26 da Lei 12.871/2013). Em consonância com a FNCPS, o CFESS, considera:

[...] a implementação da EB-SERH nos HUs, uma afronta ao caráter público e à sua característica nata de instituição de ensino vinculada à universidade, um desrespeito à autonomia universitária garantida no artigo 207 da Constituição de 1988, um risco à independência de pesquisas realizadas no âmbito dos HUs, uma forma de flexibilizar os vínculos de trabalho e acabar com o concurso público, além de prejudicar a população usuária dos serviços assistenciais prestados pelos Hospitais-escola e de colocar em risco de dilapidação os bens públicos da União ao transferi-los a uma Empresa (CFESS, 2014, p.1).

No CFESS Manifesta (2014) são apresentadas várias bandeiras de

lutas, dentre elas: 1) apoiar à criação de fóruns em defesa do SUS nos locais onde não existem; e 2) participar nos diversos espaços democráticos e fóruns instituídos; Seguindo, o CFESS Manifesta (2015), traz como bandeiras, 1) priorizar ações conjuntas com entidades, movimentos sociais, fóruns em defesa do SUS e Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde; 2) contrário a todas as formas de privatizações, expressas nas Fundações Privadas, OSs, OSCIPs, EBSERH, Parcerias Público-Privadas (PPP) e outras modalidades na gestão das políticas públicas; 3) lutar pela efetivação da reforma psiquiátrica e dos mecanismos de atenção aos/às usuários/as dos serviços de saúde mental, na perspectiva de ampliação de uma rede substitutiva e antimanicomial; 4) defender posicionamento contrário à internação involuntária e compulsória de usuários de álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas, unidades acolhedoras e outras instituições congêneres; 5) fortalecer a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, considerando a interface com as políticas de saúde, trabalho e previdência; 6) lutar pela alteração da Portaria Ministerial nº 835 de 2012 e de seus instrutivos, que indicam a forma facultativa da presença de assistentes sociais na equipe multiprofissional de atendimento a pessoas com deficiência; 7) fortalecer a atenção básica com ampliação das profissões que compõem sua equipe, reafirmando a necessidade do trabalho coletivo para a garantia da saúde da população; 8) rejeitar a aprovação da Desvinculação das Receitas da União (DRU) para - 20% -, já que parte da análise que esta consiste em uma estratégia de se apropriação rouba do fundo público pelo capital internacional.

No CFESS Manifesta (2016), estão evidenciadas as seguintes bandeiras de luta: 1) se posicionar contra a perspectiva de focalização, denunciando publicamente propostas restritivas do acesso aos direitos constituídos; 2) debater nos espaços de controle social, com vistas a assegurar os princípios da universalidade, da cidadania, da democracia e da justiça social; 3) desenvolver o trabalho profissional na perspectiva de fortalecer, junto aos/às usuários/as, a noção de direito social, e a necessidade da ação coletiva em sua defesa. Esse manifesto analisa ainda, que o governo de Michel Temer efetivou várias medidas no sentido de agravar o processo de contrarreforma do Estado, diminuindo drasticamente o financiamento das políticas sociais, incluída a de saúde. Entre

as medidas se destacam: 1) a aprovação da PEC 31/2016, que estabelece a prorrogação da DRU até 2023, alcançando também a desvinculação de receitas dos Estados (DRE) e dos Municípios (DRM); 2) a aprovação da PEC 241(hoje Emenda Constitucional 95/2016), que altera os critérios para cálculo das despesas mínimas, que no caso da saúde, deve ser, no mínimo, o valor empenhado no exercício anterior acrescido da variação nominal do PIB); e3) e, o PL 257/16 ainda formulado pelo governo Dilma, que estabelece medidas para auxiliar Estados e Distrito Federal no pagamento da dívida com o Tesouro Nacional, que pode ser alongada por 20 anos” (CFESS, AGOSTO, 2016, p.2).

Na edição do CFESS Manifesta de abril de 2017, se analisa o processo de contrarreforma na política de saúde que tem impedido a materialização do SUS 100% estatal. Desse modo:

Os planos de saúde “populares” ou “acessíveis” representam a possibilidade de rentabilidade para o setor privado e um prejuízo incalculável no campo do direito à saúde. Esses planos fazem parte das orientações do B. Nesse sentido, as contrarreformas têm impactado brutalmente no financiamento e na estruturação do sistema de saúde, fragilizando a assistência à população, bem como têm estimulado a expansão do setor privado, estas, se apresentam de maneira mais drástica (CFESS MANIFESTA, 2017, p.2).

A partir dessas análises, se torna visível o comprometimento do CFESS no enfrentamento dos retrocessos na política de saúde. Enquanto intelectual coletivo na defesa da saúde pública, suas bandeiras de luta repudiam veemente qualquer forma de privatização do setor de saúde, bem como defendem a ampliação da rede própria do SUS.

No que diz respeito à ABEPSS, a gestão 2015-2016, constituiu um Grupo de Trabalho (GT) intitulado “Formação e Trabalho Profissional na Saúde”, composto por duas representantes da direção nacional, representantes das regionais da ABEPSS indicadas pelas próprias regionais e, representantes das Câmaras Técnicas da Residência da Saúde. A partir do GT foi composto a representação da ABEPSS em espaços de lutas e de controle social em defesa da política de saúde. Essa gestão

garantiu a participação da ABEPSS no Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde –(FNEPAS), no Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde – (FENTAS), na FNCPS e, na representação das Câmaras Técnicas da Residência Multiprofissional, onde buscou apoiar e aprofundar o debate das residências multiprofissionais e aprimoramento profissional da saúde.

Nos dias 13 e 14 de abril de 2015, a ABEPSS participou das atividades da 19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde e de Movimentos Sociais. Houve intervenções dos participantes e, ao final dos trabalhos, foi aprovado um manifesto intitulado “Manifesto da 19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Populares e Sociais”, elaborado pelos membros da FNCPS, com a participação da ABEPSS. Este documento congrega as principais pautas em defesa do SUS dentre elas: 1) A defesa incondicional do SUS público, universal, de qualidade e sob a gestão pública e direta do Estado, no regime de direito público; 2) O repúdio à proposta da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial de Cobertura Universal em Saúde que transforma o acesso universal como direito social em acesso pela via do mercado e retirada do endosso do Estado Brasileiro a esta proposta em acordos internacionais; 4) O alcance da destinação mínima de 10% das Receitas Correntes Brutas da União ou equivalente para a saúde, garantindo o investimento público e o financiamento progressivo, que venha a se tornar exclusivo, da rede pública estatal de serviços de saúde; 5) O respeito às deliberações das Conferências de Saúde nas três esferas de governo. Os Planos de Saúde e os Planos Plurianuais devem ser aprovados pelos Conselhos de Saúde com base nas diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde; e6) e o apoio à instalação da Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar os planos de saúde (ABEPSS, 2015, p.1-2).

A ABEPSS, articulada com a FNCPS, participou da “Marcha em Defesa da Saúde do Brasil, da Saúde do Povo Brasileiro, da Democracia e do SUS”, que ocorreu simultaneamente à abertura da 15ª Conferência Nacional da Saúde, no dia 01 de dezembro/2015, na luta pela saúde pública 100% estatal e de qualidade.

Em dezembro de 2015, na eleição do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a ABEPSS foi eleita como entidade conselheira - 1ª suplente (segmento dos trabalhadores), assumindo a representação Andréia de

Oliveira. Com a redefinição e recomposição das comissões do CNS, a ABEPSS em agosto de 2016, passa a compor as seguintes comissões na condição de titular: Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT) e Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS (CIEPCSS). Essas representações envolveram a participação de representantes da ABEPSS em reuniões, mobilizações, debates, audiências públicas em defesa da saúde, da seguridade social e da democracia, contra a criminalização dos movimentos sociais, contra a PEC 241/55/2016, e outras Emendas Constitucionais e projetos de lei em tramitação na Câmara Federal e Senado no decorrer dos anos de 2015 e 2016 (RELATÓRIO GT, Biênio 2015-2016, p.3-4).

Sob esses moldes, a universalização do acesso à saúde é colocada em cheque, pois é falaciosamente vista como uma das causas da elevação do déficit público. Aliado a esse processo e, dentre tantos outros prejuízos, tem-se a precarização do trabalho, a não realização de concursos públicos e o enxugamento de quadros profissionais, cuja lógica de funcionamento constitui verdadeira afronta à estrutura do SUS tal como foi preconizada. A ABEPSS avalia que, inexoravelmente, a condução da política de saúde nos formatos atuais, que prometem resolver a crise fiscal do Estado, representa escolhas político-econômicas trágicas que paulatinamente reduzirão ou destituirão serviços públicos implantados com muito esforço e luta pela sociedade brasileira nestes 29 anos de SUS. Isto é, “sintetizam iniciativas que colocam o desmonte o SUS” (ABEPSS, 2017, p.2).

A ABEPSS sempre destacou a importância de sua militância na política de saúde. A saúde é um campo de trabalho dos assistentes sociais, por isso se faz necessário e é importante a presença destes profissionais nesses espaços, pautados no projeto ético político profissional e na discussão da Reforma Sanitária Brasileira. “Esse reconhecimento nos leva enquanto entidade, a olhar para as lutas presentes no campo da defesa do direito a saúde” (RELATÓRIO GT, Biênio 2015-2016, p.1).

Assim, mostra-se urgente o engajamento massivo em defesa da política pública de saúde ancorada no projeto de Reforma Sanitária construído nos anos 1970, cujo fortalecimento do SUS se dê por meio de uma atuação articulada entre o movimento dos trabalhadores e de

usuários, visando à garantia e preservação desta inegável conquista democrática, historicamente construída. No âmbito das lutas sociais na área da saúde, a FNCPS destaca-se como movimento organizado e de enfrentamento aos retrocessos na saúde. Ela tem como objetivo defender o SUS 100% público, gratuito, sob a administração direta do Estado e para todos, através do resgate das bandeiras de luta da Reforma Sanitária. A FNCPS reúne diversas entidades - dentre elas, a ABEPSS, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários.

No Serviço Social, observamos que existe debate e luta constantes das entidades da categoria em defesa dos serviços públicos de saúde, no que tange ao exercício e formação profissional. Ou seja, em favor desta que é a pauta histórica no seio da profissão, cujas posições políticas mostram-se categoricamente contrárias às contrarreformas em curso, não só no que é atinente à política de saúde, mas todas as que se constituem danos e perdas à classe trabalhadora. Neste cenário, a ABEPSS afirma a necessidade de somar aos movimentos de resistência e defesa da política pública de saúde, reforçando e mantendo o compromisso com o direito universal à saúde. Ou seja, a ABEPSS enquanto intelectual coletivo luta para o fortalecimento da construção de uma nova hegemonia. Articula-se com os movimentos que questionam a hegemonia predominante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referido artigo buscou analisar a defesa de projetos dos intelectuais coletivos, através do BM, do CFESS e da ABEPSS que atuam nos aparelhos privados de hegemonia, no processo de contrarreforma da política de saúde. São vários os ataques às políticas sociais, com ênfase na política de saúde que tem sido um setor fértil, no sentido de garantir a acumulação capitalista. Esse processo vem sendo consolidado, através da disputa do fundo público com a criação dos modelos privatizantes de gestão, o desfinanciamento do setor, a diminuição da intervenção estatal na prestação de serviços, a precarização do trabalho e a quebra dos princípios da universalidade e da integralidade.

O Banco Mundial tem sido um intelectual coletivo importante no

processo de consolidação da hegemonia predominante, apresentando proposições no sentido de fortalecer o neoliberalismo enquanto ideologia. Aponta ações e programas focalizados e seletivos voltados à política de saúde, principalmente nos países da América Latina. No Brasil, o SUS enfrenta um processo de desmonte significativo, principalmente, na conjuntura do governo Michel Temer, que praticamente coloca em cheque a continuidade de sua existência. Tal conjuntura apresenta favorecimento ao mercado financeiro e privado, ou seja, a saúde é uma mercadoria e deve ser vendida no mercado. Esse intelectual, através de vários documentos formuladores para a política de saúde no Brasil, ressalta a necessidade da parceria público e privada na saúde. Investem também em ações como a celebração de convênios com os governos estaduais que asseguram, nas cláusulas contratuais redirecionamento da política de saúde, em dissonância com os princípios do SUS.

Todavia os intelectuais coletivos nacionais do Serviço Social, o CFESS e a ABEPSS têm fortalecido o processo de construção de uma nova hegemonia, se contrapondo aos interesses defendidos pelo BM. Esse processo vem sendo construído, em conjunto com outros intelectuais coletivos que atuam nos aparelhos privados de hegemonia. Desse modo, o CFESS e a ABEPSS têm resistido ao processo de contrarreforma da política de saúde e lutam contra a privatização da gestão, a precarização do trabalho, o repasse de recursos do fundo público para setores privados e a quebra dos princípios da universalidade e integralidade.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. Disponível em: <<http://www.abeps.org.br/noticias>>. Acesso em: 11 set. 2017.

_____. **Manifesto da 19ª plenária nacional de conselhos de saúde, entidades e movimentos populares e sociais**. Brasília, 14 de abril de 2015.

_____. **Relatório GT: formação e trabalho profissional na saúde**. Gestão: ousadia e sonhos em tempos de resistência – Biênio 2015-2016.

Ribeirão Preto/SP, 05 de dezembro de 2016.

_____. **Saúde é um direito humano fundamental.** Não é mercadoria! Brasília, 05 de abril de 2017.

BANCO MUNDIAL. **Brasil governança no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão de recursos.** Washington D.C., 2007.

_____. **Documento de avaliação do projeto sobre a proposta de empréstimo no montante de US\$150 milhões para o Brasil para o projeto de modernização de hospitais de universidade federal.** (Report No: 57789-BR). Washington D.C., 2011.

_____. **20 anos da reforma do Sistema de Saúde do Brasil:** uma avaliação do Sistema Único de Saúde. Washington D.C., 2013.

_____. **Relatório anual de 2016.** Washington D.C., 2016.

BASTOS, Remo. **Capitalismo e crise:** o Banco Mundial e a educação na periferia capitalista. Curitiba: Editora Prismas, 2016.

BEHRING, E.R. **Brasil em Contra-reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988.

CASTELO, R. A questão do neodesenvolvimentismo e as políticas públicas. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.119, p.583-591, jul./set. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/>>. Acesso em: 26 set. 2017.

_____. **Contra a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**

(Ebserh). Brasília, 10 de janeiro de 2014.

_____. **4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora.** Brasília, 15 de dezembro de 2014.

_____. **15ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1º de dezembro de 2015.

_____. **Edição especial:** contra o desmonte da Seguridade Social. Brasília, 26 de agosto de 2016.

_____. **Dia Mundial da Saúde.** Brasília, 7 de abril de 2017.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **O conselho nacional de saúde e os rumos da política de saúde brasileira:** mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. 2005. 343f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

_____. Maria. V. C.; SANTOS, Viviane. M. dos. (Orgs.) **Reforma sanitária e contrarreforma na saúde:** interesses do capital em curso. Maceió: EDUFAL, 2015. p.145-154.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do Cárcere, V.2.** Carlos Nelson Coutinho (org.); coedição: Luiz Sérgio Henrique e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

LIGUORI, Guido; VOZA, Pasquale. **Dicionário Gramsciano (1926-1937).** São Paulo: Boitempo, 2017.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx.** São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PEREIRA, João Márcio Mendes. **O Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro (1944-2008).** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

SILVA, A.X. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos**: no processo da Reforma Sanitária Brasileira. Tese (Doutorado em Serviço Social), Universidade Federal de Pernambuco, 2013.

_____. RELATÓRIO FINAL DO PIBIC 2016/2017. **Contrarreforma, intelectuais e serviço social**: as implicações da política de saúde no município de Campina Grande/PB. Campina Grande/PB, 2017.

SIMIONATTO, I. Intelectualidade, política e produção do conhecimento: desafios ao serviço social. **Serviço Social e Sociedade**, n.117. São Paulo: Cortez, 2014.

SOARES, Raquel. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao serviço social. 2010. 210 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE, 2010.

O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS MODELOS PRIVATIZANTES DE GESTÃO: A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Maria Geremias da Silva
Maria Clara Ezequiel Bezerra

INTRODUÇÃO

No processo de redemocratização política, o Brasil vivencia um período marcado por diversas conquistas para as políticas sociais, incluindo a de saúde. A partir da Constituição Federal de 1988 (CF/88), é ampliado o conceito de saúde, que passa a ser inscrita como um direito universal e responsabilidade do Estado. Entretanto, a referida Constituição é promulgada no momento de aproximação do ideário neoliberal no Brasil, aspecto que irá implicar em dificuldades para sua implementação. O ajuste estrutural do Estado, no contexto de crise capitalista, é identificado como o meio de reprodução dos interesses do capital e de elevação das taxas de lucro. Os interesses do capital são refletidos de diversas formas na política de saúde, através dos processos de privatização, mercantilização e implementação dos modelos privatizantes de gestão.

O presente artigo analisa os impactos do ajuste estrutural do Estado, materializado no avanço de contrarreformas na política de saúde, esvaziando seu caráter público e universal, garantido na CF/88. Deste

modo, faz-se necessário analisar os modelos privatizantes de gestão no contexto do processo de contrarreforma do Estado e, sendo a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) uma dessas modalidades, se faz importante desvelar o repasse do fundo público para o privado. Discutiremos o processo de contrarreforma e privatização na política de saúde e as implicações do processo de implementação da EBSERH no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), como expressão de uma das formas de privatização da saúde, através da terceirização da gestão. A análise das principais implicações com a implementação da EBSERH no município de Campina Grande–PB foi possível através da pesquisa bibliográfica sobre a temática; da análise documental através de atas, manifestos, notícias e dos relatórios finais do PIBIC referente às cotas 2015/2016 e 2016/2017 vinculadas à pesquisa “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões da política de saúde no município de Campina Grande/PB”, financiada através da chamada universal – MCTI/CNPq Nº 14/2014, e da realização de entrevistas com os sujeitos da supracitada pesquisa: o corpo de Assistentes Sociais e a ex-diretora administrativa do Hospital Universitário Alcides Carneiro.

O conjunto dos resultados será apresentado nos seguintes subitens, a saber: “Contrarreforma e a privatização da política de saúde brasileira”, “O processo de implantação da EBSERH no Hospital Universitário Alcides Carneiro” e “As implicações do processo de implementação da EBSERH no Hospital Universitário Alcides Carneiro”.

CONTRARREFORMA E A PRIVATIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Na década de 1980, vivenciamos no país o processo de redemocratização política, e neste cenário, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira conquista maior visibilidade. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, constitui um marco nesse processo de ascensão da agenda de reformas, e refletir-se-á fortemente no processo da Constituinte, apresentando a saúde como um direito social, universal, garantido pelo Estado. Esse sistema representaria as propostas defendidas pelo Movimento.

Conforme expressa o artigo 196 da CF/88, o acesso à saúde foi

definido como “um direito de todos e dever do Estado”. E neste sentido, para além das letras na Carta Magna, foi instituído o Sistema Único de Saúde, que reúne um conjunto de políticas públicas direcionadas à população brasileira.

A universalidade dos serviços, a integralidade, a gratuidade são garantias constitucionais para todos os cidadãos, em todos os níveis de atenção no âmbito do SUS. Em relação às competências e à forma de gestão do sistema em destaque, a CF/88 prevê os princípios da participação comunitária e do federalismo colaborativo. Estas são as bases jurídicas norteadoras do SUS e em contraposição, temos as operadoras privadas de planos de saúde, com princípios e diretrizes opostas ao projeto democrático, ou seja, tomando a saúde como mercadoria. Ao analisar esses dois modelos, apreende-se uma profunda distinção entre regimes jurídicos, isto é, dois conjuntos de regras distintos na área da saúde brasileira (GOMES, 2015).

A CF/88 abre precedentes legais para continuidade da compra e venda dos serviços de saúde. Essa relação entre o público e o privado, segundo o artigo 199 da CF/88, deveria ser regida pelo princípio da complementariedade, ou seja, é permitido que a iniciativa privada atue no âmbito do SUS de forma excepcional, para complementar a prestação dos serviços quando o Estado não conseguir dar respostas a toda demanda. Através de convênios ou contratos de gestão é permitido ao Estado firmar parcerias com entidades privadas, visando a ampliação do acesso à saúde. Vale destacar, que esses precedentes facilitaram a expansão dos interesses do capital na área da saúde, refletindo negativamente na consolidação do SUS da maneira como foi proposto.

O processo de conquistas culminantes na CF/88 se dá no momento de aproximação do ideário neoliberal na realidade brasileira, de modo que já a partir da década de 1990 a recente Lei Magna foi gravemente atacada e seus avanços na área dos direitos sociais foram postos em risco, como também submetidos a retrocessos. A crise, como expressão do próprio modo de produção capitalista e como constitutiva desta forma de sociabilidade, marca os tempos contemporâneos e, para dar respostas no sentido de retomada das taxas de lucro, o capital empreende um conjunto das mudanças baseadas no ideário neoliberal, as quais implicam em limites objetivos para efetivação do SUS.

Atendendo aos ditames do grande capital, o Estado brasileiro redimensiona suas ações nas políticas sociais. Temos o desmonte das políticas de “espírito welfariano” inscritas na CF/88 (apesar do padrão de proteção social ser baseado em uma seguridade restrita, em relação a outros países) e a substituição destas por políticas decorrentes do trinômio privatização, focalização/seletividade e descentralização (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Nesse momento é difundida a lógica de que a crise instaurada decorria da ineficiência burocrática e administrativa do Estado e dissemina-se a proposição de um reordenamento do papel deste: de acordo com esta estratégia, cabe “reformular o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado” (PEREIRA, 1995, p.12). É dentro desta lógica que o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC – 1995 - 2003) passa a tentar implementar “novos” modelos de gestão, mas que só nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Vana Rousseff ganham maior força na contrarreforma da política de saúde. Sobre a implantação dos modelos privatizantes de gestão Silva (2013) evidencia que

Tais modelos têm proporcionado inversão dos princípios do SUS, uma vez que têm fomentado a precarização do trabalho e dos serviços de saúde; a focalização da assistência e a alocação do fundo público da saúde no setor privado. Esses aspectos têm facultado a não concretização do SUS e seu desmonte (SILVA, 2013, p.16).

Em 15 de Dezembro de 2011 foi sancionada a Lei 12.550, que cria a EBSEH, um modelo privatizante de gestão direcionado aos Hospitais Universitários Federais. Constitui uma via de privatização do maior sistema hospitalar público brasileiro (CORREIA; SANTOS, 2015, p.36).

O Banco Mundial, organismo internacional, vem conduzindo no Brasil a discussão acerca da reestruturação dos Hospitais Universitários, se propondo a ser financiador dessas iniciativas de mudanças. Neste sentido, através do decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, foi instituído o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), o qual se destina a reestruturar e revitalizar

esses hospitais, objetivando criar as condições necessárias a desempenho pleno das funções dos HUs. A partir desse decreto, impõe-se a lógica dos contratos de gestão, como uma proposta de solução para situação complexa em que se encontravam os HUF. E nesse processo, é criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), materialização da lógica privada de gestão.

Cislaghi analisa as implicações perversas trazidas pela EBSERH e aponta que “a centralização da gestão da saúde em uma empresa pública é sua retirada do capítulo da ordem social na Constituição, passando a ser regulada pelos critérios da ordem econômica” (2011, p.61). Isto porque, embora pública, tal empresa é regida pela finalidade de lucro. Outro retrocesso salientado pela autora se refere ao controle social, que passa a ser exercido na EBSERH por Conselho Consultivo “ao invés dos conselhos deliberativos do SUS, com composição paritária entre sociedade civil e Estado, sem qualquer referência a forma como será eleito” (CISLAGHI, 2011, p. 61).

Acerca das suas implicações, Santos e Correia (2015) pontuam que a EBSERH também compromete a formação e a qualificação dos profissionais da saúde pública e a produção de conhecimento na área, uma vez que desvincula os Hospitais Universitários das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES).

Situando-se dentro do processo de contrarreformas, a EBSERH, segundo Cardoso (2014), objetiva a transferência de áreas consideradas lucrativas para o capital e ao mesmo tempo contribui para a redução gradativa dos direitos dos trabalhadores.

É evidenciada uma mudança significativa na forma de contratação, passar-se-á do Regime Jurídico Único (RJU) ao contrato previsto na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Essa mudança trará muitas implicações, nas quais se destaca a perda da estabilidade dos trabalhadores e a possibilidade de existência de contratos temporários. Este fator também afetará negativamente a prestação dos serviços de saúde aos usuários e facilitará o avanço da privatização.

Sob o argumento da eficiência e eficácia dos serviços prestados, têm-se o fortalecimento da ideia de produtividade no serviço público em todas as suas esferas. Ao trabalhador é colocado um conjunto de metas e, uma vez não alcançadas, este será demitido por insuficiência de

desempenho. Esse plano de metas nada mais é que uma face obscura da EBSEH.

Correia (2014) analisa o discurso do Governo Federal para implementação da EBSEH nos Hospitais Universitários e afirma que a solução não está em transformar os HU em empresas através da EBSEH, ao contrário, “as saídas para esta crise seria mais recursos financeiros para os HUs e concurso público para suprir a carência de recursos humanos” (CORREIA, 2014, p.46), ou seja, a solução passa pela ampliação do financiamento público, negado pelos governos neoliberais.

A EBSEH é a forma atual e mistificada de oferecer lucros e perspectivas de novas mercadorias aos capitais pelo processo de sucateamento das políticas sociais a partir do desmonte dos Hospitais Universitários Federais de modo geral. A atenta leitura da totalidade não deixa dúvidas: esta é uma proposta de contrarreforma do Estado que combina redução dos direitos sociais com fortes e sistemáticas tentativas de anulação das possibilidades de organização política da classe trabalhadora, pois se configura, quando cuidadosamente analisada, em um instrumento de desarticulação (CARDOSO, 2014, p.44).

Existe um processo de lutas contra a privatização da saúde e contra a gestão dos HU pela EBSEH em âmbito nacional, evidenciado pelos Sujeitos Políticos Coletivos que buscam estratégias contra a privatização da saúde e da educação, estando cientes de que a EBSEH não é a solução viável para os problemas dessas instituições HUs. Contudo, identificam-se as perdas em vez dos benefícios aos trabalhadores e à população que dependem desses espaços públicos, além da perda da autonomia universitária, da interação entre o processo de ensino, pesquisa e extensão, bem como a possibilidade de abertura da dupla porta que permitiria atendimento mediante contratos com empresas de planos de saúde, priorizando a rede privada no que diz respeito ao atendimento. Desse modo caracteriza-se a mercantilização da saúde e da educação, através da transferência do patrimônio público da universidade para uma empresa que possui interesses privados.

As entidades que representam as lutas contra o processo de

privatizações dos HUs e em defesa de uma saúde pública estatal de qualidade e contra a atuação da EBSEH em âmbito nacional segundo Silva (2013) são: o Conselho Nacional de Saúde; o Conselho Federal de Serviço Social; a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social; as Executivas de Estudantes de Enfermagem, Medicina, Nutrição, Serviço Social e Farmácia; os fóruns de saúde estaduais, municipais e regionais que agregam partidos políticos, sindicatos, movimentos sociais, docentes e pesquisadores, além de outros sujeitos coletivos; e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

Em âmbito local destaca-se o Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande-PB¹¹⁷, criado em 01 de outubro de 2012, como uma das formas de resistência na defesa da garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado, vinculado à Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, que luta contra a privatização da gestão e prestação de serviços de saúde no Brasil. A participação dos intelectuais coletivos que compõem o Fórum é fundamental para o direcionamento político, elaboração de propostas, promoção dos debates e mobilizações, bem como contribui para a análise da conjuntura e formulações de bandeiras de lutas.

O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA EBSEH NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

Em 1950, foi inaugurado o Hospital Alcides Carneiro, objetivando atender aos assegurados do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE). Por volta de 1979, suas instalações foram cedidas ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Em 1988, com a extinção do INAMPS por causa da criação do SUS pela nova CF, o patrimônio físico e os recursos humanos do hospital foram cedidos à Universidade Federal da Paraíba (UFPB), que em 2002, passou por um desmembramento que resultou na criação da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), a qual o HUAC está vinculado administrativamente. O HUAC disponibiliza atendimento de média e alta complexidade, atendendo não só o município

¹¹⁷ Em 2016 o Fórum passou a ser denominado Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra a Privatização – Seccional Campina Grande-PB.

de Campina Grande, como as diferentes microrregiões da Paraíba e os estados vizinhos, como Rio Grande do Norte e Pernambuco.

As primeiras tentativas de efetivação da adesão a EBSEERH pela UFCG foram identificadas em meados de 2012, na gestão do reitor Thompson Mariz. Mas, em assembleia ocorrida em 29 de outubro de 2012, tal proposta sofreu resistência mediante manifestações (SILVA et al, 2016, p.24).

Em 29 de outubro de 2015, o reitor da UFCG, o Prof. José Edilson de Amorim, promoveu uma visita do presidente da EBSEERH, o Sr. Newton Lima Neto, às dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, com o intuito de apresentar a empresa e seus resultados de gerenciamento para quem se fez presente. Houve protestos e mobilizações “[...] trabalhadores, organizações da sociedade civil, membros do Fórum em Defesa das Políticas Públicas e do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande-PB, bem como usuários [...], com o intuito de resistir à adesão da UFCG a EBSEERH” (Idem).

Contudo, em meio às lutas e resistências dos sujeitos políticos envolvidos, no dia 09 de dezembro de 2015, na 104ª Reunião Ordinária do Colegiado Pleno do Conselho Universitário, ocorrida às 09:00 h no Auditório João Roberto Borges de Souza, da UFCG, sob a presidência do Reitor Professor José Edilson de Amorim, mediante votação com resultados: 27 (vinte e sete) votos favoráveis, 03 (três) contrários e 03 (três) abstenções, fora assinado o contrato de adesão do gerenciamento do HUAC pela EBSEERH. Essa iniciativa contribui para o processo de precarização tanto dos serviços prestados quanto dos vínculos de trabalhos, a serem analisados a seguir.

AS IMPLICAÇÕES DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA EBSEERH NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

Buscou-se analisar as implicações decorrentes do processo de implementação da EBSEERH no HUAC no que diz respeito aos usuários, ao hospital, ao Serviço Social e quais as resistências identificadas no decorrer desse processo.

O HUAC está inserido na política de saúde e de educação,

considerado um lugar privilegiado para a inserção e atuação do Serviço Social na viabilização dos direitos sociais, em face às demandas do sistema de saúde (MENEZES, 2017). O Serviço Social busca desenvolver no HUAC sua prática profissional, objetivando atender às expressões da questão social e em conformidade com as propostas de assistência, ensino e pesquisa vislumbradas nos objetivos de desenvolvimento do hospital universitário, à luz do Código de Ética Profissional e da Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social de Nº 8.662/93.

Atualmente o quadro de funcionários do setor de Serviço Social do HUAC possui apenas 09 (nove) Assistentes Sociais, estando distribuídos da seguinte forma: 01 (uma) na coordenação do setor, 02 (duas) no ambulatório, 02 (duas) em regime de plantão nas enfermarias e UTI's, 02 (duas) profissionais atendem no pronto-atendimento, 01 (uma) na oncologia e 01 (uma) na pediatria.

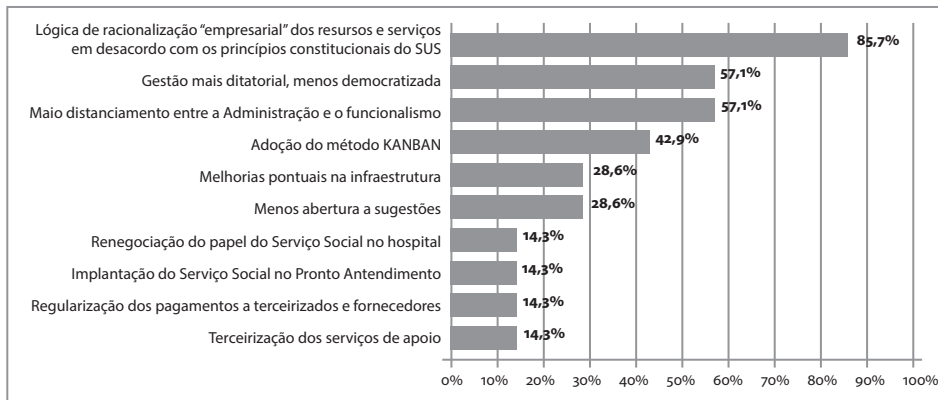
A pesquisa ocorreu no período de agosto de 2016 a agosto de 2017 e foi de cunho qualitativo, fundamentada em análise bibliográfica e documental. Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas constituídas por 10 questões elaboradas a partir dos objetivos do Projeto de Pesquisa intitulado “CONTRARREFORMA, INTELECTUAIS E SERVIÇO SOCIAL: as inflexões da política de saúde em Campina Grande/PB”, registrada no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP/UEPB), os sujeitos da pesquisa foram 07 (sete) assistentes sociais de um total de 09 (nove), pois uma encontrava-se em período de gozo de férias e a outra se recusou a participar da pesquisa por razões pessoais.

A permissão para a realização das entrevistas foi formalmente obtida através da apresentação do termo assinado de compromisso do pesquisador responsável em cumprir os termos da Resolução 466/12 do CNS/MS, e do preenchimento e assinatura pelos entrevistados do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram presenciais e realizadas no local de trabalho, durante o expediente, e gravadas em áudio com transcrição posterior. Observamos a ocorrência de vários elementos comuns nos depoimentos das entrevistadas, o que possibilitou a condensação de dados através de gráficos, para facilitar a análise do conteúdo coletado, que foi feita através de correlação dos mesmos com a pesquisa documental e bibliográfica.

RESULTADOS

Apresentamos a seguir os resultados obtidos das entrevistas, analisando aqueles de maior destaque na pesquisa.

Gráfico 1 – Principais implicações na implementação da EBSERH no HUAC



Fonte: Entrevista Aplicada as Assistentes Sociais/PIBIC/2017.

A transformação mais evidenciada, citada por 06 (seis) Assistentes Sociais (85,7%), foi o caráter empresarial da nova gestão, caracterizado pela lógica de racionalização dos recursos e serviços, evidenciados pela maior burocratização, pela adoção de mais controles e pela introdução de indicadores. Isto reflete “a implementação de sistema de gestão único, com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas” (EBSERH, 2015, p.2), resultando em limitação das formas de acesso dos usuários aos serviços disponibilizados, em desacordo com os princípios constitucionais do SUS. Um exemplo desta geração de indicadores foi à introdução do método Kanban¹¹⁸ no HUAC, citado por 03 (três) das entrevistadas (42,9%).

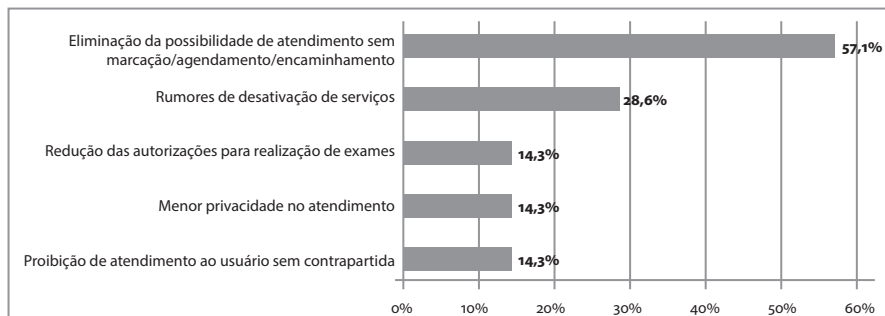
118 “Kanban é uma palavra japonesa que significa literalmente registro, sinal visível ou placa visível [...] O sistema Kanban nas emergências hospitalares pode ser entendido como uma ferramenta de qualificação do gerenciamento do cuidado, por sítios assistenciais. Dessa forma, através dessa ferramenta podemos identificar o paciente, identificar a equipe responsável, localizar o paciente na emergência, indicar o tempo de permanência, entre outros” (HEISLER, 2012, p.7).

Segundo Correia a gerência da EBSEH na prática possui “[...] poderes amplos para firmar contratos, convênios, contratar pessoal técnico, definir processos administrativos internos e definir metas de gestão, acabaria com a vinculação dos HUs às Universidades” (2015, p.47).

Uma implicação identificada por 04 (quatro) das entrevistadas (57,1%) foi um aspecto da implementação analisado como o mais ditatorial ou menos democrático da nova gestão, ligado a formatação de um novo organograma proposto para a estrutura de governança do HUAC (EBSEH, 2015, p.17). Notando-se nas falas das Assistentes Sociais a ausência por parte da gestão administrativa de abertura para sugestões, a extinção de reuniões de avaliações periódicas com o Serviço Social, e o maior distanciamento entre a administração e o funcionalismo. Como exemplo eloquente temos a perda, citada pela maioria dos profissionais, da localização estratégica da sala do setor, que era situada no mesmo corredor da sala da direção e próxima das enfermarias. A nova sala designada situa-se em local geograficamente isolado tanto da sala da direção quanto das enfermarias, resultando em maior grau de escanteamento do setor em sua atuação.

Em contrapartida, 02 (duas) das 07 (sete) Assistentes Sociais (28,6%) citaram algumas melhorias pontuais na infraestrutura, a exemplo da instalação de ar condicionado, pinturas das paredes, e substituições das cadeiras utilizadas pelos acompanhantes nas enfermarias, bem como aquisição de impressoras. Isso reflete o cumprimento da cláusula quarta, parágrafo primeiro, do contrato de gestão: “Da Cessão do Patrimônio”, “[...] utilize os imóveis e os bens [...] zelando pela integridade do referido patrimônio” (EBSEH, 2015, p. 3).

Gráfico 2 – Acesso aos serviços pelos usuários no HUAC a partir da implementação da EBSE RH



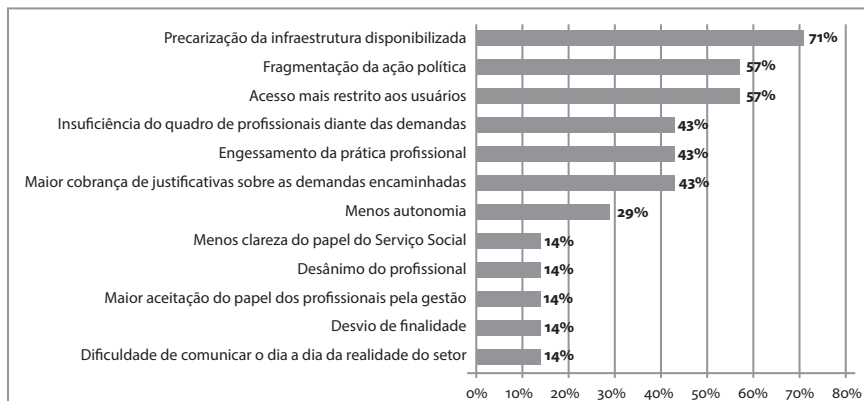
Fonte: Entrevista Aplicada as Assistentes Sociais PIBIC/2017.

Constatamos que 04 (quatro) entrevistadas (57,1%) citaram a eliminação da possibilidade de atendimento sem marcação, agendamento e/ou encaminhamento no HUAC como um ponto prejudicial ao atendimento das necessidades dos usuários, pois muitas vezes os mesmos passam meses sem conseguir realizar esse procedimento através da Secretaria Municipal de Saúde e/ou da Estratégia de Saúde da Família de referência, e procuram o setor em busca de ter a sua demanda atendida. Todavia, a EBSE RH proíbe os profissionais de atender sem a marcação, regulação ou agendamento prévio, em função da implementação do “serviço interno de regulação e avaliação em saúde”, que é uma meta prevista no plano de reestruturação do hospital, que implica na “reorganização da regulação intra-hospitalar e mudança de cultura organizacional, de caráter qualitativo” (EBSE RH, 2015, p.23). Implantado o sistema de regulação, a meta da EBSE RH é submeter de forma gradual a regulação do acesso ao gestor do SUS.

Segundo os entrevistados, os profissionais de medicina não estão mais autorizados a atender usuários “extras”, isto é, sem a existência de contrapartida específica do município de origem do usuário, assegurada pela marcação prévia; e tampouco a autorizar a realização de exames nesta situação. A restrição do acesso dos usuários aos serviços vinculados ao SUS no HUAC mediante sistema de regulação é agravado também segundo Menezes (2017, p. 248) “[...] em decorrência da falta de

articulação da rede de referência e dos problemas oriundos da estrutura da política de saúde, que investe em atendimentos emergenciais e não em atendimentos de prevenção e promoção a saúde”.

Gráfico 3 – Principais implicações para o Serviço Social com a implementação da EBSERH

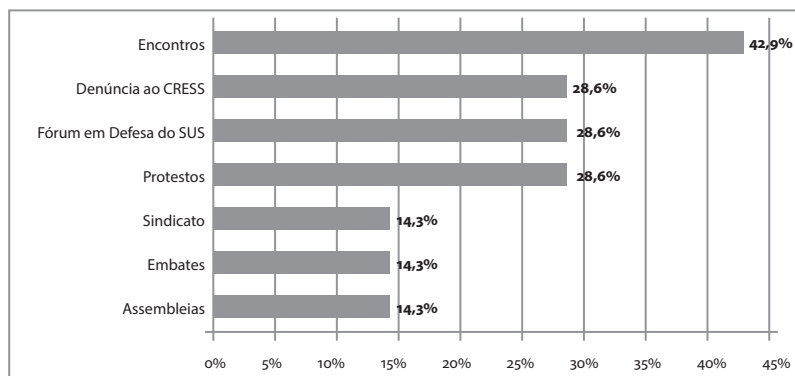


Fonte: Entrevista Aplicada as Assistentes Sociais PIBIC/2017.

No que diz respeito à precarização da infraestrutura disponibilizada para o Serviço Social no HUAC, 05 (cinco) entrevistadas (71,4%) citaram esse item devido ao remanejamento estratégico do Serviço Social para uma sala geograficamente afastada tanto da Direção Administrativa como das enfermarias, causando prejuízos aos usuários que necessitam do setor. A fragmentação da ação política da equipe inerente ao sistema de plantões proposto pela EBSERH ao Serviço Social foi mencionada nas entrevistas como algo negativo para atuação profissional por 04 (quatro) das Assistentes Sociais (57,1%), por prejudicar a interação diária entre os profissionais, bem como a continuidade do acompanhamento, do início ao fim, dos pacientes com longa permanência. Observamos ainda que 03 (três) das 09 (nove) entrevistadas (42,9%) mencionaram a maior cobrança de justificativas sobre as demandas encaminhadas, o engessamento da prática profissional e a insuficiência do quadro de profissionais diante das demandas, como pontos negativos provenientes da gestão da EBSERH em relação ao Serviço Social.

Em relação ao aspecto revelado na fala das entrevistadas que concerne à suplementação do quadro de pessoal deficitário, foi realizado o concurso público nº 02/2016 – EBSEH/HUAC – UFCG, contemplando 05 (cinco) vagas para o cargo de Assistente Social. Já houve convocações de outras especialidades no Diário Oficial da União, a exemplo das edições de Nº 131 de 11 de julho de 2017, Nº 154 de 11 de agosto de 2017, e Nº 176 de 13 de setembro de 2017, que não contemplaram até o momento da pesquisa os Assistentes Sociais aprovados. As profissionais relataram “um certo tolhimento” da prática do Assistente Social dentro da instituição no que concerne a ter “vez e voz”, por assim dizer, dentro do espaço de atuação, com a prática de gestão da EBSEH se tornando mais “médico-centrada”.

Gráfico 4 – Formas de resistências ao processo de implementação da EBSEH no HUAC



Fonte: Entrevista Aplicada as Assistentes Sociais PIBIC/2017.

As formas de resistências ocorridas no processo de implementação da EBSEH no HUAC foram as mais diversas, dentre as quais 03 (três) das 09 (nove) entrevistadas (42,9%) citaram os encontros e as reuniões, contando com a presença de poucos profissionais do hospital, além de pessoas da comunidade, com o intuito de resistir ao processo de adesão. Como também 02 (duas) das 09 (nove) Assistentes Sociais (28,6%) mencionaram como forma de resistência os protestos, a atuação do Fórum em Defesa do SUS em Campina Grande – PB, e a denúncia ao

CRESS, Seccional Campina Grande da deterioração das condições de trabalho causadas pela realocação do setor para uma sala mais isolada, após a chegada da EBSE RH.

Destaca-se no processo de resistência à implementação da EBSE RH no HUAC a participação dos sujeitos coletivos e dos intelectuais que integram o Fórum em Defesa do SUS em Campina Grande – PB, envolvidos na luta contra a privatização e mercantilização da saúde.

Identificamos ainda nas respostas das entrevistadas que houve uma desarticulação política dos profissionais do HUAC, gerada pela precariedade dos vínculos dos funcionários contratados em caráter temporário, e que mesmo sendo a grande maioria dos trabalhadores estatutários, também estes não compreendiam ou atribuíam a importância para as implicações coletivas da gestão do hospital por uma empresa de caráter privado, condicionando a participação na resistência àquilo que poderia afetar o servidor apenas em termos pessoais, como a nova exigência de marcação de ponto eletrônico.

Tivemos também a oportunidade de entrevistar a ex-diretora administrativa do HUAC no período de 2012 a 2015. Tal entrevista se fez necessária devido à relevância de sua atuação durante o período anterior à implementação da EBSE RH no HUAC. A entrevistada é professora (Graduada em Medicina) da UFCG há 09 (nove) anos, sendo diretora do Hospital Alcides Carneiro no período acima citado, pelo Regime Jurídico Único de contratação.

Do relatado pela ex-diretora do HUAC destacamos inicialmente a mudança de cultura da gestão em relação ao caráter democrático, a qual antes da EBSE RH as diretorias eram eleitas através de convocação de eleições diretas e com a participação dos servidores. Isso, por sua vez reflete numa gestão compartilhada, onde a contribuição dos servidores era assimilada pela gestão, contrastando com a cultura atual, onde a comunicação acontece na maioria das vezes em uma única direção: de cima para baixo. Um ponto notório do incremento de despesas após a implantação da EBSE RH foi o aumento salarial das diretorias. Em compensação, a ex-diretora constata que no cenário atual parece ser mais fácil encontrar profissionais dispostos a preencher os cargos das várias diretorias, ao contrário da falta de vontade que se identificava no quadro anteriormente. Além das carências materiais da instituição uma

dificuldade alegada então pelos profissionais convidados a coordenar os setores era o “coleguismo”, visto como barreira para se conseguir obter retorno das cobranças sobre os pares.

Como membro do Conselho Municipal de Campina Grande–PB, a ex-diretora do HUAC teve acesso a um relatório técnico apresentado ao conselho pelo atual representante do hospital, o qual traz indicativos de aumento dos números de consultas e internações após a implantação da EBSEH como uma resposta mensurável da nova gestão aos desafios da reestruturação. Como possível justificativa para tal aumento de eficiência, ela citou a instalação do ponto eletrônico, que requer o cumprimento integral pelo servidor de seu horário contratado, combatendo a cultura do mesmo ausentar-se do ambiente de trabalho, em pleno expediente remunerado pelo erário público, para laborar no setor privado.

Referindo-se ao último aspecto pesquisado, a resistência à implantação da EBSEH no HUAC, a ex-diretora da época afirma que houve grande mobilização de coletivos, como professores da área da saúde, Assistentes Sociais, Técnicos em Enfermagem, Enfermeiros, estudantes e do Fórum em Defesa do SUS em Campina Grande–PB, durante a iminência da adesão do HUAC a EBSEH. Contudo, após a assinatura do contrato os servidores se conformaram e os coletivos passaram a continuar a luta contra a EBSEH apenas a nível nacional, sem o enfoque local.

A ex-diretora aponta ainda que houve, durante sua gestão, falta de ajuda da reitoria, da própria secretaria municipal de saúde, carência de pessoal e de recursos financeiros, constituindo-se o conjunto desses fatores na prática um boicote ao HUAC, que visava demonstrar a inviabilidade do seu modelo anterior de gestão, a fim de justificar a adesão a EBSEH (ENTREVISTA PIBIC/2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificamos que a implementação desse modelo privatizante de gestão, fomenta a precarização dos serviços de saúde e a flexibilização dos vínculos trabalhistas. Esse processo suscita a quebra dos princípios do SUS, um enorme retrocesso para a política da saúde.

As entrevistas com os sujeitos evidenciados nessa pesquisa nos

levaram a apreender o processo de adesão e as implicações da implementação da EBSEH no HUAC, no município de Campina Grande–PB. Elas também evidenciaram que mesmo com pouca participação da população às resistências são importantes e nos conduzem a permanência e insistência na defesa do SUS universal estatal e gratuito conforme preconiza a CF/88.

Os dados coletados a partir da análise das implicações da implementação da EBSEH no HUAC pelos Assistentes Sociais entrevistados, em conjunto com a análise do Plano de Reestruturação, do Contratado de Adesão da Gestão, e demais referências bibliográficas utilizadas na pesquisa, geraram resultados que nos permitem concluir que os modelos privatizantes de gestão impactam negativamente na prestação de serviços aos usuários do SUS, tornando importante a continuação da realização de estudos de acompanhamento das implicações desses modelos sobre as garantias constitucionais do SUS.

A realização de entrevistas com profissionais de uma dada corporação do quadro de servidores é capaz de revelar as contradições das implicações dos modelos privatizantes de gestão hospitalar, a partir da análise das respectivas entrevistas. Foi possível analisar o atual contexto das implicações da implementação desses modelos nos hospitais públicos através do setor de Serviço Social, apontando certamente caminhos de análise para outros setores profissionais no HUAC. O estudo é fecundo, desafiante, e necessário em tempos de agravamento do processo de contrarreforma na política de saúde, aonde desvelar o real se põe como estratégia de construção de resistências.

REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. BOSCHETTI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. 9.ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v.2).

BRAVO, Maria Inês Souza. MENEZES, Juliana Souza Bravo de.

Política de saúde no governo Lula. Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. In: ____ et al. (Orgs). 2.ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrij, 2008.

CARDOSO, Renata de Oliveira. O processo de contrarreforma do Estado brasileiro e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: a privatização mascarada dos hospitais universitários. **A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização.** In: BRAVO, Maria Inês Souza Bravo; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (Orgs). Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. p.32-45.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Hospitais universitários federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. **Saúde na atualidade:** por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. In: BRAVO, Maria Inês Souza Bravo; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Orgs). Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

_____. Retrocessos no legislativo e impactos para a saúde no Brasil. **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro.** In: BRAVO, M. I. S. ANDREAZZI, M. F. S. MENEZES, et al (Orgs). Rio Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. p.21-24.

CORREIA, Maria Valéria Costa. EBSEH: Lutas e Resistências à lógica mercantil nas Universidades. **A Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização.** In: BRAVO, Maria Inês Souza Bravo; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Orgs). Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. p.46-52.

_____. ENTRE A REFORMA SANITÁRIA E O SUS: Os interesses do capital na saúde. **Reforma sanitária e contrarreforma na saúde:** interesses do capital em curso. In: SANTOS, V. M. dos; CORREIA, M. V. C. (Orgs). Maceió: EDUFAL, 2015. p. 67-89.

_____; SANTOS, Viviane. M. dos; SILVA, Clara Morgana Torres Rocha da. A privatização do fundo público da saúde: a complementariedade invertida do SUS. **Reforma sanitária e contrarreforma na**

saúde: interesses do capital em curso. In: SANTOS, V. M. dos; CORREIA, M. V. C. (Orgs). Maceió: EDUFAL, 2015. p.115-130.

EBSERH, **Plano de reestruturação do HUAC - UFCG.** 2015. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/855496/Plano+de+Reestrutura%C3%A7%C3%A3o+HUAC-UFCG.PDF/d9d-68252-bab3-4faa-abaa-364055e65540>>. Acesso em: 06 fev. 2017.

EBSERH, **Contrato de Gestão Especial Gratuita HUAC - UFCG.** 2015. Acesso em: 06 fev. 2017. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/855496/contrato+HUAC-UFCG.pdf/3ca03a17-7a79-40eb-b489-279c4f7fb238>>.

GOMES, Gustavo F. A inconstitucionalidade da contrarreforma do SUS e de seus modelos privados de gestão. **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização.** In: BRAVO, Maria Inês Souza Bravo; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (Orgs). Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014, p.25-31.

HEISLER P.A. **Aplicação da metodologia KAN BAN como ferramenta adaptada para gestão de “leitos” na emergência** [Trabalho de Conclusão de Curso]. Porto Alegre, RS: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, 2012.

MENDES, Áquilas. O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise. **A mercantilização da saúde em debate:** as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. In: BRAVO, M. I. S.; ANDREAZZI, M. F. S.; MENEZES, J. S. B. M. et al.R. O. (Orgs). Rio Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015, p.II-20.

MENEZES, Débora Holanda Leite. **A prática profissional do serviço social nos hospitais universitários.** Curitiba: Editora Prismas, 2017.

OMENA, Valéria Coelho de. A AMERICANIZAÇÃO DO MODELO DE SAÚDE NO BRASIL: uma ameaça ao SUS. **Reforma Sanitária e Contrarreforma na Saúde:** interesses do capital em curso. In:

SANTOS, V. M. dos; CORREIA, M. V. C. (Orgs). Maceió: EDUFAL, 2015.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado – PDRAE**. Brasília, 1995.

SANTOS, Viviane. M. dos. A CONTRARREFORMA E A PRIVATIZAÇÃO DO SUS: As Organizações Sociais (OSs) como modelo privatizante. **Reforma sanitária e contrarreforma na saúde: interesses do capital em curso**. In: CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos Santos (Orgs). Maceió: EDUFAL, 2015. p. 93-113.

SILVA, A.X. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos: no processo da Reforma Sanitária Brasileira**. Tese (Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco), 2013.

_____. RELATÓRIO FINAL DO PIBIC 2015/2016. **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões da política de saúde em Campina Grande/PB**. Campina Grande/PB. 2016. p.1-36.

CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE: AS IMPLICAÇÕES DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE NA CATEGORIA MÉDICA DA PARAÍBA

Gerciane da Rocha Souza Andrade

INTRODUÇÃO

Na atualidade a política de saúde no Brasil tem sofrido perdas de direitos sociais conquistados na Constituição Federal de 1988. Uma das expressões dessa retração de direitos é a criação de “novos” modelos de gestão, entre os quais se destacam as Organizações Sociais (OSs) de caráter privado, criadas para gerir os serviços do Estado. Na prática, esses entes representam a desresponsabilização do Estado na execução de serviços - não exclusivos, através do repasse público-privado. Cabe ao Estado fazer a fiscalização, garantir o financiamento e estabelecer metas que propiciem à eficiência nos serviços com o menor custo.

Em suma, a forma de contratação da força de trabalho nas OSs é regida pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), através da terceirização da Pessoa Jurídica (PJ), a qual aponta para o enfraquecimento da organização da classe trabalhadora.

Assim, este artigo é fruto de uma pesquisa desenvolvida para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “**CONTRARREFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE: as implicações das organizações sociais da saúde na categoria médica da Paraíba**”, defendido e

aprovado em vinte e dois de dezembro de 2017, o qual teve como objetivo principal analisar o processo de privatização da saúde através dos “novos” modelos de gestão e as suas implicações na categoria médica do Estado da Paraíba, levando em consideração as condições de trabalho expressadas nas notificações produzidas pelo Sindicato dos Médicos da Paraíba (SIMED-PB), pertinentes às OSs.

O TCC está vinculado aos dois anos como bolsista do Programa de Iniciação Científica Cotas 2014/2015 e 2015/2016 vinculado à pesquisa “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões da política de saúde no município de Campina Grande/PB”, financiada através da chamada universal – MCTI/ CNPq N° 14/2014.

A fundamentação teórico-metodológica da citada pesquisa encontrou suas bases na razão crítica dialética, caminho do pensamento pelo qual buscamos nos aproximar e reconstruir nosso objeto de estudo. Tratou-se de estudo de natureza bibliográfica e documental. Foram analisadas portarias, leis, normatizações do Governo Federal/ Ministério da Saúde e os ofícios produzidos pelo SIMED-PB, no período de janeiro de 2014 a agosto de 2016.

O presente trabalho possui relevância acadêmica, uma vez que os estudos sobre as OSs na Paraíba ainda são incipientes, e relevância social, por priorizar as condições de trabalho de uma categoria profissional, na qual são evidentes e sistemáticas queixas acerca do funcionamento das OSs, junto ao órgão representativo de tal categoria, ou seja, a categoria médica.

Os resultados evidenciaram que vivenciamos uma contrarreforma do Estado na política de saúde derivante das exigências do capitalismo contemporâneo, o que tem acarretado novas configurações e flexibilização no mundo do trabalho.

A síntese desses resultados será apresentada através dos próximos subitens, a saber: “Breves considerações sobre a Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde (SUS)”;

“A contrarreforma na Política de Saúde”;

“Organizações Sociais: expressão da contrarreforma do Estado” e “As implicações das Organizações Sociais da Saúde na categoria médica na Paraíba”.

BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) emergiu na década de 1970 e 1980 durante a ditadura militar brasileira no século XX, no período em que houve o agravamento das expressões da questão social, particularmente no âmbito da saúde. Esse movimento objetivou lutar em prol não só de uma transformação da saúde, mas uma mudança moral e intelectual na sociedade civil.

A RSB pode ser entendida como um processo histórico e social, sendo sistematizada como ideia, proposta, projeto, movimento e processo. Para Paim,

Ideia que se expressa em percepção, representação do pensamento inicial; proposta como conjunto articulado de princípios e de preposição políticas; projeto enquanto síntese contraditória de políticas; movimento como articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; e processo enquanto encadeamento de atos, em distintos momentos e espaço que realize práticas sociais - econômicas, políticas e ideológicas (PAIM, 2013, p.36).

Desta maneira, a mesma defende uma atenção à saúde de qualidade, vista como dever do Estado, na perspectiva de democratização do acesso universal e igualitário, priorizando uma política de saúde voltada para a prevenção, a promoção e a recuperação, evidenciando a descentralização, o atendimento integral e a participação das comunidades articuladas entre si, bem como a luta por uma transformação das práticas de saúde associadas às atividades econômicas, políticas e sociais.

Esse processo contou com a participação de sujeitos políticos coletivos com forte protagonismo na luta pela democratização e o direito à saúde, dentre eles: os movimentos populares, os estudantes, os professores universitários e os trabalhadores da saúde¹¹⁹, que reivindicavam a

119 A depender das diferentes conjunturas que perpassaram o nosso país, os sujeitos

melhoria da saúde e o fortalecimento do setor público.

Para a compreensão desses sujeitos que compõem o projeto de RSB necessário se faz compreender as ideias do filósofo Antônio Gramsci quando este discute a construção de uma hegemonia, ou seja, “a luta pela manutenção ou para transformação” (GRAMSCI, 2000, apud SILVA 2013, p.65). Esta hegemonia é expressa pela vontade de uma maioria da sociedade por meio de um consenso (ativo ou passivo) para uma determinada visão de mundo, perpassando por um conjunto de crenças e valores que se enraízam num determinado senso comum, o qual interfere na superestrutura da sociedade.

Podemos ressaltar, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília-DF no ano de 1986, intitulada de “Democracia e Saúde”, contou com a participação de aproximadamente 4.000 pessoas, entre delegados, representantes de partidos políticos, profissionais de saúde, movimentos sociais e do próprio movimento da RSB que teve algumas de suas propostas incorporadas no relatório final e posteriormente levado para a Constituinte. Vale salientar, que esta Conferência é considerada um marco legal e uma “pré-constituente”, destacando a participação popular nas discussões da questão da saúde no Brasil. Trouxe a reflexão da saúde como direito de todos, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde.

Em 1986, instalou-se o período de redemocratização brasileira pon-do fim aos governos militares. Como marco legal foi criada a Constituição Federal de 1988, considerada um avanço nos direitos sociais nela expressada, bem como na área da saúde no seu artigo 196, que assegurou

políticos coletivos passaram também por mudanças na defesa do projeto de RSB. Desse modo, nas décadas de 1970 e 1980, Silva (2013) ressalta o protagonismo e a participação do Movimento Popular em Saúde (MOPS), do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), do Movimento dos Médicos Residentes, do Movimento da Renovação Médica, dos sindicatos e dos partidos políticos de esquerda (entre os quais se destacam o Partido Comunista Brasileiro e o Partido dos Trabalhadores). Ainda Segundo Silva (2013), na década de 1990 outros sujeitos políticos coletivos também se tornaram protagonistas, tais como o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

as diretrizes para a criação da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 e que devido alguns vetos importantes nesta lei, posteriormente foi criada a Lei Complementar 8.142/90 para suprir as lacunas deixadas pelos vetos, principalmente no que dizia respeito ao controle social e ao financiamento. Essas leis preveem o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, mediante regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo para os serviços assistenciais. Entretanto, logo após sua promulgação, ainda na década de 1990, foi iniciado um movimento de contrarreforma do Estado, comprometendo os direitos sociais, o que, na saúde, corresponderá ao desmonte do SUS.

A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, teve início a reforma do Estado com a perspectiva de conter os gastos por meio de ajustes fiscais influenciados pelas recomendações dos organismos internacionais, entre os quais se destacam o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) para superação da crise econômica da década de 1990. É notório que nesse período não houve avanços no campo dos direitos sociais conquistados em 1988 que compõem a seguridade social (saúde, assistência e previdência), mas o desmonte deles.

Durante a década de 1990, o Brasil passava por uma crise econômica conhecida como crise fiscal do Estado, vivenciando uma alta de juros e o descontrole da inflação. Segundo os relatórios produzidos pelo BM e FMI, essa crise teve como uma das causas os custeios feitos pelo Estado em políticas sociais para o “bem-estar da sociedade” baseado no modelo econômico do Estado intervencionista (GOMES, 2014).

Em resposta ao problema econômico foi adotado o neoliberalismo¹²⁰, que impõem novas atribuições ao Estado, evidenciando o pro-

120 O neoliberalismo é um sistema econômico que prega uma intervenção mínima do Estado na economia, deixando o mercado se auto-regular com total liberdade. Defende a instituição de um sistema de governo onde o indivíduo tem mais importância do que o Estado, sob a argumentação de que quanto menor a participação do Estado na economia, maior é o poder dos indivíduos e mais rapidamente a

cesso de contrarreforma. Segundo Behring (2003), a contrarreforma do Estado, é um conjunto de medidas neoliberais de desmonte e destruição das conquistas democráticas. Este processo vem afetando vários setores sociais, políticos, econômicos, cultural e, principalmente, os setores da saúde.

As medidas de recuperação da economia foram fortemente vivenciadas no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), que as implementou através da criação do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). Essas medidas se materializaram no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE). Este plano, elaborado em 1995, teve como finalidade realizar mudanças na administração do governo com o objetivo de fomentar uma administração eficiente e flexível do Estado¹²¹, justificando-se por meio de um discurso de correção das desigualdades sociais e regionais. Nesse sentido, “a reforma do Estado passou a ser a alternativa para consolidar a estabilização da economia e o seu crescimento” (PDRE-MARE, 1995, p.06).

Destarte, fica explícito no PDRE-MARE o processo de privatização do capital estatal e a desresponsabilização do Estado, através do programa de publicização dos serviços não exclusivos do mesmo, tais como: educação, cultura, pesquisa científica e saúde. Esse programa de publicização consiste em transferir as funções do Estado para o setor privado, ou seja, formalizar parcerias público-privadas, produzindo serviços competitivos e eficientes, criando os “novos” modelos de gestão tais como: as OSs e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) para prestarem os serviços citados.

sociedade pode se desenvolver e progredir, buscando um Bem-Estar Social. Esse tipo de pensamento pode ser representado pela privatização e pelo livre comércio (BEHRING, 2003).

- 121 “Nesse sentido, são inadiáveis: (1) o ajuste fiscal duradouro; (2) reformas econômicas orientadas para o mercado, que acompanhadas de uma política industrial e tecnológica, garantam a concorrência interna e criem as condições para o enfrentamento da competição internacional; (3) a reforma da previdência social; (4) a inovação dos instrumentos da política social, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços sociais; e (5) a reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar sua ‘governança’, ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente as políticas públicas” (PDRE-MARE, 1995, p.11).

Desta maneira, esse plano afetou/afeta profundamente os direitos conquistados na Constituição Federal de 1988, bem como a Lei Orgânica da Saúde. Segundo Behring (2003, p. 94) “não se trata de uma reforma, e sim de uma contrarreforma dada a sua natureza destrutiva e regressiva”, portanto não significando avanços. Assim, o Estado estaria atuando na focalização, seletividade e privatização dos serviços, o que fere os princípios da RSB e diretrizes do SUS que defende uma saúde de qualidade, de direito universal e dever do Estado.

No PDRE-MARE as ações do Estado passaram a ser delimitadas na perspectiva de reduzir as funções através de privatizações, terceirização e publicização, além de redefinir seu papel regulador, norteado a atender os interesses do mercado dando impulsos para a criação das OSs e das OSCIPs.

Na perspectiva de análise dos elementos constitutivos de um processo de contrarreforma, os governos do Partido dos Trabalhadores (PT) (Lula e Dilma) deram continuidade ao processo de privatização, com a preocupação da manutenção do modelo econômico em curso, claramente identificado pela implementação de políticas e programas focalizados com base nos “novos modelos de gestão”. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) inicialmente foi criada através da Medida Provisória Nº 50, em 30 de dezembro de 2010, no final do governo Luís Inácio Lula da Silva e no governo Dilma Rousseff foi transformada na Lei Nº 12.550/2011, como forma de garantir o funcionamento dos Hospitais Universitários.

As políticas sociais implantadas no governo do PT evidenciaram a ideologia Social - liberal, como variante do neoliberalismo (CASTELLO, 2013). Seguiu um receituário-ideal de desenvolvimento que manteve e fortaleceu a lógica capitalista de caráter contrarreformista ao qual se articulou a um bloco social capaz de aglutinar grupos até então adversários, definindo os mesmos objetivos entre esquerda e direita.

Na contemporaneidade, o Brasil vivenciou embates políticos através de manobras parlamentares e jurídicas que acarretaram no afastamento da presidente Dilma Rousseff, no dia 12 de maio de 2016, decorrente do pedido de *impeachment*, pelo qual 78 (setenta e oito) senadores votaram, sendo 55 (cinquenta e cinco) a favor e 22 (vinte e dois) contra, para o afastamento da mesma por 180 (cento e oitenta) dias. Desta forma, a

presidente Dilma Rousseff foi afastada de seu cargo para elaborar a sua defesa sobre as acusações de editar créditos suplementares sem o aval do Congresso e de usar verbas de bancos federais em programa do Tesouro Nacional (as denominadas pedaladas fiscais). Quem assumiu em seu lugar foi o seu vice Michel Temer do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) (JORNAL FOLHA DE SÃO PAULO, 2016).

Assim, O *impeachment* se concretizou no dia 31 de agosto de 2016, o que acarretou o afastamento da presidente Dilma Rousseff, assumindo de forma definitiva a presidência da república, Michel Temer, até o final do mandato em vigência. Segundo a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (2016, p.02)

O governo Temer tem-se caracterizado por representar os interesses dos setores mais atrasados, conservadores e reacionários da sociedade burguesa brasileira. Os documentos que materializam suas ações são a Ponte para o Futuro e a Travessia para o Social, neles são evidenciados a intensificação de medidas que contribuem com os desmonte dos direitos sociais brasileiros, configurando um retrocesso, assim o processo de contrarreforma se agudiza.

Na atual conjuntura política, econômica, social e cultural é evidenciada a ideologia do recrudescimento do neoliberalismo. Na particularidade brasileira, essa ideologia tem mostrado soluções pelo viés das privatizações, focalização, publicização e pela parceria público-privado. Contudo, há uma continuidade do processo de contrarreforma nas políticas de saúde com a implantação dos “novos modelos de gestão”, cujas práticas fortalecem a lógica da burguesia capitalista. Esses “novos modelos de gestão” serão discutidos no próximo item.

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS: EXPRESSÃO DA CONTRARREFORMA DO ESTADO

A Lei 9.637 de 15 de maio de 1998 regulamentou o funcionamento das OSs, dispondo sobre a qualificação das mesmas e definindo esse modelo de gestão como entidades sem fins lucrativos, aptas a prestarem

serviços através de contratos com administração pública dirigida às atividades de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente e da cultura etc. Na área da saúde, as OSs gerenciam hospitais e outras entidades.

Portanto, as OSs são modelos privatizantes de gestão, implementados no governo de FHC com a justificativa de eficiência e menor custo dos serviços sociais oferecidos pela parceria público-privado. Para tanto, ficaram qualificadas a executarem serviços públicos no lugar de um órgão ou instituição pública, podendo receber recursos, bens e servidores públicos para o desempenho de suas atividades. Essa qualificação não depende de nenhum processo, ou seja, a contratação ocorre de acordo com a necessidade e o poder do administrador (SANTOS, 2015).

As OSs são qualificadas como pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, diferenciando-se quanto à forma de sua relação com o poder público, uma vez que são regidas por um contrato de gestão (CORREIA, 2015). O Estado passa a ter responsabilidade indireta pelos serviços sociais (incluindo à saúde), contribuindo com a transferência do patrimônio público para o setor privado, sob a influência de organismos internacionais, a exemplo do BM.

Esse modelo de gestão é uma expressão da política de contrarreforma do Estado. É caracterizado pela desresponsabilização do Estado na execução das políticas sociais através do repasse público-privado e do estabelecimento de metas, visando a eficiência nos serviços com o menor custo, favorecendo a focalização. Logo, competem ao Estado as funções de fiscalização e financiamento das mesmas.

Trata-se, pois, de uma prática que vem ocorrendo desde os anos 1990, e que atende aos interesses da classe dominante, através do receituário do FMI e do BM, em que se enfatiza a política social de predominância focalista, assistencial e privatista. “Nesse processo, ocorre uma diminuição da intervenção estatal, na área estatal, simultânea ao repasse da gestão de serviços públicos para a rede privada, mediante a transferência de recursos públicos” (CORREIA, 2015, p.78).

Segundo Correia (2015), as unidades de saúde que já fizeram a implantação das OS no âmbito dos estados e municípios, têm apresentado irregularidades e vêm sendo investigadas sob suspeita de desvio de recursos públicos pelo Tribunal de Contas da União (TCU), Tribunal de

Contas do Estado (TCE) e pelo Ministério Público Estadual e Federal. Apesar das irregularidades do mal gerenciamento dos recursos financeiros do Estado, segundo Ximenes (2015), os números de OSs têm aumentado, e 17 (dezesete) estados brasileiros já aderiram esse modelo de gestão¹²².

Como forma de resistência a todo esse processo foi criada, em 2010, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, (FNCPS)¹²³, a qual tem como objetivo lutar contra a privatização e mercantilização da gestão e prestação de serviços de saúde no Brasil. Logo, sua bandeira de luta fundamenta-se na defesa de um SUS público, estatal, sob administração direta do Estado, gratuito e para todos, bem como lutar contra a sua privatização que significa defender a RSB formulada em 1980, garantindo uma política de saúde como direitos de todos e dever do Estado. (FNCPS, 2012).

As estratégias de luta da Frente se pautam em ações públicas de fortalecimento das lutas contra a privatização nos estados e municípios, aprofundando-se a nível nacional. Suas ações perpassam o campo jurídico, o âmbito do parlamento, o conjunto da sociedade civil, as ruas, o controle democrático do controle social, a formação dos profissionais de saúde e os meios de comunicação. Assim, podemos relacionar essas estratégias com as lutas dos sujeitos políticos coletivos que estão inseridos numa perspectiva de contra-hegemonia da classe dominante (FNCPS, 2012).

Em relação às bases de sustentação da FNCPS, esta se opõe à tendência de prestação de assistência à saúde como fonte lucrativa, pondo em cheque os novos modelos de gestão, entre os quais se destacam: as OSs, as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e a EBSEH.

No tocante ao Estado da Paraíba é importante destacar a criação em 2011, do Fórum em Defesa do SUS e Contra a Privatização, vinculado

122 As OS, "aquí definida como contrarreforma no setor de saúde, mediante a adesão e incorporação de novas formas de gestão do setor. Dentre eles estão os estados de Santa Catarina, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Bahia, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará, Piauí, Maranhão, Goiás, Distrito Federal, Mato Grosso, Pará, Amazonas e Roraima" (XIMENES, 2015, p.97).

123 Vale ressaltar, que a FNCPS é composta por diversas entidades e movimentos sociais: fóruns de saúde, movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários.

à FNCPS. O Fórum surgiu no contexto em que foi proposto a Medida Provisória 178/2011, pelo então governador do Estado, quando a gestão do Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa-PB foi entregue para a Organização Social Cruz Vermelha. Tal medida também passou para as mãos dessa entidade, que se qualifica como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, o patrimônio e os servidores da área da saúde, com impacto direto sob a oferta de serviços de saúde para a população do estado.

Assim como a FNCPS, o Fórum em Defesa do SUS e Contra a privatização e outros sujeitos políticos coletivos defendem os princípios da RSB da década de 1980 e lutam para reverter o processo de privatização da saúde em curso, representados pelos “novos modelos de gestão”, considerados uma forma velada de ataques ao direito à saúde no país.

AS IMPLICAÇÕES DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE NA CATEGORIA MÉDICA NA PARAÍBA

As OSs foram implantadas na Paraíba através da Medida Provisória nº 178, de 04 de julho de 2011 que autoriza o Governo do Estado a contratar OSs para execução terceirizada de serviços essenciais como saúde, educação e cultura. Após 03 (três) meses foi outorgada como Projeto de Lei nº 9.454, no dia 06 de outubro de 2011, durante o governo de Ricardo Coutinho, que institui o Programa de Gestão Pactuada, sobre a qualificação das OSs e dá outras providências.

No estudo realizado pela FNCPS no ano de 2012, intitulado: “Contra Fatos não há Argumentos que sustentem as Organizações Sociais (OSs) no Brasil,” é mostrada a realidade das OSs no país, bem como na Paraíba.

Na Paraíba, atualmente encontram-se 04 (quatro) OSs em exercício: a Cruz Vermelha, o Instituto de Psicologia Clínica Educacional e Profissional (IPCEP), a Associação Brasileira de Beneficência Comunitária (ABBC) e o Instituído Gerir, como observa-se no quadro a seguir:

Quadro 01 – Organizações Sociais na Paraíba

Organização Social	Local de atuação	Cidade	Data de implantação
Cruz Vermelha	Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena	João Pessoa	Agosto de 2011
IPCEP	Hospital Geral de Mamanguape	Mamanguape	Julho de 2014
ABBC	03 Unidades de Pronto Atendimento – UPA24 horas	Santa Rita	Mai de 2014
		Guarabira	Abril de 2014
		Princesa Isabel	Outubro de 2014
Gerir	Hospital Geral Dr. Antônio Hilário Gouveia	Taperoá	2014
	Hospital e Maternidade Dr. Peregrino Filho	Patos	2014

Fonte: Portal da Transparência da Paraíba (2018).

A Cruz Vermelha (2016) possui filial em 22 (vinte e dois) estados brasileiros¹²⁴. Segundo a entidade, esta é reconhecida pelo governo brasileiro como sociedade de socorro voluntário, autônoma, que auxilia os poderes públicos e, em particular, os serviços militares de saúde, sendo a única sociedade nacional autorizada a exercer suas atividades em todo o território brasileiro.

A OS supracitada atua no Estado da Paraíba desde 2011, no Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa. O Hospital foi fundado em 2001 e dispõe de uma estrutura específica para operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma. A unidade de atendimento tem um papel fundamental no estado, sendo referência na área de saúde e está capacitada para prestar assistência médica na área de queimaduras, traumatologia, e outros serviços de urgência e emergência clínico-cirúrgica, de baixa,

¹²⁴ Alagoas; Amazonas; Bahia; Ceará; Distrito Federal; Espírito Santo; Goiás (em reestruturação); Maranhão; Mato Grosso; Mato Grosso do Sul; Minas Gerais; Pará; Paraíba; Pernambuco; Rio de Janeiro; Rio Grande do Norte; Rio Grande do Sul; Rondônia; Santa Catarina; São Paulo; Sergipe; Tocantins (em Reestruturação) (CRUZ VERMELHA, 2016).

média e alta complexidade.

O IPCEP foi fundado em 25 de abril de 1958, como uma associação civil filantrópica, sem fins lucrativos, e de pessoa jurídica de direito privado. A sua criação foi idealizada pelo professor e psicólogo Heraldo Cidade, com o objetivo de oferecer um espaço de atendimento a uma parcela da população de deficientes intelectuais adultos e carentes da época. Em julho de 2014, o IPCEP expandiu suas atividades para a gestão de unidades hospitalares em gestão compartilhada. O Hospital Geral de Mamanguape, na Paraíba, foi o primeiro a ser administrado pela entidade, que levou sua metodologia humanista ao atendimento dos usuários, o qual oferece atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia à população do Vale do Mamanguape. Entre os serviços prestados atualmente estão: clínica médica, pediatria, maternidade, exames laboratoriais, raio-X, Unidade de Terapia Intensiva, entre outros.

Já a ABBC foi criada em 03 de setembro de 2007, a qual desenvolve atividades voltadas ao desenvolvimento dos processos de saúde e de assistência social, com o objetivo básico de aumentar processos de gerenciamento que impliquem em benefícios para a sociedade, por meio da gerencia de gestão e de mão-de-obra profissional. Logo, visa a gestão de qualidade dos processos prestados à população, na perspectiva de aumentar sua eficiência e eficácia, que implicaria na satisfação dos usuários. No desenvolvimento de projetos são priorizados “valores justos e resultados otimizados”. Enfim, atua no Estado de São Paulo e na Paraíba (ABBC, 2016).

No Estado da Paraíba, a OS referida, opera em Guarabira, Santa Rita e Princesa Isabel, nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) que tem por finalidade realizar atendimento de urgência e emergência, funcionando 24 horas por dia e sete dias por semana, com o propósito de diminuir as filas dos hospitais¹²⁵. Desta maneira, segundo o Programa de Aceleração do Crescimento - Saúde (2016, p.01), “as UPAs fazem

125 A UPA inova ao oferecer estrutura simplificada, com raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Nas localidades que contam com UPA, 97% dos casos são solucionados na própria unidade. Quando o usuário chega às unidades, os médicos prestam socorro, controlam o problema e detalham o diagnóstico. Eles analisam se é necessário encaminhar a um hospital ou mantê-lo em observação por 24 horas (PROGRAMA DE ACELERAÇÃO DO CRESCIMENTO, 2016).

parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, que estrutura e organiza a rede de urgência e emergência no país, com o objetivo de integrar a atenção às urgências”.

Por fim, o Instituto Gerir é uma organização social que se caracteriza em práticas da gestão privada para a administração pública, possuindo sede em Goiânia-GO. Segundo o Gerir (2016), “a sua atuação vem se afirmando pela gestão eficiente e humanizada de unidades públicas de saúde em diversas cidades e Estados do Brasil”. Seu objetivo é proporcionar qualidade de gestão e a implementação de soluções eficientes no ambiente da administração pública.

Atuando em 02 (dois) hospitais na Paraíba, o Instituto Gerir administra o Hospital e Maternidade Dr. Peregrino Filho, situado na cidade de Patos, referência em procedimentos de alto risco, denominado pelo Ministério da Saúde, como Hospital Amigo da Criança; e o Hospital Geral de Taperoá. A atenção à saúde prestada pelos mesmos diz respeito ao conjunto de ações e serviços ofertados ao paciente e seus familiares, envolvendo as atividades de acolhimento do paciente com classificação de risco; acolhimento e orientação de familiares/acompanhante; desenvolvimento de abordagem interdisciplinar; avaliação e suporte nutricional; oferta de estrutura de apoio diagnóstico e terapêutico; serviço de contra referência em casos de não resolutividade na entidade e outros (GERIR, 2016).

Nessa perspectiva de análise das condições de trabalho da categoria médica, apresentamos no quadro a seguir o levantamento feito no SIMED-PB, sobre as queixas coletivas registradas, relativas às condições precárias de trabalho nas OSs.

Quadro 2 - Queixas da categoria médica formalizada no SIMED-PB, através de escritórios destinados às Organizações Sociais na Paraíba (2014-2016)

Organizações Sociais	Notificações	Ano	Repetições das queixas
Cruz Vermelha	Número insuficiente de anestesista disponível para atender os usuários.	2014	01
ABBC	Atraso de salários	2015/2016	06
	Carteira de Trabalho não assinada	2015/2016	02
	A terceirização dos profissionais médicos	2015	01
	A falta de acesso a informação referente a formação de contratação	2015	01
	A falta de medicamentos e insumos	2016	01
	Pela manutenção dos equipamentos médico-hospitalares	2016	01
	A falta de segurança	2016	01
	Ausência de especialidade médica, pediatria	2016	01
	A inexistência de transporte, ambulância.	2016	01
GERIR	Ausência de pagamento	2015	01
	Carteira de Trabalho não assinada	2015	01
	Terceirização do vínculo profissional a través de prestação de serviço	2015	01
IPCEP	O não acesso a informação, referente a formas de contratação dos profissionais médicos	2015	01

Fonte: SIMED-PB 2014-2016.

Importa destacar que o ano de 2014, foi o período de maior eferescência na contratação das OSs no estado da Paraíba para gerenciar os serviços de saúde. Desta maneira, foi quase inexistente as queixas registradas neste ano devido à fase de adequação delas, existindo apenas uma, referente à Cruz Vermelha, no que diz respeito à falta da

composição do quadro médico, principalmente de anestesistas. A entidade citada é a OS contratada pelo estado com mais tempo de atuação.

No ano de 2015 o SIMED-PB recebeu várias notificações referentes a problemas envolvendo as relações trabalhistas da categoria médica, no que diz respeito aos atrasos de salários, a carteira de trabalho não assinada e a constituição de terceirização por PJ como forma de contratação, burlando os direitos trabalhistas. As OS que se destacam em número de notificação é a ABBC, essa gerencia 03 (três) UPAs na Paraíba. Identifica-se nesses espaços a fragilidade nas relações trabalhistas. O mínimo dos direitos trabalhistas não vem sendo assegurados, precarizando essas relações.

No ano de 2015 foram repassados R\$ 210.228.211,46 para as OSs da Paraíba no intuito de gerenciarem os serviços de saúde sob sua responsabilidade em sete localidades do estado, com a perspectiva de melhorar a qualidade e eficiência dos serviços de saúde ofertados. Todavia, pode-se perceber que o dinheiro público administrado pelo setor privado tem sido utilizado de forma precarizada, prejudicando o quadro profissional.

No que se refere às OSs, até o mês de agosto do ano de 2016, as mudanças nas condições de trabalho do ano anterior continuam (atraso de salários é uma delas) e foram acrescentadas novas, tais como: a falta de medicamentos e insumos; a ausência de manutenção dos equipamentos médico-hospitalares; a carência de segurança nas unidades de saúde; e insuficiência de especialidade médica (pediatra). Tais aspectos não atingem só a classe médica, mas também o funcionamento de toda a estrutura dos serviços prestados aos seus usuários.

Ponto a ser destacado é que os trabalhadores tendem a enfraquecer seu poder de organização e mobilização como classe, pois com a existência de várias OSs os diversos serviços passam a ser gerenciados por várias instituições privadas com diversos regimentos, estatutos e contratos trabalhistas, apontando para um não reconhecimento de uma única categoria organizativa, ou seja, funcionário público. Identifica-se que há poucos indícios de resistências a esse contexto de precarização da categoria médica e as únicas ações utilizadas são as paralizações e as medidas judiciais de âmbito coletivo e individuais (CORREIA, 2015).

Apesar dos números de notificações não serem alarmante todas as denúncias formalizadas do SIMED-PB para as OSs, representam

prejuízos direta ou indiretamente à categoria médica e aos usuários dos serviços de saúde. O baixo número de queixas deve-se provavelmente devido ao curto prazo (2014/2016) que se destinou ao levantamento documental, assim como a falta de registro das reclamações da referida categoria no âmbito do sindicato.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, o atual contexto apontam retrocessos nos avanços conquistados pela sociedade brasileira no que se refere às propostas da RSB e à implementação do SUS na Constituição Federal de 1988, que prevê um sistema de saúde universal, público e de qualidade.

Foi possível constatar que o modelo de gestão das OSs traz prejuízos à classe trabalhadora, pois apesar de debruçar-se sobre a categoria médica, infere-se que as mudanças trazidas pelas OSs podem ser extrapoladas para outros profissionais da saúde, fragilizando as relações de trabalho através de formas de contratação diferentes daquelas previstas pelo Regime Jurídico Único (RJU) e, mesmo com alguns direitos garantidos pela CLT, os mesmos não coadunam com as garantias necessárias para a implementação do SUS proposta pela RSB.

Nesse sentido, como resistência a esse contexto de retrocessos dos direitos sociais, surgem os sujeitos políticos coletivos, articulados em defesa do SUS público, estatal, de qualidade e sob o controle dos trabalhadores. A FNCPS e o Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra a Privatização têm se destacado no processo de resistência ao desmonte do SUS expressados, neste estudo, através dos modelos privatizantes de gestão postos na contemporaneidade.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE BENEFICÊNCIA COMUNITÁRIA (ABBC). **Quem somos**. 2016. Disponível em: <<http://www.abbc-saude.org.br/>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortes, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

_____. **Decreto Lei nº 8.080/90**, Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

_____. **Decreto Lei 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção I. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 05 ago. 2016.

_____. **Lei das Organizações Sociais nº 9.637**, de 15 de maio de 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm>. Acesso em: 18 ago. 2016.

_____. Ministério do Planejamento. Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). **Unidade de Pronto Atendimento – UPA**. Disponível em: <<http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/upa-unidade-de-pronto-atendimento/pb>>. Acesso em: 16 set. 2016.

_____. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE). **Caderno do MARE**, n.01, Brasília de 1995.

_____. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

CASTELO, Rodrigo. **O social liberalismo: auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal**. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Entre a reforma sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde**. In: Reforma Sanitária e Contrarreforma na Saúde: interesses do capital em curso. Maceió: EDUFAL, 2015. p.67-90.

CRUZ VERMELHA. **História da Cruz Vermelha Brasileira**, 2016. Disponível em: <<http://www.cruzvermelha.org.br/historia-da-cvb/>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

_____. **Hospital Estadual de Emergência e Trauma**: Senador Humberto Lucena. Disponível em: <<http://hospitaldetrauma.pb.gov.br/>>. Acesso em: 12 out. 2016.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **O ilegítimo governo Temer e os ataques ao Sistema Único de Saúde**: nota da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, julho, 2016.

_____. **Relatório Analítico das Irregularidades e dos Prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares** – EBSERH, 2014.

_____. **Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais (OSs) no Brasil**, junho de 2012.

INSTITUTO de Psicologia Clínica Educacional e Profissional. **História**. Disponível em: <em: <http://www.ipcep.org.br/index.htm>>. Acesso em: 08 ago. 2016.

GERIR. **Quem somos**. Disponível em: <<http://gerir.org.br/quem-somos/>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

GOMES, Gustavo França. A saúde nos governos dos partidos dos trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. In: BRAVO, M. I. S et al (Org.). **Inconstitucionalidade da contrarreforma do SUS e de seus modelos privatizados de gestão**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. p.25-31.

JORNAL FOLHA DE SÃO PAULO. **O impeachment de Dilma**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/especial/2015/brasil-em-crise/o-impeachment-de-dilma/#introducao>>. Acesso em: 10 out. 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro:

FIOCRUZ, 2013.

PARAÍBA. **Lei Ordinária Estadual 9.454/2011**. Institui o programa gestão pactuada, dispõe sobre a qualificação de organizações sociais e dá outras providências.

PB Agora. **TCE julga irregular contrato do estado com organização social do dia 09 de outubro de 2015**. Disponível em: <<http://www.pbagora.com.br/conteudo.php?id=20151009094111&cat=paraiba&keys=tce-julga-irregular-contrato-estado-organizacao-social>>. Acesso em: 12 set. 2016.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA DA PARAÍBA. Disponível em: <<http://transparencia.pb.gov.br/dados-especificos/administracao-hospitalar>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

SANTOS, Viviane Medeiros dos. A contrarreforma e a privatização do SUS: as organizações sociais (OSs) como modelo privatizante. In: **Reforma Sanitária e Contrainformação na Saúde: interesses do capital em curso**. Maceió: EDUFAL, 2015. p.93-113.

SILVA, Alessandra Ximenes da. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos: no processo da Reforma Sanitária Brasileira**. Tese (Doutorado em Serviço Social) Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2013.

SINDICATO dos Médicos da Paraíba. **MISSAO/VISAO/VALORES**. Disponível em: <<http://www.simedpb.org.br/sindicato/missao-visao>>. Acesso em: 01 out. 2016.

XIMENES, Assuero Fonseca. **A apropriação do fundo público da saúde pelas Organizações Sociais em Pernambuco**. Tese (Doutorado em Serviço Social), Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2015.

A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS INTELLECTUAIS COLETIVOS DO SERVIÇO SOCIAL NA PARTICULARIDADE DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE

Maria Joseli de Souza Silva

INTRODUÇÃO

O presente trabalho analisa as tendências dos intelectuais coletivos do Serviço Social no processo de contrarreforma na política de saúde no município de Campina Grande/PB, que integram o Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande. Para tanto, se fez necessário identificar e analisar as proposições destes intelectuais coletivos, no processo de contrarreforma na política de saúde no referido município e apreender a contribuição de tais intelectuais na perspectiva do consenso ou da resistência.

O projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) vem sendo inflexionado em sua formulação desde meados da década de 1980. Para a sua efetivação enquanto projeto emancipatório necessitaria da construção de uma nova racionalidade hegemônica, ou seja, uma reforma intelectual e moral que fosse contrária ao processo de contrarreforma na política de saúde.

No contexto de lutas por diferentes projetos na política de saúde, evidencia-se a criação de espaços democráticos como a Frente Nacional

Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) e dos Fóruns de Saúde em diferentes estados e municípios do Brasil, a exemplo do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande, criado em 2012¹²⁶. Todavia, esses espaços se configuram como instrumentos de luta contra todas as formas de privatização da saúde e defende as bandeiras da saúde como um direito de todos e dever do Estado.

O Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande é composto por diversas entidades que fortalecem a luta contra a racionalidade instrumental burguesa, que é hegemônica na contrarreforma da política de saúde. Desta forma, o Fórum de Campina Grande possui os seus intelectuais que, por representarem entidades, são chamados de intelectuais coletivos, que se sobressaem na perspectiva de difundir ideias e fortalecer o processo de construção de uma nova hegemonia. Nesse sentido, para Gramsci (2000) os intelectuais emergem das classes fundamentais para dar homogeneidade na construção de uma nova hegemonia, formulando e disseminando ideias na esfera política, econômica e social, mas também acerca da consciência moral, cultural e intelectual.

Este estudo tem a orientação fundamentada nas bases da teoria social crítica, pelo fato desta possibilitar a apreensão das contradições da sociedade em sua essência. Resulta de uma pesquisa documental, bibliográfica e de campo com a realização de entrevistas semiestruturadas. Para tanto, foram realizadas 03(três) entrevistas com 03 (três) intelectuais do Serviço Social que fazem parte do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande, a saber: o Conselho Regional de Serviço Social da Paraíba 13^a Região (CRESS/PB), a Seccional do CRESS 13^a Região de Campina Grande e o Núcleo de Pesquisas em Práticas Sociais¹²⁷ (NUPEPS) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). O critério para a escolha de tais sujeitos foi o fato dos mesmos serem os mais atuantes do Serviço Social no Fórum de Saúde de Campina Grande. Ressaltamos que esta pesquisa se encontra em conformidade com o que preconiza a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), considerando as questões éticas que regulamentam as pesquisas que envolvem

126 A partir de 2016, o Fórum passa a ser denominado Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra a Privatização, seccional de Campina Grande.

127 A partir de 2017, o Núcleo passa a ser denominado Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social (NUPEPSS).

seres humanos.

Foram analisados documentos tais como: resoluções, legislações, jornais, Portarias e regimentos referentes à discussão da política de saúde e atrelados ao objeto de estudo. Vale enfatizar a observação sistemática nas reuniões e nas atividades de mobilização do Fórum de Saúde de Campina Grande como atos públicos e plenárias, com o intuito de apreender a contribuição dos intelectuais coletivos do Serviço Social nestes espaços.

Este artigo é fruto do Trabalho de Conclusão de Curso defendido em 2016, cujas inquietações surgiram a partir da inserção na pesquisa “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões na política de saúde no município de Campina Grande/PB”, como bolsista do Programa de Iniciação Científica (PIBIC) referente às cotas 2014/2015 e 2015/2016, pesquisa esta financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através da chamada universal – MCTI/ CNPq N° 14/2014. Além da participação das atividades no Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande.

O conjunto da síntese dos resultados será apresentado através dos próximos subitens, a saber: “Contrarreforma e Intelectuais: apassivamento e resistência no processo da Reforma Sanitária Brasileira”, “Caracterização dos intelectuais coletivos do Serviço Social integrantes do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande” e “Análise das tendências dos intelectuais coletivos do Serviço Social integrantes do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande: resistência ou consenso?”.

CONTRARREFORMA E INTELLECTUAIS: APASSIVAMENTO E RESISTÊNCIA NO PROCESSO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

O movimento da RSB nos anos de 1980 tinha como objetivo principal priorizar a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), que permitisse o direito à saúde pública estatal, universal e de qualidade. Desse modo, a RSB articulou proposições direcionadas para uma transformação da vida cotidiana envolvendo os diversos estratos da população, com a perspectiva de uma “revolução do modo de vida”. Sendo assim, Paim (2008) analisa a RSB como um fenômeno histórico e

social, fundamentada num ciclo composto por ideia, proposta, projeto, movimento e processo. Seguindo a concepção político-emancipatória do projeto da RSB, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986 ampliou o conceito de saúde, no sentido de que esta depende intrinsecamente das condições sociais e econômicas da população. Tais momentos históricos contribuíram para a inserção do SUS na Constituição Federal de 1988 (CF/1988), regulamentado através das Leis 8.80/90 e 8.142/90 o direito de todos à saúde e como dever do Estado.

A década de 1990 foi marcada por uma crise mundial do capital, implicando no ajuste neoliberal para países em desenvolvimento como o Brasil. Diante disso, um dos instrumentos orientador elaborado durante o governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) foi o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE) em 1995, cuja estratégia do grande capital buscava medidas para reduzir a intervenção do Estado com a privatização dos serviços sociais.

Nesse sentido, se vivenciou uma contrarreforma do Estado, que atinge o arcabouço legal e na implementação das políticas sociais, sobretudo, a política de saúde. Nessa perspectiva, Behring (2008, p.78) enfatiza que “a “reforma” passaria por transferir para o setor privado atividades que podem ser controladas pelo mercado, a exemplo das empresas estatais”.

Diante do cenário contemporâneo, é notório as perdas dos direitos sociais conquistados ao longo dos anos e efetivados na CF/1988, a exemplo do SUS que vem sofrendo ataques no que se refere à defesa de uma saúde pública, universal e de qualidade. Essa lógica da contrarreforma da saúde se expressa por meio dos modelos privatizantes de gestão voltados para as políticas sociais como as Organizações Sociais (OSs), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Privado (OSCIPs), as Parcerias Público-Privadas (PPPs), as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), intensificando a privatização dos serviços de saúde.

Desse modo, os intelectuais têm uma participação preponderante no processo da RSB, no que tange a perspectiva de defender o projeto da RSB construído na década de 1980, ou fortalecer o projeto da “Terceira Via”, denominado por Neves “a nova pedagogia da hegemonia, que são estratégias do grande capital para educar o consenso nas

sociedades contemporâneas” (2005, p.15). Na perspectiva gramsciana, os intelectuais organizam a cultura, de tal forma que contribuem para o processo de formação da hegemonia em sociedades capitalistas não apenas na instância econômica e política, mas também na esfera da cultura.

Para Gramsci (2000) os intelectuais são um grupo autônomo e independente que emerge das classes sociais fundamentais para dar homogeneidade na construção de uma nova hegemonia, um novo modo de pensar na formulação e disseminação de ideias não somente na esfera política, econômica e social, mas também acerca da consciência moral, cultural e intelectual. Partindo desses pressupostos seria possível afirmar que todos os homens são intelectuais, mas nem todos possuem na sociedade a função intelectual construída historicamente.

Para a construção de uma nova hegemonia, se faz necessário um exercício intelectual que perpassa as condições econômicas, buscando inferir uma reforma intelectual e moral nas sociedades de classes, materializando a partir de práticas políticas e uma nova concepção de mundo. A concepção de hegemonia se expressa de forma sistemática na concepção do mundo das classes sociais fundamentais como consenso e não como coerção. Para que se tenha hegemonia entre esses grupos sociais eles precisam aderir consensualmente a certos valores. Nesta perspectiva, Coutinho (2010) ressalta que,

[...] uma relação de hegemonia é estabelecida quando um conjunto de crenças e valores se enraíza no senso comum, naquela concepção de mundo que Gramsci definiu como “bizarra e heteróclita”, com frequência contraditória, que orienta - muitas vezes sem plena consciência - o pensamento e a ação de grandes massas de mulheres e homens. Ora, podemos constatar que predominam, hoje, no senso comum, determinados valores que asseguram a produção do capitalismo, ainda que nem sempre o defendam diretamente (COUTINHO, 2010, p.30).

Desse modo, as categorias dos intelectuais tradicionais se colocam na história como grupos autônomos do grupo social dominante,

emergindo na história a partir da estrutura econômica e política preexistente, dando continuidade às relações sociais radicais no campo ideológico das superestruturas. Na concepção de Gramsci a mais típica destas categorias intelectuais é a “dos eclesiásticos, que monopolizaram durante muito tempo alguns serviços importantes: a ideologia religiosa, isto é, a filosofia e a ciência da época, com a escola, a instrução, a moral, a justiça, a beneficência, a assistência, etc.” (GRAMSCI, 2000 p.16).

Nesse sentido, segundo Gramsci (2000) o intelectual orgânico pode ser compreendido como um organizador da produção de uma nova forma cultural, pois todo grupo social que nasce no terreno originário de uma determinada função social e essencial no mundo da produção econômica, desenvolve para si, organicamente, camadas de pensadores intelectuais para lhe dar homogeneidade e consciência da própria função social, tanto no campo econômico, social e político. Sobre este aspecto, Simionatto enfatiza que “os intelectuais orgânicos a serviço das elites dominantes disseminam ideias e instrumentos de controle e subjugação de simbólicos capazes de ampliar o conformismo e a resignificação das massas despossuídas” (2014, p.9).

Na contemporaneidade os intelectuais são representados não apenas por escritores e filósofos com grande carga cultural, mas também por técnicos e sujeitos que desempenham as diversas funções nas relações sociais, e que fazem as mediações entre o consenso e as formas de consciência no cotidiano do campo político, econômico e social, ou seja, “vivemos um alargamento das funções dos intelectuais, uma metamorfose na sua “morfologia”, especialmente a partir do século XX” (SIMIONATTO, 2014, p.10).

Os intelectuais evidenciam uma relação estreita com a esfera pública, partindo do pressuposto que os mesmos possuem um conhecimento sistematizado, a respeito de algumas temáticas que perpassam as relações sociais estabelecidas por determinado grupo e que, a partir disso, possam ter posicionamentos políticos relevantes. Nessa perspectiva, a esses intelectuais é atribuída uma “função pública” (NEVES, 2010, p.26).

Quanto aos intelectuais brasileiros, Neves (2010) enfatiza que o processo colonial da formação brasileira, bem como a herança elitista de seus intelectuais, tem fomentado a importação desses pensadores em

diferentes linguagens, produções simbólicas e formações capitalistas, reservando a estes intelectuais a disseminação em larga escala da hegemonia burguesa mundial em âmbito local.

Assim, os intelectuais da “nova pedagogia da hegemonia” (NEVES, 2010, p.37) se configuram por indivíduos e organizações que formulam e disseminam em diferentes aspectos, a ideologia que fundamenta a nova concepção de mundo desenvolvida pela burguesia mundial que sedimenta no tecido social um novo padrão de sociabilidade. Segundo Silva, “tais intelectuais são os responsáveis pela nova forma do Estado e da sociedade, são os ‘funcionários’ da superestrutura” (2013, p.105).

Os intelectuais são majoritariamente os “funcionários” subalternos da classe dominante no que se refere à aparelhagem estatal e sociedade civil, planos intrínsecos à função da hegemonia que o grupo dominante exerce sobre a sociedade através de uma produção mediatizada, difundindo ideologias e conceitos através de universidades, partidos políticos, igrejas, sindicatos, movimentos sociais entre outros.

De acordo com Gramsci (2000), os intelectuais possuem um papel importante no que se refere à construção e disseminação de uma nova hegemonia, pois na instauração de um novo modo de pensar, e acima de tudo, na batalha de ideias, existem intelectuais orgânicos a diferentes projetos societários. Vale enfatizar que, na sociedade capitalista contemporânea, existem os intelectuais orgânicos ao projeto hegemônico dominante do capital financeiro, mas existem também os intelectuais orgânicos comprometidos em fortalecer um projeto vinculado à construção de uma nova hegemonia, com concepções e valores diferentes, que vem se contrapondo ao projeto que predomina atualmente na sociedade.

Destarte, aos intelectuais foi entregue ao longo do processo histórico a função de tomar partido e não silenciar diante da lógica perversa, nem de esquivar-se de sentir e desvendar as paixões mais elementares do povo, pois, o modo de ser do novo intelectual requer cotidianamente a rebeldia contra conceitos estabelecidos, além do difícil exercício do despertar consciências e impedir que os homens se alienem e se conformem com o discurso soberano das elites.

CARACTERIZAÇÃO DOS INTELLECTUAIS COLETIVOS DO SERVIÇO SOCIAL INTEGRANTES DO FÓRUM EM DEFESA DO SUS DE CAMPINA GRANDE

A categoria de assistentes sociais durante a década de 1990 encontrava-se desarticulada com o movimento da RSB, no que diz respeito à ocupação do Estado via setores progressistas da profissão, e pela insuficiente produção sobre as demandas postas à prática em saúde (BRAVO; MATOS, 2009). Na contemporaneidade, compreende-se que o Serviço Social através de sua prática social busque incorporar conhecimentos necessários e atualizados referentes às demandas postas pela sociedade, pois tendo como norte o projeto ético-político da profissão e a articulação do projeto da RSB.

Desde o movimento da RSB e, conseqüentemente, com a implantação do SUS na CF/ 1988, o Serviço Social vem se apropriando da estrutura e princípios originais de tal sistema, mas somente em 1997 o CNS através da Resolução Nº 218/1997 reconhece o assistente social como trabalhador da saúde e em 1999, também é reconhecido pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) através da Resolução Nº 383/1999.

Esse reconhecimento reitera a construção de um profissional que deva ter uma leitura crítica da realidade, com uma análise pautada na razão dialética, que rompa com a aparência fenomênica do real e seja para além de um modesto técnico da saúde pública. Para tanto, na concepção de Soares:

O conjunto dessas competências incorporadas no movimento histórico da profissão tem legitimidade no interior do projeto de reforma sanitária, que requer dos profissionais da saúde uma fundamentação teórico-metodológica crítica, que desvele a realidade para além da aparência fenomênica, que compreenda o processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, que seja capaz de articular e mobilizar os diversos segmentos envolvidos na política de saúde, além também de gerir, planejar, assessorar tanto os movimentos sociais quanto a própria gestão, investigar, sistematizar, entre tantos outros (SOARES, 2010, p.131).

Sendo assim, a racionalidade instrumental da contrarreforma implica nos desmontes das políticas de saúde e as demandas trazidas ao Serviço Social na amplitude do SUS, passando a exigir mais dos assistentes sociais, já que as políticas de saúde com as práticas social-liberais¹²⁸ perdem sua proposta de universalidade, equidade e integralidade, passando a focalizar e a responder demandas imediatas.

Nessa perspectiva, o Serviço Social vem enfrentando dificuldades no sentido de ultrapassar essa lógica, tendo em vista ser uma tendência mundial que atende as necessidades da mercantilização dos serviços da saúde, bem como a lucratividade nessa área. Conforme a publicação do CFESS que se refere aos parâmetros de atuação profissional na saúde, a nova configuração da política de saúde impacta o trabalho do assistente social em diversas dimensões, quais sejam: na formação profissional; nas influências teóricas; nas condições de trabalho; na relação com os movimentos sociais entre outras (CFESS, 2010).

Destarte, o lugar do Serviço Social na sociedade contemporânea apoia-se na questão de sua prática se efetivar nas relações de poder estabelecidas pelo capital, assim as condições e relações sociais que circunscrevem o trabalho do assistente social, atribuem à profissão uma “dimensão política por excelência, que não confunde com a militância político-partidária” (IAMAMOTO, 2013, p.146).

Partindo desses pressupostos, o papel do assistente social nos diversos espaços sócio-ocupacionais diz respeito à ação educativa sobre a classe trabalhada, no sentido de disseminar ideologias. Para tanto, Iamamoto coloca que “é acoplado a esses serviços buscados pela população que o profissional desempenha suas funções tipicamente intelectuais” (2011, p.41).

As funções intelectuais desse profissional remetem à reprodução das relações sociais, definindo sua importância no processo histórico das lutas das classes fundamentais. A atuação do assistente social nesse processo “é necessariamente polarizada pelos interesses de tais classes, tendendo a ser cooptada pelas que têm uma posição dominante”

128 Segundo Castelo, (2013, p.273,274), “o social-liberalismo é um projeto ideológico classista de retomada da supremacia neoliberal que ganhou impulso com o acoplamento de amplos setores da social-democracia e de ex-comunistas cooptados ao novo reformismo-restaurador liberal”.

(IAMAMOTO, 2011, p.99).

O assistente social se apresenta como um trabalhador assalariado, inscrito na divisão sócio-técnica do trabalho, mas que exerce seu papel de intelectual na perspectiva do consenso ou da coerção face à organização da estrutura social. Com base nesses elementos, Yamamoto (2011) sustenta que o intelectual exerce funções de direção econômica, social e cultural, que se expressam no nível de elaborar e difundir o saber referente à classe que representa, tendo um papel de investigador, educador e homogeneizador da consciência de classe.

Para fins do presente estudo, elencamos os intelectuais coletivos do Serviço Social que participam do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande: o CRESS/PB 13ª Região, a Seccional do CRESS 13ª Região de Campina Grande e o NUPEPS.

O CRESS 13ª Região iniciou suas atividades em 1982, quando ganhou sua autonomia referente ao Conselho Regional de Assistentes Sociais de Pernambuco, somente em 1993 com a atual Lei de Regulamentação da Profissão, passou a ser denominado de CRESS 13ª Região, compondo o então Conjunto CFESS/CRESS. O CRESS 13ª Região é uma entidade jurídica de direito público com jurisdição no Estado da Paraíba, regulamentado pela Lei 8.662, de 07 de junho de 1993, dotado de autonomia administrativa e financeira.

A Seccional do CRESS 13ª Região de Campina Grande é constituída por coordenador, secretário e tesoureiro, e mais três suplentes, objetiva defender a profissão e fortalecer o projeto ético político do Serviço Social, tem ainda em suas competências receber pedidos de inscrição dos assistentes sociais, prestar contas ao CRESS 13ª Região das atividades e movimento financeiro da seccional, ademais a concentração das decisões permanece no CRESS 13ª Região, ficando a seccional a sua inteira disposição para direcionamento de suas ações.

O NUPEPS foi criado em 1995, com a finalidade de possibilitar o desenvolvimento de pesquisas e de ações de extensão, por parte dos docentes do Departamento de Serviço Social da UEPB. Desenvolve atividades tais como: desenvolvimento de pesquisas, de projetos de extensão, grupos de estudos e palestras. O referido Núcleo desenvolve atividades de extensão a órgãos governamentais e não-governamentais e movimentos sociais a partir de suas linhas de pesquisa que são: 1)

Movimentos Sociais, Cultura e Política; 2) Políticas Sociais e Gestão Democrática e 3) O Serviço Social, a Formação Profissional e a Produção do Conhecimento. Todavia, procura estimular a participação do corpo acadêmico (discente e docente) nas atividades desenvolvidas pelo Núcleo, colaborando para o debate e a democratização do conhecimento no meio acadêmico e com a sociedade. Ele é composto por docentes e discentes de Serviço Social e de áreas afins (NUPEPS, 2015).

ANÁLISE DAS TENDÊNCIAS DOS INTELLECTUAIS COLETIVOS DO SERVIÇO SOCIAL INTEGRANTES DO FÓRUM EM DEFESA DO SUS DE CAMPINA GRANDE: RESISTÊNCIA OU CONSENSO?

Segundo os intelectuais coletivos do Serviço Social que foram entrevistados o Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande foi criado em 2012, devido às ameaças de privatização dos serviços de saúde pelo executivo municipal em colaboração com setores privados. Vale ressaltar que essa intenção ocorreu como resposta à proposta de implantação da Lei da Gestão Pactuada (Lei Municipal de Nº 5.277/2013) que passaria a gerir diversas áreas do serviço público municipal e a adesão a EBSERH pelo Hospital Universitário Alcides Carneiro.

Dessa forma, para o entendimento desses intelectuais coletivos do Serviço Social, o Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande é um espaço de lutas e resistências aos ataques que o SUS tem vivenciado e se constitui através dos sujeitos políticos coletivos responsáveis pela força e articulação em prol de um SUS público, 100% estatal, universal e de qualidade. Nesse sentido, Silva (2013) atesta que os sujeitos políticos coletivos partem da perspectiva de orientar suas ações com o intuito de defender projetos que podem manter ou transformar determinada hegemonia.

Todavia, os intelectuais coletivos do Serviço Social apontam que as atividades e mobilizações do Fórum são emergenciais e imediatistas a partir das demandas postas pelo processo hegemônico da contrar-reforma no município, mas que, apesar disso, entre eles não existem contradições a respeito dos direcionamentos e encaminhamentos do referido Fórum, somente as contradições próprias do sistema vigente

que perpassam a vida cotidiana.

Nesse sentido, os intelectuais expõem os desafios que vem sendo enfrentados na militância do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande, afirmando que o principal é justamente o avanço de forma muito rápida que vem se dando o processo de racionalização instrumental da contrarreforma na saúde, partindo ataques de todas as direções (inclusive do Congresso Nacional), ferindo a CF/1988. Pontuam também esses intelectuais coletivos que, devido às condições objetivas de trabalho e sobrevivência, os integrantes têm pouco tempo para articulação e mobilização nas atividades do referido Fórum.

Na perspectiva do CRESS 13ª Região, vivenciamos uma contrarreforma na política de saúde e necessita-se ampliar de forma efetiva a participação nos espaços de articulação para combater a ofensiva da iniciativa privada em detrimento do serviço público e direito social. Nesse sentido o CRESS 13ª Região enfatiza em seu depoimento:

[...] a gente está percebendo agora a contrarreforma política, pode se afirmar sem sombra de dúvida que existe também uma contrarreforma na saúde pública, se percebe a entrega da nossa saúde para esses setores [...] no que deveria ser complementar, você vê uma iniciativa privada crescendo ainda mais nesse processo, só que além do complementar você percebe o público sendo entregue para essa saúde privada [...] a contrarreforma está posta e a gente precisa se preparar para ela e ampliar a participação nos nossos fóruns (ENTREVISTA CONCEDIDA PELO CRESS 13ª REGIÃO, JUNHO/2015).

Diante de tais reflexões acerca do atual projeto privatista da saúde, elencamos as principais proposições do CRESS 13ª Região no Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande no quadro 01:

Quadro 01 - Proposições do CRESS/PB 13ª Região no Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande

INTELLECTUAL COLETIVO	RELAÇÃO COM A RSB	PARTICIPAÇÃO NO FÓRUM EM DEFESA DO SUS DE CAMPINA GRANDE	ESTRATÉGIAS DE LUTA	DEFESA DE INTERESSES
CRESS 13ª REGIÃO	<p>Relação intrínseca com o direcionamento do Serviço Social</p> <p>Referência para avançar na luta pelo direito à saúde</p> <p>Compreensão da luta pela Reforma Sanitária</p> <p>Compreensão que a resistência ao processo de privatização na saúde pública é independente das relações partidárias, políticas e profissionais</p>	<p>Desde a criação em 2012</p> <p>Participação nas reuniões</p> <p>Representar o Fórum Paraíba em Defesa do SUS e Contra a Privatização no momento da tentativa de implementar a Lei da Gestão Pactuada em Campina Grande/PB</p> <p>Intelectuais de Serviço Social da esfera nacional articulado com discussões em âmbito local acerca da saúde pública;</p> <p>Planejamento das atividades de mobilização nos espaços deliberativos, a exemplo das Conferências de Saúde</p>	<p>Mobilização nos espaços deliberativos, a exemplo das Conferências de Saúde</p> <p>Redes sociais com maior alcance para disseminação das informações</p> <p>Organização de atividades/ eventos adequados à realidade do Fórum</p> <p>Ampliação da participação nos Fóruns de Saúde para resistir à contrarreforma em curso</p>	<p>Defesa de uma saúde pública e de qualidade</p> <p>Os integrantes do Fórum são sujeitos políticos coletivos autônomos</p> <p>Resistência ao processo privatizante da saúde;</p> <p>Garantir os princípios do SUS conquistados por lutas históricas</p> <p>Defesa das Conferências de Saúde como espaços de disputa e decisões compartilhadas</p> <p>Defesa de que os espaços dos Fóruns e sindicatos ampliem as discussões perpassando as questões salariais</p>

Fonte: Pesquisa aplicada “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões na política de saúde no município de Campina Grande/PB” (2015-2017).

De acordo com as entrevistas, verificamos que a Seccional do CRESS 13ª Região de Campina Grande não participa efetivamente das reuniões do Fórum em defesa do SUS de Campina Grande¹²⁹, o que fragiliza a articulação e o fortalecimento do movimento em prol de uma saúde pública no referido município. Portanto, a participação do Serviço Social é importante nesses espaços, tendo em vista a construção histórica da categoria profissional na defesa dos direitos sociais. Assim, visualizamos no quadro 02 que, mesmo não participando das reuniões do Fórum a Seccional do CRESS 13ª Região de Campina Grande participou da mobilização contra a implantação da Lei da Gestão Pactuada.

Quadro 02 - Proposições da Seccional do GRESS 13ª Região de Campina Grande no Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande

INTELLECTUAL COLETIVO	RELAÇÃO COM A RSB	PARTICIPAÇÃO NO FÓRUM EM DEFESA DO SUS DE CAMPINA GRANDE	ESTRATÉGIAS DE LUTA	DEFESA DE INTERESSES
CRESS 13ª REGIÃO DE CAMPINA GRANDE	Compreende a RSB como uma luta passada, mas que precisa ser evidenciada e fortalecida	Não participa das reuniões do Fórum O município de Campina Grande foi referenciado em um evento nacional do CFESS pelas lutas do Fórum	A participação da sociedade civil para fortalecer a luta O Fórum contribui fortalecendo a luta em defesa do SUS Articular forças para lutar contra o modelo de saúde que está posto	A luta contra a privatização dos serviços de saúde Contra a Lei da Gestão Pactuada em Campina Grande

Fonte: Pesquisa aplicada “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões na política de saúde no município de Campina Grande/PB” (2015-2017).

¹²⁹ Ressaltamos que esta apreensão foi delimitada entre o período de agosto de 2015 e agosto de 2016, mas que no decorrer da pesquisa foi evidenciado que a Seccional do CRESS 13ª Região de Campina Grande tem participado efetivamente tanto das reuniões, quanto das atividades do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande.

Contudo, a Seccional do CRESS 13ª Região de Campina Grande pontua na entrevista os desafios à política de saúde postos na contemporaneidade nas diferentes esferas:

[...] eu acredito que os principais desafios postos para o enfrentamento em defesa do SUS seja a falta de conhecimento de muitas pessoas, acredito também que os nossos gestores não tenham o compromisso com a saúde e que acabam vendo o SUS de uma forma errônea, então eles acabam na realidade não dando a importância que o SUS tem, que o Sistema Único de Saúde tem [...] a gente que trabalha na política de saúde encontra muitos desafios com relação as condições de trabalho [...] enfim, a gente consegue colocar aqui desafios de forma ampla, mas que se a gente for colocar, pontuar, a gente pontuaria muito mais coisas (ENTREVISTA CONCEDIDA PELA SECCIONAL DO CRESS 13ª REGIÃO DE CAMPINA GRANDE, AGOSTO/2015).

No que se refere ao NUPEPS, esse intelectual coletivo do Serviço Social está inserido como integrante do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande desde a criação deste em 2012. Desse modo, expressa a importância dessa participação através da articulação constante e indissociável entre a teoria e a prática, efetivando o compromisso político de fortalecer as lutas em torno da defesa dos direitos sociais que, e especialmente o da saúde, vem sendo bastante enfocado nas pesquisas do NUPEPS em conformidade com o Departamento de Serviço Social da UEPB. Assim, podemos evidenciar em seu discurso, o compromisso em disseminar a importância da RSB e o SUS para a construção de uma sociedade mais justa:

[...] ele [o SUS] pode representar e concretizar os interesses e as bandeiras de luta da RSB, pois ele é também o que defendermos no horizonte daquilo que era desejável naquele momento pelo movimento e não somente do que é possível. E também se tem a perspectiva de poder compreender a luta pela saúde mais ampla, seja, pelos direitos sociais, na construção de outro modelo

Dessa forma, o NUPEPS ressalta como estratégia para uma agenda de resistência na política da saúde em Campina Grande/PB, a criação por parte do Núcleo de um curso de extensão universitária com título: “Política Pública de Saúde: direito de todos (as)”. Vale enfatizar que essa experiência teve sua 1ª edição em 2015 e a 2ª edição em 2016, a qual buscou renovar as discussões pertinentes ao eixo da saúde, pois nesse espaço são discutidas as problemáticas referentes ao processo da racionalidade instrumental hegemônica da contrarreforma da saúde, além da própria conjuntura sociopolítica do país. O quadro 03 demonstra o compromisso do NUPEPS no Fórum em tela, bem como suas proposições referentes a esse contexto da saúde pública:

Quadro 03 - Proposições do NUPEPS no Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande

INTELLECTUAL COLETIVO	RELAÇÃO COM A RSB	PARTICIPAÇÃO NO FÓRUM EM DEFESA DO SUS DE CAMPINA GRANDE	ESTRATÉGIAS DE LUTA	DEFESA DE INTERESSES
NUPEPS	<p>Direcionamento e fortalecimento com a RSB da década de 1980</p> <p>Luta pela saúde ampliada, pelos direitos sociais e construção de outro modelo societário</p> <p>Perspectiva de democratização</p>	<p>Desde a criação em 2012</p> <p>Participa das reuniões, atividades e mobilizações em atos públicos</p>	<p>Atividades desenvolvidas em agenda nacional, a exemplo do Dia Nacional em Defesa da Saúde</p> <p>Projeto de Extensão Universitária, curso que trata de discutir a Política de Saúde como direito de todos</p>	<p>Fortalecer a universalização da saúde pública e o SUS como uma conquista</p> <p>Contra o processo de mercantilização e privatização da saúde</p>

Fonte: Pesquisa aplicada “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões na política de saúde no município de Campina Grande/PB” (2015-2017).

Nesse sentido, se faz necessário os intelectuais coletivos do Serviço Social que integram o Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande

continuarem efetivamente com mobilizações acerca desse processo nefasto do capital financeiro, e que não atuem apenas de forma emergencial e imediata, de acordo com as demandas postas.

A partir das análises dos intelectuais coletivos do Serviço Social, aprendemos a importante contribuição ideopolítica que os mesmos têm dado nesse processo de contrarreforma na política de saúde no município de Campina Grande/PB, e que através das atividades (atos públicos, mobilizações, formulação de documentos, entre outros) que partem do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande, tais intelectuais na perspectiva gramsciana tem disseminado ideologias para a construção de um projeto voltado para a uma nova hegemonia na saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com este estudo, pudemos analisar que vivenciamos uma racionalidade instrumental hegemônica da contrarreforma na política de saúde, e que a mesma vem sofrendo ataques através de ajustes macroeconômicos inspirados nos organismos multilaterais vinculados ao capital financeiro. A conjuntura de desmontes de direitos propicia a privatização dos serviços públicos e, conseqüentemente, a mercantilização da saúde.

O processo de contrarreforma na política de saúde em curso vem ocorrendo de forma substancial através dos modelos privatizantes de gestão, que entendem a saúde como fonte de lucro. No entanto, apontamos avanços para a sociedade brasileira no que se refere às propostas da RSB e à implementação do SUS na CF/1988, que prevê um sistema de saúde universal, público e de qualidade a todos os cidadãos.

Nesse sentido e como resistência a esse cenário de retrocessos e privatização da saúde, surgiram os sujeitos políticos coletivos, articulados em defesa de uma saúde inscrita no marco legal. Partindo desses pressupostos, entendemos a FNCPS e o Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande como protagonistas neste processo de resistência na contemporaneidade. Ressaltamos a importância dos intelectuais coletivos do serviço Social que integram esses espaços supracitados, compartilhando das mesmas direções acerca de um projeto de saúde que foi construído a partir do movimento de RSB na década de 1980, e

efetivado alguns dos seus elementos no contexto do SUS.

Evidencia-se que os intelectuais coletivos do Serviço Social que integram o Fórum de Campina Grande vêm resistindo ao processo de contrarreforma na política de saúde no referido município, assim como disseminam ideias voltadas para a construção de um projeto que fortaleça uma nova hegemonia no setor em destaque.

REFERÊNCIAS

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, M.I. S.; MATOS, M.C. de. Projeto ético- político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, E.A. et al. (Orgs). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

CASTELO, R. **O social- liberalismo**: auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

COUTINHO, C, N. A hegemonia da pequena política. In: OLIVEIRA, F; BRAGA, R.; RIZEK, C. (Orgs). **Hegemonia às avessas**: economia política e cultura na era da servidão financeira. São Paulo: Boitempo, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/>>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas públicas. Brasília, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 13ª REGIÃO.
Disponível em: <<http://cresspb.org.br/>>. Acesso em: 28 mar. 2015.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere**: os intelectuais, o princípio educativo, jornalismo. V.2. Edição e tradução de Carlos Nelson Coutinho. Coedição: Luiz Sérgio Henrique e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**. II. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 24. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E DA REFORMA DO ESTADO. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995.

NEVES, L. M. W. **A nova pedagogia da hegemonia**: estratégias do capital para educar o consenso. São Paulo: Xamã, 2005.

_____. **A direita para o social e a esquerda para o capital**: intelectuais da nova pedagogia da hegemonia no Brasil. São Paulo: Xamã, 2010.

NÚCLEO DE PESQUISAS E PRÁTICAS SOCIAIS. Disponível em: <<http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/5515898265327091>>. Acesso em: 24 abr. 2015.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

SILVA, A.X. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos**: no processo da Reforma Sanitária Brasileira. Tese (Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco), 2013.

_____. Relatório Final do PIBIC. **Contrarreforma intelectuais e serviço social**: as inflexões da política de saúde em Campina Grande/ PB. PIBIC 2015/2016, UEPB/ PB, 2016.

SIMIONATTO, I. Intelectualidade, política e produção do conhecimento: desafios ao Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, n.117. São Paulo: Cortez. p.7-21, jan.-mar. 2014.

SOARES, R. C. **A Contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao Serviço Social. Tese (Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco), 2010.

O PROCESSO DE CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS EXPRESSÕES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE

*Mayara Duarte Silva
Girlan Guedes dos Santos*

INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, se vivencia na política de saúde um desmonte de direitos conquistados no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira¹³⁰ (MRSB), efetivados na Constituição Federal (CF) de 1988 e, conseqüentemente, no Sistema Único de Saúde (SUS). Esses retrocessos ocorrem através de um projeto idealizado pelo grande capital, caracterizado pela privatização e mercantilização da saúde, por meio de legislações reiteradas no Congresso Nacional e que ferem a Lei Magna.

Segundo Correia (2015) os interesses do capital em se expandir na política de saúde estão dialeticamente relacionados aos empecilhos de consolidação do SUS, esse sendo um dos maiores sistemas públicos do mundo. Resultado de processos de lutas sociais, no momento histórico de redemocratização do Brasil, datado de 1980. Alguns dos caminhos

130 Este movimento foi constituído por intelectuais, profissionais de saúde, sindicatos, movimentos estudantis e religiosos que se reuniram na época em que o Brasil estava sob o regime da ditadura militar. O MRSB possuía uma nova forma de pensar a saúde, trazendo uma perspectiva de atenção integral a necessidades da saúde da população (SILVA, 2013).

percorridos na referida política estão na oposição do que foi trilhado pelo MRSB: ao invés da progressiva estatização da saúde houve um processo de progressiva privatização, materializado através da compra de serviços privados de saúde pelo setor público, e para a entrega de unidades e serviços públicos de saúde às entidades privadas.

Paralelamente a esse processo se evidencia a partir da década de 1970 uma crise mundial do capital, implicando no ajuste neoliberal para países em desenvolvimento como o Brasil. Diante disso, o receituário neoliberal foi estruturado no Brasil através da elaboração do Plano Diretor da Reforma do Estado¹³¹ (PDRE) em 1995, no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995-1998; 1999-2002), cuja estratégia do grande capital buscava medidas para reduzir a intervenção do Estado com a privatização dos serviços sociais. De acordo com Correia (2015) o Estado brasileiro vem redimensionando suas ações nas políticas sociais, dando ênfase a uma política focalista, assistencial e privatista para atender aos ditames do grande capital, através das orientações dos organismos multilaterais, com destaque para o Banco Mundial (BM).

Nesse sentido, vivenciamos uma contrarreforma do Estado brasileiro que atinge as políticas sociais e, sobretudo, a política de saúde. Diante do cenário contemporâneo, são notórias as perdas dos direitos sociais conquistados ao longo dos anos e efetivados na CF de 1988, a exemplo do SUS que vem sofrendo ataques no que se refere à defesa de

131 O referido Plano foi desenvolvido no âmbito do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) em 1995, sob a tutela do então Ministro Bresser Pereira. Apresentava como justificativa uma reforma na administração pública brasileira devido à crise em que se encontrava o país. De acordo com a apresentação do Plano, este buscaria reconstruir a administração pública. Pautada em bases modernas e racionais, tencionando extirpar vícios como o patrimonialismo estatal, baseada em conceitos atuais de administração e eficiência, voltada para o controle de resultados e descentralização para poder chegar ao cidadão este posto como “cliente privilegiado” dos serviços estatais. Nesta perspectiva, o Estado deixaria de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via de produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento bem como promoveria uma descentralização (para o setor público nãoestatal dos serviços que devem ser subsidiados pelo Estado. O Plano elencava como tais serviços: educação, saúde, cultura e a pesquisa científica) (BRASIL, 1995).

uma saúde pública estatal, universal e de qualidade.

Partindo das referidas questões é que, o presente artigo propõe discutir como o processo de Contrarreforma do Estado brasileiro apresenta inúmeros rebatimentos à política de saúde, com ênfase para o município de Campina Grande, Paraíba. Nesta trilha argumentativa, discutiremos a Lei de Gestão Pactuada e a adesão do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Utilizaremos como metodologia a realização da pesquisa bibliográfica e a análise documental dos relatórios do projeto de pesquisa intitulado “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões na política de saúde no município de Campina Grande/PB¹³²”. Objetiva-se contribuir com as discussões acerca do processo de contrarreforma do Estado brasileiro e as implicações para a política de saúde, realizando alguns apontamentos que possam nortear e desvendar a presente reflexão sobre as implicações do processo em pauta para a política de saúde na contemporaneidade. Para melhor compreender a discussão, este artigo divide-se nos seguintes subitens, a saber: “O processo de contrarreforma na política de saúde” e “Expressões do processo de contrarreforma no município de Campina Grande/Paraíba”.

O PROCESSO DE CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE

Para uma melhor análise do processo de contrarreforma na política de saúde no Brasil e suas principais implicações na contemporaneidade, faz-se necessário realizar a apreensão da dinâmica da conjuntura de cada momento histórico, através de suas características, seus elementos estruturantes e relacionar com a estrutura social em movimento. Conforme Silva (2013) discorre, significa elencar os fenômenos, sujeitos e as contradições oriundas do processo de acumulação capitalista e as suas respectivas mediações, significa também apreender como se processa os enfiamentos dos fenômenos e contradições no âmbito do Estado e da sociedade civil.

A política de saúde a partir de 1990 começa a sofrer inflexões do

132 Projeto aprovado e financiado através do processo seletivo edital do CNPq Chamada Universal – MCTI/CNPq N° 14/2014, realizado entre os anos de 2015 e 2017.

processo de contrarreforma do Estado, em especial o SUS. Na presente elaboração teórica partimos do entendimento que a política de saúde enquanto dever do Estado e direito de todos, é uma conquista oriunda dos objetivos do MRSB e que este não está concluso e acabado, como também não permanece nos arquivos do passado recente: o mesmo é colocado na agenda política da contemporaneidade no processo de contrarreforma da política de saúde.

Nesse contexto a política pública de saúde ganhou impulso no Brasil, devido às propostas da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e da crescente luta dos movimentos sociais em prol da defesa dos direitos acerca de um sistema público estatal de saúde. Portanto é apenas em 1988, com a Constituição Federal e a consequente criação do SUS, pela primeira vez na história brasileira, que o Estado se comprometeu com o discurso de cidadania plena e universal, garantido pelos princípios constitucionais. Mas, dialeticamente a esse processo, evidencia-se a crise estrutural do capital mundial, que como as demais crises próprias do sistema capitalista, consistem em uma crise de superprodução capitalista, datada de meados de 1973/1974.

A crise que se apresenta a partir dos anos de 1974/1973, assume características para além das anteriores, não são mais cíclicas como mencionadas anteriormente, mas trata-se de uma crise endêmica e crônica, com perspectiva de uma profunda crise estrutural como é nome dado pelo autor István Mészáros (2011). É uma crise do modelo de acumulação fordista/keynesiano, cujos impactos não ficam restritos apenas à esfera econômica, da produção, pois incidem sobre o conjunto da totalidade social. Conforme Mészáros: “Uma crise que afeta o sistema do capital global não apenas em um de seus aspectos – o financeiro/monetário, por exemplo – mas em todas as suas dimensões fundamentais, ao colocar em questão a sua viabilidade como sistema reprodutivo social” (MÉSZÁROS, 2011, p.101).

O autor mencionado enfatiza que o diferencial da crise é porque a mesma assume um caráter universal, pois abrange todas as esferas da vida social, com implicações nos espaços sociais, políticos e econômicos, assumindo o perfil de “uma crise estrutural que afeta a totalidade de um complexo social em todas as suas relações com suas partes constitutivas ou subcomplexos” (MÉSZÁROS, 2011, p.101).

Nesse sentido, para o capitalismo responder a esse novo contexto empenha-se em uma série de reajustes, recorre a um padrão de acumulação flexível, que tem por base a desregulamentação. A partir desse período o capital lança mão de vários mecanismos de respostas a essa crise, que são apresentados no Consenso de Washington¹³³ (1989), o conjunto dessas respostas recebeu o nome de reestruturação produtiva, a mesma objetivou recuperar a manutenção do padrão de acumulação do sistema capitalista. Dentre essas mudanças se destacam: as alterações no processo produtivo, no processo de trabalho, nos mecanismos de controle da classe operária e por fim, não menos importante às modificações nas relações entre o Estado e a sociedade.

Nesse contexto se adentra na era das “reformas” orientadas para o mercado. No Brasil, o principal documento orientador dessa “reforma” foi o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE/MARE, 1995), desenvolvido no âmbito do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) em 1995, sob a tutela do intelectual orgânico então Ministro Bresser Pereira. É necessário enfatizar que para o alcance do objetivo proposto pela citada “reforma” é de suma importância a função dos intelectuais orgânicos neste processo. Segundo o projeto, o modelo de desenvolvimento adotado pelos governos anteriores buscavam a intervenção efetiva estatal no setor produtivo e o Estado se sobrecarregava com demandas excessivas, sobretudo na área social e causava deterioração dos serviços. A partir desses elementos a orientação seria instrumentalizar a “reforma” do aparelho do Estado.

Nesta perspectiva, o Estado deixaria de ser “[...] o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via de produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento” (BRASIL, 1995, p.12), bem como promoveria uma descentralização – para o setor público não estatal dos serviços que devem ser subsidiados pelo Estado. O Plano elencava como tais serviços: educação, saúde, cultura e a pesquisa científica. Denominava esta ação de Publicização (BRASIL, 1995, p.13).

133 O Consenso de Washington foi um encontro datado de 1989, sediado na capital dos Estados Unidos, que reuniu membros dos países da América Latina com intelectuais do neoliberalismo, objetivando apresentar um conjunto de medidas de ajustes para superação da crise do Estado (SALVADOR, 2010).

Conforme ressalta Soares (2010), essas respostas se apresentam através do capital portador de juros, na reestruturação produtiva, no ajuste estrutural do Estado através do ideário neoliberal. Sobre o ajuste estrutural do Estado a autora enfatiza que:

O ajuste estrutural do Estado realiza-se num processo de contrarreforma que é regressivo em relação aos direitos sociais já conquistados – inclusive o direito à saúde e está fundamentado na racionalidade dominante do capitalismo contemporâneo. Tal racionalidade traz em seu bojo velhos elementos da racionalidade instrumental burguesa que são atualizados e agregados a novos conteúdos que legitimam a lógica de produção e reprodução do capital nestes tempos de crise (SOARES, 2010, p.40).

Dessa forma, a política de saúde tem se constituído um mercado importante para a exploração do capital. No tocante à racionalidade instrumental, a citada autora nos apresenta uma síntese em que enfatiza a racionalidade instrumental burguesa, agregando elementos do ideário neoliberal tais como: o pragmatismo, o consumismo e o imediatismo. Ressalta também outros elementos da estrutura social do Estado brasileiro, dentre os quais se destacam: a destinação de fundos públicos para financiar investimentos do capital; e a privatização e transformação de direitos sociais em serviços privados. Acrescentam ainda que em cada política social essa racionalidade é materializada de uma maneira específica, no caso da política de saúde “as tendências universais materializam-se de maneira peculiar em relação às demais políticas sociais, porém conserva conteúdos que são instrumentalizados pelo Estado” (SOARES, 2010, p 42).

Na mesma trilha argumentativa, Santos (2015) destaca que esses elementos da racionalidade burguesa estarão presentes nos projetos elaborados pelas contrarreformas dos governos em curso. Seguindo essa perspectiva os governos de Fernando Collor até o de Michel Temer adotaram e adotam medidas de continuidade do desmonte das áreas sociais, em especial para a política de saúde. Identifica-se dessa forma a implementação de modelos de gestão privatizantes para as políticas

sociais, espaço no qual a saúde vem se destacando como “carro chefe”.

Nesse contexto, o ideário neoliberal é imposto como a única saída para a crise econômica citada anteriormente. Desse modo, é fortalecida e inicializada uma prática de privatização nas políticas sociais, em especial na política de saúde. De acordo com Santos (2015):

O capitalismo contemporâneo, sob um novo estilo de acumulação, a financeirização, tem requisitado a atuação do fundo público, em favor do interesse do capital, e as contrarreformas têm sido o instrumento utilizado para viabilizar essas transferências. Os novos modelos de gestão tem se revelado como um dos mecanismos diretos de apropriação de recursos públicos, na área da saúde, para atender aos interesses privados (SANTOS, 2015, p.100).

É necessário destacar que os organismos financeiros internacionais, em especial o Banco Mundial, assumem papel estratégico no que é concernente aos gastos com saúde, estabelecendo pactos para com os países em que tem relação de empréstimos, impondo políticas recessivas.

Conforme Correia pontua,

[...] os organismos financeiros internacionais, passaram a orientar os governos a darem prioridade máxima aos setores sociais fundamentais, ou seja, os mais vulnerabilizados, promovendo políticas públicas de cunho focalista, com a finalidade promover a eficácia e a equidade dos gastos sociais. A estratégia adotada revelou-se favorável em promover a prestação de uma má qualidade dos serviços públicos, que posteriormente é utilizada como justificativa para criar uma cultura de desqualificação da coisa pública, incentivando a população a aceitar a adesão ao privado (CORREIA, 2007, p.12).

Soares (2010) enfatiza que o Banco Mundial é tido como “articulador e produtor de ideias que defendem a focalização do sistema na pobreza e sua privatização com taxações nos serviços”. Dessa forma, evidencia a forte influência econômica do citado organismo multilateral,

que vem orientando uma agenda política para a saúde no Brasil, no sentido de dar ênfase a uma política de saúde voltada para a focalização e privatização.

Netto (2015) acrescenta que a orientação delineada para a periferia do sistema previa um pacote bem definido de serviços essenciais, ou melhor, um pacote de cesta básica, tais como: melhorias dos índices de saúde, como consequência do crescimento econômico; estímulo à iniciativa privada; e o controle da pobreza.

É nessa perspectiva argumentativa que a partir dos anos de 1990, inicia-se o processo de contrarreforma do Estado Brasileiro, no tocante à política de saúde. Evidencia-se nítidos impactos sobre o recém criado SUS “a política de saúde vem sendo concretizada na contramão do estabelecido no arcabouço jurídico do SUS, constatando-se uma discrepância entre o SUS real, em relação ao SUS Constitucional” (SANTOS, 2015, p.109). Soares (2010) deixa nítido em suas análises que o projeto privatista na saúde em curso vem ganhando visibilidade cada vez maior, defendendo propostas delineadas pelo Banco Mundial, que ganha espaço dessa forma como importante formulador e divulgador da racionalidade da contrarreforma.

Na contemporaneidade, especificamente no atual governo ilegítimo de Michel Temer as mudanças na legislação vigente no tocante à política de saúde, sejam elas apresentadas pelo poder Executivo ou pelo poder Legislativo, podem contribuir enormemente para a destruição do Sistema de Saúde Brasileiro. A título de exemplificação a Frente Nacional Contra a Privatização (2016) destaca:

- Proposta de Emenda à Constituição nº 451/2014, de autoria do deputado federal afastado Eduardo Cunha, que pretende exigir que todas as empresas contratem planos de saúde privado para os empregados. Atualmente a proposta está em tramitação na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania na Câmara dos Deputados, dispondendo como relator o Deputado Alceu Moreira (PMDB – RS);
- Lei nº 13 303/2016, que dispõe sobre o estatuto jurídico da empresa pública, da sociedade de economia mista e de suas subsidiárias, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, a mesma possibilita a privatização de todas as empresas

públicas, sejam elas municipais, estaduais ou federais, entre elas, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH);

- Lei Complementar nº 257/2016, que trata do “equilíbrio fiscal” de estados e municípios com medidas que vão do congelamento dos salários do funcionalismo público e do impedimento de abertura de novos concursos, até a alteração da Lei de Responsabilidade Fiscal e da política de reajuste do salário mínimo;
- Emenda à Constituição nº 95/2016, chamada pelo governo federal de Novo Regime Fiscal, que congela os gastos sociais por até 20 anos, apontando para a alteração dos critérios constitucionais de cálculo das despesas mínimas com Educação e Saúde, atualmente vinculadas às receitas, passando a ser corrigidas tão somente pela variação da inflação do ano anterior, sem aumento real, mesmo que haja crescimento econômico, aumento de população ou mudança no quadro sanitário;
- Prorrogação da vigência da Desvinculação das Receitas da União até 31 de dezembro de 2023, projeto este encaminhado pelo executivo federal ainda em 2015 e que autoriza a utilização de até 30% das receitas destinadas à Seguridade Social para outros fins, inclusive para a garantia do superávit primário e o pagamento de dívidas públicas ao sistema financeiro;
- Portaria nº 1.482/2016, que cria um Grupo de Trabalho (GT) para discutir a implementação do “Plano Popular de Saúde” ou “Plano Acessível”. O projeto propõe a criação de planos mais baratos e com menos serviços do que os previstos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que inclui tratamentos, exames e cirurgias considerados como o mínimo para atender às necessidades dos pacientes dos planos de saúde, a proposta está para ser aprovada pelo Congresso Nacional.¹³⁴

134 Dessa forma, os planos atenderiam apenas consultas ambulatoriais e algumas internações, ou seja, serviços de menor complexidade, deixando à margem grupos como idosos e doentes crônicos. Vale enfatizar que a formação deste GT conta apenas com indicações do Ministério da Saúde, da ANS e da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CENSEG). Todavia essa iniciativa por parte do ministro Ricardo Barros seria para “desafogar o SUS”, mas é notório que essa manobra beneficiará

Portanto, a política pública de saúde como direito universal e dever do Estado não encontra acolhida no Executivo e no Legislativo Federal. Pelo contrário: verifica-se o avanço de decisões políticas que comprometem o arcabouço jurídico do SUS, demonstrando sua fragilidade perante o capital e o Congresso Nacional. Para essa arena de disputas, Cislighi assevera que “o Congresso Nacional aparece como um dos protagonistas da supressão de direitos históricos conquistados pela classe trabalhadora brasileira nas últimas décadas (talvez no último século)” (2015, p.22).

Portanto, a contrarreforma no âmbito da saúde é um processo regressivo que por sua vez promove o desmonte do MRSB e do SUS e nesse contexto o município de Campina Grande/PB ganha visibilidade. Abordaremos no próximo item as expressões e tendências desse processo no citado município, enfatizando a Lei de Gestão Pactuada e a adesão do Hospital Universitário Alcides Carneiro a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

EXPRESSÕES DO PROCESSO DE CONTRARREFORMA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PARAÍBA

As contrarreformas vêm se materializando mediante o ajuste estrutural do Estado, as mesmas apresentam em nome da crise, políticas econômicas e sociais regressivas para atender às requisições do grande capital. Nesse processo, os ataques às políticas sociais têm sido constantes, incluída a política de saúde que tem enfrentado um desmonte progressivo do SUS.

Em Campina Grande/PB evidencia-se duas expressões desse processo: a Lei de Gestão Pactuada e a adesão do Hospital Universitário Alcides Carneiro, sob a gestão da EBSERH. A Lei de Gestão Pactuada nº 5.277/13 foi aprovada em 19 de abril de 2013 pela Câmara Municipal de Campina Grande (CMCG), encaminhada pelo prefeito, o Sr. Romero Rodrigues do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). A finalidade da referida lei é a privatização da gestão de várias políticas públicas municipais, cujas medidas foram defendidas pelo executivo

somente os empresários dos planos de saúde particular, que fortalecem a lógica da mercantilização da saúde.

sob a ênfase da necessidade de reordenamento das políticas sociais, através da implantação de modelos privatizantes de gestão. Esses modelos direcionam a gestão para o estabelecimento de metas, controle de resultados, aumento da produtividade do trabalho e flexibilização dos vínculos trabalhistas, nas seguintes áreas: Educação; Saúde; Cultura; Trabalho; Cidadania; Urbanismo; Habitação; Saneamento; Gestão Ambiental; Ciência e Tecnologia; Agricultura e Organização Agrária; Indústria e Comércio; Comunicações e Transporte; Desportos e Lazer; e Previdência Social.

A Lei de Gestão Pactuada adota o modelo de gestão das OS, tendo como diretriz, a gestão de diversos serviços públicos no município, com principal foco na área da saúde. O Programa de Gestão Pactuada gerou uma imensa insatisfação de diversos segmentos da sociedade que se manifestou contra, com o intuito de impedir a aprovação dessa lei.

A partir dessas mobilizações e análises contrárias dos sujeitos coletivos para a aprovação da Lei de Gestão Pactuada, o prefeito fez alterações no dispositivo da lei, restringindo o Programa no primeiro momento à área da saúde. Sem êxito, as manifestações tiveram continuidade, a partir desse momento o executivo optou por fazer novas alterações, reduzindo-a ao dimensionamento inerente à Atenção Básica da Saúde. Tal iniciativa do executivo, não foi suficiente para barrar os protestos que defendiam a revogação total da lei.

Em meio a esse desmonte a Procuradoria do Trabalho de Campina Grande se mostrou relevante para as lutas que vinham sendo travadas. O Procurador do Trabalho, o Sr. Marcos Antônio Almeida, impetrou uma ação civil pública na Justiça do Trabalho para impedir a implementação da referida lei, uma vez que a mesma dimensionava de forma contrária ao que preconiza a Constituição Federal de 1988 e aos princípios do SUS.

Apesar da resistência dos sujeitos políticos coletivos, a agenda de contrarreformas prosseguiu e a Lei de Gestão Pactuada foi aprovada em 19 de abril de 2013 pela CMCG. A partir disso, o Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande continuou a luta e após 14 meses, o prefeito se antecipou à decisão judicial e revogou a referida lei.

Os processos de contrarreformas têm utilizado como instrumentos viabilizadores as transferências do fundo público para o privado.

Segundo Santos (2015) com o intuito de promover um novo estilo de acumulação do capital, visa à terceirização dos serviços. Nessa perspectiva, ganha destaque a EBSEERH, a qual é apresentada como um “novo” modelo de gestão e tem se revelado como um dos mecanismos diretos de apropriação de recursos públicos na área da saúde.

Em Campina Grande, as primeiras tentativas de efetivação deste modelo privatizante ocorrem com a proposta de adesão à EBSEERH pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Ocorrida em meados de 2012 na gestão do reitor o Sr. Thompson Mariz, que em assembleia ocorrida em 29 de outubro de 2012, ao apresentar a proposta, sofreu grande resistência e a mesma foi rejeitada pelo Colegiado Pleno da UFCG. Os sujeitos políticos coletivos representados pelo movimento docente, entidades de usuários, entidades sindicais, diretórios centrais de estudantes, núcleos de pesquisas etc, se organizaram e mobilizaram para resistir a esse processo. Para tanto, foi elaborado um documento intitulado “Carta de Campina Grande” (2012), organizada pelos intelectuais coletivos da comissão formada e aprovada em reunião do Colegiado Pleno da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), em 29 de maio de 2012. O documento dava subsídios para esclarecer a sociedade e os conselheiros do Conselho Pleno da UFCG sobre a implantação desse processo no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC). Dentre os elementos se enfatiza os impactos à saúde pública, tais como: a existência de duas portas de entrada de atendimentos (pública e privada/conveniada); servidores regidos pela CLT; assistência precária; rotatividade de servidores; e a inexistência de controle social. Nesse processo, o Conselho Municipal de Saúde e o Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande se posicionaram contrários à adesão do HUAC a esse tipo de gestão.

Contudo, em 29 de outubro de 2015, o reitor da UFCG, o Sr. Edmilson Amorim, promoveu uma visita do presidente da EBSEERH nacional, o Sr. Newton Lima Neto, as dependências do HUAC. Essa visita possibilitou que fosse apresentado publicamente o interesse à adesão a EBSEERH pela UFCG, em solenidade realizada no próprio HU. Estiveram presentes, os sujeitos políticos coletivos que integram o Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande, gestores e trabalhadores. “Nesse momento, ocorreram protestos por parte principalmente dos

integrantes do Fórum, com o intuito de resistir ao processo de adesão da UFCG à EBSEERH” (Silva, 2016, p. 21). Entretanto, No dia 01 de Janeiro de 2016, o Sr. José Edilson de Amorim, assinou o contrato de adesão ao gerenciamento do HUAC pela EBSEERH. Desse modo, não leva em consideração as lutas de resistência pela não implantação, agindo de forma antidemocrática e encaminhando ao processo de privatização da gestão.

Após a implantação da EBSEERH foram apresentadas várias inflexões nos serviços que estão sendo ofertados e geridos por essa instituição. De acordo com Silva (2017), através das entrevistas realizadas com os assistentes sociais do HU, os atuais desmontes e sucateamentos dos serviços prestados pela gestão da EBSEERH no HUAC, infere que:

A transformação mais evidenciada pelos profissionais do Serviço Social, citada por 85,7% das entrevistadas, foi o caráter empresarial da nova gestão, caracterizado pela lógica de racionalização dos recursos e serviços, evidenciada pela maior burocratização, pela adoção de mais controles, pela introdução de indicadores etc, resultando em aparentes limitações no acesso dos usuários aos serviços disponibilizados, em desacordo com os princípios constitucionais do SUS (SILVA, 2017, p.13).

Além desses desmontes, os estudos da supracitada pesquisadora apontam o impacto no acesso aos serviços pelos usuários no HU, onde alguns serviços já se encontram em processo de desativação, entre esses se destacam: o serviço de sonda; a vacinação; a medicação para pré-dia-béticos; a distribuição de insulina; a farmácia para usuários com HIV; a eliminação da possibilidade do atendimento sem marcação; a redução de autorizações para realizações de exames; e menor privacidade no atendimento. Essas restrições, fazem parte das principais implicações da implementação da EBSEERH no HUAC, na atual conjuntura. Desse modo identifica: 1) o sucateamento e desativação dos serviços, oferecendo um atendimento precário; 2) a disseminação ideológica de racionalização empresarial e serviços, em desacordo com os princípios que estabelecem o SUS; 3) uma gestão de modelo autoritário e de

resultados, afetando os trabalhadores dos serviços, pois se estabelece um maior distanciamento da administração e funcionários; e 4) crescente contratação de serviços de apoios de caráter terceirizado (SILVA, 2017).

Diante desta conjuntura e como forma de resistência ao processo de contrarreforma em curso, que golpeia o acesso universal da população aos serviços de saúde públicos estatal, cumpre destacara criação do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande, em 01 de outubro de 2012, vinculado à Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Ambos são formas de resistências pela manutenção do direito à saúde como direito de todos e dever do Estado. Constituem-se em uma articulação e organização de sujeitos políticos coletivos que lutam contra todas as formas de privatização na saúde, defendem o SUS universal, integral e de qualidade, sob a responsabilidade do Estado, ou seja, defendem interesses da classe trabalhadora.

O referido Fórum realiza reuniões periódicas abertas ao público (principalmente trabalhadores e usuários do SUS) com a efetivação de convites previamente encaminhados, provocando um espaço de socialização e articulação política das principais lutas no campo da saúde no município de Campina Grande/PB. Vale a pena ressaltar que no ano de 2016, o Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande, passa a ser denominado de Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra a Privatização, Seccional Campina Grande. Isso ocorre a partir de avaliação conjunta com o Fórum Paraibano que decide que o Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra a Privatização deve ser constituído pelas Seccionais de João Pessoa e Campina Grande. Esta articulação tem possibilitado uma maior mobilização, planejamento conjunto e ações na perspectiva de fortalecer as bandeiras de lutas na saúde no estado da Paraíba.

Segundo Silva (2014), os sujeitos políticos coletivos integrantes do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande, no momento da sua criação são:

[...] a Associação dos Docentes da Universidade Federal de Campina Grande (ADUFCG); o Centro Acadêmico de Ciências Sociais/UFCG; o Centro Acadêmico de Psicologia/UFCG; o Centro Acadêmico de Enfermagem/UFCG,

o Centro de Ação Cultural (CENTRAC); o Conselho Regional de Serviço Social/Delegacia Seccional 3ª região (CRESS); a Corrente Proletária Estudantil/POR; o Diretório Central dos Estudantes (DCE/UFCCG); o Fórum Popular de Saúde/CG; o Núcleo de Pesquisas e Práticas Sociais (NUPEPS/UEPB); o Sindicato dos Trabalhadores em Ensino Superior da Paraíba (SINTESPB); o Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Urbanas da Paraíba (STIUP) (SILVA, 2014, p.14).

No atual contexto o Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra a Privatização, Seccional de Campina Grande é composto principalmente pelos seguintes sujeitos políticos coletivos: a ADUFCG, o Núcleo de Pesquisa em Política de Saúde e Serviço Social (NUPESS) da UEPB, o CRESS (Seccional de Campina Grande) e o CENTRAC.

Mesmo diante da luta conjunta dos sujeitos políticos coletivos, o processo de contrarreforma na política de saúde no município de Campina Grande continua caminhando a passos largos e sendo direcionado pelo Poder Executivo municipal, sob orientação da agenda do PSDB. Para tanto, em 03 de outubro de 2017, o prefeito enviou para a CMCG, o Projeto de Emenda a Lei 5.043/ 2017, que trata sobre as Parcerias Público-Privadas (PPP) no município. Com o intuito de privatizar 16 áreas do serviço público, dentre elas a da saúde, solicitado pelo executivo para aprovação em caráter de urgência. Na prática, é uma forma mascarada de privatizar a gestão das 16 áreas, inclusive a saúde.

Os servidores do Sindicato dos Trabalhadores Públicos Municipais do Agreste da Borborema (SINTAB) junto ao Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra a Privatização, Seccional de Campina Grande, vem articulando estratégias de resistências contra esses retrocessos de privatizar a gestão de praticamente todas as políticas públicas municipais. No dia 10 de outubro de 2017, foi realizada uma assembleia geral com os servidores públicos e demais entidades, culminando com um grande protesto na CMCG contra o referido Projeto de Lei. Na oportunidade, os vereadores cancelaram as suas atividades e esconderam-se dos manifestantes que adentraram a plenária com cartazes intitulados “Digo não à privatização dos serviços públicos disfarçados de PPP”.

Também em 17 de outubro de 2017, ocorreu outro grande movimento contra o Projeto de Lei encaminhado pelo prefeito. Com significativa mobilização dos servidores públicos, direção do SINTAB e sujeitos coletivos do Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra a Privatização, Seccional de Campina Grande. Para tanto, foi ocupado o gabinete do prefeito com a participação de centenas de servidores, que na oportunidade usaram palavras de ordem, colocando-se contra a iniciativa do poder executivo.

Portanto, o processo de contrarreforma na política de saúde de Campina Grande, vem se intensificando com as nítidas investidas de privilégios aos setores privados, expressados pelas mudanças na lógica da gestão, através tanto da EBSERH quanto das tentativas do prefeito, o Sr. Romero Rodrigues, em entregar à iniciativa privada 16 áreas dos serviços públicos. Até o mês de dezembro de 2017, no que diz respeito à entrega às PPP das 16 áreas do serviço público, as resistências dos sujeitos coletivos foram vitoriosas, já que o projeto foi retirado de pauta para votação na Câmara de Vereadores, embora existam ameaças do retorno à CMCG de um novo projeto, mas de forma fragmentada.

O paradoxo desse processo de contrarreforma, que propicia um verdadeiro desmonte, suas ideologias defendem a modernização do serviço público, no sentido de dar agilidade à prestação dos serviços aos usuários através da agilidade nas licitações, contratação da força de trabalho, estabelecimento de metas e aumento da produtividade dos trabalhadores. Contudo, essas iniciativas garantem principalmente, o repasse dos recursos do fundo público para o privado. Uma vez que, esse processo vir a se efetivar de forma predominante, coloca em cheque o SUS no município de Campina Grande/PB.

A tendência posta para a política de saúde, no atual contexto, é a privatização, a focalização e a seletividade. Portanto, a prestação dos serviços de saúde, se restringirá a determinados segmentos da população, ao invés de garantir o caráter público estatal, universal e integral como preconizam os princípios do SUS. Portanto, o Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra a Privatização, Seccional de Campina Grande tem sido fundamental, no processo de luta e resistência contra o desmonte do SUS e pelo entendimento que a saúde é um direito social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o presente artigo, se analisa a predominância de uma racionalidade hegemônica predominante da contrarreforma na política de saúde, e que a mesma vem sofrendo ataques através de ajustes macroeconômicos inspirados nos organismos multilaterais vinculados ao capital financeiro. A conjuntura de desmontes de direitos propicia a privatização dos serviços públicos e conseqüentemente a mercantilização da saúde.

O processo de contrarreforma na política de saúde, em curso, vem ocorrendo de forma substancial nas diversas esferas de governo e se agrava, uma vez que está na agenda a extinção do SUS. A política de saúde vem sofrendo inúmeros ataques por meio do Congresso Nacional o que intensificam os retrocessos, assim como as implicações desastrosas para a saúde no Brasil. No atual governo de Michel Temer, a política de saúde vem sendo acometida de forma nefasta, através da mudança da legislação vigente como mencionado anteriormente.

Na mesma perspectiva de retrocessos o município de Campina Grande/PB também tem encaminhado ações que fortalecem o processo de contrarreforma na saúde. Identificado tanto com a ameaça da Lei de Gestão Pactuada quanto com a adesão do HUAC a EBSERH. Essas iniciativas, põem em xeque a concretização dos princípios do SUS, uma vez que privatiza a gestão desses serviços, intensifica a precarização do trabalho no setor saúde, ameaça a autonomia universitária e a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

Diante dessas contradições, se analisa que tanto a Lei de Gestão Pactuada e a adesão à EBSERH no HUAC são expressões do processo de contrarreforma em curso, e o que está posto na ordem do dia é a discrepância entre o SUS real e o SUS constitucional. E essa dualidade tem provocado o desmonte do SUS defendido desde o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado**. 1995.

CORREIA, M. V. CA Saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contrarreforma na política da saúde brasileira. *Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios Temporais*, Ano VII, n.13. São Luiz: ABEPSS, 2007.

_____. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. In: CORREIA, M.V.C.; SANTOS, V.M. dos. (Orgs). **Reforma Sanitária e contrarreforma na saúde**: interesses do capital em curso. Maceió: EDUFAL, 2015.

CARTA DE CAMPINA GRANDE. Colegiado Pleno da Universidade Federal de Campina Grande: UFCG, 2012.

CISLAGHI, J.F. Retrocessos no legislativo e impactos para a saúde no Brasil. In: BRAVO, M.I. (org). **Cadernos de Saúde**. A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ; Rede Sirius, 2015.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **O ilegítimo governo Temer e os ataques ao Sistema de Saúde**. Rio de Janeiro, 2016.

SANTOS, V.M. A contrarreforma e a privatização do SUS: as Organizações Sociais (OSs) como modelo privatizante. In: CORREIA, M. V.C.; SANTOS, V.M.(Orgs). **Reforma Sanitária e Contrarreforma na Saúde**: interesses do capital em curso. Maceió: EDUFAL, 2015.

MANDEL, Ernest. A crise do capital. São Paulo: Editora Ensaio, 1990.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição. Tradução Paulo Cezar Castanheira, Sérgio Lessa. São Paulo: Boitempo, 2011.

NETO, C.de A. D. A agenda do Banco Mundial para a política de saúde brasileira: uma análise do documento 20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil. In: CORREIA, M.V.C.; SANTOS, V.M.

dos. (Orgs). **Reforma Sanitária e contrarreforma na saúde:** interesses do capital em curso. Maceió: EDUFAL, 2015.

SILVA, A.X. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos:** no processo da Reforma Sanitária Brasileira. Tese (Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco), 2013.

_____. RELATÓRIO FINAL DO PIBIC 2013/2014. **Sujeitos políticos coletivos e reforma sanitária na Paraíba.** Campina Grande/PB, 2014.

_____. RELATÓRIO FINAL DO PIBIC 2015/2016. **Contrarreforma, intelectuais e serviço social:** as inflexões da política de saúde em Campina Grande/PB. Campina Grande/PB, 2016.

_____. RELATÓRIO FINAL DO PIBIC 2016/2017. **Contrarreforma, intelectuais e serviço social:** as implicações da política de saúde no município de Campina Grande/PB. Campina Grande/PB, 2017.

SOARES, R. C. A **Contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje:** impactos e demandas ao Serviço Social. Tese (Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco), 2010.

AUTORES E AUTORAS

AIONE MARIA DA COSTA SOUSA

Bacharel em Serviço Social. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Professora Adjunta IV da Faculdade de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Direitos Sociais da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. E-mail: aionesousa@hotmail.com.

ALESSANDRA XIMENES DA SILVA

Bacharel em Serviço Social, Mestre em Serviço Social e Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Docente do Departamento de Serviço Social e da Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Líder do Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (NUPEPSS/UEPB). Coordenadora da Pesquisa “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões da política de saúde no município de Campina Grande/PB”, financiada pelo CNPq. Integrante do Fórum Paraibano em Defesa do SUS e contra a Privatização e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. E-mail: alesximenes@uol.com.br.

ALEXANDRA BONIFÁCIO XAVIER

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Discente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (PPGSS/UEPB). Membro do Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social da Universidade

Estadual da Paraíba (NUPEPSS/UEPB) E-mail: maurithiuseale@hotmail.com.

ANA CRISTINA DE SOUZA VIEIRA

Bacharel em Serviço Social, Doutora em Serviço Social pela Universidade Católica de São Paulo (PUCSP). Pós-doutorado em Serviço Social na UFRJ Docente Titular do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Política e Direitos Sociais (NEPPS) e Pesquisador IB do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). E-mail: anacvieira2@gmail.com.

ANDREIA DE OLIVEIRA

Bacharel em Serviço Social pela Universidade do Sul de Santa Catarina (1992). Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (2000) e Doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2012). Docente Adjunta do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília (UnB). Vice-líder do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Trabalho, Sociabilidade e Serviço Social (TRASSO) e Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho em Saúde – UnB. Realiza pesquisa na área de Políticas Sociais e Serviço Social, com ênfase em Política de Saúde, Serviço Social, Trabalho, Formação Profissional em Saúde, Participação e Controle Social. E-mail: andreiaoliveirasus@gmail.com.

EVANDRO ALVES BARBOSA FILHO

Bacharel em Serviço Social, Doutor em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Assistente Social e Coordenador de Vigilância Socioassistencial da Secretaria de Assistência Social de Cáceres – MT. Pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Política e Direitos Sociais (NEPPS). E-mail: evealves85@yahoo.com.br.

GERCIANE DA ROCHA SOUZA ANDRADE

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Bolsista do Programa de Iniciação Científica (PIBIC/UEPB),

Cotas 2014/2015 e 2015/2016, vinculada à pesquisa “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões da política de saúde no município de Campina Grande/PB”. Membro do Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (NUPEPSS/UEPB). E-mail: gerciane.souza.andrade@gmail.com.

GIRLAN GUEDES DOS SANTOS

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba. Aluno especial do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade Estadual da Paraíba. Membro do Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (NUPEPSS/UEPB). Integrante do Fórum Paraibano em Defesa do SUS e contra a Privatização. E-mail: girlan-sax@outlook.com.

JORDEANA DAVI

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Mestre em Serviço Social e Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora Associada I do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da UEPB. Coordenadora do Grupo de Pesquisa, Assessoria e Estudos em Políticas Sociais (GEAPS/UEPB). E-mail: jordeana.pb.010@uol.com.br.

JULIANA SOUZA BRAVO DE MENEZES

Especialista e Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Doutora em Serviço Social (UFRJ). Assistente Social do Hospital Federal de Bonsucesso/Ministério da Saúde. Integrante do projeto “Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos movimentos sociais e dos conselhos do Rio de Janeiro” (FSS/UERJ) e da pesquisa “Novas articulações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: o caso do município do Rio de Janeiro”, financiada pela FAPERJ. Participa do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. E-mail: julianasbravo@gmail.com.

JAIDETE DE OLIVEIRA CORREIA

Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Campina

Grande (UFCG). Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Bolsista de Iniciação Científica Cotas (2016/2017) e (2017/2018), vinculada à pesquisa “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões da política de saúde em Campina Grande–PB”. Membro do Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (NUPEPSS/UEPB). Integrante do Fórum Paraibano em Defesa do SUS e contra a Privatização. E-mail: jaidete.olivier@hotmail.com.

KATHLEEN ELANE LEAL VASCONCELOS

Bacharel em Serviço Social e Mestre em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Docente da Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Pesquisadora do Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (NUPEPSS/UEPB). Integrante do Fórum Paraibano em Defesa do SUS e contra a Privatização. E-mail: leal.kathleen@gmail.com.

LARISSA MARTINS DE ALMEIDA

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (2014). Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (2017). Membro do Grupo de Estudo, Pesquisa e Assessoria em Políticas Sociais (GEAPS/UEPB) (2017). E-mail: larissamartins_ss@yahoo.com.br.

MÁRCIA LIMA MELO

Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e colaboradora do projeto de pesquisa “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões da política de saúde em Campina Grande – PB”, Cota PIBIC (2016/2017). Membro do Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (NUPEPSS/UEPB). E-mail: marcialimalelo20@gmail.com.

MARIA APARECIDA NUNES DOS SANTOS

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba

(UEPB). Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente da graduação do curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E-mail: cidanunescg@hotmail.com.

MARIA CLARA EZEQUIEL BEZERRA

Graduanda em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e colaboradora do projeto de pesquisa “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões da política de saúde em Campina Grande – PB”, Cota PIBIC (2016/2017). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política de Saúde e Serviço Social (NUPEPSS). E-mail: claraezequiel@hotmail.com.

MARIA DE FÁTIMA SILIANSKY DE ANDREAZZI

Doutora em Saúde Coletiva (UERJ). Professora Associada da Faculdade de Medicina e do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva (UFRJ), atuando na Graduação e Pós-Graduação. Foi consultora da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) no Peru, apoiando projeto de desenvolvimento institucional do Ministério da Saúde. Diretora Adjunta de Gestão na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS) (2009-2011). Sub-coordenadora do projeto interinstitucional “Novas articulações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: o caso do município do Rio de Janeiro”, financiada pela FAPERJ. Participa do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. E-mail: siliansky@iesc.ufrj.br.

MARIA GEREMIAS DA SILVA

Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Graduanda em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Bolsista PIBIC Cotas (2016/2017) e (2017/2018), vinculada ao projeto de pesquisa “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões da política de saúde em Campina Grande–PB”. Membro do Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (NUPEPSS/UEPB). Integrante do Fórum Paraibano em Defesa do SUS e contra a Privatização. E-mail: lia.geremias@gmail.com.

MARIA INÊS SOUZA BRAVO

Bacharel em Serviço Social. Pós-Doutora em Serviço Social (UFRJ). Doutora em Serviço Social (PUC/SP). Professora Aposentada (UFRJ). Professora Associada da Faculdade de Serviço Social (UERJ). Coordenadora do Grupo de Pesquisa registrado no CNPq “Gestão Democrática da Saúde e Serviço Social” e dos Projetos “Políticas Públicas de Saúde: o Potencial dos Movimentos Sociais e dos Conselhos do Rio de Janeiro” e “Saúde, Serviço Social e Movimentos Sociais”, financiados pelo CNPq, FAPERJ e UERJ. Coordenadora do projeto interinstitucional “Novas articulações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: o caso do município do Rio de Janeiro”, financiado pela FAPERJ. Docente da Pós-Graduação da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Integrante do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. E-mail: mibravo@uol.com.br.

MARIA JOSELÍ DE SOUZA SILVA

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Mestranda em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (PPGSS/UEPB). Bolsista do Programa de Iniciação Científica (PIBIC/UEPB), Cotas (2014/2015) e (2015/2016) vinculada à pesquisa “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões da política de saúde no município de Campina Grande/PB”. Membro do Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (NUPEPSS/UEPB). Integrante do Fórum Paraibano em Defesa do SUS e contra a Privatização da Saúde. E-mail: mjdessilva@gmail.com.

MAYARA DUARTE SILVA

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Especialista em Políticas Públicas de Assistência Social e Saúde Mental, Assistente Social do Pronto Atendimento de Saúde Mental na cidade de João Pessoa/ PB. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba. Membro

do Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (NUPESS/UEPB). E-mail: mayaradsilva@hotmail.com.

MAYÊWE ELYÊNIA ALVES DOS SANTOS

Bacharel em Serviço Social e Mestre em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Docente do Curso de Serviço Social da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras - PB (FAFIC). E-mail: mayewe_pb@hotmail.com.

MOEMA AMÉLIA SERPA

Docente da Graduação e Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Dra. em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Trabalho e Proteção Social – GETRAPS. E-mail: serpamoema@gmail.com.

MÔNICA BARROS DA NOBREGA

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Mestre em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB/CAMPUS II). Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Docente da Graduação e Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Vice coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Trabalho e Proteção Social – GETRAPS. E-mail: monicabnobrega@yahoo.com.br.

RAQUEL CAVALCANTE SOARES

Bacharel em Serviço Social, Mestre em Serviço Social e Doutora em Serviço Social Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). E-mail: quelcsoares@gmail.com.

RAYSSA KESSIA EUGÊNIA RODRIGUES

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba

(UEPB). Membro do Grupo de Pesquisa, Assessoria e Estudos em Políticas Sociais (GEAPS/UEPB). E-mail: rayssakessia@hotmail.com.

SANDRA AMÉLIA SAMPAIO

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Membro do Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (NUPEPSS/UEPB). Integrante do Fórum Paraibano em Defesa do SUS e contra a Privatização. E-mail: sandraameliasampaio@gmail.com

SAYONARA SANTOS ANDRADE

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (PPGSS-UEPB). Membro do Grupo de Estudo, Pesquisa e Assessoria em Políticas Sociais (GEAPS/UEPB). E-mail: sayonara.seso@hotmail.com.

SHEYLA SUELY DE SOUZA SILVA

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Docente da Graduação e da Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Pesquisadora do Grupo de Estudo, Pesquisa e Assessoria em Políticas Sociais (GEAPS/UEPB) e do Grupo de Estudo sobre Trabalho e Proteção Social (GETRAPS). E-mail: sheylasuelyss@hotmail.com.

SOLANGE ROCHA

Bacharel em Jornalismo. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Pesquisadora Visitante do Departamento de Sociologia da Universidade de Cape Town (UCT). Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Política e Direitos Sociais (NEPPS). E-mail: msolrocha@gmail.com.

TÂNIA REGINA KRUGER

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (1990). Mestre em Educação e Cultura pela Universidade do Estado de Santa Catarina (1998) e Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (2005). Docente da Pós-Graduação Associada ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora principalmente nos seguintes temas: política social, SUS, serviço social, exercício profissional, política de saúde, participação, controle social, planejamento e gestão de políticas sociais. Integrante do Núcleo de Estudos em Serviço Social e Organização Popular (NESSOP). E-mail: tania.kruger@ufsc.br.

TEREZA CRISTINA RIBEIRO DA COSTA

Bacharel em Serviço Social, Mestre em Serviço Social e Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Pesquisadora do Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (NUPEPSS/UEPB). E-mail: terezadacosta@hotmail.com.

THAÍSA SIMPLÍCIO CARNEIRO MATIAS

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Doutoranda em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professora Substituta do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Pesquisadora do Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (NUPEPSS/UEPB). Integrante do Fórum Paraibano em Defesa do SUS e contra a Privatização. E-mail: thaisasimplicio@hotmail.com.

Sobre o livro

Projeto gráfico/capa Erick Ferreira Cabral

Foto de capa Pixabay

Normatização Jane Pompilo

Revisão ortográfica Antonio de Brito Freire

Mancha Gráfica 10,5 x 16,7 cm

Tipologias utilizadas Adobe Garamond Pro 11/13,2 pt

No ano em que o Sistema Único de Saúde completa 30 anos de existência, quando a saúde passa a ser “direito de todos e dever do Estado” inscrito na Carta Magna de 1988, observamos o aprofundamento do seu desmonte, com a retirada de direitos duramente conquistados e um avanço da lógica neoliberal, somada a ascensão de um conservadorismo de ideário protofascista que nega os princípios da dignidade humana, reiterando a intolerância e a violação dos direitos humanos fundamentais. As condições para reprodução ampliada do capital, na sua fase de financeirização, estão dadas e parecem não ter limites. As resistências a este processo que nega o direito à saúde, o direito à vida, atravessado pelos interesses do mercado, existem e precisam ser fortalecidas, o que implica entender as determinações da realidade e proceder transformações sociais que garantam a vida plena para a humanidade. Este livro contribui para elucidar essas determinações, especialmente, no âmbito da saúde, reafirmando os princípios da Reforma Sanitária Brasileira dos anos de 1980, e apresentando os retrocessos ao caráter público, estatal e universal da saúde no Brasil, aprofundados em tempos recentes, tão temerários. Ressalta a importância dos intelectuais orgânicos a serviço das classes subalternas para a construção de uma nova hegemonia em que mulheres e homens sejam verdadeiramente livres e iguais. É leitura imprescindível para desnudar tempos sombrios e fortalecer resistências!

Maria Valéria Costa Correia

Doutora em Serviço Social,

Profa. da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas

Reitora da Universidade Federal de Alagoas

ISBN: 978-85-7879-473-6

